# Tuje zavarovane osebe

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pri izvajalcih pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Izvajalci zdravstvenih storitev so tujim zavarovanim osebam dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe (vključno s čakalnimi dobami) in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene iz OZZ.

Tuje zavarovane osebe delimo v tri skupine:

1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki jih delimo v dve skupini:

* Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja zakonodaja EU. Te države so Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Islandija, Italija, Latvija, Litva, Liechtenstein, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Velika Britanija in Severna Irska.
* Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja meddržavna pogodba. Te države so Makedonija, Bosna in Hercegovina, Srbija, Avstralija in Črna Gora.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 12.1 dalje.

2. Tuji upokojenci in/ali družinski člani po meddržavnih pogodbah.

Za tuje upokojence in družinske člane po meddržavnih pogodbah (podlage zavarovanja:059000, 059077, 079000, 080000 in 081000) veljajo enaka pravila za uveljavljanje pravic in obračunavanja zdravstvenih storitev kot za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji. Zato pravil za te zavarovane osebe v poglavju 12 posebej ne navajamo. Zanje se izstavljajo vse vrste dokumentov, razen vrst dokumentov s šiframi 4, 5 in 6 iz šifranta 26, tako kot to velja za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji.Za zavarovalne podlage 059000, 059077, 080000, 081000 je država nosilca zavarovanja vedno različna od Slovenije. . Navedeno velja za tuje upokojence in/ali družinske člane iz držav Severna Makedonija, Bosna in Hercegovina in Črna gora. Ne velja pa za državo Srbijo.

Za tuje upokojence in /ali družinske člane iz države Srbije, ki imajo zavarovanje urejeno po podlagi zavarovanja 059000, 059077, 080000 in 081000 veljajo enaka pravila za uveljavljanje pravic in obračunavanje stroškov zdravstvenih storitev kot to velja za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Zanje se izstavljajo vrste dokumentov 4, 5 in 6 iz šifranta 26.

3. Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 12.1 dalje.

Tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi naslednjih listin:

* EUKZZ,
* certifikat, ki nadomešča EUKZZ,
* kartica Medicare,
* Potrdilo MedZZ,
* KZZ ali Potrdilo KZZ.

Navedene listine MedZZ so prikazane v prilogi 3.

Podrobnejši pregled tujih zavarovanih oseb in njihovih pravic po posameznih listinah, po podlagah zavarovanja, po vrstah dokumentov za obračun in po določenih obračunskih podatkih je prikazan v Prilogi 3a.

Reševalni prevoz tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah iz Slovenije v državo zavarovanja ni pravica iz OZZ.

Tuje osebe iz držav, za katere ne velja zakonodaja EU in meddržavne pogodbe, morajo v primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev same plačati stroške zdravstvenih storitev. Le izjemoma, kadar za nujno zdravstveno varstvo ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev v skladu s 7. členom ZZVZZ, plača te storitve Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje krije stroške nujnega zdravljenja za osebe neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

## Uveljavljanje pravic z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare

Z EUKZZ ali certifikatom uveljavljajo tuje zavarovane osebe, kadar tako zahteva zdravstveno stanje, zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč vrsto storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v Sloveniji.

Temeljni kriteriji za presojo potrebnih zdravstvenih storitev so:

* da je storitev potrebna iz zdravstvenih razlogov oziroma poslabšanja zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe, ki je nastalo med začasnim bivanjem v Sloveniji,
* da je pri tem treba upoštevati predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji,
* vrsta zdravstvenih storitev.

Med potrebne zdravstvene storitve sodijo, glede na zdravstveno stanje tuje zavarovane osebe, storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, kot to določajo Pravila OZZ. Glede na dolžino bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji bo moral zdravnik odločiti o nadaljnjem poteku zdravljenja in pri tem oceniti, katere zdravstvene storitve so še potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje zavarovane osebe v njeno državo oziroma katere storitve ji je glede na začasnost bivanja v Sloveniji še potrebno zagotoviti.

Določene dodatne ali dolgotrajnejše preiskave običajno lahko počakajo, da se tuja zavarovana oseba vrne v svojo državo, nekaterih pa zaradi začasnosti bivanja ali predvidenega odhoda domov tudi ni mogoče izvesti. Če bo šlo za zdravljenje tuje zavarovane osebe, ki bo v Sloveniji ostala dalj časa (na primer napoteni na delo, študenti in druge osebe), jim bo potrebno glede na njihovo zdravstveno stanje, potrebe zdravljenja in trajanje bivanja v Sloveniji zagotoviti tudi druge storitve, da se jim samo zaradi zdravljenja ne bo potrebno vrniti v njihovo državo še pred koncem načrtovanega bivanja v Sloveniji.

