

Vloga mora med drugim vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje v drugi državi članici EU,
- navedbo zdravstvene storitve, ki jo želi zavarovana oseba uveljaviti v drugi državi članici EU,
- zdravstveno dokumentacijo o doseganju zdravljenja 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, in
- na zahtevo ZZSZ drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

Kadar je podana vloga za odobritev zdravljenja v tujini v skladu s 44.c členom ZZVZZ, je postopek odobritve enak kot v primeru vložitve vloge za odobritev zdravljenja v tujini v skladu s 44.b členom ZZVZZ. V postopku odobritve se torej ugotavlja, **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 oziroma če ta ni presežena, ali je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini lahko zavarovana oseba zdravstvene storitve uveljavlja pri izvajalcu v drugi državi članici EU. Stroške čezmejnega zdravljenja zavarovana oseba plača sama, **po opravljenem zdravljenju** pa poda **vlogo za povračilo stroškov** bolnišničnega zdravljenja oziroma specialistično ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZSZ. Pri tem mora zavarovana oseba predložiti:

- podatek o številki in datumu odločbe ZZSZ o predhodni odobritvi povračila stroškov vrednosti zdravstvene storitve,
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi,
- izviren račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

Zavarovana oseba dobi povrnjene stroške v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. ZZSZ povrne stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, 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 uve-

- ljavi brez napotnice v mreži javne zdravstvene službe v Sloveniji,
- zdravlila 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 ZZSZ.

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 drugi državi članici EU zavarovana oseba poda vlogo za povračilo stroškov ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZSZ. Vlogi mora zavarovana oseba priložiti:

- izviren napotnice oziroma drugo dokumentacijo, če se lahko specialistično ambulantna zdravstvena storitev opravi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Sloveniji,
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi,
- izviren račun za opravljeno zdravstveno storitev z dokazilom o njegovem plačilu in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

ZZSZ 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. ZZSZ povrne stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

4. Informacije o razlikah med postopkom uveljavljanja pravic v skladu s 44.b in 44.c členom ZZVZZ

V skladu s 44.b členom ZZVZZ lahko zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v tujini le pri izvajalcih, ki so del mreže javne zdravstvene službe in imajo sklenjeno pogodbo z javno zavarovalnico, v skladu s 44.c členom ZZVZZ pa lahko zavarovane osebe te storitve uveljavljajo tudi pri zasebnih izvajalcih, ki nimajo sklenjene pogodbe z javno zavarovalnico.

V skladu s 44.b členom ZZVZZ ima zavarovana oseba pravico do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve, pri zdravljenju v skladu s 44.c členom ZZVZZ pa mora pacient najprej sam plačati stroške opravljenega zdravljenja v tujini, 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 s 44.b členom ZZVZZ je v višini, kot bi storitev stala v javnem zdravstvenem sistemu v drugi državi članici, kjer je bila storitev uveljavljena. Povračilo stroškov v skladu s 44.c členom ZZVZZ pa v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

5. Nacionalna kontaktna točka

Na podlagi Direktive 2011/24/EU in ZZVZZ je bila v Sloveniji, v okviru ZZSZ, ustanovljena Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo. 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, po elektronski pošti kontakt@nkt-z.si in s klicnim centrom (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.zzs.si>,
- avtomatski telefonski odzivnik ZZSZ na tel. št. 01/30-77-300,
- pooblaščenice uradne osebe na izpostavah, območnih enotah in Direkciji ZZSZ,
- ZZSZ območna enota Celje, tel. št. 03/42 02 000,
- ZZSZ območna enota Koper, tel. št. 05/66 87 200,
- ZZSZ območna enota Krško, tel. št. 07/49 02 490,
- ZZSZ območna enota Kranj, tel. št. 04/23 70 100,
- ZZSZ območna enota Ljubljana, tel. št. 01/30 77 200,
- ZZSZ območna enota Maribor, tel. št. 02/29 09 300,
- ZZSZ območna enota Murska Sobota, tel. št. 02/53 61 550,
- ZZSZ območna enota Nova Gorica, tel. št. 05/33 81 000,
- ZZSZ območna enota Novo mesto, tel. št. 07/39 33 500,
- ZZSZ 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 in naslednji),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah, (Uradni list RS, št. 3/18 in naslednji),
- Sklep o določitvi odstotkov vrednosti storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 1/2013),
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS št. 6/14).



