

GRADIVO ZA NOVINARJE

Ljubljana, 20. 6. 2022

PR-ZZZS-3/2022

Pred odhodom v tujino pravočasno uredimo zdravstveno zavarovanje!

Ljubljana, 20. 6. 2022 - Pred poletno turistično sezono Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) zavarovanim osebam svetuje, da za čas začasnega bivanja v tujini pravočasno uredijo svoje zdravstveno zavarovanje in pridobijo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: evropska kartica). S tem se lahko izognejo neposrednemu plačilu praviloma visokih stroškov za opravljene nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve v tujini. Evropska kartica je brezplačna in jo je mogoče enostavno naročiti na spletni strani ZZZS ali z mobilnim telefonom. Upoštevati je potrebno tudi čas od naročila do prejema kartice, ki v času največjega števila naročil znaša tudi do 7 delovnih dni. Zavarovane osebe, ki kartico že imajo, naj preverijo rok njene veljavnosti.

ZZZS je v letu 2021 izdal zavarovanim osebam 499.869 evropskih kartic in 55.840 papirnatih certifikatov, ki začasno nadomeščajo evropsko kartico, za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini. Za večino zavarovanih oseb je evropska kartica veljavna eno leto. Za upokoјence in po njih zavarovane družinske člane ter za otroke do dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci, pa je veljavna pet let oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti. Datum veljavnosti je zapisan na evropski kartici (*slika 1*).

Zavarovane osebe največ evropskih kartic vsako leto naročijo junija in julija, zato bo med 15. junijem in 31. julijem letos pretekla veljavnost 243.336 evropskim karticam. **ZZZS svetuje, da zavarovane osebe preverijo veljavnost izdane evropske kartice in naročijo novo pravočasno, to je vsaj 7 delovnih dni prej, preden jo potrebujejo.** Evropsko kartico je mogoče naročiti največ 30 dni pred potekom njene veljavnosti. V primerih, ko evropske kartice ni mogoče izdati pravočasno ali zaradi kakega drugega razloga, lahko zavarovane osebe pri ZZZS pridobijo certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico. Certifikat ima omejeno obdobje veljavnosti, in sicer največ 90 dni.

Slika 1: Sprednja stran evropske kartice zdravstvenega zavarovanja – označen je datum veljavnosti.



Zavarovane osebe lahko naročijo evropsko kartico na tri načine:

- na spletni strani ZZZS (na naslovu <https://www.zzzs.si/> z uporabo hitrega gumba »Naročanje evropske kartice« na vstopni strani);
- z mobilnim telefonom, s pošiljanjem SMS sporočila na telefonsko številko 031 771 009. SMS sporočilo mora vsebovati »EUKZZ« in ZZZS številko zavarovane osebe. Na primer, vsebina SMS sporočila za osebo z ZZZS številko 032822733 je »EUKZZ032822733«;
- osebno pri ZZZS, v času uradnih ur. Osebno je potrebno naročiti novo kartico le, če je prejšnja še veljavna, a neuporabna (uničena, izgubljena).

ZZZS priporoča elektronsko naročilo na spletu oz. na mobilni napravi ali s SMS sporočilom, saj je tak način enostaven, hiter in dostopen brez prekinitev – 24 ur na dan, 7 dni v tednu. V letu 2021 je bilo na tak način naročenih že več kot 90 odstotkov (450.937) evropskih kartic. Evropska kartica je brezplačna. Zavarovane osebe evropsko kartico prejmejo po pošti, v sedmih delovnih dneh od naročila.

Slika 2: Slovenska kartica zdravstvenega zavarovanja – označena je ZZZS številka, ki jo potrebujemo pri naročanju evropske kartice.



Zavarovane osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Sloveniji, imajo v času začasnega bivanja v drugih državah pravico do nujnega oziroma potrebnega zdravljenja. Postopek uveljavljanja in obseg pravic do zdravstvenih storitev pa je odvisen od tega, v kateri državi zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve:

- v državah članicah **Evropske unije**¹ in **Evropskega gospodarskega prostora**², v **Švici in Združenem kraljestvu** imajo zavarovane osebe med začasnim bivanjem pravico do **nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev**³, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve z evropsko kartico.
- v državah, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene **meddržavne sporazume** o socialnem zavarovanju⁴, imajo zavarovane osebe med začasnim bivanjem pravico do **nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**⁵ pri zdravnikih, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Zdravstvene storitve v teh državah zavarovane osebe uveljavljajo z evropsko kartico in pripadajočim spremnim dopisom, v Avstraliji je potrebno k evropski kartici priložiti tudi potni list. V nekaterih državah se mora zavarovana oseba pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev *zglasiti pri uradu zdravstvene zavarovalnice v kraju začasnega bivanja*.
- v **ostalih državah** (npr. Egipt, Izrael, Japonska, Kitajska, Mehika, Tajska, Tunizija, Turčija, ZAE, ZDA) imajo zavarovane osebe pravico do **nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**⁵.