Tuje zavarovane osebe so torej upravičene do tistih storitev, ki omogočajo, da oseba nadaljuje svoje načrtovano bivanje v Sloveniji in da se ji samo zaradi tega, da bi se ustrezno zdravila v svoji državi, ni potrebno predčasno vrniti.

S kartico Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v navedenem obsegu neposredno pri izvajalcih s predložitvijo ene od navedenih listin. Listina se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.

Z nobeno od navedenih listin tuje zavarovane osebe ne morejo uveljavljati zdravstvenih storitev, če so prišle v Slovenijo z namenom, da se zdravijo oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, je zavarovalna podlaga vedno 999999.

###  EUKZZ (Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja)

EUKZZ je lahko izdana kot posamična kartica ali pa kot hrbtna stran nacionalne kartice določene države članice. EUKZZ je osebna kartica in vsebuje le vidne podatke. Z EUKZZ tuja zavarovana oseba izkazuje, da je zavarovana v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je navedeno na kartici.

Avstrija je EUKZZ dodala na hrbtno stran nacionalne zdravstvene kartice. Na podlagi avstrijskih pravnih predpisov prejmejo v Avstriji nacionalno zdravstveno kartico vse osebe, ki so upravičene do zdravstvenega zavarovanja, kar pa ne pomeni, da imajo samodejno tudi pravico do EUKZZ. Če avstrijski zavarovanec predloži nacionalno kartico, na kateri so podatkovna polja za evropsko kartico označena z zvezdicami, , mora sam plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca, zaprosi avstrijskega nosilca zavarovanja za izdajo Certifikata, ki začasno nadomešča EUKZZ. Za pridobitev te listine je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje

 območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca, posreduje fotokopijo zdravstvene kartice. Ko območna enota Zavoda prejme Certifikat, ga posreduje izvajalcu, da le-ta zapiše vse podatke o osebi in njenem zavarovanju v on-line sistem in izstavi ustrezen dokument za obračun. Če certifikat ni izdan, je avstrijski zavarovanec obravnavan kot samoplačnik.

S 1.1.2021 Združeno kraljestvo izstopa iz EU (Brexit). V skladu z Izstopnim sporazumom bo določena skupina upravičencev še naprej uveljavljala pravice do zdravstvenih storitev na podlagi EU KZZ. V ta namen je Združeno kraljestvo pripravilo novo EU KZZ, ki bo v veljavi od 1. 1. 2021. Sedaj veljavne EU KZZ za zavarovance Združenega kraljestva veljajo do 31.12.2020. Izjemoma se uporablja sedaj veljavna EU KZZ v primeru, da se je bolnišnično zdravljenje začelo pred 31.12.2020 in še ni zaključeno.

Nova EU KZZ, ki jo je oblikovalo Združeno kraljestvo, se loči od ostalih EU KZZ predvsem po tem, da vključuje hologram v zgornjem desnem kotu in napis »CRA« (Citizens’ Rights Agreement oz. sporazum o pravicah državljanov), natisnjen v zgornjem polju kartice. Pomembna razlika pa je tudi v zapisu identifikacijske številke osebe (PIN). Primer nove EU KZZ je v prilogi 3b.

V primeru uveljavljana zdravstvenih storitev v Sloveniji, mora izvajalec zdravstvene storitve preveriti tako hologram kot tudi zapis na koncu polja PIN, da bo evropska kartica zdravstvenega zavarovanja veljavna za uporabo. Na koncu polja PIN mora biti navedeno »CRA« ali »SI«.

Samo v primeru, ko je na EU KZZ na koncu PIN številke naveden »CRA« ali »SI«, je ta EU KZZ ustrezna za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev. Če zavarovanec Združenega kraljestva nima zgoraj navedene EU KZZ je za zdravstvene storitve od 1.1.2021 samoplačnik.

###  Certifikat (listina, ki začasno nadomešča EUKZZ)

Certifikat začasno nadomešča EUKZZ in je listina v papirnati obliki, izdana v jeziku države članice, ki je certifikat izdala.