Izdal in založil: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana. Oblikovanje: Artmija, d.o.o., tisk: Tiskarna Silveco, Ljubljana, april 2023.

ZZSZ

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzs.si



Uvod

Slovenske zavarovane osebe lahko v drugih državah uveljavljajo načrtovano zdravljenje:

1. če so izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji (44.a člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju; v nadaljnjem besedilu: ZZZV) – slovenska zakonodaja ali
2. če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas (44.b člen ZZZV) – Uredba (ES) 883/2004 ali
3. če se odločijo za zdravljenje v drugi državi članici EU (44.c člen ZZZV) – Direktiva 2011/24/EU.

1. Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini v skladu s 44.a členom ZZZV

V skladu s 44.a členom ZZZV 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 nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja.**

Vlogo za odobritev zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, lahko zavarovana oseba odda na katerikoli območni enoti oziroma izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) ali pa pošlje po pošti na naslov: ZZZS, OE Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana. Uradna oseba ZZZS na podlagi predložene dokumentacije, mnenja klinike oz. inštituta ter morebitnega mnenja imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika ZZZS odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja v tujini. Za prevzem stroškov odobrenega zdravljenja v tujini pristojna območna enota ZZZS izda ustrezno listino, s katero zavarovana oseba uveljavlja odobrene storitve v tujini.

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. Po opravljenem zdravljenju v tujini zavarovana oseba na pristojno območno enoto ZZZS vloži vlogo za povračilo potnih stroškov. Če zavarovana oseba zdravljenje že opravi in nato uveljavlja povračilo stroškov zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, je postopek enak.

2. Pravica do načrtovanega zdravljenja v državah, v katerih velja evropski pravni red, v skladu s 44.b členom ZZZV

V skladu s 44.b členom ZZZV ima zavarovana oseba pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red EU, oziroma do povračila stroškov teh storitev, **če ji je bila v Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopu-**

stno 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 ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana, vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predolgi čakalni dobi v skladu s 44.b členom ZZZV. 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,
- zdravstveno dokumentacijo o doseganju zdravljenja 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 ZZZS drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja,
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini zaradi predolgi čakalni dobi 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 EU, Evropskega gospodarskega prostora ali Švici. Pred odobritvijo zdravljenja ZZZS 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 ZZZS, ki izda odločbo.

Kadar je ugotovljeno, da je v Sloveniji vsaj en izvajalec, ki lahko opravi zdravljenje **v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma da čakalna doba ni presežena,** ZZZS 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 poda konzilij klinike tudi mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu in 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 ZZZS, ki izda odločbo.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini zaradi dolgi čakalni dobi 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 dolgi čakalni dobi, 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. ZZZS 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 zasebnem izvajalcu, ki ima sklenjeno pogodbo z javno zavarovalnico.

3. Pravica do načrtovanega zdravljenja v drugi državi članici EU v skladu s 44.c členom ZZZV

V skladu s 44.c členom ZZZV 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. Zavarovana oseba lahko 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 ZZZS.

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. ZZZS povrne stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, 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.

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 osebnega zdravnika, izbrane osebnega zobozdravnika, izbrane osebnega 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 ZZZS?

Predhodna odobritev ZZZS 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, določene z »Odredbo o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev«, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme (scintilacijsko kamero z detektorjem koincidence pri pozitronski emisiji oziroma brez njega, pozitronsko kamero, pozitronsko emisijsko tomografijo, računalniško tomografijo, hiperbarično komoro, napravo za slikanje z nuklearno magnetno resonanco za klinično uporabo, napravo za spektrometrijo z nuklearno magnetno resonanco za klinično uporabo).

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 ZZZS in povračila stroškov

Zavarovana oseba poda na ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana vlogo za odobritev zdravljenja v skladu s 44.c členom ZZZV.