



Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



ZZZS

Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



Skupaj za zdravo prihodnost.
Solidarnost je pot – zdravje je cilj.

PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Založnik in izdajatelj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Miklošičeva cesta 24, Ljubljana.

Za izdajatelja: Samo Fakin, generalni direktor.

Uredništvo: Klemen Ganziti, Sladjana Jelisavčić, Uršula Jerše Jan,
Damjan Kos (urednik), Peter Rutar.

Oblikovanje: STUDIO 3S d. o. o.

Foto: Imago d. o. o.

Ljubljana, januar 2015

CIP - Kataložni zapis o publikaciji

Narodna in univerzitetna knjižnica, Ljubljana

364.32(497.4)

PRAVICE iz obveznega zdravstvenega zavarovanja / [uredništvo Klemen Ganziti
... [et al.] ; foto Imago]. - Ljubljana : Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
2014

Način dostopa (URL): <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/C3D3F8C8923A29D2C1257AC2002BA43E?OpenDocument>

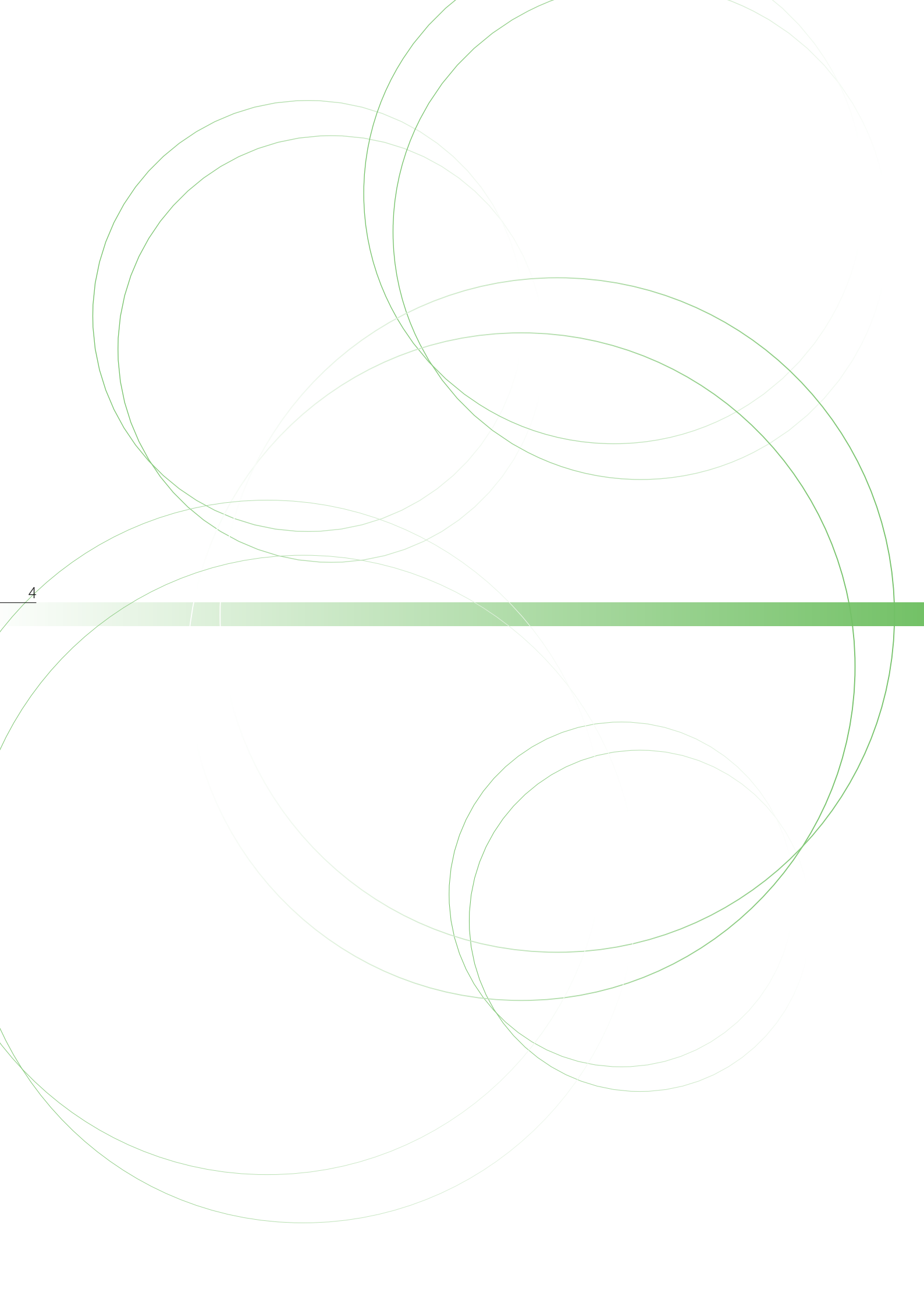
ISBN 978-961-6327-25-1

1. Ganziti, Klemen

274769408

Kazalo

1. Kaj je zdravstveno zavarovanje	5
2. Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja	9
3. Kartica zdravstvenega zavarovanja	15
4. Vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	19
5. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti	23
6. Pravica do storitev specialistično-ambulantne dejavnosti	27
7. Čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov	31
8. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti	35
9. Pojemovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu	41
10. Ortodontija in njene posebnosti	45
11. Pravica do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept	49
12. Pravica do medicinskih pripomočkov	57
13. Pravica do zdraviliškega zdravljenja	63
14. Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje	67
15. Zdravljenje v tujini	71
15.1. Zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v tujini	72
15.2. Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini	78
16. Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela	83
17. Pravica do povračila potnih stroškov	89
18. Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	93
19. Dodatne informacije	99



4



1. Kaj je zdravstveno zavarovanje



1.

Kaj je zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, saj pokriva stroške za tveganja v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe. Osnovna lastnost zdravstvenega zavarovanja je, da so pravice vsakega posameznika ali od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in na plačilo ustreznega prispevka (v obveznem zdravstvenem zavarovanju) ali premije (v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju).

6

Zdravstveno zavarovanje delimo na obvezno in prostovoljno. **Obvezno zdravstveno zavarovanje** izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZVS), **prostovoljno zdravstveno zavarovanje** pa izvajajo druge zdravstvene zavarovalnice.

Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. To pomeni, da pravice do zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja niso odvisne od starosti, višine plačanih prispevkov in let plačevanja prispevka, oziroma že uveljavljenih zdravstvenih storitev, temveč je zavarovana oseba upravičena do zdravstvenih storitev izključno na osnovi medicinske indikacije, ki jo ugotovi osebni ali lečeči zdravnik. Zdravstveno zavarovanje je v Republiki Sloveniji obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) predpisane pogoje. **Zavarovane osebe** so zavarovanci in njihovi družinski člani.

Kot **zavarovanci** morajo biti v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene naslednje osebe:

1. osebe, ki so v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji;
2. osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslani na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslani;
3. osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih

predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;

4. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
5. osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic;
6. družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovodne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic;
7. kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic;
8. vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
9. brezposelne osebe, ki prejemajo pri zavodu za zaposlovanje denarno nadomestilo;
10. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov;
11. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja, če z mednarodno pogodbo ni drugače določeno;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja



- vanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova;
13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
 14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
 15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških priznave, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 16. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo nadomestilo po zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 17. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo trajno denarno socialno pomoč in osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito v skladu s predpisi o mednarodni zaščiti, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 18. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci priznave vojn, če niso zavarovane iz drugega naslova;
 19. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so v civilni službi kot nadomestilu vojaškega roka;
 20. vojaški obvezniki s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji med služenjem vojaškega roka oziroma med usposabljanjem za rezervno sestavo policije;
 21. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, če ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po eni izmed točk iz tega odstavka in si same plačujejo prispevek;
 22. državljani Republike Slovenije in tujci, ki imajo dovoljenje za stalno prebivanje, ki jim je po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zavarovanje;
 23. priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapor, mladoletniškega zapor, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog;
 24. osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo, in sicer:
 - upravičenci do starševskih nadomestil, ki jim je prenehalo delovno razmerje v času trajanja starševskega dopusta,
 - eden od staršev, ki si na podlagi svoje dejavnosti plačuje prispevke za socialno varnost za najmanj 20 ur tedensko ter neguje in varuje otroka do tretjega leta starosti,
 - eden od staršev, ki zapusti trg dela zaradi nege in varstva štirih ali več otrok;
 25. otroci do 18. leta starosti, ki se šolajo in niso zavarovani kot družinski člani, ker njihovi starši ne skrbijo za njih oziroma ker starši ne izpolnjujejo pogojev za vključitev v obvezno zavarovanje;
 26. družinski pomočniki po zakonu, ki ureja socialno varstvo;
 27. osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic,
 28. osebe, ki prejemajo poklicno pokojnino v Republiki Sloveniji, če niso zavarovane po drugi podlagi.
- Kot **družinski člani** so v obvezno zdravstveno zavarovanje vključene naslednje osebe:
- ožji družinski člani:
 - zakonec,
 - otroci (zavarovančevi otroci in otroci, ki so z odločbo pristojnega organa nameščeni v družino zaradi posvojitve);
 - širši družinski člani:
 - pastorki, ki jih zavarovanec preživlja;
 - vnuki, bratje, sestre in drugi otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, ob pogojih, ki jih določa ZZVZZ za otroke;
 - starši (oče in mati, zakonec ali zunajzakonski partner očeta oziroma matere ter posvojitelj), ki živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu in jih zavarovanec preživlja ter nimajo za preživljanje dovolj lastnih sredstev in so trajno in popolnoma nezmožni za delo, razen staršev zavarovancev iz zgornje 25. točke.
- Za otroka brez staršev se šteje tudi otrok, ki ima starše, če so starši popolnoma in trajno nezmožni za delo ali, če zaradi drugih okoliščin ne morejo skrbeti za otroka in ga preživljati.
- Družinski člani so zavarovani, če imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji, razen če ni za ožje družinske člane z mednarodno pogodbo drugače določeno. Zakonec je zavarovan kot družinski član, če ni sam zavarovanec. Razvezani zakonec je zavarovan kot družinski član, če ni sam zavarovanec in če mu je s sodno odločbo prisojena preživnina. Kot zakonec je zavarovana tudi oseba, ki živi z zavarovancem v življenjski skupnosti, ki je po zakonu o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo (zunajzakonski partner). Za zavarovanje zunajzakonskega partnerja je pogoj, da zunajzakonska zveza obstaja že vsaj dve leti. Če imata zunajzakonska partnerja skupnega otroka, se obstoj zunajzakonske zveze domneva in ni potrebno, da traja že vsaj dve leti. Otrok, ki ni sam zavarovanec, je zdravstveno zavarovan kot družinski član do dopolnjenega 15. leta starosti oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti, po tej starosti pa, če se šola, in sicer do konca šolanja, vendar največ do dopolnjenega 26. leta starosti. Otrok, ki postane popolnoma in trajno nezmožen za delo do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca rednega



šolanja, je zavarovan kot družinski član, dokler traja takšna nezmožnost, če ga zavarovanec preživlja oziroma če ni zavarovanec iz zgornje 16. točke.

Za zavarovance je predpisana **obveznost plačevanja prispevkov**, pri čemer je predpisano tudi, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje in s tem zavezanec za prijavo osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje, vrsta prispevkov in osnova, od katere se plačujejo, ter tudi obseg pravic.

Plačilo predpisanih prispevkov je praviloma vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (plača, pokojnina, nadomestilo za invalidnost, nadomestilo za čas brezposelnosti...). Če slovenski državljani ali tujci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji nima dohodkov, prihrankov ali premoženja v taki višini, da bi bil presežen cenzus za denarno socialno pomoč, se v obvezno zdravstveno zavarovanje vključi s pomočjo pristojnega centra za socialno delo, prispevek zanj pa plačuje občina stalnega prebivališča. Izpolnjevanje pogojev za pridobitev pravice do plačila prispevkov s strani občine stalnega prebivališča ugotavlja pristojni center za socialno delo.

Družinski člani se vključijo v obvezno zdravstveno zavarovanje preko zavarovancev kot nosilcev zavarovanja, če ne izpolnjujejo pogojev, da bi bili sami zavarovanci. Družinski člani niso zavezanci za prispevek.

Tuje osebe, ki niso vključene v zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, imajo pravico do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev, za katera se plačilo zagotovi v skladu z evropskim pravnim redom, mednarodnimi sporazumi ali iz proračuna Republike Slovenije.

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja, ki jih izvajajo druge zavarovalnice, delimo na:

- dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki krije razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije v celoti (storitve iz 2. do 6. točke 23. člena ZZVZZ) in
- prostovoljna zavarovanja za večji obseg pravic ali za višji standard storitev, kot je to določeno v obveznem zavarovanju, in za dodatne pravice, ki niso zajete v obveznem zavarovanju – dodatna oziroma nadstandardna zdravstvena zavarovanja.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje krije razliko med polno vrednostjo zdravstvenih storitev in vrednostjo, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZVZZ namreč v 23. členu določa, katere zdravstvene storitve se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo v celoti (100 %) in katere le v določenem odstotku. Poleg tega ZZVZZ v 23. členu določa tudi posebne skupine zavarovanih oseb, katerim so vse storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krite v celoti, v 24. členu pa zavarovane osebe, katerim razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev krije proračun Republike Slovenije.

Plačilo zdravstvenih storitev se zagotavlja **v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja** za zdravljenje in rehabilitacijo:

- otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo,
- otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
- otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov.

Razliko med vrednostjo zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in polno vrednostjo zdravstvenih storitev pa za določene skupine zavarovanih oseb **zagotavlja proračun Republike Slovenije**, in sicer za:

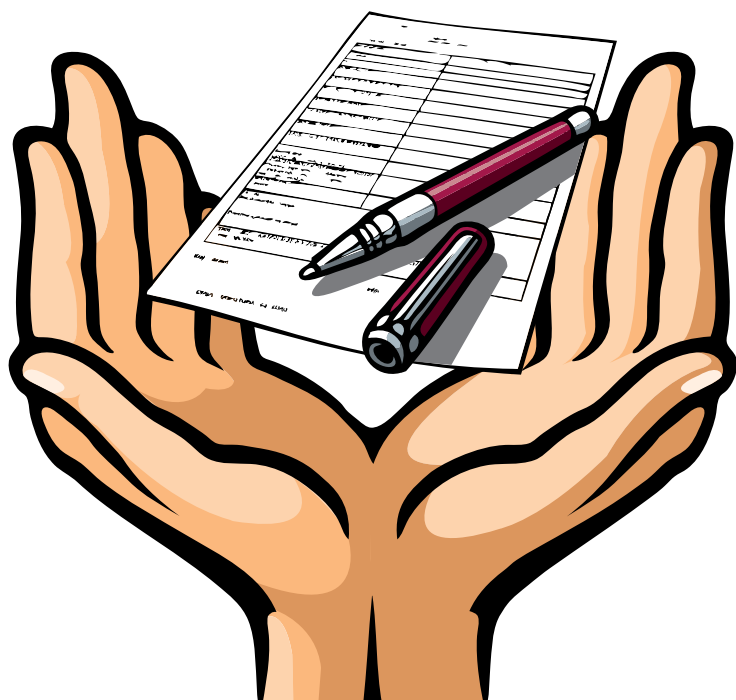
- pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog;
- zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, ki nimajo zagotovljenega plačila zdravstvenih storitev v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, kar ugotavlja center za socialno delo.

Prav tako proračun Republike Slovenije zagotavlja s plačilom premije za dopolnilno zdravstveno zavarovanje plačilo zdravstvenih storitev v višini razlike do polne vrednosti storitev, zagotovljenih v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja za:

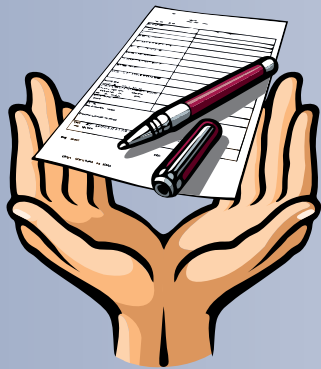
- vojne invalide,
- vojne veterane in
- žrtve vojnega nasilja.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o zavarovalništvu.



2. Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja



2. Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja

Zavarovane osebe so zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani. Zavarovanci se vključijo v obvezno zdravstveno zavarovanje na osnovi zavarovalnih podlag iz 15. člena ZZVZZ (glejte tudi 1. poglavje), na podlagi česar se določijo zavezanci za prijavo v zavarovanje in zavezanci za plačilo prispevka, višina in vrsta prispevka kot tudi obseg pravic. Družinski člani se vključijo v obvezno zdravstveno zavarovanje prek zavarovancev.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE – NAŠA PRAVICA IN DOLŽNOST

Osnovna lastnost obveznega zdravstvenega zavarovanja je, da so pravice vsakega posameznika ali po njem zavarovanega družinskega člana vezane na prijavo v zavarovanje in na plačilo ustreznega prispevka. Zdravstveno zavarovanje je v Republiki Sloveniji obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z zakonom predpisane pogoje, pri čemer je določeno tudi, kdo je zavezanec za prijavo in odjavo oseb v obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovane osebe v obveznem zdravstvenem zavarovanju so zavarovanci (aktivni zavarovanci, kot denimo osebe v delovnem razmerju, osebe, ki opravljajo samostojno dejavnost, družbeniki, ki so poslovodne osebe, prejemniki različnih socialnih dajatev, druge osebe z dohodkom ter državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem pri nas) in po njih zavarovani družinski člani (otroci, zakonec, idr.). **Prijavo v zavarovanje je za zavarovanca praviloma dolžan vložiti tisti, ki je z zakonom določen kot zavezanec za plačilo prispevka.** Tako je npr. pri osebah v delovnem razmerju zavezanec za prijavo delodajalec, pri prejemnikih socialnih dajatev pa nosilec javnega pooblastila, ki je pravico priznal. Določene kategorije zavarovancev so same zavezanci za plačilo prispevkov, zato so tudi prijavo v zavarovanje dolžne vložiti same, kot denimo osebe, ki opravljajo samostojno pridobitno, poklicno ali kmetijsko dejavnost, in osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki si same plačujejo prispevek. Družinske člane v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavi nosilec zavarovanja (otroka prijavi eden od staršev, zakonca prijavi zakonec...). Prvo prijavo v zavarovanje je dolžan na ZZS vložiti nosilec zavarovanja, po katerem bo družinski član (otrok, zakonec, zunajzakonski partner, eden od staršev) zavarovan, in sicer v roku 8 dni od nastanka pogojev za zavarovanje. Izjema velja za novorojenčke. Prijavo novorojenčka v obvezno zdravstveno zavarovanje kot družinskega čla-





PREGLED ZAVEZANCEV ZA PRIJAVO V OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA POSAMEZNE KATEGORIJE ZAVAROVANCEV

ZAVAROVANCI	ZAVEZANEC
osebe v delovnem razmerju v Republiki Sloveniji	delodajalec
osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v Republiki Sloveniji, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane	delodajalec
osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvih s sedežem v Republiki Sloveniji, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno	delodajalec oziroma zavarovanec sam, če delodajalec ne izvaja obveznosti po predpisih v Republiki Sloveniji
osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zaposlene pri tujem delodajalcu, ki niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja	oseba sama
osebe, ki na območju Republike Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic	oseba sama
osebe, ki so družbeniki osebnih družb in družb z omejeno odgovornostjo ter ustanovitelji zavodov, če so družbeniki družb oziroma ustanovitelji zavodov poslovalne osebe, ki opravljajo poslovodno funkcijo kot edini ali glavni poklic	oseba sama
kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Republiki Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost kot edini ali glavni poklic	nosilec kmečkega gospodarstva oziroma oseba sama
vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Republiki Sloveniji	oseba sama
brezposelne osebe, ki prejemajo pri Zavodu RS za zaposlovanje denarno nadomestilo za brezposelnost	Zavod RS za zaposlovanje
osebe, ki prejemajo pokojnino po predpisih Republike Slovenije oziroma preživnino po predpisih o preživninskem varstvu kmetov	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije
osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki prejemajo pokojnino od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja	oseba sama
osebe, ki prejemajo poklicno pokojnino v Republiki Sloveniji	oseba sama
osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova	oseba sama
družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja	oseba sama
tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji	oseba sama
uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter užitci republiških priznavalnin	upravna enota
prejemniki nadomestila za invalidnost po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb	center za socialno delo
prejemniki trajne denarne socialne pomoči	center za socialno delo
osebe, ki jim je Republika Slovenija priznala status begunca ali subsidiarno zaščito	ministrstvo, pristojno za notranje zadeve
uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn	upravna enota
vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka	ministrstvo, pristojno za obrambo
osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po drugi podlagi	oseba sama
slovenski državljani in tujci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki jim je center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev	ZZZS
priporniki, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora, obsojenci na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletniki na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom	Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij
osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog	zdravstveni zavod
osebe, ki pridobijo pravico po zakonu, ki ureja starševsko varstvo	center za socialno delo
otroci do 18. leta starosti, ki niso zavarovani kot družinski člani	občina
družinski pomočniki	center za socialno delo
osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic	center za socialno delo
družinski člani	nosilec zavarovanja (za otroka eden izmed njegovih staršev, za zakonca njegov zakonec, za zunajzakonskega partnerja njegov zunajzakonski partner itd.)



na vložil nosilec zavarovanja (oče ali mati) najpozneje 60 dni po rojstvu. Do takrat lahko otrok zdravstvene storitve uveljavlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja enega od staršev, če je ta vključen v obvezno zdravstveno zavarovanje kot nosilec zavarovanja.

Po prvi prijavi družinskega člana v obvezno zdravstveno zavarovanje ZZZS po uradni dolžnosti ureja njegovo zavarovanje po nosilcu zavarovanja (starših, zakoncu,...) ves čas, dokler so izpolnjeni pogoji za zavarovanje na strani nosilca zavarovanja in njegovega družinskega člana. Podatke o njima ZZZS vodi sam ali jih pridobiva z izmenjavo podatkov od upravljalcev uradnih evidenc.

Osebe lahko uveljavijo zdravstvene storitve oziroma denarne dajatve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja le, če imajo urejeno zavarovanje. To pomeni, da je zavezanec za prijavo zanje vložil prijavo v zavarovanje. Prijavo je dolžan vložiti v roku 8 dni od nastanka pravnega razmerja, ki je podlaga za zavarovanje. Ne glede na navedeno, mora biti prijava za delavca v delovnem razmerju vložena z dnem nastopa dela po pogodbi o zaposlitvi, vendar najkasneje pred začetkom opravljanja dela. V primeru, ko delavec tega dne iz opravičljivih razlogov ne začne z delom, mora biti prijava vložena najkasneje tistega dne, ki je kot dan nastopa dela dogovorjen v pogodbi o zaposlitvi.

Če oseba nima urejenega zavarovanja, pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja ne more uveljaviti.

Pomembno je, da zavarovane osebe stalno skrbijo za urejeno obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, saj zdravstveni delavci (medicinska sestra, zdravnik, farmacevt...) dostopajo do točnih trenutnih podatkov. Tako naj bodo posebej pozorne tiste zavarovane osebe, ki spreminjajo svojo podlago za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje zaradi sprememb v svojem statusu. Ta se spreminja predvsem ob naslednjih življenjskih dogodkih:

- ob spremembi zaposlitve,
- ob izgubi zaposlitve (prijava brezposelne osebe pri Zavodu RS za zaposlovanje ali osebe brez lastnih prihodkov pri pristojnem centru za socialno delo),
- ob upokojitvi,
- ob dopolnitvi 18. leta oziroma 26. leta starosti, če se oseba šola.

Če oseba nima urejenega obveznega ali dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, mora zdravstvene storitve doplačati ali plačati v celoti razen v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Plačila so lahko v primeru bolnišničnega zdravljenja izjemno visoka (več tisoč evrov). Poleg tega velja, da se tistim samostojnim zavezancem za prispevek (samostojnim podjetnikom, kmetom, osebam, ki opravljajo samostojni poklic...), ki so neredni plačniki prispevkov, v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Te osebe lahko v skladu z veljavno zakonodajo v času, ko nimajo poravnanih obveznosti iz naslova prispevkov, uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje. Ostale storitve, ki presegajo nujno zdravljenje, si morajo zagotoviti z lastnimi sredstvi, ki pa jih ZZZS povrne, ko tudi sami poravnajo svoje obveznosti do ZZZS.

ZZZS stalno spremlja podatke o urejenosti obveznega zdravstvenega zavarovanja in osebe obdobjno vabi k ureditvi zavarovanja. V postopkih urejanja zavarovanja nezavarovanih oseb je zaslediti, da nezavarovane osebe ne vedo, da nimajo urejenega obveznega zavarovanja. Tako brezposelne osebe na primer menijo, da imajo tudi po poteku pravice do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje že zgolj zato, ker so vpisane v evidenco brezposelnih oseb pri Zavodu RS za zaposlovanje. Prav tako obstajajo primeri, ko delodajalec ne prijavi delavca pravočasno v zavarovanje oziroma ga sploh ne prijavi, delavec pa šele v primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev ugotovi, da nima urejenega zavarovanja.

Za vse informacije glede urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko obrnete neposredno na katerikoli območno enoto ali izpostavo ZZZS. Vsakdo pa lahko na enostaven način, s SMS sporočilom sli na spletni strani ZZZS (<http://www.zzzs.si>), preveri, ali ima urejeno obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma ali ima zadržane pravice zaradi neplačila prispevka (to velja le za zavarovance, ki so sami zavezanci za plačilo prispevka). ZZZS omogoča takšno preverjanje vsak dan, 24 ur na dan. Na ta način omogočamo osebam aktivno sodelovanje pri urejanju njihovega zdravstvenega zavarovanja, in sicer tudi v primerih, ko same niso zavezanci za prijavo v to zavarovanje. Oseba sama namreč lahko zahteva prijavo v zavarovanje, če meni, da izpolnjuje predpisane pogoje za zavarovanje, zavezanec, ki bi to moral storiti, pa je to dolžnost opustil. V tovrstnih primerih ZZZS uvede postopek ugotavljanja lastnosti zavarovanca.

POSTOPEK PRIJAVE, SPREMEMBE IN ODJAVE IZ ZAVAROVANJA

Prijavo v zavarovanje vložil zavezanec za prijavo na predpisanem obrazcu pri katerikoli prijavno-odjavni službi ZZZS, ki delujejo na 45 lokacijah po vsej Sloveniji (glej stran 100). Ob prijavi je potrebno predložiti določene listine in dokazila, iz katerih je razvidno, da oseba izpolnjuje pogoje za vključitev v zavarovanje.

Zavezanci za prijavo morajo v 8 dneh prijaviti pričetek ali prenehanje zavarovanja ter vsako spremembo javljenega podatka pri prijavno-odjavni službi ZZZS. Ne glede na navedeno, mora biti prijava za delavca v delovnem razmerju vložena z dnem nastopa dela po pogodbi o zaposlitvi, vendar najkasneje pred začetkom opravljanja dela. V primeru, ko delavec tega dne iz opravičljivih razlogov ne začne z delom, mora biti prijava vložena najkasneje tistega dne, ki je kot dan nastopa dela dogovorjen v pogodbi o zaposlitvi.

Zavezanci sporočajo podatke na naslednjih obrazcih:

- **M-1** prijava v zavarovanje,
- **M-2** odjava iz zavarovanja,
- **M-3** sprememba med zavarovanjem,
- **M-DČ** prijava družinskih članov v zdravstveno zavarovanje,
- **M1-2** prijava za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (zdravstveno zavarovanje),



Prijavo, odjavo in spremembo vloži zavezanec za prijavo pri ZZS, in sicer:

- **v papirni obliki** neposredno ali po pošti oziroma
- **v elektronski obliki** na državnem portalu za podjetja in podjetnike e-Vem na spletnem naslovu <http://evem.gov.si/evem/> (tudi s pomočjo kadrovskega vmesnika) ali na lokacijah točk VEM.

Zavezancem so na voljo tudi elektronsko oblikovani obrazci M na spletni strani <http://www.zzs.si> (poglavje »Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja – M obrazci«). Papirne obrazce M pa je mogoče kupiti v papirnicah in knjigarnah.

KAJ JE POTREBNO PREDLOŽITI OB PRIJAVI

Za osebe v delovnem razmerju:

- pogodbo o zaposlitvi,
- potrjen obrazec Sporočilo o prostem delovnem mestu, s katerim je delodajalec Zavodu Republike Slovenije za zaposlovanje prijavil prosto delovno mesto, kadar se ta prijava po predpisih zahteva.

Za osebe, ki na območju Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost:

- dokazilo o opravljanju dejavnosti, če za vodenje te dejavnosti ni predpisan register (npr. opravljanje verske službe,...).

Samostojni podjetniki lahko vlagajo prijave v zavarovanje tudi pred Državnega portala za podjetja in podjetnike e-Vem na spletni strani: <http://evem.gov.si/evem/> ali na točkah VEM.

Kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost:

- potrdilo službe medicine dela o zdravstveni sposobnosti za opravljanje kmetijske dejavnosti,
- potrdilo Davčne uprave RS o katastrskem dohodku ali drugem dohodku iz opravljanja kmetijske dejavnosti.

Družinski člani – otroci:

- izpisek iz matičnega registra o rojstvu (če gre za prijavo otroka, za katerega je podatek o rojstvu vpisan v slovenski matični register, izpiska ni potrebno prilagati prijavi, saj ZZS sam preveri podatek v tem registru),
- odločba o namestitvi otroka v zavarovančevo družino zaradi posvojitve,
- potrdilo o šolanju po javno priznanem izobraževalnem programu za otroka od dopolnjenega 18. leta starosti do dopolnjenega 26. leta starosti, če gre za prijavo otroka, ki se šola v tujini (dejstvo o šolanju je potrebno

izkazati za vsako šolsko oziroma študijsko leto posebej) oz.

- dokazilo o popolni in trajni nezmožnosti za delo in da je takšna nezmožnost nastala do dopolnjenega 18. leta starosti oziroma do konca rednega šolanja, če gre za prijavo takega otroka.

Družinski člani – zakonci:

Dokazila pri ugotavljanju pogojev za zavarovanje zakonca kot družinskega člana so:

- izpisek iz matičnega registra o sklenjeni zakonski zvezi (če gre za prijavo zakonca, za katerega je podatek o sklenjeni zakonski zvezi vpisan v slovenski matični register, izpiska ni potrebno prilagati prijavi, saj ZZS sam preveri podatek v tem registru),
- izjava o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po eni od točk 15. člena ZZVZZ (t. j. po eni od točk iz 4. odstavka 1. poglavja – glej strani 6 in 7).

Dokazila pri ugotavljanju pogojev za zavarovanje razvezanega zakonca kot družinskega člana so:

- sodba, s katero je razvezanemu zakoncu priznana preživnina,
- izjava o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po eni od točk 15. člena ZZVZZ (t. j. po eni od točk iz 4. odstavka 1. poglavja – glej strani 6 in 7).

Dokazila pri ugotavljanju pogojev za zavarovanje zunajzакonskega partnerja kot družinskega člana so:

- dokazilo o obstoju že vsaj dve leti trajajoče zunajzакonske zveze, če nimata skupnega otroka,
- izjava o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po eni od točk 15. člena ZZVZZ (t. j. po eni od točk iz 4. odstavka 1. poglavja – glej strani 6 in 7).

Osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po drugi podlagi in si same plačujejo prispevek):

- izjava o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po kateri drugi točki 15. člena ZZVZZ (t. j. po eni od točk iz 4. odstavka 1. poglavja – glej strani 6 in 7).

Slovenski državljani in tujci s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki jim je center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje:

V obvezno zdravstveno zavarovanje so vključeni tudi državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje iz drugega naslova, ki so pridobili pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje na centru za socialno delo. Za dodatne informacije o pogojih za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje po tej zavarovalni podlagi se obrnite na pristojni center za socialno delo.

Več o tem, kaj je potrebno predložiti ob prijavi v zavarovanje (tudi za druge skupine zavarovanih oseb), najdete na spletni strani ZZS: <http://www.zzs.si> (poglavje »Kategorije zavarovanih oseb«).

PRIJAVNO-ODJAVNA SLUŽBA ZZS LAHKO OB PRIJAVI ZAHTEVA TUDI DODATNA DOKAZILA ZA UGOTAVLJANJE LASTNOSTI ZAVAROVANCA. ZA DODATNE INFORMACIJE VAM SVETUJEMO, DA SE OBRNETE NA PRIJAVNO-ODJAVNO SLUŽBO ZZS.



POSTOPEK PREVERJANJA UREJENOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA Z MOBILNIM TELEFONOM

A. Pošiljanje SMS sporočila

Pošljite SMS sporočilo na telefonsko številko **031 771 009**.

Vsebina sporočila je ključna beseda **ZZ** ter **ZZZS številka osebe**.

Na primer SMS za osebo Jakob Moder z ZZZS številko 032822733 je: **ZZ032822733**.

ZZZS številka je zapisana na kartici zdravstvenega zavarovanja (označeno na sliki).

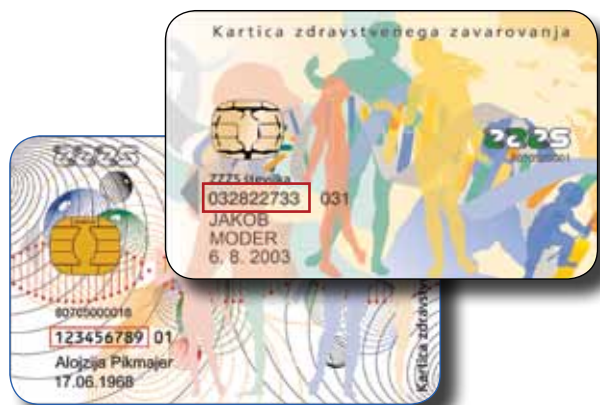
Pošiljanje sporočila je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij, ne pa med gostovanjem v tujih omrežjih. Vsako poslano SMS sporočilo plačate po veljavnem ceniku vašega mobilnega operaterja.

B. Prejem in vsebina odgovora

Takoj (odvisno od mobilnega operaterja) boste prejeli SMS sporočilo s podatki o urejenosti obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma o morebitnih napakah.

SMS sporočilo sestavljajo:

- **začetna črka imena in priimka zavarovane osebe in njena ZZZS številka** (npr. SMS za osebo Jakob Moder z ZZZS številko 032822733 se prične z: JM 032822733:);
- **podatek o urejenosti obveznega zdravstvenega zavarovanja;**



Izgled oziroma položaj ZZZS številke na različnih karticah zdravstvenega zavarovanja.

- **podatek o urejenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja** – ta del sporočila prejmejo samo tiste zavarovane osebe, katerim zdravstvene storitve niso v celoti zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in morajo doplačati razliko do polne vrednosti storitve ali pa za kritje tega tveganja sklenejo dopolnilno zdravstveno zavarovanje;

Če je pri preverjanju podatkov prišlo do napake, se v SMS sporočilu izpiše vrsta napake.

Vrnjena SMS sporočila so brezplačna.

POSTOPEK PREVERJANJA UREJENOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA PREK SPLETA

- Na spletni strani <https://zavarovanec.zzs.si> izberite »e-Storitve ZZZS«,
- nato izberite »Imam urejeno zavarovanje?«.
- Vpišite svojo ZZZS številko in
- izberite »Preveri«.

Izpišejo se podatki o urejenosti obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma morebitne napake.

Podrobna navodila in pojasnila so zapisana na spletni strani.



Vstopna stran portala za zavarovane osebe (<https://zavarovanec.zzs.si>).

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRIJAVO, SPREMEMBO IN ODJAVO V OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti.