Certifikat, ki ga predloži tuja zavarovana oseba, mora obvezno vsebovati podatke v točkah (razvidno iz priloge 3) 2. – država članica izdajateljica (oznaka države, ki izdaja certifikat), 3. – priimek, 4. – ime, 5.– datum rojstva, 6.–- identifikacijska številka osebe (PIN), 7 – identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja (podatki o nosilcu zavarovanja, ki je izdal certifikat), ter točke a), b) – obdobje veljavnosti od –do, c) – datum izdaje in d) – podpis in žig nosilca, ki je obrazec izdal. V primeru kakršnekoli pomanjkljivosti (na primer ni navedeno obdobje veljavnosti, ni naveden nosilec zavarovanja, manjka podpis ali žig nosilca) oziroma netočnosti podatkov na certifikatu, tuja zavarovana oseba lahko uveljavlja nujne zdravstvene storitve, katere pa mora plačati sama, dokler ne predloži certifikata z vsemi zahtevanimi podatki. Za izstavitev certifikata z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali pristojna po sedežu izvajalca.

### Kartica Medicare

Zavarovane osebe Avstralije med začasnim bivanjem v Sloveniji uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči neposredno pri izvajalcih s predložitvijo kartice Medicare in potnega lista, s katerim se preveri identiteta tuje zavarovane osebe. Na kartici Medicare je lahko navedena več kot ena zavarovana oseba. Z navedeno kartico tuja zavarovana oseba ne more uveljavljati zdravstvenih storitev, če je prišla v Slovenijo z namenom, da se tukaj zdravi oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Kadar je tuja zavarovana oseba brez dokazila o zavarovanju, je dana možnost naknadne izdaje kartice oziroma potrditve zavarovanja, vendar le v primeru bolnišničnega zdravljenja. Dokazilo o zavarovanju mora območna enota pridobiti do konca bolnišničnega zdravljenja, sicer je oseba sama plačnik stroškov zdravljenja.

## Uveljavljanje pravic s Potrdilom MedZZ

Ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 ali S2, E 123 ali DA1, RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03 in SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04 in MNE/SI 04A, mora ta obrazec praviloma predložiti na območni enoti Zavoda, ki izda Potrdilo MedZZ. Potrdilo MedZZ tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe ali območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca. Le izjemoma (izven poslovnega časa Zavoda ali v nujnem primeru) lahko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev z enim od zgoraj navedenih obrazcev. V tem primeru mora izvajalec fotokopijo obrazca poslati območni enoti Zavoda, najkasneje pred izvedbo obračuna. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

V večini primerov imajo ti zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Med nujno zdravljenje oziroma med nujne zdravstvene storitve sodijo tudi preventivne zdravstvene storitve, ki so opredeljene s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. V primeru, da je po zakonodaji EU ali meddržavni pogodbi določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz Potrdila MedZZ.

Značilnosti listin po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, na podlagi katerih območna enota Zavoda izda Potrdilo MedZZ, so:

### Obrazec E 112 – Potrdilo o pravici do storitev in dajatev v primeru bolezni in materinstva po nastanku zavarovalnega primera ali Obrazec S2- Upravičenost do načrtovanega zdravljenja

Z obrazcem E112 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru bivanja v Sloveniji ali kadar je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje v Slovenijo. Obrazec se uporablja tudi za odobritev analiz in pošiljanje bioloških vzorcev za testiranje. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom bivanja in v tej zvezi uveljavljanja zdravstvenih storitev, se mora taka oseba oglasiti na območni enoti ali izpostavi Zavoda, kjer prebiva, katera izda Potrdilo MedZZ. Z navedenim potrdilom tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v obsegu in v časovnem obdobju, ki je na potrdilu naveden. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo ali da je obrazec poslan skupaj z biološkimi vzorci in ga tuja zavarovana oseba predloži izvajalcu, mora izvajalec poslati obrazec območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo MedZZ.

Z obrazcem S2 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve, kot jih na listini navede tuji nosilec zavarovanja. V primeru, da tuja zavarovana oseba obrazec S2 predloži neposredno izvajalcu, ga mora le ta poslati območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo MedZZ.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 ali S2 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

### Obrazec E 123 - Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za nesreče pridelu in poklicne bolezni ali Obrazec DA1- Upravičenost do uveljavljanja zdravstvenega zavarovanja v okviru zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni.

Z obrazcem E123 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni z namenom bivanja v Sloveniji ali napotitve na zdravljenje. Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca E 112 za namen bivanja oziroma napotitve na zdravljenje.