V teh državah evropska kartica ne velja, zato svetujemo sklenitev komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.

Več informacij o postopkih uveljavljanja in obsegu pravic do zdravstvenih storitev v posameznih državah lahko zavarovane osebe poiščejo na spletni strani ZZS <https://zavarovanec.zzs.si/> v poglavju *Zdravstveno zavarovanje v tujini > Informacije o tujih državah*.

Tudi lansko leto so nekatere zavarovane osebe seznanjale ZZS s težavami pri uveljavljanju pravic z evropsko kartico na Hrvaškem. Posebej velja opozoriti, da tako imenovane **turistične ambulante na Hrvaškem nimajo sklenjene pogodbe s HZZO**, zato je potrebno v teh ambulantah stroške opravljenih zdravstvenih storitev v celoti plačati in jih ni mogoče uveljavljati z evropsko kartico. Nekatere turistične ambulante se nahajajo v prostorih zdravstvenih domov, zato morajo biti zavarovane osebe še posebej pozorne, ali so obiskale ambulanto, ki ima sklenjeno pogodbo s hrvaško zdravstveno zavarovalnico (v nadaljevanju: HZZO) in ki sprejme evropsko kartico.

Povračilo stroškov nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev, ki so jih zavarovane osebe uveljavljale v tujini

V primeru, da so zavarovane osebe v državah članicah EU in EGP, v Švici, Združenem kraljestvu, Bosni in Hercegovini, Severni Makedoniji, Srbiji ali Črni gori stroške zdravstvenih storitev morale plačati same, jim bo ZZS ob vrnitvi domov na podlagi predložene medicinske dokumentacije in originalnih računov, v upravičenih primerih, **povrnil stroške v višini, kot bi jih priznala tuja zdravstvena zavarovalnica**. Ob tem je potrebno opozoriti, da **imajo nekatere države uveljavljen sistem participacije**, ko morajo pacienti iz lastnega žepa prispevati določeno vrednost zdravstvene storitve oziroma pavšalno vrednost za npr. sprejem v bolnišnico, dan ležanja v bolnišnici, obisk zdravnika ali izdani recept. Ker so naše zavarovane osebe med začasnim bivanjem v tujini izenačene z državljani oziroma zavarovanci države, v kateri uveljavljajo zdravstveno storitev, so ravno tako dolžne plačati participacijo, le-ta pa ni predmet povračila ZZS.

V lanskem letu so zavarovane osebe pri ZZS skupaj vložile 3.316 zahtevkov za povračilo stroškov nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev, ki so jih uveljavljale v tujini, od tega 1.992 zahtevkov za storitve v državah EU, EGP in Švici, 1.257 zahtevkov za storitve v državah, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene sporazume o socialnem zavarovanju, in 67 zahtevkov za storitve v drugih državah. Največ zahtevkov se nanaša na storitve, opravljene na Hrvaškem (1.252), sledita Bosna in Hercegovina (1.101) in Nemčija (246). Za primerjavo, ZZS je v letu 2021 za zavarovane osebe, ki so na podlagi evropske kartice uveljavljale zdravstvene storitve na Hrvaškem prejel od HZZO obračunske liste za 7.528 primerov za plačilo 1.400.788 evrov. ZZS je na podlagi prejetih zahtevkov zavarovanim osebam v lanskem letu povrnil 371.593 evrov. **Najpogostejši razlog za plačilo zdravstvenih storitev in vložitev zahtevka za povračilo pri ZZS je bilo v EU, EGP in Švici koriščenje nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev izven javne zdravstvene mreže (npr. pri zdravnikih na smučiščih, plažah, hotelih, turističnih ambulantah...).** **Najpogostejši razlog za vložitev zahtevka za povračilo plačanih nujnih zdravstvenih storitev v Bosni in Hercegovini je bilo neupoštevanje postopka uveljavljanja nujnih zdravstvenih storitev**, ki ga določa Sporazum o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Bosno in Hercegovino. Navedeni meddržavni sporazum namreč določa, da se mora zavarovana oseba z evropsko kartico in spremnim dopisom najprej **zglasiti na uradu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja**, samo v nujnih primerih pa se lahko zavarovana oseba zglosi neposredno pri zdravnikih

