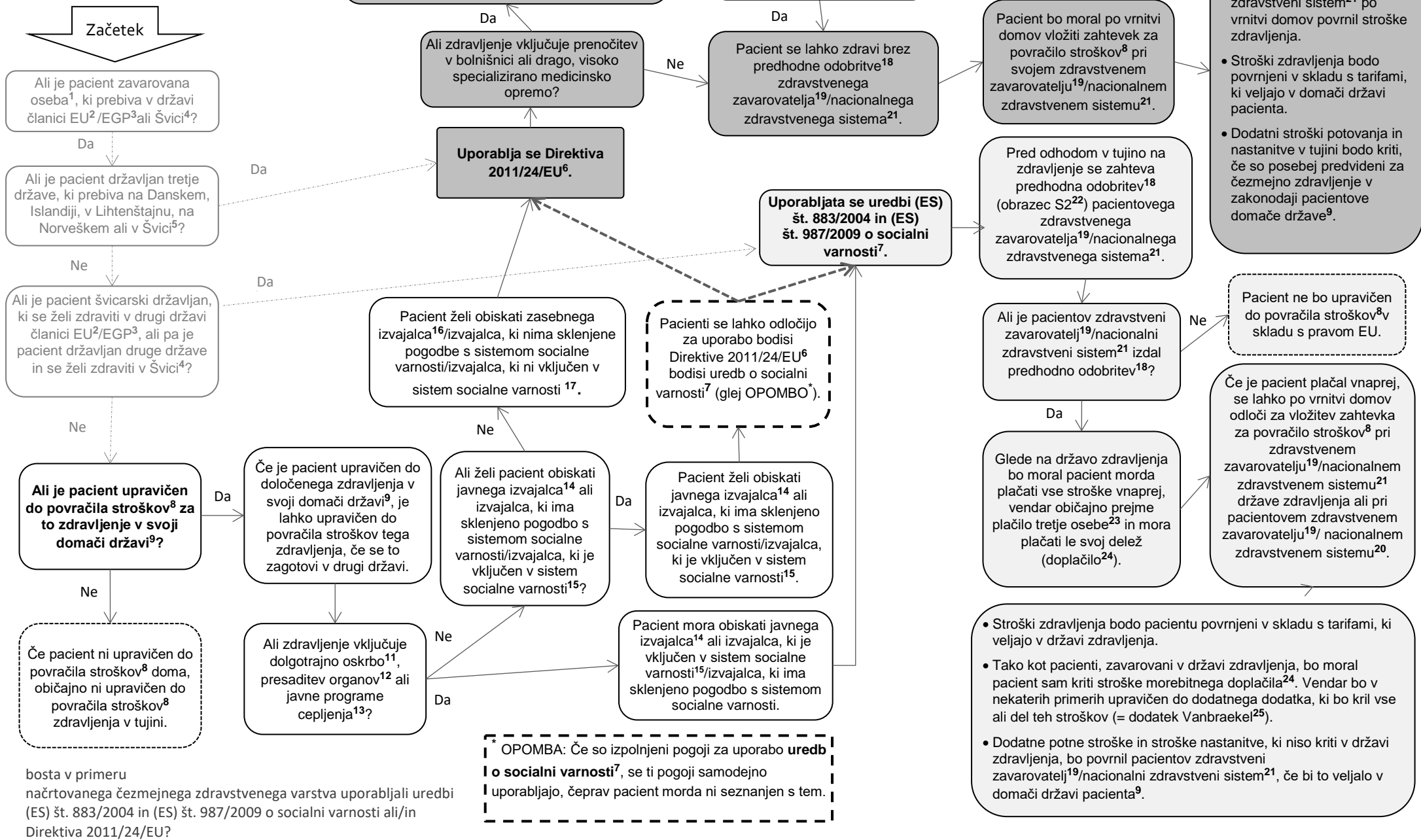


Drevo odločanja za nacionalne kontaktne točke – načrtovano čezmejno zdravljenje

Slika 1. Ali se

Osebnostno področje uporabe



bosta v primeru načrtovanega čezmejnega zdravstvenega varstva uporabljali uredbi (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti ali/in Direktiva 2011/24/EU?