Z obrazcem DA1 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni. Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca S2.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 123 ali DA1 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

### Dvojezični obrazci RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Makedonijo RM/SI 3, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 3, za Srbijo SRB/SI 03, za Črno Goro MNE/SI 03 in se imenuje Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Sloveniji, uveljavljajo tuje zavarovane osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Kadar tuja zavarovana oseba predloži enega od navedenih obrazcev izvajalcu, je le-ta dolžan zagotoviti storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči že na podlagi tega obrazca. Izvajalec takoj pošlje fotokopijo tega obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 030000 za nosilca zavarovanja in 030076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

### Dvojezični obrazci RM/SI 4, BIH/SI 4, SRB/SI 04, MNE/SI 04, MNE/SI 04A

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Makedonijo RM/SI 4, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 4, za Srbijo SRB/SI 04, za Črno Goro MNE/SI 04 in MNE/SI 04A in se imenuje »Soglasje za odhod v Slovenijo po nastanku zavarovalnega primera« ali »Soglasje za odhod v Slovenijo zaradi napotitve na zdravljenje ali zaradi zdravljenja po nastanku zavarovalnega primera«, uveljavljajo tuje zavarovane osebe in po njih zavarovani družinski člani pravice do zdravstvenih storitev, ki jih zavarovana oseba potrebuje med začasnim bivanjem v Sloveniji po nastanku zavarovalnega primera v matični državi (na primer: dializa) ali pa je obrazec izdan z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo. Namen izdaje obrazca je razviden iz samega obrazca oziroma soglasja tujega nosilca zavarovanja.

Kadar je obrazec izdan za primer napotitve na zdravljenje v Slovenijo, je potrebno upoštevati še naslednje:

* Na podlagi obrazca RM/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Republike Makedonije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. V zakonodaji Republike Makedonije velja pravilo, da morajo zavarovane osebe same stopiti v stik s posameznimi izvajalci države, v kateri želijo uveljaviti načrtovane zdravstvene storitve ter hkrati priskrbeti predračun za zdravstvene storitve, kar je podlaga za morebitno odobritev zdravljenja. Izvajalec, ki prejme zaprosilo makedonske zavarovane osebe za izstavitev predračuna, naj zagotovi izstavitev le tega.
* Na podlagi obrazca BIH/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Bosne in Hercegovine pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Originalni obrazec pošlje pristojni nosilec Bosne in Hercegovini izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer se zavarovanec zdravi ali pa ga izroči zavarovancu, ki ga je dolžan predložiti ob sprejemu na zdravljenje.
* Na podlagi obrazca SRB/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Srbije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo.
* Na podlagi obrazca MNE/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Črne Gore pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Originalni obrazec se vroči tuji zavarovani osebi ali ga črnogorski nosilec zavarovanja pošlje izvajalcu, kamor je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje oziroma se zdravi.

Izvajalec je dolžan poslati fotokopijo obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu pošlje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 023000 za nosilca zavarovanja in 023076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

### Obrazci SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino,SI/SRB 07 za Srbijo in SI/MNE 07 za Črno goro

Slovenski upokojenci in/ali njihovi družinski člani, ki stalno prebivajo v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori, imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljeno pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Za te osebe so ustrezne zavarovalne podlage 069000 za upokojenca in 069098, 060098 in 063098 za njegovega družinskega člana.

Enako velja tudi za družinske člane zaposlene ali samozaposlene osebe, ki stalno prebivajo v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori. Za te družinske člane je ustrezna zavarovalna podlaga 098, podlaga nosilca zavarovanja pa je lahko 001, 002, 005, 040 itd.

Navedene osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči praviloma uveljavljajo na podlagi fotokopije obrazca, ki ga je izdala območna enota Zavoda, to je obrazec SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino, SI/SRB 07 za Srbijo, SI/MNE 07 za Črno goro. Oseba je dolžna obrazec predložiti na območno enoto Zavoda, pristojno po kraju začasnega prebivanja v Sloveniji. Območna enota izda Potrdilo MedZZ. V primeru, da oseba uveljavlja pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči na podlagi enega od navedenih obrazcev pri izvajalcu, izvajalec posreduje obrazec območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

## Uveljavljanje pravic s KZZ ali Potrdilom KZZ

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezne naslednje zavarovalne podlage: 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 105000, 105077, 106000,107000. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

Za tuje zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezna naslednje podlage: 091000, 092000, 092077 in za državo Srbijo podlage 059000, 059077, 080000 in 081000. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

## Obračun zdravstvenih storitev

Tuje zavarovane osebe se po tem navodilu obračunajo na tisti vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti, v kateri je storitev nastala (enako kot velja za zavarovane osebe, ki so vključene v OZZ v Sloveniji). Za tuje zavarovane osebe je potrebno izstavljati individualne račune (ločeno za vsako zavarovano osebo) v vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti in ne glede na razlog obravnave. Vrste dokumentov, ki se izstavljajo za te zavarovane osebe, so 4, 5 in 6 (šifrant 26).