3. Kartica zdravstvenega zavarovanja



3. Kartica zdravstvenega zavarovanja

Kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: kartica) je osebni dokument in **listina za uveljavljanje pravic iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja** v Sloveniji. Izdajatelj kartice je ZZZS. Kartico brezplačno prejme vsakdo, ko si v Sloveniji prvič uredi obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovana oseba svojo kartico predloži ob obisku pri zdravniku ali ob drugi priložnosti, ko dokazuje in uveljavlja svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Kartica omogoča enostaven in hiter prenos podatkov med zavarovanimi osebami, zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev.

16

Sliki prikazujeta sprednjo stran obeh generacij kartic, ki sta v uporabi. Na zadnji strani so kratka navodila o ravnanju s kartico. Za dvojezična področja so oblikovane kartice z enakovredno zastopanostjo obeh uradnih jezikov: slovenščine in madžarščine oziroma italijanščine.

Na kartici so elektronsko zapisani naslednji podatki:

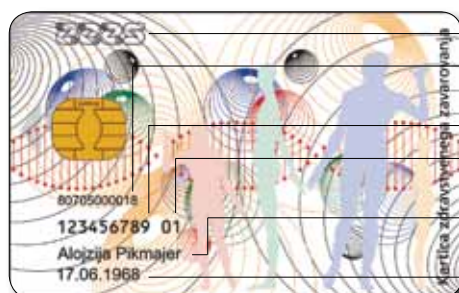
- identifikacijska številka (ZZZS številka) imetnika kartice – zavarovane osebe,
- številka izvoda kartice,
- ime in priimek imetnika ter
- spol in rojstni datum imetnika.

KARTICA JE KLJUČ ZA DOSTOP DO PODATKOV O ZAVAROVANI OSEBI

Z vročitvijo kartice zavarovana oseba omogoči zdravstvenim delavcem elektronski dostop do podatkov o:

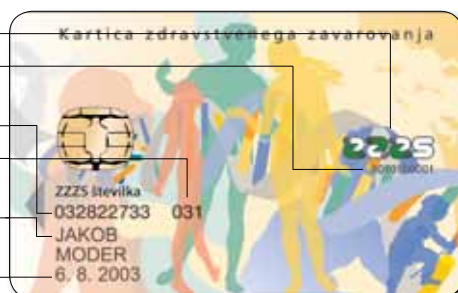
- zavarovani osebi (ime in priimek, naslov, spol, datum rojstva),
- zavezancih za prispevek (registracijska številka, naziv, naslov, vrsta plačnika prispevka),
- obveznem zdravstvenem zavarovanju (veljavnost zavarovanja),

Na sprednji strani kartice so vidno izpisani:



Kartica, izdana pred 5. 11. 2008.

logotip izdajatelja kartice
številka izdajatelja kartice
ZZZS številka
zavarovane osebe
številka izvoda kartice
ime in priimek
zavarovane osebe
datum rojstva
zavarovane osebe



Kartica, izdana po 5. 11. 2008.



- prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (zavarovalnica, vrsta police, veljavnost zavarovanja),
- izbranih osebnih zdravnikov (splošnem zdravniku, pediatri, zobozdravniku, ginekologu),
- izdanih medicinskih pripomočkov,
- izdanih zdravilnih,
- prostovoljni opredelitvi za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev.

To so podatki, ki jih v svojih podatkovnih zbirkah vodi ZZS, razen podatkov o prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju, ki jih vodijo AdriaticSlovenica, Triglav, zdravstvena zavarovalnica in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica.

Podatki, ki so zapisani v evidencah ZZS in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic, so zavarovani pred nepooblaščenim dostopom tako, da jih lahko berejo le imetniki profesionalnih kartic (zdravstveni delavci in drugi pooblašteni delavci). Dostop do podatkov je praviloma mogoč samo s hkratno uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja in profesionalne kartice. Brez profesionalne kartice ni mogoče v nobenem primeru dostopati do podatkov. Brez vaše kartice je mogoč dostop do podatkov samo v izjemnih primerih, na primer takrat, ko kartica ne deluje ali ko se zavarovana oseba namesto s kartico izkazuje z začasnim pisnim potrdilom ali ko gre za nujno medicinsko pomoč. Vendar tudi v teh primerih ni mogoč dostop do nekaterih občutljivih osebnih podatkov. Različne skupine zdravstvenih delavcev imajo različne pristopne pravice. Na primer administrativni delavec v sprejemni pisarni sme dostopati le do administrativnih podatkov, medtem ko lahko zdravnik in farmacevt bereta tudi podatke o vam izdanih zdravilih. Celotno shemo pooblastil različnih skupin zdravstvenih delavcev do podatkov je odobrila Komisija RS za medicinsko etiko. Upravljalci zbirk podatkov vodijo evidenco vseh dostopov do vaših podatkov skladno z veljavnimi predpisi.

ZZS SVETUJE

- **Kartico nosite vedno s seboj – posebno takrat, ko greste k zdravniku ali k drugemu zdravstvenemu delavcu.** Izvajalci zdravstvenih storitev lahko zaradi preverjanja istovetnosti imetnika kartice zahtevajo od vas tudi drug osebni dokument (osebno izkaznico, potni

list...). Če ob obisku zdravnika ali pri dvigu zdravil ne boste imeli s seboj kartice oziroma potrdila, ki začasno nadomešča kartico, ste skladno s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja samoplačnik. Izjema so primeri nujne medicinske pomoči, v katerih vam zdravstveno osebje nudi potrebno storitev v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi brez predložitve kartice.

- Izvajalci zdravstvenih storitev dostopajo do točnih trenutnih podatkov, zato je pomembno, da **stalno skrbite za urejeno obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje**. Posebej bodite pozorni tisti, ki spreminjate svojo podlago za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje zaradi sprememb v svojem statusu. To so predvsem osebe, ki se vključujejo v zavarovanje kot družinski člani (npr. šolajoča se mladina), osebe, ki se upokojujejo, osebe, ki so se prijavile pri Zavodu RS za zaposlovanje kot brezposelne osebe, osebe, ki se vključujejo v zavarovanje preko pristojnega centra za socialno delo. Če ne boste imeli urejenega obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, boste morali zdravstvene storitve doplačati ali plačati v celoti razen v primeru nujne medicinske pomoči.
- **Če boste kartico pogrešili, bo okvarjena ali se bodo spremenili vidni podatki na kartici (npr. priimek), naročite novo na najbližji izpostavi ali območni enoti ZZS.** Pri naročilu nove kartice predložite identifikacijski dokument (osebno izkaznico, potni list...). Novo kartico boste prejeli po pošti kot priporočeno pošiljko najkasneje v treh tednih, za ta čas pa boste prejeli pisno potrdilo, ki začasno nadomešča kartico. V primeru izgube, kraje ali poškodbe kartice iz malomarnosti je potrebno novo kartico plačati.
- **Če informacijski sistem za neposredni dostop do podatkov zdravstvenega zavarovanja ne deluje,** zdravstveno osebje uporabi podatke iz obstoječe dokumentacije in vam nudi vse potrebne storitve. Če pri tem ne more pridobiti dovolj podatkov za obračun opravljenih storitev prostovoljni zdravstveni zavarovalnici, morate doplačati odstotni delež vrednosti storitve, ki ga zavarovalnica povrne naknadno.
- **S kartico ravnajte odgovorno kot z drugimi osebnimi dokumenti in upoštevajte, da ni prenosljiva, njena zloraba pa je kazniva.**

DODATNE INFORMACIJE V ZVEZI S KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA:

- Služba za poslovanje s karticami ZZS, tel. št. 01/30 77 466,
- avtomatski telefonski odzivnik ZZS tel. št. 01/30-77-300, poglavje 3.

DODATNE INFORMACIJE O PROSTOVOLJNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU:

- AdriaticSlovenica, d.d., Ljubljanska cesta 3a, Koper, tel.: 080 11 10,
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d.d., Ferrarska 10, Koper, tel.: 080 26 64,
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., Vošnjakova ulica 2, Ljubljana, tel.: 080 20 60.

DODATNE INFORMACIJE O OPREDELITVI ZA POSMRTHO DAROVANJE ORGANOV IN TKIV ZA PRESADITVE:

- zavod Slovenija-Transplant, Zaloška cesta 7, Ljubljana, tel.: 01/300-68-60.



ZZZS ŠTEVILKA

Z ZZZS številko, ki je zapisana na vaši kartici, lahko z mobilnim telefonom ali na spletu preverite urejenost svojega zdravstvenega zavarovanja ali naročite listine za tujino.

Pošljite SMS sporočilo na telefonsko številko **031 771 009**

Vsebina SMS sporočila mora biti:

- za **preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja** (glej tudi stran 14): ključna beseda ZZ ter ZZZS številka zavarovane osebe (npr. SMS za osebo z ZZZS številko 032822733 je torej: ZZ032822733);
- za **naročilo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja**, ki velja v državah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora, Avstraliji, Črni gori, v Makedoniji, Srbiji in Švici: ključna beseda EUKZZ ter ZZZS številka zavarovane osebe (npr. SMS za osebo z ZZZS številko 032822733 je torej: EUKZZ032822733);
- za **naročilo konvencijskega potrdila za Bosno in Hercegovino**: ključna beseda BIH ter ZZZS številka zavarovane osebe (npr. SMS za osebo z ZZZS številko 032822733 je torej: BIH032822733).

ZZZS številka zavarovane osebe je zapisana na vaši kartici (obkroženo na sliki na strani 14).

Takoj boste prejeli podatke o urejenosti svojega obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za doplačila ali potrdilo o naročilu listine za tujino oziroma o morebitnih napakah.

Preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja in naročanje listin za tujino preko mobilnih telefonov je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij, ni pa mogoče med gostovanjem v tujih omrežjih.

Vsako poslano SMS sporočilo plačate po veljavnem ceniku svojega mobilnega operaterja. Vrnjena SMS sporočila so brezplačna.



Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja, ki jo lahko naročite z mobilnim telefonom ali na spletu.

Za **preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja** na spletni strani ZZZS morate:

- na spletni strani <https://zavarovanec.zzzs.si> izbrati »e-Storitve ZZZS«,
- nato »Imam urejeno zavarovanje?«,
- vpišite svojo ZZZS številko in
- izberite »Preveri«.

Izpišejo se podatki o urejenosti obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oziroma morebitne napake.

Podrobna navodila in pojasnila so zapisana na spletni strani.

MOŽNA UPORABA KARTICE V PRIHODNOSTI

Druga generacija kartic, ki je bila izdana od 5. 11. 2008 dalje, vsebuje tudi digitalno potrdilo, s pomočjo katerega lahko na internetu preverjate zavarovalniške podatke. Sami si lahko na kartico naložite še dodatna digitalna potrdila, ki jih lahko uporabljate tudi na drugih področjih na primer v bančništvu.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja



4. Vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



4. Vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Obseg pravic in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so določene z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu ZZVZZ), podrobneje pa obseg pravic ter postopek njihovega uveljavljanja določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

VRSTE PRAVIC

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega:

- zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela,
- zavarovanje za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja v obsegu, ki ga določa ZZVZZ:

- plačilo zdravstvenih storitev,
- nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Pravice do zdravstvenih storitev obsegajo storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, zobozdravstvene dejavnosti, storitve specialistično-ambulantne, bolnišnične in terciarne dejavnosti, zdraviliškega zdravljenja, reševalnih prevozov, zdravljenja v tujini, pravico do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept, pravico do medicinskih pripomočkov, pravico do storitev v domovih za starejše občane, posebnih socialno-varstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje, pravico do obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbo v organiziranih skupinah za usposabljanje in letovanje otrok in šolarjev, pravico do spremstva ter pravico do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini.

Med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sodijo:

- storitve estetskih operacij, razen če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni in so povezane tudi z odpravo funkcionalnih prizadetosti;
- storitve, ki so povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;

- storitve neobveznega cepljenja;
- storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih zavarovana oseba uveljavlja zaradi zahtev ali predpisov na drugih področjih ali pri drugih organih (pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu itd.);
- storitve, potrebne za uveljavljanje pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ki presegajo obseg storitev, opredeljenih v seznamu obvezne medicinske dokumentacije za uveljavljanje pravic na podlagi invalidnosti in preostale delovne zmožnosti in storitve na zahtevo invalidske komisije;
- storitve alternativne diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije, za katere ni dal soglasja minister, ki je pristojen za zdravje;
- storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in ki po mnenju osebnega ali napotnega zdravnika, glede na njeno zdravstveno stanje, niso potrebne;
- stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

OBSEG PRAVIC

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti (100 %) in brez doplačil v naslednjih primerih:

1. sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci,



2. preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
3. svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga,
4. zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov,
5. zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom,
6. preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja,
7. obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom,
8. zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze,
9. celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov,
10. zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu,
11. zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam,
12. nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi,
13. patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih,
14. zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee tega odstavka, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee tega odstavka,
15. zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju,
16. živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove,
17. sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,
18. predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez.



določila Skupščina ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije. To pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financirajo storitve le v določenem odstotku od njihove cene, ki je različen glede na skupine stanj ali razloge za obravnavo (npr. poškodbe izven dela itd.). Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, vendar pa zavarovanim osebam priporočamo, da se za doplačilo zavarujejo s sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno zavarovanje. Nekaterim zavarovanim osebam pa se določene pravice v celoti zagotavlja iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v primeru nujnega zdravljenja in brez doplačila oziroma brez sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Gre za invalide, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij, invalide, ki imajo več kot 70 % telesno okvaro, osebe, ki izpolnjujejo dohodkovne pogoje za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu, osebe starejše od 75 let, in zavarovance, ki so v tekočem koledarskem letu že vplačali določen znesek na račun doplačil (102. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja). Poudariti je potrebno, da navedeno polno kritje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za določene zavarovane osebe velja samo za nujno zdravljenje, poleg tega si je potrebno tak status pred uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev predhodno urediti pri ZZZS.

Obseg ostalih pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, ki jih je na podlagi ZZVZ

Zdravstvene storitve na podlagi veljavne slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja opravi vaš izbrani osebni



zdravnik s svojimi sodelavci. Ta vas napoti k ustreznim specialistom v ambulantah in bolnišnicah, zdraviliščih ter klinikah in inštitutih, če za to obstajajo strokovni razlogi. Ker niso vse storitve v celoti oziroma s polno vrednostjo zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju, boste morali doplačati razliko do polne vrednosti storitev iz lastnih sredstev ali pa se boste za tveganje tovrstnih doplačil dopolnilno zdravstveno zavarovali. Za dopolnilna zdravstvena zavarovanja se sicer vsak odloča po lastni presoji, vendar priporočamo, da se v primeru, da ste starejši od 18 let in ste že zaključili šolanje ali pa ste starejši od 26 let in se še šolate, zavarujete za razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev, ki je obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije. Za vojaške invalide ter civilne invalide vojne, pripornike, ki so zavarovani na podlagi 22. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ, obsojence na prestajanju kazni zopora, mladoletniškega zopora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom in osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog doplačilo krije proračun Republike Slovenije.

Prav tako krije proračun Republike Slovenije doplačilo za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova, če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči. V tem primeru se šteje, da zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član izpolnjuje pogoje, če je med uveljavljanjem pravice do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjuje pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči. Izpolnjevanje pogojev se izkazuje z odločbo o pravici do denarne socialne pomoči

ali z odločbo pristojnega centra za socialno delo o pravici do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev. Zavarovanec oziroma po njem zavarovan družinski član je do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev upravičen za čas prejemanja denarne socialne pomoči oziroma za čas izpolnjevanja pogojev za pridobitev denarne socialne pomoči. Navedene osebe so upravičene do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev, če zdravstvenih storitev nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (storitve imajo v celoti zagotovljene iz obveznega zavarovanja na primer otroci) ali iz drugega naslova (iz drugega naslova imajo razlike krite na primer vojni invalidi, vojni veterani in nekateri drugi, ki jim je ta pravica priznana po posebnih zakonih).

Pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev uveljavlja oseba z vlogo za uveljavljanje pravic iz javnih sredstev, katero vloži pri krajevno pristojnem centru za socialno delo. O pravici odloči center za socialno delo z odločbo, pravico pa prizna največ za obdobje, za katerega se lahko prizna denarna socialna pomoč. Po izteku obdobja, za katerega je bila pravica priznana, se to lahko podaljša na podlagi nove vloge. O priznani pravici obvesti center za socialno delo ZZS, ki podatek o tej pravici zagotovi v informacijskem sistemu neposrednega (on-line) dostopa do podatkov zdravstvenega zavarovanja, tako, da lahko izvajalci zdravstvenih storitev pravilno obračunajo zdravstveno storitev, ki jo nudijo upravičencu do te pravice. O priznanju te pravice center za socialno delo obvesti tudi zavarovalnico, pri kateri ima oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, da uredi mirovanje tega zavarovanja (v času mirovanja dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja oseba ne plačuje premij zanj).

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.



5. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti



5. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti

Zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje v osnovni zdravstveni dejavnosti, lahko uveljavite pri svojem izbranemu osebnemu zdravniku. K drugemu zdravniku greste lahko, če vaš izbrani osebni zdravnik ni dosegljiv, vi pa potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Zdravstvene storitve lahko pri zdravniku uveljavljate praviloma le z veljavno slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja.

24

KAKO SI IZBERETE OSEBNEGA ZDRAVNIKA?

Osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne medicine oziroma družinske medicine. Za zavarovane osebe starejše od 19 let je osebni zdravnik specialist splošne medicine oziroma družinske medicine ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine. Ženske si izberejo tudi svojega osebnega ginekologa, vse zavarovane osebe pa tudi osebnega zobozdravnika. Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine.