* OPOMBA: Če so izpolnjeni pogoji za uporabo uredbi o socialni varnosti⁷, se ti pogoji samodejno uporabljajo, čeprav pacient morda ni seznanjen s tem.

- Pacient bo moral vse stroške zdravljenja plačati vnaprej.
- Pacientu bo zdravstveni zavarovatelj¹⁹/nacionalni zdravstveni sistem²¹ po vrnitvi domov povrnili stroške zdravljenja.
- Stroški zdravljenja bodo povrnjeni v skladu s tarifami, ki veljajo v domači državi pacienta.
- Dodatni stroški potovanja in nastanitve v tujini bodo kriti, če so posebej predvideni za čezmejno zdravljenje v zakonodaji pacientove domače države⁹.

Pacient ne bo upravičen do povračila stroškov⁸ v skladu s pravom EU.

Če je pacient plačal vnaprej, se lahko po vrnitvi domov odloči za vložitev zahtevka za povračilo stroškov⁸ pri zdravstvenem zavarovalcu¹⁹/nacionalnem zdravstvenem sistemu²¹ države zdravljenja ali pri pacientovem zdravstvenem zavarovalcu¹⁹/nacionalnem zdravstvenem sistemu²⁰.

- Stroški zdravljenja bodo pacientu povrnjeni v skladu s tarifami, ki veljajo v državi zdravljenja.
- Tako kot pacienti, zavarovani v državi zdravljenja, bo moral pacient sam kriti stroške morebitnega doplačila²⁴. Vendar bo v nekaterih primerih upravičen do dodatnega dodatka, ki bo kril vse ali del teh stroškov (= dodatek Vanbraekel²⁵).
- Dodatne potne stroške in stroške nastanitve, ki niso kriti v državi zdravljenja, bo povrnil pacientov zdravstveni zavarovatelj¹⁹/nacionalni zdravstveni sistem²¹, če bi to veljalo v domači državi pacienta⁹.

Legenda



= Osebno področje uporabe



= V skladu z Direktivo 2011/24/EU



= V skladu z uredbama (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti



= Opomba: prednost imata uredbi (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti

! Pozor, naslednji primer ni predviden v drevesu odločanja

Kadar pacient dela v eni državi članici in prebiva v drugi državi članici, ima pravico do zdravstvenega varstva v svoji domači državi (tj. v državi članici prebivališča, kjer je vključen v obvezni zdravstveni sistem) in v državi članici dela (tj. pristojni državi članici, na stroške katere ima pacient pravico do zdravstvenega varstva v državi članici prebivališča).

Natančneje, zavarovana oseba in njeni družinski člani so upravičeni do zdravstvenega varstva tudi, kadar prebivajo v pristojni državi članici. Pristojna država članica zagotovi zdravstveno varstvo na svoje stroške v skladu z zakonodajo, ki jo uporablja, kakor da bi zadevna oseba prebivala v tej državi članici (člen 18 Uredbe (ES) št. 883/2004). V nekaterih državah članicah se bo to načelo še naprej uporabljalo za upokojence in upokojene obmejne delavce (člen 27 in člen 28 Uredbe (ES) št. 883/2004).

V nekaterih državah članicah so družinski člani obmejnega delavca izključeni iz tega sistema.