Za obračun storitev v dejavnostih, kjer se uporabljajo količniki, se uporablja visoka cena količnika iz obiskov. Za obračun nujne medicinske pomoči (338 024, 338 040 – 338 049) se uporablja visoka cena količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Za obračun storitev mobilnih enot nujnih reševalnih vozil (338 048) se uporablja 2,5-kratnik cene nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem, obračuna pa se tudi startnina v višini 30 točk.

Za obračun storitev v dejavnostih, ki jih Zavod plačuje izvajalcem v pavšalu, se za tuje zavarovane osebe izstavi individualni račun (račun po zavarovani osebi) po eni od ustreznih struktur (»Obravnava«, »SBD obravnava« itd). Seznam dejavnosti, v katerih Zavod za tuje zavarovane osebe zahteva individualni račun, je naveden v Tabeli 2 v poglavju 14.3. Za obračun se uporabljajo v ta namen določeni seznami storitev in cene storitev po posameznih podvrstah zdravstvene dejavnosti. Na podlagi teh obračunov bo Zavod zahteval povračilo stroškov od tujega nosilca zavarovanja.

Zaradi spremljanja stroškov po državah nosilcev zavarovanja je pomembno dosledno navajanje podatka »Država nosilca zavarovanja«. To je država tistega nosilca zavarovanja, ki je izdal listino, na podlagi katere tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev, oziroma država tistega nosilca, pri katerem ima tuja zavarovana oseba urejeno zdravstveno zavarovanje. Če tuja zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve s KZZ ali Potrdilom MedZZ, izvajalec pridobi podatek iz on-line sistema.

Tuje zavarovane osebe,ki uveljavljajo storitve na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, v času uveljavljanja zdravstvene storitve niso vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Izvajalec, ki pride prvi v stik s tujo zavarovano osebo, zapiše podatke o tuji zavarovani osebi in podatke o zavarovanju te osebe neposredno v on-line sistem. Ob zapisu se tej osebi dodeli ZZZS-TZO številka, ki jo naslednji izvajalec (na primer lekarna) uporabi za izvedbo postopkov. Šifra načina pridobivanja podatkov je 77. Izvajalec moraobvezno preveriti veljavnost zavarovanja glede na dokument, ki ga ima tuja zavarovana oseba in identificirati osebo (npr. s pomočjo potnega lista). Šifro tujega nosilca zavarovanja izvajalec izbere iz šifranta tujih nosilcev zavarovanja. Če slednjega v šifrantu ni, pošlje izvajalec fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicarena Zavod, sicer pa fotokopijo arhivira pri sebi.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve na podlagi Potrdila MedZZ, KZZ ali Potrdila KZZ, so v času uveljavljanja zdravstvene storitve že vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

V kolikor tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah nima dokazila o zavarovanju oziroma ene od listin MedZZ (šifrant 28), mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca, zaprosi tujega nosilca zavarovanja za naknadno izdajo listine MedZZ: EUKZZ, certifikat, kartica Medicare, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03. Za pridobitev te listine je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu na bolnišnično zdravljenje tuje zavarovane osebe obvesti območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, z obrazcem Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga2) z navedbo vseh zahtevanih podatkov (ime in priimek osebe, datum rojstva, natančen naslov v tujini, po možnosti podatke o nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana). Le popolni podatki zagotavljajo možnost pridobitve obrazca in s tem plačilo stroškov v breme Zavoda. Bolnišnica posreduje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca, Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju še enkrat po zaključku zdravljenja tuje zavarovane osebe. Če območna enota zavoda pridobi ustrezno listino, izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ, kadar pridobi obrazec RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03, oziroma EUKZZ ali certifikat ali kartico Medicare, na podlagi katerega izvajalec podatke o osebi in njenem zavarovanju zapiše oz. prebere iz on-line sistema.