Osebnega zdravnika si izberete po svoji lastni presoji med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebnimi zdravniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi pogodbe z ZZZS. Izbiro opravite tako, da pri zdravniku izpolnite ustrezno listino. Za otroka, ki še ni star 15 let, to opravijo starši, varuh ali skrbnik. Seznam zdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov delovni čas mora biti v zdravstvenem zavodu ali pri zasebnemu zdravniku vidno objavljen v zdravstveni ordinaciji oziroma čakalnici. **Seznam zdravstvenih zavodov ter poimenski seznam zdravnikov, ki so lahko osebni zdravniki, ter še druge koristne in uporabne podatke najdete na spletni strani ZZZS: <http://www.zzzs.si/izvajalci> ali <http://www.zzzs.si> (poglavje Izbira osebnega zdravnika).**





Zdravnik lahko odkloni vašo izbiro le, če ima že preveč opredeljenih zavarovanih oseb. Vedeti pa morate, da vam obvezno zdravstveno zavarovanje ne bo povrnilo potnih stroškov za pot do osebnega zdravnika, če si ga boste izbrali v oddaljenem kraju in ne najbližje dosegljivega.

Osebnega ginekologa si ženska izbere v javnem zdravstvenem zavodu (praviloma v zdravstvenem domu, izjemoma tudi v bolnišnici) ali med zasebniki, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS. Lahko si ga izbere tudi na kliniki, vendar v takem primeru razliko v ceni storitev plača sama, če je bil pregled opravljen izven rednega delovnega časa.

ALI JE OSEBNEGA ZDRAVNIKA MOGOČE ZAMENJATI?

Da, vendar praviloma najmanj leto dni po izbiri, razlogov pa vam ni treba navajati. To opravite tako, da pri novo izbranemu zdravniku izpolnite listino o novi izbiri.

Pred enim letom je zamenjava možna izjemoma, če pride med vami in vašim osebnim zdravnikom do nesporazumov ali nezaupanja, ki onemogoča nadaljnje sodelovanje ali če se preselite za stalno ali daljšo dobo v drug kraj. Zamenjavo lahko zahteva tudi vaš zdravnik. Ta zamenjava se opravi sporazumno ali na podlagi odločitve ZZZS. Ob zamenjavi mora vaš dotedanji zdravnik poslati vašo medicinsko dokumentacijo novo izbranemu osebnemu zdravniku. Novega osebnega zdravnika si boste morali izbrati tudi, če se vaš osebni zdravnik upokoji ali preneha s svojo dejavnostjo.

KAKO UVELJAVLJATE PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA?

Vedno kadar potrebujete zdravstveno storitev, morate imeti pri sebi kartico zdravstvenega zavarovanja ter urejeno zdravstveno zavarovanje. Le kadar potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, jo imate pravico dobiti, tudi če kartice zdravstvenega zavarovanja nimate pri sebi in ne da bi od vas terjali vnaprejšnje plačilo. Nujnost storitve presoja zdravnik, ki tako storitev nudi.

KATERE NALOGE IMA VAŠ OSEBNI ZDRAVNIK?

Vaš osebni zdravnik skrbi za vaše zdravje s tem da ugotavlja bolezni ali poškodbe, zdravi (po potrebi tudi na domu ali na hišnih obiskih) ter nadzoruje vaše okrevanje po bolezni ali poškodbi, vam predpiše potrebna zdravila in medicinske pripomočke, za katere je pooblaščen. Upoštevajte zdravnikova navodila o racionalni rabi zdravil, saj je lahko vsako drugačno ravnanje škodljivo za vaše zdravje. Vaš osebni zdravnik skrbi tudi za preprečevanje določenih bolezni v skladu s posebnim programom. Če oceni za potrebno, vas napoti na pregled ali zdravljenje k specialistu ali na zdravljenje v bolnišnico. Odreja prevoze z reševalnimi in drugimi vozili ter vam izda potrebne listine za povračilo potnih stroškov.

Pomembna naloga osebnega zdravnika (razen osebnega ginekologa in osebnega zobozdravnika) je tudi ugotavljanje nezmožnosti za delo in drugih razlogov za začasno zadržanost od dela do 30 delovnih dni. Če traja nezmožnost dalj časa, vas napoti k imenovanemu zdravniku ZZZS ali na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Dobro je vedeti, da vam mora izbrani osebni zdravnik oziroma imenovani zdravnik ZZZS, ko ugotovi, da ste začasno nezmožni za delo, dati tudi ustrezna navodila o vašem ravnanju v tem času, ki so za vas obvezna. Njihovo spoštovanje lahko preveri tudi laični kontrolor bolniškega staleža z obiskom na vašem domu.

Osebni zdravnik tudi zbira, dopolnjuje in hrani vašo medicinsko dokumentacijo. V primeru, da se odločite za drugega zdravnika, mora vašo dokumentacijo poslati vašemu novemu osebnemu zdravniku. V primerih svoje krajše odsotnosti se osebni zdravnik dogovori z drugim ustreznim zdravnikom v istem ali bližnjem kraju, da vam zagotovi morebitne, v tem času potrebne storitve.

Podobne naloge imata vsak na svojem področju tudi osebni ginekolog in osebni zobozdravnik, le da nista pooblaščen za ugotavljanje nezmožnosti za delo. To lahko le predlagata osebnemu zdravniku na podlagi svojih ugotovitev. Pač pa je osebni zdravnik otroka pooblaščen, da odobri začasno odsotnost z dela zaradi nege otroka, vendar mora o tem najpozneje v treh dneh obvestiti tudi negovalčevega osebnega zdravnika.

PREVENTIVNI PRESEJALNI PROGRAMI ZA PRAVOČASNO ODKRIVANJE IN PREPREČEVANJE BOLEZNI

V okviru **nacionalnega preventivnega programa za srčno-žilne in druge kronične bolezni odraslih CINDI** (www.cindi-slovenija.net/) se na ravni osnovnega zdravstvenega varstva izvaja:

- ocenjevanje ogroženosti oseb za srčno-žilnimi boleznimi in prepoznavanje ogroženih na podlagi na dom poslanega, izpolnjenega in osebnemu zdravniku vrnjenega vprašalnika ter preventivnega zdravniškega pregleda, ki naj bi se ponovil vsakih 5 let za ženske od 40. do 70. leta in moške od 35. do 65. leta starosti;
- strokovno pomoč posamezniku za spremembo življenjskega sloga s pomočjo zdravstveno vzgojnih programov za tiste odrasle, ki se jim ob pregledu ugotovi tveganje za nastanek srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni.

V okviru **državnega presejalnega programa ZORA** (<http://zora.onko-i.si>) dobi vsaka ženska, stara med 20 in 64 let, ki v zadnjih treh letih ni opravila pregleda z odvzemom brisa materničnega vratu, na dom pisno vabilo na pregled. Ker rak materničnega vratu raste počasi in potrebuje več let, da iz predrakave oblike napreduje v raka, je mogoče s pregledi žensk na tri leta veliko večino nevarnih sprememb materničnega vratu odkriti in zdraviti pravočasno.



DORA, državni program presejanja za raka dojk (<http://dora.onko-i.si/>) omogoča vsako drugo leto vsem ženskam z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki, s katerim je mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki še niso tako velike, da bi jih lahko zatipali.

SVIT, državni program za zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki (www.program-svit.si/) omogoča vsako drugo leto vsem ženskam in moškim z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pravočasno odkrivanje in odstranjevanje predrakavih sprememb.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

Če ste za doplačila dopolnilno zdravstveno zavarovani in svoje pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam praviloma ni potrebno doplačati. Ne glede na to pa od vas upravičeno terjajo plačilo ali doplačilo, če:

- v času izven rednega delovnega časa ali v času dežurstva (v nočnem času med 20. in 6. uro, ob nedeljah in dela prostih dnevih) zahtevate storitve, ki niso nujne,
- uveljavljate storitve, ki niso nujne, pri zdravniku, ki ni vaš osebni zdravnik,
- zahtevate storitve zaradi uveljavljanja pravic na drugih področjih in ne zaradi zdravljenja (na zahtevo sodišča, zavarovalnice, za voziški izpit),
- obiščete samoplačniško ambulantno oziroma zdravniško, ki nima pogodbe z ZZS.

Izvajalci v dejavnosti zobozdravstva in v fizioterapiji izstavijo zavarovanim osebam specifikacijo opravljenih in ZZS zaračunanih storitev, in sicer izključno na podlagi zahteve zavarovane osebe. Izvajalci patronaže in nege na domu po zaključku obravnave za tekoči mesec izstavijo zavarovanim osebam specifikacijo opravljenih in ZZS zaračunanih storitev, in sicer izključno na podlagi zahte-

ve zavarovane osebe. V obeh primerih mora specifikacija vključevati minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datume obravnave, število točk ter znesek zaračunan ZZS, specifikacija izvajalca patronaže in nege na domu pa mora dodatno vključevati še datum izdaje specifikacije ter podpis izvajalca in zavarovane osebe oziroma svojca.

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravjem, vprašanji glede univerzalnih pacientovih pravic ali glede čakalne dobe za prvi pregled in zdravljenje se obrnite na svojega zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

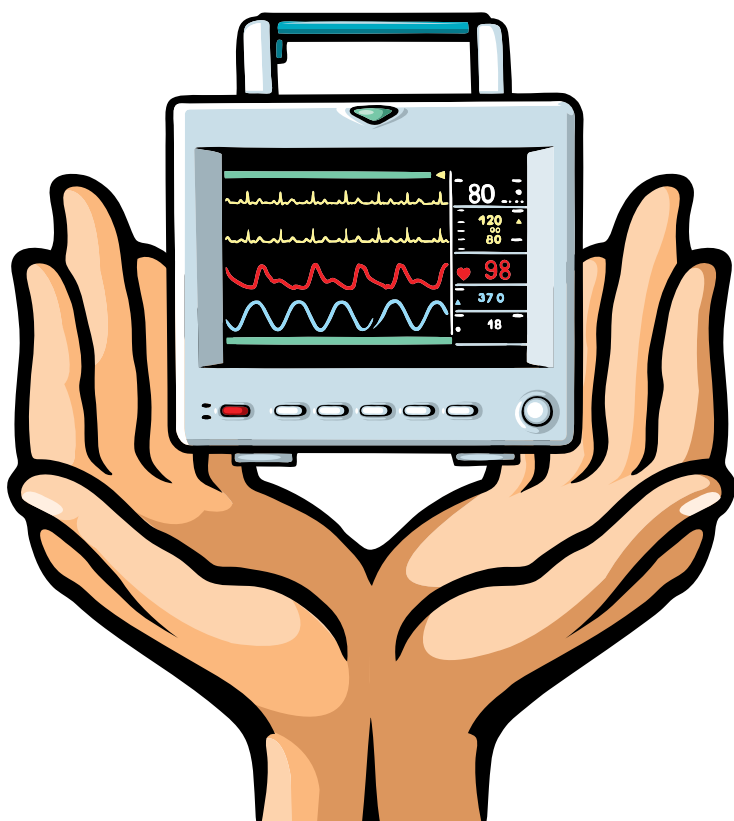
Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni v območni enoti ali izpostavi zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svoj problem vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate v poseben nabiralnik v prostorih območne enote ali izpostave.

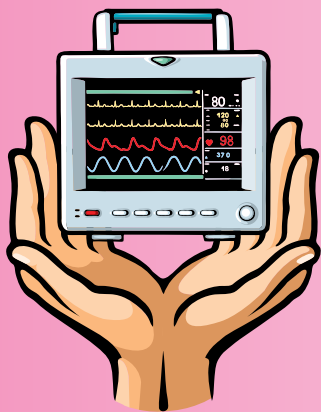
Določeni delavci ZZS v izpostavah in območnih enotah so posebej zadolženi, da se na vsako pripombo ali pritožbo takoj odzovejo, jo proučijo ter začno ustrezen postopek preverjanja in ukrepanja. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost. Za sprejemanje pritožb so odgovorni vodje izpostav in vodje ustreznih oddelkov v območnih enotah. Vaša pravica je tudi, da vam povedo, koliko časa bo preverjanje predvidoma trajalo.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzs.si/egradiva)
- Pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZS.



6. Pravica do storitev specialistično-ambulantne dejavnosti



6. Pravica do storitev specialistično-ambulantne dejavnosti

Kadar vaš izbrani osebni zdravnik oceni, da je za ugotavljanje vaše bolezni ali stanja po poškodbi ter za njeno zdravljenje ali rehabilitacijo potreben pregled ali zdravljenje pri določenem specialistu, vam izda napotnico.

28

Na napotnici sporoči specialistu povzetek že opravljenih preiskav in izvidov, ki jih je lahko opravil sam, ter svojo zahtevo oziroma pooblastilo specialistu, da:

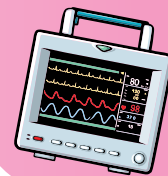
- opravi določen pregled, sporoči svoje mnenje in predlaga način zdravljenja ali
- za daljši čas prevzame v nadaljnji postopek ugotavljanje vaše bolezni, zdravljenje in rehabilitacijo ter vam predpisuje zdravila ali
- vas poleg zgoraj navedenega napoti tudi k drugim specialistom ali v bolnišnico, če oceni, da je to potrebno.

Vedeti morate, da greste lahko brez napotnice na specialistični pregled na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le k specialistu okulistu zaradi vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid, k specialistu psihiatru ter na specialistične preglede zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih, k drugim specialistom pa samo, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč in vaš osebni zdravnik ni dosegljiv. Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri zdravniku uveljavljate praviloma le z veljavno slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja.

KAKO DOLGO VELJA NAPOTITEV?

Pooblastila, ki jih vaš izbrani osebni zdravnik da specialistu z napotnico, so časovno omejena. Kadar gre le za pregled, mnenje in predlog zdravljenja, velja napotnica le za enkratni pregled. Pooblastilo za zdravljenje praviloma





velja tri mesece, za obravnavo kroničnih bolezni in stanj pa leto dni. Ti roki začno teči na dan, ko vas izbrani specialist sprejme na prvi pregled. Ko se ti roki iztečejo, za morebiti potrebno nadaljevanje specialističnega zdravljenja potrebujete novo napotnico. Novo napotnico boste rabili tudi, če je potreben kontrolni pregled pri specialistu, ki je bil prvotno zaprosen le za pregled in mnenje. Osebni zdravnik vas lahko na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi iste bolezni v določenem času napoti le k enemu specialistu določene stroke.

KAKO IZBERETE USTREZNEGA SPECIALISTA?

Ko prejmete napotnico, se lahko sami odločite, h kateremu specialistu ustrezne stroke boste šli. Pri izbiri vam lahko z informacijami pomaga tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Za izbiro pa so pomembni tudi podatki o čakalnih dobah pri posameznih specialistih.

Obvezno zdravstveno zavarovanje bo krilo stroške opravljenih specialističnih storitev, če:

- ste izbrali specialista oziroma zdravstveni zavod, ki ima pogodbo z ZZZS za opravljanje takih storitev in
- bodo storitve opravljene v obsegu, ki je označen na napotnici.

V primeru, da si izberete specialista, ki ni najbližje dosegljiv, vam obvezno zdravstveno zavarovanje povrne potne stroške le v višini, kot veljajo v primeru potovanja do najbližjega specialista, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih ste napoteni.

KAKO HITRO LAHKO PRIDETE DO USTREZNEGA SPECIALISTA?

Zdravnik, ki izda napotnico, na napotnici označi stopnjo nujnosti, in sicer lahko označi, da je storitev oziroma napotitev:

- redna,
- hitra,
- nujna

Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno« se izvedejo takoj, vendar najpozneje v 24 urah in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti

»hitro« se izvedejo najpozneje v treh mesecih. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno« pa se izvedejo najpozneje v šestih mesecih, razen v naslednjih primerih, ko znaša najdaljša čakalna doba:

- pri malignih obolenjih en mesec,
- pri ortopedskih operativnih posegih 12 mesecev,
- za izdelavo protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja 12 mesecev,
- za ortodontsko zdravljenje, ki je označeno s stopnjo nujnosti:
 - »hitro« 12 mesecev;
 - »redno« 18 mesecev.

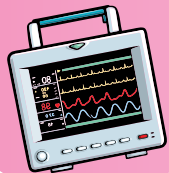
Ob tem je dobro vedeti, da so se zdravniki in zdravstveni zavodi, ki imajo pogodbo z ZZZS, obvezali, da bodo:

- nudili zavarovanim osebam zdravstvene storitve, ki so dijo v program obveznega zdravstvenega zavarovanja, skozi vse leto,
- uvedli čakalni seznam za prvi obisk pri določenem specialistu za storitve, ki jih je mogoče odložiti, vanjo dosledno vpisovali datum in uro naročenega prvega pregleda ter spoštovali vrstni red po čakalnem seznamu,
- v času zdravljenja upoštevali doktrinarna stališča o čakalnih dobah.

Če odgovorna oseba ob uvrščanju zavarovane osebe v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, zavarovani osebi predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene storitve, ki ne presega dopustne čakalne dobe. Če zavarovana oseba predlagani termin pri drugem izvajalcu odkloni, ga odgovorna oseba uvrsti na svoj čakalni seznam in posebej označi, da zavarovana oseba želi izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu.

KAJ MORA UPOŠTEVATI IZBRANI SPECIALIST?

Izbrani specialist mora opraviti vse storitve, za katere ga je pooblastil zdravnik, ki je izdal napotnico. Če so podatki na napotnici pomanjkljivi, specialist sam zaprosi zdravnika, ki je napotnico izdal, da mu pošlje dodatno dokumentacijo in potrebne podatke, ne da bi s tem obremenjeval zavarovano osebo.



Po končanem specialističnem zdravljenju na podlagi napotnice, najmanj pa po šestih mesecih, mora specialist o poteku zdravljenja obvestiti vašega izbranega osebnega zdravnika.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

Če ste za doplačila dopolnilno zdravstveno zavarovani in svoje pravice uveljavljate v skladu z zakonom in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam praviloma ni potrebno doplačevati. Ne glede na to pa od vas upravičeno terjajo plačilo ali doplačilo, če:

- v času izven rednega delovnega časa ali v času dežurstva (v nočnem času med 20. in 6. uro, ob nedeljah in dela prostih dnevih) zahtevate storitve, ki niso nujne;
- brez napotnice uveljavljate storitve, ki niso nujne;
- zahtevate storitve zaradi uveljavljanja pravic na drugih področjih in ne zaradi zdravljenja (na zahtevo sodišča, zavarovalnice, za vozniški izpit).