Glosar in pojasnitve:

Osebnostno področje uporabe	
¹ Zavarovana oseba	<p>Drvo odločanja se uporablja samo za (aktivne ali upokojene) zaposlene ali samozaposlene delavce in njihove družinske člane, ki prebivajo v državi članici EU²/EGP³ ali Švici⁴ in za katere velja zakonodaja o socialni varnosti ene ali več teh držav. Enako velja za državljane tretjih držav in njihove družinske člane, ki zakonito prebivajo v državi članici EU²/EGP³ ali Švici⁴.</p> <p>(! V primeru državljanov tretjih držav, ki prebivajo na Danskem, Islandiji, v Lihtenštajnu, na Norveškem ali v Švici⁵, se lahko uporablja le Direktiva 2011/24/EU⁶).</p>
² Evropska unija (EU)	<p>Evropska unija (EU) je sestavljena iz naslednjih 28 držav članic: <i>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 in Združeno kraljestvo.</i></p>
³ Evropski gospodarski prostor (EGP)	<p>Evropski gospodarski prostor (EGP) poleg 28 držav članic EU vključuje tudi Islandijo, Lihtenštajn in Norveško.</p>
⁴ Švica	<p>Ker je Švica izključena iz področja uporabe Direktive 2011/24/EU⁶, imajo švicarski državljani/državljeni tretjih držav (osebe, ki niso državljani EU²/EGP³), ki prebivajo v Švici, v skladu s pravom EU pravico do čezmejnega zdravstvenega varstva le na podlagi uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti. Enako velja za državljane EU²/EGP³/državljanke tretjih držav (osebe, ki niso državljani EU²/EGP³), ki želijo čezmejno zdravljenje v Švici.</p> <p>(! V primeru Švice se lahko uporabljata le uredbi o socialni varnosti).</p>
⁵ Državljan tretjih držav	<p>Državljan tretjih držav (osebe, ki niso državljani EU²/EGP³) ki prebivajo na Danskem, Islandiji, v Lihtenštajnu, na Norveškem ali v Švici, so izključeni iz uredb (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti⁷.</p> <p>(! V primeru državljanov tretjih držav, ki prebivajo na Danskem, Islandiji, v Lihtenštajnu, na Norveškem ali v Švici, se lahko uporablja le Direktiva 2011/24/EU⁶).</p>
Pravo EU	
⁶ Direktiva 2011/24/EU	<p>Direktiva 2011/24/EU Evropskega parlamenta in Sveta z dne 9. marca 2011 o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu</p>
⁷ Uredbi (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti	<ul style="list-style-type: none"> - Uredba (ES) št. 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 29. aprila 2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti - Uredba (ES) št. 987/2009 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 16. septembra 2009 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) št. 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti
Glosar	
⁸ Povračilo stroškov	<p>Povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki jih krije sistem socialne varnosti, pacientu s strani nacionalnega zdravstvenega sistema/nacionalnega sistema zdravstvenega zavarovanja</p>
⁹ Domača država	<p>Država, v katere sistemu socialne varnosti in zakonodaji o socialni varnosti je pacient zavarovan (država članica prebivališča), na račun druge države članice ali ne (tj. pristojna država članica¹⁰)</p>