Ne glede na možnost zaprosila za naknadno izdajo listine MedZZ v primeru bolnišničnega zdravljenja, pa je potrebno upoštevati še naslednje omejitve:

* Za Makedonijo, Srbijo, Avstralijo in Črno Goro: V primeru bolnišničnega zdravljenja makedonskega, srbskega, avstralskega ali črnogorskega zavarovanca, ki nima ustrezne listine, to pomeni, da mora območna enota zaprošeno listino prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.
* Za Bosno in Hercegovino: V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Bosne in Hercegovine, ki nima ustrezne listine, ni mogoče zahtevati naknadno izdajo dokazila, če gre za načrtovano oziroma planirano zdravljenje v Republiki Sloveniji. Naknadno izdajo ustrezne listine je mogoče zahtevati le v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

Tudi v primeru zakonodaje EU bo oseba sama plačnik stroškov bolnišničnega zdravljenja, če območna enota ne bo prejela ustrezne listine do konca bolnišničnega zdravljenja.

Tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah mora imeti veljavno listino MedZZ za ves čas bolnišničnega zdravljenja. Če oseba nima veljavnega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja, je sama plačnik stroškov za obdobje, ko nima zavarovanja. Če ima zavarovanje urejeno na drugi podlagi ali pri drugem nosilcu zavarovanja, se stroški obračunajo temu nosilcu. Izvajalec v takem primeru za delež, ko oseba nima zavarovanja ali je zavarovana pri drugem nosilcu, zmanjša celotno vrednost storitve in s tem tudi obračunano vrednost storitve. Za primer bolnišničnega zdravljenja se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način: celotna vrednost storitve se deli s številom bolnišničnih dni, tako da se dobi cena za en bolnišnični dan. Tako izračunana cena se množi s številom dni, ko je imela tuja zavarovana oseba urejeno zavarovanje. Ta znesek se zaračuna Zavodu, razliko pa mora zavarovana oseba plačati sama, oziroma jo plača drugi nosilec zavarovanja.

Dojenček tuje zavarovane osebe, star manj kot 60 dni, ki nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ:

Dojenčku tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki je star manj kot 60 dni in nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ (šifrant 28) se nudijo vse potrebne storitve na račun OZZ, če ima zavarovanje urejeno eden izmed staršev oziroma skrbnik. V kolikor starši oziroma skrbnik nimajo urejenega zavarovanja, so sami plačniki storitev, opravljenih dojenčku. Za nujno zdravljenje dojenčka veljajo določila 7. člena ZZVZZ.

Izvajalec pridobi in na dokumentu zabeleži podatke o dojenčku (poglavje 14.4.1) in podatke o staršu oziroma skrbniku (poglavje 0).

## Priloge k dokumentu za obračun

Kadar tuja zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ,certifikata ali kartice Medicare in je izvajalec vse podatke o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju zapisal oziroma prebral iz on-line sistema, izvajalcu ni potrebno pošiljati nobene listine. Izvajalec v svoji evidenci hrani fotokopijo listine, ki jo je dolžan poslati Zavodu v primeru, ko tuji nosilec zavarovanja zavrne plačilo zdravstvene storitve in zahteva dokazilo o veljavnem zavarovanju. Hkrati pa mora izvajalec v svojih evidencah evidentirati dejstvo, da je preveril identiteto tuje zavarovane osebe ter zabeležiti datum, do katerega bo oseba začasno bivala v Sloveniji, ker je od tega odvisna utemeljenost oziroma nujnost opravljenih storitev. Če izvajalec ne bo hranil v svoji evidenci fotokopije ene od navedenih listin, nosi s tem odgovornost za plačilo računa. Obvezno pa mora izvajalec poslati fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare v primeru, kadar ni šifre in naziva tujega nosilca zavarovanja v šifrantu 37. V primeru, ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi Potrdila MedZZ, izvajalcu tega potrdila ni potrebno prilagati obračunskemu dokumentu.

Kadar tuja zavarovana oseba iz držav Makedonije, Bosne in Hercegovine, Srbije ali Črne Gore uveljavlja storitve bolnišničnega zdravljenja na podlagi KZZ ali Potrdila KZZ (podlage zavarovanja 091000, 092000 in 092077) ali na podlagi Potrdila MedZZ (podlage zavarovanja 030000, 030076, 023000, 023076), izvajalec obvesti območno enota Zavoda, pri kateri ima oseba urejeno zavarovanje, oziroma ki je izdala Potrdilo MedZZ, o sprejetju tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. To stori dvakrat, in sicer prvič takoj po sprejemu te osebe v bolnišnično zdravljenje in drugič po zaključku zdravljenja. V ta namen izvajalec izpolni obrazec Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga 2) in ga posreduje na Zavod. V primeru obračuna MP veljajo enaka pravila za posredovanje prilog kot za slovenske zavarovane osebe (poglavje 10.3).