Vse specialistične storitve razen nujnih (vključno s predpisanimi zdravili, pripomočki in napotitvami) pa morate plačati:

- kadar vam storitve opravi specialist, ki nima sklenjene pogodbe z ZZS, ali
- kadar vam storitve opravijo v samoplačniški ambulanti.

V teh primerih vam ZZS povrne stroške le kadar gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje. Vedeti pa morate, da za samoplačniške ambulante veljajo določena pravila, ki morajo biti vidno objavljena oziroma vsem javno dostopna. V zdravstvenih zavodih in pri zasebnih zdravnikih, ki imajo pogodbo z ZZS, lahko deluje samoplačniška ordinacija le zunaj pogodbeno določenega delovnega časa, ta pa mora biti označen na vhodu v ordinacijo.

Izvajalci zdravstvenih storitev morajo po zaključku specialistično-ambulantnega in bolnišničnega zdravljenja izstaviti zavarovani osebi specifikacijo opravljenih in ZZS zaračunanih storitev, ki vključuje minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datum obravnave (od do), znesek, zaračunan ZZS, pri ambulantni obravnavi pa tudi število točk.

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem, vprašanji glede univerzalnih pacientovih pravic ali glede čakalne dobe se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni v območni enoti ali izpostavi zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svoj problem vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate v poseben nabiralnik v prostorih območne enote ali izpostave.

Določeni delavci ZZS so posebej zadolženi, da se na vsako pripombo ali pritožbo takoj odzovejo, jo proučijo ter začno ustrezen postopek preverjanja in ukrepanja. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost. Za sprejemanje pritožb so odgovorni vodje izpostav in vodje ustreznih oddelkov v območnih enotah. Vaša pravica je tudi, da vam povedo, koliko časa bo preverjanje predvidoma trajalo.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzs.si/egradiva),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZS.



7. Čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov



7. Čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov

Ob prihodu k izvajalcu zdravstvenih storitev imajo zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravico izvedeti, kakšna je čakalna doba oziroma kdaj bo storitev lahko opravljena.

V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja za standardne zdravstvene storitve po času uveljavljanja štejejo storitve, ki se opravijo:

1. takoj – v primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;
2. v najkrajšem možnem času v drugih primerih nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči;
3. po določenem času (čakalni dobi) pri storitvah, ki niso prioritete, jih je mogoče vnaprej načrtovati oziroma odložiti in so določene s pogodbo med ZZS in izvajalcem zdravstvenih storitev.

Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu v čakalnici ali v prostorih pri zdravstvenemu osebju in tudi na spletnih straneh izvajalcev zdravstvenih sto-

ritev. Celovite informacije o čakalnih dobah v Sloveniji so dostopne na spletni strani <http://www.zzzs.si>, na kateri vam ZZS omogoča vpogled v pogodbeno dogovorjene čakalne dobe po posameznih najpogostejše iskanih zdravstvenih storitvah ter vpogled v pogodbeno dogovorjene čakalne dobe in ordinacijske čase posameznega izvajalca zdravstvenih storitev, ki opravlja storitve iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nacionalni inštitut za javno zdravje pa na svoji spletni strani (<http://www.nijz.si>) objavlja tudi podatke o pričakovanih (dejanskih) čakalnih dobah po izbranih zdravstvenih storitvah.

KDAJ NI ČAKALNIH DOB ?

Kadar zdravstveni delavci, pri katerih iščete pomoč, presodijo, da vaše zdravstveno stanje terja takojšnje ukrepanje oziroma nujne storitve*, vas morajo sprejeti takoj (tudi brez napotnice osebnega zdravnika). Za vse druge storitve pa vas lahko na podlagi strokovne presoje naročijo.



NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE

Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne storitve določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (v nadaljnjem besedilu: pravilnik). Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev je določena glede na stopnjo nujnosti zdravstvene storitve ob upoštevanju zdravstvenega stanja pacienta. Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki pacienta napoti na zdravstveno storitev. **Stopnje nujnosti so:**

- redno,
- hitro,
- nujno.

Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno« se izvedejo takoj, vendar najpozneje v 24 urah in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo najpozneje v treh mesecih. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno«, pa se izvedejo najpozneje v šestih mesecih. Izjeme od tega pravila veljajo za maligne bolezni, kjer najdaljša dopustna čakalna doba znaša en mesec, pri ortopedskih operativnih posegih 12 mesecev in pri izdelavi protetičnih nadomestkov po končni sanaciji zobovja 12 mesecev. Pri ortodontskem zdravljenju, ki je označeno s stopnjo nujnosti »hitro«, znaša najdaljša dopustna čakalna doba 12 mesecev in pri stopnji nujnosti »redno«, 18 mesecev. V skladu s pravilnikom je najdaljša dopustna čakalna doba spoštovana, če je čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri najmanj enem izvajalcu zdravstvene storitve znotraj dopustnih čakalnih dob.

* NUJNE STORITVE SO OPREDELJENE S PRAVILI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, IN SICER KOT NUJNA MEDICINSKA POMOČ IN KOT NUJNO ZDRAVLJENJE TER NEODLOŽLJIVE ZDRAVSTVENE STORITVE:

1.) Nujna medicinska pomoč vključuje oživljanje, ukrepe, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja nenadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih.

2.) Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve pa vključujejo:

- takojšnje zdravljenje po nujenju nujne medicinske pomoči, v kolikor je to potrebno,
- oskrbo ran, preprečitev nenadnih in usodnih poslabšanj kroničnih bolezni oziroma zdravstvenega stanja, ki bi lahko povzročilo trajne okvare posameznih organov ali njihovih funkcij,
- zdravljenje zvinov in zlomov ter poškodb, ki zahtevajo specialistično obravnavo,
- zdravljenje zastrupitev,
- storitve za preprečevanje širjenja infekcij, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti septično stanje,
- zdravljenje bolezni, za katere je z zakonom predpisano obvezno zdravljenje ali storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in za katere ni plačnik država, delodajalec ali zavarovana oseba sama,
- zdravila, predpisana na recept s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje stanj iz predhodnih alinej,
- medicinske pripomočke, potrebne za obravnavo stanj iz predhodnih alinej, in sicer v obsegu, standardih in normativih, kot jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

KAKO SE VODI ČAKALNI SEZNAM?

Izvajalec zdravstvenih storitev (zdravnik, zdravstveni dom, bolnišnica...) uvrsti v čakalni seznam vsako zavarovano osebo, ki z napotnico uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovana oseba se na storitev lahko naroči osebno ali po telefonu, elektronski pošti ali drugih telekomunikacijskih sredstvih. Zavarovana oseba je v čakalni seznam uradno uvrščena šele po predložitvi izvirnika napotnice, o čemer se jo obvesti ob rezervaciji termina. Zavarovana oseba mora napotnico predložiti v petih delovnih dneh po rezervaciji termina, s čimer je potrditev termina uradna. Izvajalci zdravstvenih storitev pri naročanju spoštujejo vrstni red čakajočih v čakalnem seznamu ter strokovno upravičene prednosti (stopnje nujnosti: nujno, hitro,



redno). Če odgovorna oseba ob uvrščanju zavarovane osebe v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, zavarovani osebi predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene storitve, ki ne presega dopustne čakalne dobe. Če zavarovana oseba predlagani termin pri drugem izvajalcu odkloni, ga odgovorna oseba uvrsti na svoj čakalni seznam in posebej označi, da zavarovana oseba želi izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu. Odgovorna oseba, ki ob rednem upravljanju čakalnega seznama ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri posamezni zavarovani osebi presega najdaljšo dopustno čakalno dobo za to vrsto zdravstvene storitve in ni drugega izvajalca s še dopustno čakalno dobo, zavarovano osebo seznani s terminom pregleda, na katerem se preveri stopnja nujnosti.

NEIZVEDBA ZDRAVSTVENE STORITVE

Če se zavarovana oseba odloči, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne bo prišla, o tem obvesti izvajalca še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Izvajalec takšnega pacienta nemudoma izbriše iz čakalnega seznama. Če zavarovana oseba ne pride na izvedbo zdravstvene storitve, svojo odsotnost pisno ali ustno opraviči v 14 dneh od dneva načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Odsotnost je opravičena, če gre za nepredvidljiv in neodločljiv dogodek, ki je zavarovani osebi fizično onemogočil prihod na izvedbo zdravstvene storitve. Če zavarovana oseba opravičilo poda le ustno, poda pisno opravičilo v treh dneh od preteka roka iz prvega stavka tega odstavka. V primeru opravičene odsotnosti odgovorna oseba uvrsti zavarovano osebo v čakalni seznam na najbližji prosti termin tako, da na zdravstveno storitev v seštevku ne čaka dlje, kot znaša najdaljša dopustna čakalna doba za izbrano zdravstveno storitev. Če zavarovana oseba ni prišla na izvedbo zdravstvene storitve in svoje odsotnosti ni opravičila ga upravljavec čakalnega seznama izbriše iz čakalnega seznama 15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve in o tem napravi zaznavek v zdravstveni dokumentaciji. V primeru neizvedbe zdravstvene storitve izvajalec na prosti termin opravi zdravstveno storitev naslednji zavarovani osebi, določeni v čakalnem seznamu.

PRI IZBIRI ZDRAVNIKA ALI ZDRAVSTVENEGA ZAVODA PRIMERJAJTE TUDI NJIHOVE ČAKALNE VRSTE IN ČAKALNE DOBE

Ker se lahko čakalne dobe na poseg, pregled ali preiskavo med posameznimi zdravniki ali zdravstvenimi zavodi v Sloveniji razlikujejo, vam svetujemo, da pred izbiro ustreznega zdravnika ali zdravstvenega zavoda preverite tudi njihove čakalne dobe ter jih primerjajte s čakalnimi dobami pri drugih izvajalcih, saj imate pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda.

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem in spoštovanjem strokovno upravljenih prednosti pri uvrstitvi v čakalno knjigo se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnike pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov, čakalnih dob, obveznosti plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZZS. Za kršitev pogodbene obveznosti z ZZZS namreč šteje tudi, če izvajalec zdravstvenih storitev:

- ima neupravičeno daljše čakalne dobe, kot je dogovorjeno s pogodbo z ZZZS in o njih ni obvestil ZZZS,
- na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo z ZZZS,
- ne uvrsti zavarovane osebe v čakalni seznam,
- ne vodi čakalnega seznama skladno z navodili in ne obvesti zavarovanih oseb o datumu in uri pregleda.

V primeru doplačil ali plačil zahtevajte, da vas izvajalec seznani z veljavnim cenikom in da vam izda ustrezen račun, saj ga boste potrebovali pri reševanju vaše pritožbe, če se izkaže, da je bilo doplačilo oziroma plačilo neupravičeno.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI Z VIDIKA ČAKALNIH DOB, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- Uredba o poslovanju za uporabniki v javnem zdravstvu,
- Pravilnik najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov,
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS.



8. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti



8. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti

Za zdravljenje zob in ustne votline ter druge zobozdravstvene storitve v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja skrbi vaš izbrani osebni zobozdravnik. Izberete si ga praviloma med splošnimi zobozdravniki v zdravstvenem domu ali zasebnimi zobozdravniki, ki so sklenili pogodbo z ZZZS.

36

Njihov seznam mora biti vidno objavljen v zobozdravstveni ordinaciji ali čakalnici, z možnostmi izbire pa se lahko seznaniš tudi pri ZZZS. Tu so vam enako kot v zobozdravstveni ordinaciji na voljo tudi podatki o pogodbeno določenih okvirnih čakalnih dobah za prvi pregled. Izbiro opravite tako, da pri določenemu zobozdravniku podpisate posebno izjavo. Izbrani zobozdravnik vas lahko odkloni le, če ima že preveč prijavljenih oseb. Informacijo o tem lahko dobite pri ZZZS ali na spletni strani www.zzzs.si (poglavje: Izvajalci zdravstvenih storitev/Seznam izvajalcev zdravstvenih storitev/Izbira osebnega zobozdravnika). Vse potrebne zobozdravstvene storitve nato uveljavljate pri izbranemu osebnemu zobozdravniku, kadar je potrebno pa z njegovo napotnico tudi pri ustreznemu specialistu. Brez napotnice ali k drugemu zobozdravniku lahko greste na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le, če potrebujete nujno zdravljenje ali nujno medicinsko pomoč, vaš osebni zobozdravnik pa ni dosegljiv. V posebej nujnih primerih lahko pomoč poiščete tudi pri zobozdravniku, ki nima pogodbe z ZZZS. Zobozdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri zobozdravniku uveljavljate praviloma le z veljavno slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja. Zobozdravnik je dolžan voditi čakalni seznam, v katerega vpiše datum in uro predvidenega obiska naročene zavarovane osebe





KAKŠNE SO VAŠE PRAVICE?

Kot odrasla zavarovana oseba imate na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja in ob upoštevanju standardov storitev in materialov pravico do:

- pregleda zob enkrat letno na lastno pobudo in kontrolnega pregleda šest mesecev po končanem zdravljenju,
- zdravljenja, polnjenja in nadgradnje zob,
- zdravljenja vnetnih in drugih sprememb v ustih vključno s kirurškimi posegi v območju ust in čeljusti,
- zobnoprostetičnih nadomestkov v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja in po načrtu osebnega zobozdravnika, ki ga pošlje v potrditev nadzornemu zobozdravniku ZZS na obrazcu »Predlog zobnoprostetične rehabilitacije«. S tem predlogom vas je dolžan vaš osebni zobozdravnik seznanimi kot tudi s ceno storitev, ki jih krije obvezno zavarovanje, dopolnilno zavarovanje ali vi sami. Ta predlog morate podpisati, s čimer potrdite, da ste z njim in posledicami predlagane rehabilitacije soglašali. Predhodna potrditev predloga ni potrebna pri reparaturah in popravilih nadomestkov, ki jih ima zavarovana oseba že od prej, kot tudi ne pri nadomestkih, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja. Predlog mora predvideti celotno rehabilitacijo v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Če še niste dopolnili 18 let starosti, imate tudi pravico do občasnega čiščenja zobnih oblog in odstranjevanja zobnega kamna ter do ortodontskega zdravljenja. Za zavarovane osebe do te starosti in študente je predviden in obvezen tudi posebni preventivni zobozdravstveni program, nekoliko širše pa so tudi njihove pravice do zobnoprostetičnih nadomestkov. Za pravico do zobnoprostetičnih pripomočkov je potrebno predhodno zavarovanje. Pravico do zobnoprostetičnih pripomočkov pridobite šest mesecev po prvi prijavi v obvezno zdravstveno zavarovanje ali šest mesecev po ponovni prijavi, če je bilo vaše zdravstveno zavarovanje v Sloveniji prekinjeno za več kot tri mesece.

Zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti in študentje ter osebe, ki so se med obveznim šolanjem zadnjih 5 let redno udeleževale sistematičnih zobozdravstvenih pregledov ter zdravljenja zob in jim je bila oprave-

vljena fluorizacija zobovja v skladu z republiškim preventivnim programom in so imele ob končanem šolanju primarno ali sekundarno zdravo zobovje imajo pravico do strokovno indiciranih zobnoprostetičnih nadomestkov, če jim manjka en zob v vidnem področju ali najmanj dva zaporedna zoba v eni čeljusti.

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta starosti ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo ustreznega ortodontskega aparata, če je po doktrinskih opredelitvah ortodontske stroke pri osebi prisotna srednja, težja ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti. Pravico do takšnega zdravljenja imajo tudi zavarovane osebe po tej starostni dobi, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj 2 leti preden je oseba dopolnila 18. let starosti.

Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja praviloma s snemnim aparatom, z nesnemnim aparatom pa le, če gre za stanje, ko s snemnim aparatom ni mogoče doseči ustrezne korekture nepravilnosti zob in čeljusti. Če nesnemni aparat zahteva zavarovana oseba sama ali njeni starši, pa do njega ni upravičena, ker bi bilo možno nepravilnost zdraviti tudi s snemnim aparatom, ji krije ZZS le stroške za izdelavo in zdravljenje s snemnim aparatom. Stroške ortodontskega zdravljenja zavarovane osebe, ki je dopolnila 15 let in je zavarovana po eni od točk prvega odstavka 15. člena ZZVZZ (glej strani 6 in 7), krije obvezno zdravstveno zavarovanje v višini, ki je določeno za zobnoprostetično zdravljenje.

POGOJI IN STANJA PRI KATERIH JE ZAVAROVANA OSEBA UPRAVIČENA DO ZOBNOPROSTETIČNIH STORITEV OZIROMA NADOMESTKOV

Zavarovane osebe so upravičene do naslednjih zobnoprostetičnih storitev oziroma nadomestkov, če izpolnjujejo naslednje pogoje:

1. prevlek, kron, nazidkov ter vlitih zalivk v primerih, ko:
 - okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;
 - je to potrebno zaradi dviga ugriza;
 - biomehanski vidiki narekujejo izdelavo takšnega nadomestka na podpornih, retencijskih zobeh za delne snemne proteze ali parodontološko podprte proteze ali za teleskopsko prevleko, ki je po-



trebna za izdelavo mostička oziroma proteze, ki je pravica po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja;

2. mostička, če manjkajo zavarovani osebi:
 - v vidnem sektorju do štirje zobje,
 - v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje, ki niso na koncu zobne vrste,
 - pet zob v dveh ali več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, če so vrzeli prekinjene s po enim prisotnim zobom.
3. snemne delne proteze, če manjkajo:
 - trije ali več zob zapored in izdelava mostička iz statičnih ali drugih strokovnih vidikov ni možna;
 - trije ali več zob na koncu zobne vrste (najmanj kočniki) enostransko in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti;
 - zobje v več vrzelih in vsaka od njih predstavlja pravico do mostička, a je cena za protezo nižja kot za mostiček;
4. totalne proteze, če manjkajo zavarovani osebi vsi zobje v eni čeljusti.

Če je zavarovana oseba upravičena do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, je upravičena do proteze, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti ali do zobnoprostetičnega fiksne nadomestka, vendar le v primeru, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobnoprostetičnih fiksnih nadomestkov.