in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. **Poleg tega nekatere zavarovane osebe vlagajo zahtevke za povračilo stroškov participacije, ki pa niso predmet povračila.** Stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki jih zavarovane osebe plačajo v državah, s katerimi Slovenija nima sklenjenega meddržavnega sporazuma o socialnem zavarovanju, ZZZS v upravičenih primerih povrne **v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji.** Zavarovane osebe morajo zahtevkom za povračilo stroškov zdravstvenih storitev v tujini predložiti tudi originalne račune in medicinsko dokumentacijo (zdravniški izvidi, odpustno pismo, recepte za zdravila itd.). Priporočamo tudi, da zavarovana oseba v zahtevku natančno opiše, kakšne zdravstvene storitve so ji bile v tujini nudene.

Če morajo zavarovane osebe v Avstraliji stroške za zdravstvene storitve poravnati same, **morajo zahtevke za povračilo stroškov vložiti neposredno pri avstralskemu pristojnemu nosilcu (Medicare poslovalnicah) v kraju njihovega začasnega bivanja.** V skladu z meddržavnim sporazumom o zagotavljanju zdravstvenega varstva jim namreč **ZZZS stroškov ne more povrniti.**

Nenazadnje velja poudariti, da **evropska kartica ne krije:**

- stroškov prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino,
- stroškov zdravstvenih storitev, ki jih nudijo turistične ali druge zasebne ambulante, ki niso del javne, državne zdravstvene mreže,
- stroškov zdravljenja oziroma poroda v tujih državah, če je bil namen bivanja zavarovane osebe v tujini zdravljenje oziroma porod,
- stroškov participacije oziroma stroškov obveznih doplačil,
- v večini tujih držav stroškov prevoza zaradi poškodbe na smučišču (helikopter, reševalne sani).

Več informacij o postopkih uveljavljanja po posameznih državah in o naročanju listin za tujino lahko zavarovane osebe poiščejo na spletni strani <https://zavarovanec.zzzs.si/>, pod rubriko *Zdravstveno zavarovanje v tujini*.

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO
ZAVAROVANJE SLOVENIJE

¹ Države članice Evropske unije (EU): Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska.

Predpisi Evropske unije veljajo tudi za Združeno kraljestvo, francoska ozemlja Gvadelup, Martinik, Reunion, Francosko Gvajano, Sveti Bartolomej, Sveti Martin in Mayotte ter portugalski ozemlja Azori in Madeira; Danska - predpisi veljajo tudi za Grenlandijo; Španija - predpisi veljajo tudi za afriški mesti Ceuta in Mellila ter za Majorko in Kanarske otoke.

² Države Evropskega gospodarskega prostora (EGP): Islandija, Lihtenštajn, Norveška, (izvzeti so Spitzbergi in Medvedji otok), ter Švica.

³ Nujne in potrebne zdravstvene storitve so storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v teh državah. Obseg in vrsto zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki sprejme osebo na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena opredelitev pričakovane dolžine bivanja v tujini, saj je zavarovana oseba, ki dalj časa biva v drugi državi članici (npr. študentje na študiju v tujini, delavci na delu v tujini, iskalci zaposlitve) upravičena do večjega obsega pravic, kot oseba, ki biva v drugi državi članici krajši čas (npr. osebe na službenem ali zasebnem potovanju). To pomeni, da mora zdravnik na podlagi evropske kartice osebi nuditi zdravstvene storitve v takem obsegu, da se ji zgolj zaradi zdravljenja ni potrebno vrniti v pristojno državo pred potekom nameravanega bivanja v drugi državi članici EU, EGP in Švici. Navedene storitve se uveljavljajo v skladu s predpisi države, v kateri zavarovana oseba

poišče zdravniško pomoč, kar pomeni, da je potrebno v nekaterih državah določene storitve tudi doplačati, enako kot to velja tudi za zavarovane osebe teh držav.

⁴ Države, s katerimi ima Slovenija sklenjene sporazume o socialnem zavarovanju: Avstralija, Bosna in Hercegovina, Črna gora, Severna Makedonija, Republika Srbija.

⁵ Nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč pomeni vse tiste zdravstvene storitve, ki jih ni mogoče odložiti, ne da bi bilo ogroženo življenje ali zdravje zavarovane osebe.