10 Pristojna država članica	Država članica, v katere sistemu socialne varnosti je zadevni pacient zavarovan v času čezmejnega zdravljenja ali na račun katerega je zadevni pacient zavarovan v času čezmejnega zdravljenja
11 Dolgotrajna oskrba	Storitve na področju dolgotrajne oskrbe, namenjene pomoči ljudem, ki potrebujejo (nemedicinsko) pomoč pri opravljanju vsakodnevnih rutinskih opravil, na primer v domovih za nego
12 Presajanje organov	Dodeljevanje organov in dostop do njih za namen presajanja organov (z izjemo samega kirurškega posega presaditve)
13 Javni programi cepljenja	Javni programi cepljenja proti nalezljivim boleznim, namenjeni izključno varovanju zdravja prebivalstva na ozemlju države članice, za katere veljajo posebni načrtovalni in izvedbeni ukrepi
14 Javni izvajalec zdravstvenega varstva	Izvajalec zdravstvenega varstva, ki deluje v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰
15 Izvajalec zdravstvenega varstva, ki ima sklenjeno pogodbo s sistemom socialne varnosti/izvajalec zdravstvenega varstva, ki je vključen v sistem socialne varnosti	Javni izvajalci zdravstvenega varstva ¹⁴ , ki delujejo v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰ , v nekaterih državah članicah pa tudi zasebni izvajalci, ki imajo pravico zagotavljati krite zdravstvene storitve v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰
16 Zasebni izvajalec zdravstvenega varstva	Izvajalec zdravstvenega varstva, ki deluje neodvisno od nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰
17 Izvajalec zdravstvenega varstva, ki nima sklenjene pogodbe s sistemom socialne varnosti/izvajalec zdravstvenega varstva, ki ni vključen v sistem socialne varnosti	Zasebni izvajalci zdravstvenega varstva ¹⁶ , ki delujejo v zasebnem zdravstvenem sektorju in nimajo pravice zagotavljati zdravstvenih storitev, kritih v okviru nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰
18 Predhodna odobritev	Odobritev, ki jo morajo pacienti pridobiti od nacionalnega organa za zdravstveno varstvo ²¹ /zdravstvenega zavarovalca ¹⁹ pred potovanjem v tujino, da se jim zagotovi povračilo stroškov za čezmejno zdravljenje
19 Zdravstveni zavarovatelj	Ponudnik zdravstvenega zavarovanja v okviru sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja ²⁰ (tj. sklad za zdravstveno zavarovanje, zdravstvena zavarovalnica)
20 Nacionalno zdravstveno zavarovanje/obvezno zdravstveno zavarovanje	Obvezno zdravstveno zavarovanje je sistem financiranja v okviru sistema socialne varnosti, ki krije stroške zdravstvenega varstva državljanov države.
21 Nacionalni zdravstveni sistem ali sistemi zdravstvenega varstva, ki delujejo kot nacionalni zdravstveni sistemi	Sistemi zdravstvenega varstva pod nadzorom vlad, ki so odgovorni za zagotavljanje javno financiranih zdravstvenih storitev za vse državljane v svoji državi (npr. NHS v Združenem kraljestvu)
22 Obrazec S2	Dokazilo o prejemu predhodne odobritve pacientovega nacionalnega organa za zdravstveno varstvo ²¹ /nacionalnega zavoda za zdravstveno zavarovanje ²⁰ za načrtovano čezmejno zdravljenje v skladu z uredbama (ES) št. 883/2004 in (ES) št. 987/2009 o socialni varnosti ⁷ (stari obrazec E112)
23 Plačilo tretje osebe	Plačilo tretje osebe se nanaša na neposredno plačilo izvajalca zdravstvenega varstva s strani pristojnega nacionalnega zdravstvenega sistema ²¹ /nacionalnega zavoda za zdravstveno zavarovanje ²⁰ . Zato je pacient upravičen do brezplačnega zdravljenja, kjer je zagotovljeno, in mora plačati le svoj del stroškov (doplačilo).

²⁴ Doplačilo	Določen samoplačniški znesek, ki ga ne bo kril nacionalni zdravstveni sistem ²¹ /nacionalno zdravstveno zavarovanje ²⁰ , mora zavarovanec sam neposredno plačati izvajalcu zdravstvenega varstva/bolnišnici ali drugemu zavodu za zagotovljene zdravstvene storitve, z drugimi besedami, pacientov delež zdravstvenih stroškov.
²⁵ Dodatek Vanbraekel	Dodatek Vanbraekel vključuje dodatno nadomestilo, če je pacient dejansko sam kril vse zdravstvene stroške čezmejnega zdravljenja, za katero je dobil predhodno odobritev ¹⁸ (obrazec S2 ²²), ali njihov del (doplačilo ²⁴), tarifa za povračilo stroškov v tujini pa je nižja od stroškov, ki bi morali biti povrnjeni, ob predpostavki, da bi se v državi članici pacienta izvedlo enako zdravljenje. V tem primeru mora pristojni nacionalni zdravstveni sistem ²¹ /zdravstveni zavarovatelj ¹⁹ pacientu <i>na zahtevo</i> povrniti stroške do zneska, ki predstavlja razliko med obema stopnjama povračila (brez preseganja dejanskih stroškov, ki jih je imel pacient) (člen 26(7) Uredbe (ES) št. 987/2009).