Zavarovana oseba ima pravico do zobnoprostetičnih nadomestkov na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, če se ob tem zagotovi celovita rehabilitacija v obeh čeljustih v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice do zobnoprostetičnih nadomestkov, če so izpolnjene statične, biološke in funkcionalne strokovne zahteve za njihovo izdelavo.

KAJ SO STANDARDNE STORITVE IN MATERIALI?

Obvezno zdravstveno zavarovanje krije zobozdravstvene storitve, ki jih opravi ali na katere vas napoti izbrani osebni zobozdravnik v skladu z veljavno strokovno doktrino. Te storitve morajo biti opravljene v pogodbeno določene

nem delovnem času, z uporabo standardnih materialov in upoštevanjem trajnostnih dob. Storitve, ki so opravljene v nočnem času (od 20. do 6. ure) ter ob nedeljah in praznikih ali ki jih opravi zobozdravnik, ki ni vaš izbrani osebni zobozdravnik oziroma nima pogodbe z ZZZS, krije obvezno zavarovanje samo, če so bile nujne. Med nujne zobozdravstvene storitve štejejo predvsem huda vnetja in bolečine, krvavitve in poškodbe v predelu zob in ustne votline.

Standardni materiali, za katere vam kot zavarovani osebi ne smejo posebej zaračunavati doplačil, so:

- za zalivke na sekalcih in podočnikih (vidno območje) fosfatni in kompozitni materiali,
- za zalivke v ostalih zobeh amalgam,
- za vlitve zalivke, prevleke krone in mostičke, srebropaladijeve, zlatopaladijeve oziroma druge polžlahtne zlitine, ki so najcenejše na tržišču,
- za zobne fasete v prevlekah, kronah in mostičkih akrilat ali kompozitni materiali,
- za proteze akrilati, pri delnih snemnih protezah pa ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobnih zlitin.

Osebni zobozdravnik oziroma specialist, ki izdelava protetični nadomestek mora zagotoviti sledljivost uporabljenih kovin in v dokumentaciji zavarovane osebe hraniti tudi certifikat za uporabljeno kovino ali druge materiale.

KAJ JE GARANCIJSKA IN TRAJNOSTNA DOBA?

Koristno je poznati tudi garancijske in trajnostne dobe, ki začnejo teči z dnem, ko je bila storitev opravljena. Garancijska doba je čas, v katerem je izvajalec dolžan opraviti vsa morebitna potrebna popravila na svoj račun. Po izteku garancijske dobe krije stroške zamenjave in popravila obvezno zdravstveno zavarovanje. Garancijska doba znaša za:

- zalivke 9 mesecev,
- prevleke, krone, mostičke in proteze 1 leto.

Za zalivke na mlečnih zobeh pri predšolskih otrocih ni garancijske dobe.

Trajnostna doba pa je doba, po preteku katere lahko zavarovana oseba dobi v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja nov pripomoček, če je postal prejšnji zaradi



anatomskih ali funkcionalnih sprememb neuporaben ali pa ga ni mogoče popraviti ali prilagoditi.

Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in pripomočkov znaša za:

- vlitke zalivke iz standardnih materialov – 3 leta.

Trajnostna doba zobnoprostetičnih nadomestkov znaša pri:

- prevlekah, kronah in mostičkih in povezanih solitarnih prevlekah iz polplemenitih zlitin in pri estetskih prevlekah 7 let,
- prevlekah pri zobeh, ki nosijo delne proteze – 3 leta,
- delnih protezah iz akrilata – 3 leta,
- totalnih protezah z akrilatno bazo – 5 let,
- protezah s kovinsko ploščo – 7 let,
- opornicah pri parodontopatijah – 3 leta,
- začasnih totalnih ali delnih protezah – 1 leto.

Z zobnim nadomestkom morate ravnati po navodilih zobozdravnika, ki vam v času trajnostne dobe zagotavlja tudi morebitna potrebna popravila. Če je popravilo ali zamenjava potrebna zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, ki so nastale v tem času, jo zaračuna obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Če se zobni nadomestek poškoduje zaradi vaše neustrezne uporabe, popravilo ali zamenjavo pred iztekom trajnostne dobe plačate sami. V vseh drugih primerih pa gre popravilo na račun izvajalca. Vedeti morate tudi, da imate pravico do nove storitve ali zobnega nadomestka po izteku njegove trajnostne dobe le, če vaš izbrani osebni zobozdravnik ugotovi, da ni več ustrezen in ga je potrebno zamenjati iz strokovnih razlogov.

KDAJ MORATE STORITVE DOPLAČATI ALI PLAČATI?

Če storitve uveljavljate pri svojem izbranem osebnem zobozdravniku in spoštujete predpisani postopek ter ste prostovoljno zdravstveno zavarovani za doplačila, plačate le storitve, ki niso pravica (npr. čiščenje zobnih oblog in odstranjevanje zobnega kamna pri odraslem) in doplačate za nadstandardne materiale (neamalgamske »bele« zalivke na ličnikih in kočnikih, zlato ipd.). Svetujemo vam, da pred izvedbo nadstandardnih storitev ali uporabo nad-

standardnih materialov od izvajalca zahtevate, naj vam vnaprej predloži predračun, ki ga pisno potrdite.

Kadar ne gre za nujne storitve, morate zobozdravstvene storitve in zobne nadomestke v celoti plačati v naslednjih primerih:

- če vam jih opravi zobozdravnik, ki ni vaš izbrani osebni zobozdravnik,
- če se odločite za zdravstveni zavod ali zobozdravnika, ki nima pogodbe z ZZZS,
- če vam jih z vašim soglasjem opravijo v samoplačniški ambulanti izven pogodbeno določenega delovnega časa z ZZZS,
- če jih zahtevate v nočnem času med 20. in 6. uro, ob nedeljah in dela prostih dnevih.

Za vsako plačilo ali doplačilo zahtevajte račun, ki vam ga je izvajalec skladno z zakonskimi določili dolžan izstaviti. Pred začetkom izdelave zobnoprostetičnega nadomestka vam mora vaš izbrani osebni zobozdravnik predstaviti vse možne rešitve, in še zlasti pojasniti, katere možne rešitve so zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma katere si boste morali plačati sami, če boste z njihovo izdelavo soglašali. Prav tako vam mora zobozdravnik vnaprej predstaviti možnosti uporabe materialov za izdelavo zobnoprostetičnega nadomestka in pojasniti katere materiale vam zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Vse to mora zapisati na posebnem obrazcu, na »Predlogu za zobnoprostetično rehabilitacijo«. Na tem obrazcu morajo biti navedeni tudi zneski, ki jih bo za opravljeno delo plačalo obvezno oziroma dopolnilno zdravstveno zavarovanje oziroma znesek, ki ga boste morali poravnati iz lastnih sredstev, če boste soglašali z izdelavo storitev, ki niso pravica v obveznem zdravstvenem zavarovanju ali če boste želeli ali soglašali z izdelavo nadomestka iz dražjih (nadstandardnih) materialov. Ta predlog morate podpisati, saj s tem potrdite svoje soglasje s predlaganim načrtom zobnoprostetične rehabilitacije in tudi z višino morebitnega doplačila ali plačila storitev, ki niso zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Zobozdravnik izpolni predlog v dveh izvodih, od katerih enega zadrži zase v medicinski dokumentaciji, drugega pa preda zavarovani osebi. »Predlog zobnoprostetične rehabilitacije« je javna listina. Predlagamo vam, da ne podpisujete neizpolnjenih obrazcev, temveč, da od vašega izbranega osebnega zobozdravnika zahtevate, da



vas pouči o celotnem načrtu zobnoprostetične rehabilitacije in ceni storitev oziroma materialov, ki jih boste morali plačati sami. Popolno izpolnjeno listino mora zobozdravnik posredovati na ZZZS, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom (vami) dogovorjeni zobnoprostetični nadomestek (proteze, mostički...) pravica iz sredstev obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali ne oziroma v kolikšnem deležu. V primeru, da je predlog zobnoprostetične rehabilitacije s strani ZZZS zavržen, je na hrbtni strani obrazca naveden tudi razlog zavrnitve. Vaša pravica je, da ste z razlogom zavrnitve seznanjeni. Po končanemu zdravljenju oziroma opravljenih storitvah vam je vaš izbrani osebni zobozdravnik dolžan izstaviti račun za opravljene storitve, ki ne sodijo v obvezno zavarovanje, ali za materiale, ki jih to ne krije. Če vam ne izstavi računa, ga zahtevajte sami. Znesek na računu za zobnoprostetične nadomestke, ki jih morate poravnati sami, se mora ujemati z zneskom, ki je naveden na »Predlogu za zobnoprostetično rehabilitacijo«.

Izvajalci v dejavnosti zobozdravstva izstavijo zavarovanim osebam specifikacijo opravljenih in ZZZS-ju zaračunanih storitev, in sicer izključno na podlagi zahteve zavarovane osebe. Specifikacija mora vključevati minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datume obravnave, število točk ter znesek zaračunan ZZZS.

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem, vprašanji glede univerzalnih pacientovih pravic ali glede čakalne dobe se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni v območni enoti ali izpostavi ZZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svoj problem vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate v poseben nabiralnik v prostorih enote ali izpostave ZZZS.

Določeni delavci ZZZS pri izpostavah in območnih enotah so posebej zadolženi, da se na vsako pripombo ali pritožbo takoj odzovejo, jo proučijo ter začno ustrezen postopek preverjanja in ukrepanja. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost. Za sprejemanje pritožb so odgovorni vodje izpostav in vodje ustreznih oddelkov v območnih enotah. Vaša pravica je tudi, da vam povedo, koliko časa bo preverjanje predvidoma trajalo.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS.



9. Pojmovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu



9. Pojmovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu

Akrilat: plastika, umetna smola, navadno polimer metakrilata, ki se uporablja za izdelavo umetnih zob ter protez in v kirurgiji.

Anestezija: zdravilo, ki ga dobite pred posegom, da ne bi čutili bolečine.

Baza: del proteze, ki ima ležišče na mehkih tkivih in v kateri so vstavljeni umetni zobje.

Čiščenje zobnega kamna: odstranjevanje zobnih oblog. pri osebah starejših od 18 let storitve ni možno obračunati Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Delovni nalog za zobnoprostetične storitve: javna listina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katero zobozdravnik naroča izdelavo zobnoprostetičnega nadomestka v zobotehničnem laboratoriju; v listini je med drugim točno opredeljen nadomestek in material, iz katerega bo ta narejen.

Dentalna zlitina – kovina: bolj natančen izraz za kovino, ki se uporablja v zobozdravstvu, za izdelavo prevlek, mostičkov ali kovinske baze proteze; je zlitina, ki vsebuje različne odstotke zlata, paladija ali npr. kobalta, kroma pri kovinski bazi proteze.

Destruirana zobna krona: zobna krona, ki jo ni mogoče obnoviti z zalivko (plombo); v tem primeru je v okviru zdravstvenega zavarovanja podana pravica do izdelave prevleke.

Doktrina: znanstveno dognan skupek postopkov, ki velja, kot kot vodilo za ugotavljanje in zdravljenje bolezni.

Doplačilo: znesek, ki ga morate poravnati pri zobozdravniku v primeru, če niste dopolnilno zdravstveno zavarovani, če želite izdelek iz nadstandardnega materiala, če uveljavljate storitve, ki so delno pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, delno pa so samoplačniške.

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje: vrsta zdravstvenega zavarovanja, ki zagotavlja zavarovanim osebam doplačilo zdravstvenih storitev, ki niso v polni vrednosti krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Faseta: del prevleke, ki je prilepljen na njen kovinski del in je v barvi zoba; lahko je iz kompozitnega materiala (brez doplačila) ali iz porcelana (potrebno doplačilo).

Garancijska doba: doba, v okviru katere zobozdravnik opravi eventualno potrebno popravilo opravljene storitve na svoje stroške ali stroške ustanove, v kateri dela; garancijska doba za zalivke znaša 9 mesecev razen za zalivke pri predšolskih otrocih in na mlečnih zobeh, kjer ni garan-

cijske dobe in se popravilo opravi na stroške zdravstvene zavarovalnice; za prevleke krone in mostičke znaša garancijska doba eno leto.

Implantat: je zobni korenini podoben in iz kovine (najpogosteje iz titana) izdelan vsadek, ki se kirurško vgradi v čeljust; implantat je lahko priprava za prevleko, mostiček ali protezo, s katerim se lahko obnovi funkcija in estetika zoba oziroma zobovja.

Inlay: laboratorijsko izdelana zalivka narejena iz kovine ali drugih materialov; če je zalivka izdelana iz standardne kovine, jo plača zdravstveno zavarovanje.

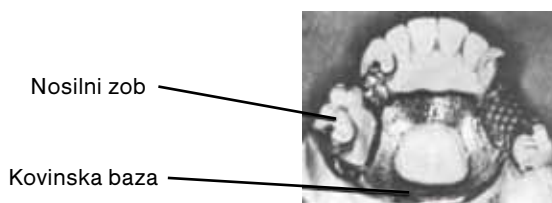
Karies: zobna gniloba, bolezenska razgradnja trdih zobnih tkiv.

Kaviteta:

- 1.) zaradi kariesa nastala votlina v zobu;
- 2.) z določenim postopkom s strani zobozdravnika narejena votlina v zobu, ki jo zapolni z zalivko.

Kompozit: plastičen material oziroma umetna smola (BIS-GMA, bis -gamamethylmetacrylate) v barvi zob, kateremu so dodana polnila za boljšo trdnost; zalivke iz tega materiala zdravstvena zavarovalnica prizna samo na sprednjih zobeh; v primeru, da se material uporabi za zalivko v stranskem sektorju, je potrebno doplačilo.

Kovinska baza proteze: del proteze, ki je narejen iz kovine; proteza ni nikoli povsem kovinska ampak je del proteze, ki posnema dlesen, narejen iz akrilata.

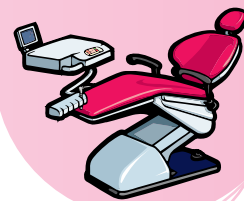


Krona: del zoba nad dlesnijo.

Kvadrant: izraz, ki označuje čeljusti; čeljusti so razdeljene na zgornjo desno četrtino, zgornjo levo četrtino, spodnjo levo četrtino ter spodnjo desno četrtino.

Mostiček: nesnemni zobnoprostetični nadomestek, pri katerem so nadomeščeni zobje pritrjeni na prevleke zob nosilcev.

Napotni zobozdravnik: zobozdravnik specialist, h kateremu osebni zobozdravnik napoti pacienta za opravljanje določenega posega ali storitve.



Opornica: izdelek, ki podpira trdo in/ali mehko tkivo v določenem položaju.

Ortodontski aparat: naprava, ki jo ortodont vstavi v usta, da premakne zobe in/ali spremeni obliko čeljusti; obstajajo snemni in fiksni (nesnemni) aparati; zdravstvena zavarovalnica je praviloma plačnik snemnih aparatov in samo izjemoma fiksnih aparatov za osebe do 18 leta starosti.

Osební zobozdravnik: zobozdravnik, ki je sklenil pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ali je zaposlen v ustanovi, ki je sklenila tovrstno pogodbo; zobozdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zobozdravnika, je dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo; odkloni jih lahko:

- če je pri njem evidentirano število zavarovanih oseb preseglo število, ki ga določi ZZS;
- ali če si ga zavarovana oseba želi izbrati v nasprotju s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Parodontcij: zob obdajajoča alveolarna kost, cementna plast zoba, pozobnica in dlesen.

Parodontopatija ali parodontalna bolezen: bolezen parodonticija, bolezen obzobnega tkiva.

Zobni plak: mehka lepljiva snov iz ostankov hrane in bakterij, ki se formira na zobeh; vzrok nastanka zobne gnilobe in bolezní dlesen.

Poliranje: postopek, s katerim zobozdravnik odstranjuje plak, umazane obloge na zobeh z uporabo abrazivnih past za poliranje; tudi postopek, s katerim se naredi gladko in sijajno površino zalivke, proteze, prevleke...; storitev ni možno obračunati zdravstvenemu zavarovanju v primeru, ko gre za poliranje zalivke iz kompozitnega materiala v stranskem sektorju (storitev je samoplačniška).

Polnjenje korenine zoba: zaključni del postopka zdravljenja obolelega zoba.

Posteriozni zobje: zobje za podočnikom, ličniki in kočniki.

Porcelan: v barvi zoba pesku podoben material iz kaolina in drugih primesi.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja: temeljni podzakonski akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in drugo; podrobneje določa tudi pravico do zobozdravstvene dejavnosti in način uresničevanja te pravice; sprejme ga skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Predlog zobnoprostetične rehabilitacije: javna listina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki jo izpolni zobozdravnik in podpiše pacient; listina se nato posreduje pooblaščenim osebam pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom dogovorjeni zobnoprostetični nadomestek (proteza, mostiček itd.) plačljiv iz sredstev zdravstvenega zavarovanja; ZZS listino vrne zobozdravniku in na hrbtni strani označi, ali je predlagana storitev pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; v primeru, da je predlog zobnoprostetične rehabilitacije zavrnjen, je to tudi obrazloženo; pacient ima pravico do vpogleda v listino, ki skupaj z delovnim nalogom predstavlja vsebinsko celoto.

Proteza:

- proteza je zobnoprostetični snemni izdelek, s katerim se nadomestijo manjkajoči zobje;

Akrilna baza Zob v protezi Kovinska baza



1. Totalna proteza

2. Delna snemna

- totalna snemna proteza je zobnoprostetični izdelek, s katerim se nadomestijo vsi zobje v eni čeljusti;
- delna snemna proteza je zobno prostetični snemni izdelek, katerim se nadomestijo zobje v eni čeljusti.

Preventiva: postopki, s katerimi se prepreči nastanek zobne gnilobe, bolezní dlesen ali nepravilnosti, ki nastajajo pri razvoju čeljusti ali izraščanju zob; postopki se izvajajo v skladu s pravilnikom ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Račun: računovodska listina z navedbo zneska za prodan material in/ali opravljeno storitev; iz računa mora biti jasno navedena opravljena storitev in/ali uporabljen material za opravljeno storitev kot tudi cena uporabljenega materiala in/ali storitve.

Samoplačniška ambulanta: ambulanta, ki nima sklenjene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ali pa obratuje zunaj pogodbeno dogovorjenega časa z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ki mora biti objavljen na vidnem mestu v čakalnici.

Samoplačniške storitve: storitve, ki jih morate plačati, ker niso pravica iz zdravstvenega zavarovanja na primer:

- storitve, ki niso nujne;
- storitve, ki jih opravi zobozdravnik, ki ni vaš osebni zobozdravnik;
- če se odločite, da vam storitve opravi zobozdravnik ali zavod, ki nima sklenjene pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
- če storitve z vašim soglasjem zobozdravnik opravi izven pogodbeno dogovorjenega delovnega časa (čas, ki ga je zakupil ZZS in je objavljen na vidnem mestu);
- za storitve, ki jih zahtevate v nočnem času, ob nedeljah in praznikih.

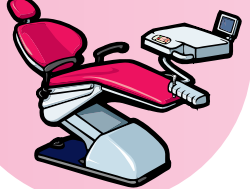
Sklenjena zobna vrsta: prisotni vsi zobje v čeljusti.

Skrajšana zobna vrsta: zobna vrsta, v kateri manjkajo najmanj vsi kočniki na eni strani čeljusti.

Standard: uzakonjena mera ali norma, ki prestavlja splošno uveljavljen vzorec.

Standard zdravstvene storitve: strokovno-doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje osebe.

Standardni material: material, ki ga v skladu z ZZVZ in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja določi ZZS; za uporabo standardnega materiala ni potrebno doplačilo.



Stranski ali transkanini sektor: del zobne vrste od podočnika nazaj, ki vključuje ličnika in kočnike.

Trajnostna doba: čas, ki začne teči od opravljene storitve do ponovne pridobitve možnosti za izdelavo istovrstne ali podobne storitve v breme zdravstvenega zavarovanja.

Vidni sektor: sprednji zobje, sekalci in podočnika.

Vrzel: prostor v zobni vrsti, ki ni zapolnjen z zobmi.

Zalitje fisure: polnjenje brazd na žvečni ploskvi zoba s kompozitom ali kompozitu podobnim materialom; preventivna storitev, ki za odrasle osebe ni plačljiva iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

Zalivka: zapolnitev zobne kavitete z zobnim materialom (amalgam, kompozit ...).

Zavarovane osebe: osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji; zavarovanci iz 15. člena ZZVZZ ter njihovi družinski člani, ki jih določa 20. člen ZZVZZ in podrobneje tudi 9. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zdravstveno zavarovanje: obvezno zdravstveno zavarovanje in dopolnilno zdravstveno zavarovanje; obvezno zdravstveno zavarovanje v nekaterih primerih krije storitve le v odstotnem deležu od njihove polne vrednosti, razliko do polne vrednosti pa morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev ali pa se za takšno doplačilo zavarujejo s sklenitvijo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Zobni kamen: trda kalciju podobna snov, ki nastane z mineralizacijo plaka, in se nabira na zobeh, protezah in mostičkih; odstranjevanje zobnega kamna pri odraslih osebah ni plačljivo iz naslova zdravstvenega zavarovanja.

Zobnoprotenični nadomestek: v laboratoriju izdelan nadomestek, s katerim se nadomesti manjkajoči del zoba ali manjkajoči zobje.

ZZZS: izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

POSVETITE NEKAJ MINUT DNEVNO SKRBI ZA ZDRAVJE VAŠIH UST IN VAŠ NASMEH BO LEPŠI!

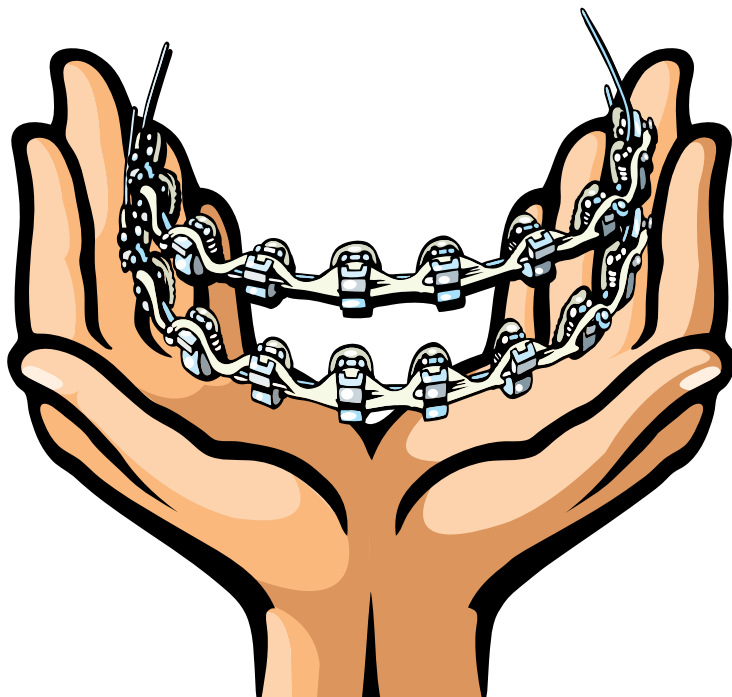
DOLŽNOSTI IN PRAVICE, KI JIH MORATE KOT PACIENT POZNATI V ZOBOZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

VAŠA DOLŽNOST JE:

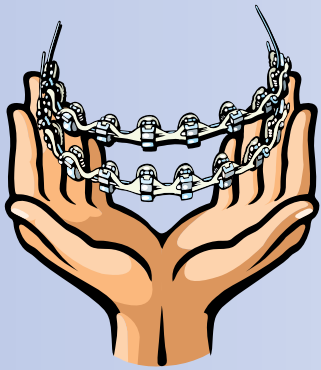
- skrbeti za zdravje svoje ustne votline;
- posredovati zobozdravniku natančne in celovite podatke, o boleznih, zdravljenju in zdravlilih, ki jih jemljete ali ste jih jemali;
- pravočasno obvestiti zobozdravnika o kakršnikoli spremembi vašega zdravstvenega stanja;
- slediti navodilom in nasvetom zobozdravnika;
- povedati zobozdravniku, če vam ni jasen načrt zdravljenja oziroma kaj se pričakuje od vas;
- prevzeti posledice nepričakovanega oziroma neugodnega izida zdravljenja, v kolikor zavračate predlagano terapijo ali ne sledite navodilom zobozdravnika;
- obvestiti zobozdravnika, da ga ne morete obiskati ob dogovorjenem terminu.

VAŠE PRAVICE SO:

- da ste informirani o vašem zdravstvenem stanju;
- da so vam pojasnjene posledice v primeru, da odklonite zdravljenje;
- da so vam pojasnjeni posegi in storitve, ki so potrebni za doseganje pričakovanega izida zdravja vaše ustne votline, in z njim povezana tveganja;
- da ste seznanjeni z oceno stroškov vašega zdravljenja, z oceno časa, potrebnega za zdravljenje, s pričakovanimi rezultati zdravljenja in z drugimi možnostmi zdravljenja;
- da je zdravljenje opravljeno v okviru standardov dobre zobozdravstvene prakse;
- da vam je omogočen dostop do nujne zobozdravstvene pomoči;
- da imate vpogled v vašo medicinsko dokumentacijo;
- da so podatki, ki se nahajajo v vaši medicinski dokumentaciji, varovani.



10. Ortodonija in njene posebnosti



10. Ortodonija in njene posebnosti

Ortodontija je posebna veja zobozdravstva, ki se ukvarja predvsem z nepravilnostmi v rasti in razvoju zobovja. Njen cilj je doseči pravilno oblikovano in skladno delujoče zobovje v ubranosti z estetskim videzom obraza.

KAJ SO ORTODONTSKE NEPRAVILNOSTI?

Ortodontske nepravilnosti praviloma niso bolezni temveč manjši ali večji razvojni odkloni v obliki in delovanju zobovja.

ZAKAJ NASTANEJO NEPRAVILNOSTI ZOB IN ČELJISTI?

Glavni vzrok zanje je evolucijska značilnost človeškega zobovja; čeljusti se zmanjšujejo hitreje kot število zob, zato ti izrastejo tudi izven zobne vrste; nekatere nepravilnosti so dedne, npr. močna (habsburška) spodnja čeljust z naprej štrlečo brado. Pri sodobnem človeku nastane veliko nepravilnosti zaradi hrane, pri kateri zobje ne opravljajo osnovnega dela (grizenje, žvečenje). Škodljive so tudi razvade, npr. uporaba dude, sesanje prsta, nenehno odprta usta. Veliko nepravilnosti še vedno nastane zaradi zobne gnilobe in njenih posledic.

KAJ JE ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE?

Pri ortodontskem zdravljenju, ki uravnava nepravilno raščeno zobovje, se zob, obremenjen s primerno silo, začne premikati v želeno smer. V ta namen uporabljamo snemne in nesnemne (fiksne) ortodontske aparate. Prvi s pomočjo mimičnih in žvekalnih mišic usmerjajo razvoj zobovja, zato so bolj uporabni v otroški dobi, nesnemne aparate pa ortodont pritrdi na zobe in jih z natančno odmerjenimi silami premika v načrtovani položaj. Kadar so zobje močno na tesnem, je potrebno pred namestitvijo aparata določene zobe izpuliti.

KAKŠNI SO RAZLOGI ZA ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE?

Z uravnanimi zobmi dosežemo boljšo funkcijo zobovja in izboljššan zunanji videz, skratka boljše oralno zdravje in višjo kakovost življenja. Uravnani zobje pomenijo tudi

manjše tveganje za nastanek kariesa in bolezni obzobnih tkiv.

KDAJ JE NAJBOLJ PRIMEREN ČAS ZA PRIČETEK ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA?

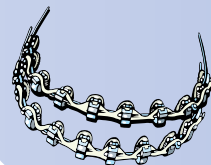
O najbolj ugodnem času za pričetek ortodontskega zdravljenja se odloči ortodont glede na vrsto nepravilnosti in razvojno stopnjo zobovja. Včasih je potrebno pričeti že v mlečnem zobovju, največkrat pa ko izrastejo stalni zobje (razen modrostnikov). Seveda pa je mogoče ortodontsko zdravljenje tudi pri odraslih.

KOLIKO ČASA TRAJA ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE?

Ortodontski aparati potrebujejo določen čas, da delujejo, poleg tega jih moramo redno prilagajati nastalim spremembam. Ob pravilni rabi oziroma nošenju aparatov lahko korigiramo nepravilnosti v 2 do 3 letih. Včasih opravimo ortodontsko zdravljenje v dveh fazah. V prvi fazi skušamo odpraviti funkcionalno nepravilnost že v mlečnem ali mešanem zobovju s snemnim aparatom, sledi nekaj let pavze, potem pa v stalnem zobovju dokončno razporedimo zobe s fiksnim aparatom. V posebno zahtevnih primerih je po končanem ortodontskem zdravljenju potrebna še pomoč čeljustnega kirurga in protetika. Da bi po ortodontskem zdravljenju zobje ostali v doseženem položaju, je potrebno praviloma namestiti še posebne aparate – retenerje.

ALI ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE POVZROČA BOLEČINE?

Namestitev nesnemnega ortodontskega aparata lahko povzroči določeno nelagodje in prve dni so možne tudi rahle bolečine. Običajno se pacient na aparat, ki predstavlja tujek v ustih, kmalu privadi, tudi bolečine hitro minejo. Snemni aparati običajno ne povzročajo težav, pač pa se včasih že takoj po vstavitvi aparata izboljša obrazni videz.



KAKO JE MED NOŠENJEM APARATA MED PREHRANO IN ŠPORTNIMI AKTIVNOSTMI?

Med nošenjem aparata se je potrebno izogniti sladkarijam. Snemni aparat med jedjo snamemo iz ust in spravimo v škatlico. Pri nošenju nesnemnih aparatov pa ni priporočljiva trda in lepljiva hrana. Pri kontaktnih športih je dobro nositi ščitnik za zobe.

ALI SO KAKŠNA TVEGANJA V ZVEZI Z ORTODONTSKIM ZDRAVLJENJEM?

Seveda. Imamo niz predvidljivih in nepredvidljivih dejavnikov, ki lahko vplivajo na rezultat ortodontskega zdravljenja.

Predvidljivi dejavniki so:

- Pomanjkljivo čiščenje zob in aparata, kar poveča tveganje za nastanek kariesa in bolezni obzobnih tkiv.
- Neopravičeni izostanki so pogosti vzrok za slabše rezultate ter za podaljšanje časa zdravljenja.
- Neupoštevanje zdravnikovih navodil glede nošenja aparata tudi ne da dobrega rezultata in podaljšuje zdravljenje.

Nepredvidljivi dejavniki:

- Vedeti moramo, da ima tako kot vsako drugo, tudi ortodontsko zdravljenje svoje omejitve in možna tveganja.
- Poškodbe zobnega živca (pulpe). Včasih lahko prejšnja poškodba povzroči odmrtje živca, ki se lahko ob premikanju zoba z aparatom vname. To se lahko dogodi tudi takrat, kadar zdravljenje korenin ni bilo popolno.
- Skrajšanje (resorpcija) korenin. Pri nekaterih pacientih se lahko med zdravljenjem skrajšajo korenine. Običajno to nima praktičnih posledic, v izjemnih primerih pa to lahko skrajša življenjsko dobo zoba. Skrajšanje korenine se lahko dogodi tudi brez ortodontske obravnave. Poškodbe, pritisk s strani sosednjih zob in endokrine bolezni so lahko možni vzroki. Zaradi obsežnega krajšanja korenin lahko zdravljenje prekinemo.
- Recidiv – Vrnitev v prvotno stanje. Zobje imajo tendenco, da se vrnejo v prvotni položaj, kar imenujemo recidiv. Da bi to preprečili uporabljamo posebne aparate – retenerje. Vsi deli telesa se v času življenja spreminjajo, tudi zobovje. Ta dolgoročen proces lahko vodi tudi do spremembe položaja zob in ugriza. Tako pri nekaterih odraslih opazimo, da postajajo spodnji sekalci sčasoma na tesnem.
- Nepravilna rast in razvoj. Rastna disharmonija in nenavadno formiranje zob sta biološka procesa, na katere ortodont (vsaj zaenkrat) ne more vplivati. Zaradi neugodnega ravnega vzorca je včasih potreben po ortodontskem zdravljenju še kirurški poseg.

ALI OBSTOJE RAZLIČNE MOŽNOSTI ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA?

Včasih je mogoče, glede na želje pacienta, najti drugačno, kompromisno rešitev, vendar nikoli tako, ki bi bila lahko škodljiva. Ena od možnosti je tudi, da do zdravljenja sploh ne pride.

KDAJ LAHKO PRIČNEMO Z ORTODONTSKIM ZDRAVLJENJEM?

Z ortodontskim zdravljenjem lahko pričnemo šele takrat, ko pacient oziroma njegovi starši presodijo, da so dobili vse potrebne informacije, na podlagi katerih se prostovoljno odločijo za ortodontsko zdravljenje. Potem se morajo obvezati, da bodo izpolnjevali tudi svoj del obveznosti:

- vzdrževanje brezhibne ustne higiene,
- nošenje aparata po zdravnikovih navodilih in
- redno obiskovanje ortodonta.

Šele na tej podlagi se lahko pristopi k izdelavi dogovora o ortodontskem zdravljenju.

KAJ MORA VSEBOVATI DOGOVOR MED PACIENTOM (OZ. NJEGOVIMI STARŠI) IN ORTODONTOM GLEDE ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA?

Na osnovi splošne informacije o ortodontiji, pacientovih potreb, postavljenega cilja in pogovora med posvetovanjem o tveganjih in koristih zdravljenja, se sprejme načrt zdravljenja, ki mora vsebovati:

- diagnozo, z navedenimi znaki nepravilnosti;
- obseg nepravilnosti izražen z okluzijskim indeksom;
- namen zdravljenja; korekcija znakov nepravilnosti, podrobneje opredeljenih z indeksom in drugih problemov (če so prisotni);
- metode zdravljenja;
- retencijo;
- predviden čas obravnave;
- stroške obravnave.

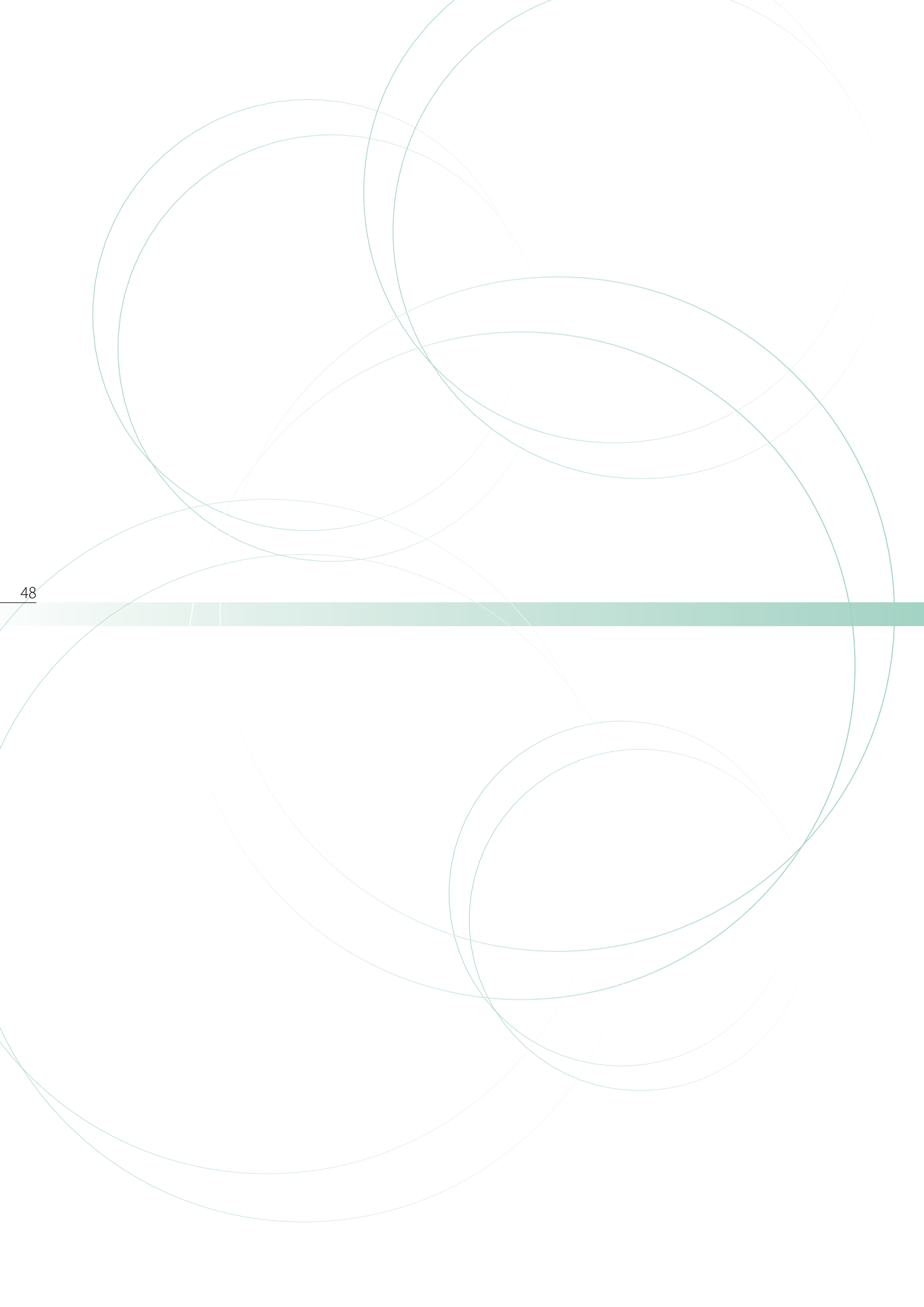
KATERE SO ORTODONTSKE PREISKAVE IN ČEMU SLUŽIJO?

Za postavitev diagnoze, načrtovanje, spremljanje in ocenno zdravljenja običajno zadostujejo naslednji preiskovalni postopki in pripomočki:

- podatki iz družinske in osebne anamneze;
- opazovanje delovanja zobovja in obraza;
- študijski mavčni model, ki ga dobimo z odtiskovanjem zgornjega in spodnjega zobnega loka;
- rentgenski posnetek zobovja – ortopan;
- stranski rentgenski posnetek glave;
- fotografije zobovja in obraza.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB V ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS.





11.
Pravica do zdravil in živil
za posebne zdravstvene
namene na recept



11.

Pravica do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept

Zdravila so nepogrešljiva pri zdravljenju številnih bolezni. Izboljšajo preživetje in zmanjšujejo pogostnost resnih zapletov pri kroničnih boleznih, omogočajo zdravljenje hudih okužb in drugih nujnih stanj, izboljšujejo kakovost življenja in omogočajo hitrejšo vrnitev v delovno okolje. Prehransko zdravljenje je integralni del zdravljenja bolezni. Zato obvezno zdravstveno zavarovanje v določenih primerih zagotavlja tudi živila za posebne zdravstvene namene.

50

ZDRAVILA NA ZELENI RECEPT

Kdo vam sme predpisati zdravila na zeleni recept?

Le vaš izbrani osebni zdravnik in napotni zdravnik (specialist), ki ga je osebni zdravnik za predpisovanje zdravil pooblastil z napotnico, izjemoma pa tudi zdravnik, ki nadomešča vašega izbranega osebnega zdravnika, in zdravnik v okviru nujne medicinske pomoči, kadar gre za obravnavo nujnega stanja.

Zdravila na recept z lastniškim imenom

Zdravila, ki jih potrebujete za zdravljenje in so razvrščena na listo zdravil, lahko zdravnik predpiše na zeleni recept z lastniškim (zaščitenim) imenom. Račun zanje krije deloma ali v celoti obvezno zdravstveno zavarovanje. Če imate sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, vam to krije razliko do polne cene zdravila. Zdravnik vas bo ob predpisu vsakega zdravila seznanil s pravilnim jemanjem in morebitnimi težavami, ki se lahko pojavijo. Če prejimate več zdravil, vam bo napisal tudi natančen seznam vseh zdravil in navodilo, kako jih je potrebno jemati.

Zdravila na recept s splošnim imenom

Zdravnik vam lahko predpiše na recept zdravilo s splošnim (nezaščitenim) imenom. Vsa zdravila, ki imajo isto splošno ime, imajo isti učinek. Pomembno je, da zaradi lastne varnosti hkrati ne uporabljate dveh zdravil z enakim nezaščitenim imenom, ki se razlikujeta le v lastniškem imenu. Splošno ime zdravila je vedno napisano na vsakem omotu (škatic) zdravila pod lastniškim imenom. Ob prejemu vsakega novega zdravila, ki ga še ne poznate, se o uporabi natančno posvetujte s farmacevtom v lekarni in se prepričajte, da zdravila z isto učinkovino še nimate

doma. Če ste v dvomih, vzemite škatlico zdravila in se ponovno prepričajte v najbližji lekarni. V primeru predpisa zdravila s splošnim imenom vam farmacevt v lekarni izda najcenejše razvrščeno zdravilo, ki je na trgu. Če bi želeli drugo zdravilo z višjo ceno, morate doplačati razliko nad najcenejšim razvrščenim zdravilom, ki je na trgu.

Zdravila na obnovljivi recept

Obnovljivi recept je zeleni recept, na katerem zdravnik doda navodilo lekarniškemu farmacevtu o izdaji zdravila za daljše obdobje. Predpiše ga izbrani osebni zdravnik ali izjemoma specialist v bolnišnici ali v specialistični ambulanti. Zdravnik vas bo posebej obvestil o možnosti predpisa zdravila za daljši čas in vas kot doslej opozoril na morebitne neželene učinke predpisanega zdravila in o ustreznem ravnanju, če se pojavijo. Na en obnovljivi recept je mogoče izdati največ štiri izdaje, enkratna izdaja pa ne sme presegati količine, ki zadostuje za obdobje treh mesecev. Zdravnik mora na obnovljivem receptu označiti "repetatur" ali "ponovi", hkrati pa mora s številko in besedo označiti število zelenih ponovitev – v primeru štirih izdaj je to trikrat. Obnovljiv recept ni možno predpisati za nekatera psihotropna zdravila (npr. pomirjevala, uspavalna) in opioidna protibolečinska zdravila. Obnovljivi recept velja le za obdobje enega leta od predpisa zdravila. Po tem obdobju boste morali ponovno k zdravniku, tudi če na obnovljivi recept ni bila izdana celotna količina. V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja morate prvo količino zdravila dvigniti v roku enega meseca od predpisa zdravila. Zavarovana oseba, ki ji je zdravnik predpisal obnovljivi recept, izbere lekarno, v kateri bo do uvedbe elektronskega recepta izbrala prvo in tudi vse ostale ponovitve izdaje zdravila. Farmacevt ob prvi izdaji



obdrži recept v lekarni. Ob zadnji izdaji vas bo opozoril, da se je veljavnost obnovljivega recepta iztekla in da morate obiskati zdravnika, če želite zdravilo prejemati dalje. Če bi vam zdravnik v obdobju veljavnosti recepta zamenjal zdravilo, morate zdravilo na novem receptu dvigniti v isti lekarni. S tem obvestite lekarniškega farmacevta, da se prvotni obnovljivi recept predčasno zaključi. Vzporedno dvigovanje dveh vrst zdravil pomeni zlorabo, hkratno jemanje dveh različnih zdravil pa bi lahko resno ogrozilo vaše zdravstveno stanje. Z obnovljivim receptom predvsem razbremenimo zdravnika v tistih primerih, ko je potreben le predpis recepta brez pregleda. Seveda želimo tudi vam prihraniti čas in odvečne poti. K zdravniku se boste vračali le v primeru morebitnih novih zdravstvenih težav in seveda po preteku veljavnosti obnovljivega recepta.

Najvišja priznana vrednost

Za nekatere skupine zdravil, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje, je določena najvišja priznana vrednost. To pomeni, da krije obvezno oziroma dopolnilno zdravstveno zavarovanje le zdravila, ki so cenovno v okviru najvišje priznane vrednosti, ki jo določi ZZS, za ostala pa je potrebno doplačati razliko v ceni. Če vam zdravnik želi predpisati zdravilo, ki ga je potrebno doplačati, potrebuje vaše soglasje. Morda tudi sami želite prejemati zdravilo, ki ga že dobro poznate in ga ne želite zamenjati, čeprav ga je potrebno doplačati. Če pa takšnega zdravila ne želite, je najprimerneje, da ga takoj zavrnete. Zdravnik vam bo predpisal enakovredno zdravilo brez doplačila. V lekarni vam lahko farmacevt medsebojno zamenljivo zdravilo, za katerega je potrebno doplačilo, zamenja z zdravilom brez doplačila (sistem medsebojno zamenljivih zdravil). Le zdravnik pa lahko zdravilo iz terapevtske skupine zdravil, za katerega je potrebno doplačilo, zamenja z zdravilom brez doplačila (sistem terapevtskih skupin zdravil).

Omejitve predpisovanja

Nekatera zdravila in živila za posebne zdravstvene namene imajo ob bistveno višji ceni glede na že poznana zdravila le omejene terapevtske prednosti. Ker jih kljub temu želimo omogočiti vsem bolnikom, ki jih neizogibno potrebujejo, je ZZS uvedel strokovne omejitve predpisovanja. To pomeni, da jih je mogoče predpisati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, torej na zeleni recept, le v določenih primerih. Vsi zdravniki, ki priporočajo ali predpisujejo zdravila v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, tako specialisti kliničnih strok kot zdravniki splošne oziroma družinske medicine, so dolžni te omejitve upoštevati. Omejitve so raznovrstne. Nekatera zdravila sme zdravnik predpisati le osebam z visoko stopnjo ogroženosti za bolezni srca in ožilja. Druga sme zdravnik predpisati le v primeru, ko ima prvotno izbrano zdravilo neželene učinke, tretja so namenjena le otrokom itd. Če boste zdravilo želeli kljub omejitvi, vam ga bo zdravnik predpisal na beli recept. O posameznih omejitvah predpisovanja boste izvedeli več na spletnih straneh ZZS: <http://www.zzs.si> (poglavje Zdravila).

ZDRAVILA NA BELI RECEPT

Beli, samoplačniški recept, boste prejeli v naslednjih primerih:

- če obiščete t.i. samoplačniško ambulanto, ki nima koncesije za delo v okviru mreže javne zdravstvene službe;
- če zdravnik predpiše zdravilo, ki ni razvrščeno na listo zdravil;
- če vam zdravnik predpiše zdravilo, razvrščeno na listo, vendar niso izpolnjeni pogoji iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in omejitve predpisovanja;
- če ste zdravila izgubili ali pa ste jih pozabili doma ob odhodu na dopust ali v primeru uničenja stične ali zunanje ovojnine;
- če ste obiskali službo za nujno medicinsko pomoč, vendar ni šlo za nujno stanje.

Za zdravila, predpisana na beli recept, ne morete uveljavljati povračila stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. To je mogoče le izjemoma, kadar gre za zdravila za zdravljenje hude bolezni, ki jih ni mogoče dobiti v Sloveniji in nimajo primerne zamenjave. Osebni zdravnik ne more 'prepisati' zdravila z belega recepta na zeleni recept. Za tveganje plačil za zdravila na bele recepte je mogoče skleniti nadstandardno zdravstveno zavarovanje.

IZDAJANJE ZDRAVIL V LEKARNI

Zdravila na recept lahko prevzamemo v katerikoli lekarni v Sloveniji, ki ima pogodbo z ZZS. Vsako zdravilo, ki pride v lekarno, je kakovostno, varno in učinkovito, kar zagotavljajo proizvajalci zdravil in Javna agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke. Farmacevt vas bo ob izdaji zdravila poučil o pravilnem jemanju zdravil. Lahko vam bo svetoval, kako najprimerneje razporediti jemanje zdravil glede na vaš način življenja in obroke hrane. Nanj se lahko obrnete tudi za nasvet, kako jemati zdravila in prehranske dodatke, ki ste jih kupili v lekarni brez recepta. Vsa zdravila, ki jih prejmete iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, se zapišejo v evidenco in so vidna vsem pooblaščenim zdravnikom in farmacevtom neposredno preko varne računalniške povezave. Na ta način želimo v postopkih zdravljenja z zdravili zagotoviti visoko varnost bolnikov, ki zaradi sodobnih terapevtskih pristopov uporabljajo vedno več zdravil, in obenem zagotoviti pooblaščenim zdravnikom in farmacevtom pomembne informacije za kakovostno predpisovanje in izdajanje zdravil.

ZDRAVILA BREZ RECEPTA

Zdravila brez recepta so namenjena lažšanju težav, ki jih že poznate in ne zahtevajo zdravniškega pregleda. Takšne težave so nenadne ali kronične bolečine, blage alergije, prehladna obolenja, blage želodčne težave in podobno. Tako si lahko prihranite obisk pri zdravniku. Farmacevt vam bo pomagal, da boste glede na vaše težave in morebitna zdravila, ki jih že prejimate, našli najprimernejšo rešitev.



ZDRAVILA ZA POTOVANJA

Zdravnik sme predpisati zdravila na zeleni recept le za bolezni ali motnje, ki jih odkrije ob pregledu bolnika. Za morebitne zdravstvene težave, ki bi se lahko pojavile na počitnicah oziroma na potovanju, ne sme vnaprej predpisati zdravil na zeleni recept. V primeru pojava zdravstvenih težav na dopustu se je potrebno obrniti na tamkajšnjo zdravstveno službo. ZZS omogoča enostavno in brezplačno ureditev obveznega zdravstvenega zavarovanja za tujino. Če se odpravite na področja, kjer obstaja nevarnost hudih nalezljivih bolezni, se obrnite na Nacionalni inštitut za javno zdravje oziroma na najbližjo enoto Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano, kjer boste dobili vse potrebne informacije in vas bodo, če bo potrebno, tudi cepili. Prav tako vam bodo lahko predpisali vsa zdravila, ki jih boste potrebovali za preprečevanje nalezljivih bolezni. Ta zdravila bodo predpisana na beli recept.

ŽIVILA ZA POSEBNE ZDRAVSTVENE NAMENE NA ZELENI RECEPT

Razvrščena živila za posebne zdravstvene namene vam pooblaščen zdravniki lahko predpišejo na zeleni recept, v skladu z omejitvijo predpisovanja, ki ga živilo ima, ter določbami veljavnih predpisov.

Ta pravica se nanaša na naslednje tri skupine živil:

1. Živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove. Ta živila so razvrščena na pozitivno listo in jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije v celoti. Indikacijo za prejetje teh živil postavi pediatrična klinika. Po postavitvi indikacije jih lahko predpisuje izbrani osebni zdravnik oziroma pediater. Na recept se smejo predpisati v količini za največ tri mesece.
2. Živila za otroke s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano. Ta živila so preraščena na vmesno listo in imajo določeno najvišjo priznana vrednost, ki se za vsako živilo posebej opredeli v razponu od 50 do 95 odstotkov cene živila. To pomeni, da je obvezno doplačilo razlike od najvišje priznane vrednosti do polne cene tudi za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju. Predpisujejo jih lahko izbrani osebni zdravniki oziroma pediatri na podlagi mnenja pediatrične klinike. Na recept se sme predpisati količina za največ tri mesece.

Živila iz 1 in 2 točke je mogoče predpisovati na obnovljivi recept za obdobje enega leta z enkratno izdajo največ za 3 mesece in še s tremi ponovitvami. Vsa načela predpisovanja in izdajanja so enaka kot za zdravila.

3. Živila za prehransko podporo bolnikov z akutnimi poslabšanji hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem ali bolnikov, pri katerih je do takšnega stanja prišlo zaradi stranskih učinkov terapevtskih postopkov, za katere je takšna dopolnilna prehrana nepogrešljiva in lahko bistveno izboljša kakovost življenja in uspeh zdravljenja (npr. bolniki s Crohnovo boleznijo, onkološki bolniki...). Gre za skupino živil, ki je razvrščena na vmesno listo. Določena jim je najvišja priznana vrednost, ki je določena za vsako živilo posebej v razponu od 50 do 95 odstotkov cene živila. Kot v prejšnji skupini živil morate doplačati razliko od najvišje priznane vrednosti do polne cene živila. Predpisujejo jih zdravniki specialisti ustrezne klinične stroke, določene v omejitvi predpisovanja, v okviru specialistične ambulantne dejavnosti, in izbrani osebni zdravniki oziroma pediatri na osnovi izvida tega zdravnika specialista ali pisnega mnenja konzilija ustrezne klinike. Na recept se smejo predpisati v količini največ za obdobje enega meseca. Ta skupina živil za posebne zdravstvene namene se v breme zdravstvenega zavarovanja ne more predpisati za trajno prehranjevanje zavarovanih oseb, temveč le ob akutnih poslabšanjih hude kronične bolezni.

Navedena živila je možno predpisovati na obnovljivi recept za obdobje 3 mesecev z enkratno izdajo največ za en mesec in še z dvema ponovitvami. Vsa ostala načela predpisovanja in izdajanja so enaka kot za zdravila.

SODELOVANJE PRI ZDRAVLJENJU

Vaše zdravljenje bo potekalo uspešneje, če boste pri zdravljenju dobro sodelovali. Pri jemanju zdravil skrbno preberite navodila o uporabi zdravila, ki so priložena vsaki škatlici in upoštevajte napotke, ki jih prejmete od zdravnika ob predpisu in od farmacevta ob vročitvi zdravila v lekarni.

S preudarnim ravnanjem z zdravili boste pomembno prispevali k uspešnemu poteku zdravljenja. Odgovornost za lastno zdravje nosi v veliki meri tudi vsak posameznik! Za podrobnejše informacije povprašajte vašega zdravnika ali farmacevta, območne enote ZZS, Ministrstvo za zdravje ali Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO PRAVICO DO ZDRAVIL NA RECEPT:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o zdravilih,
- Zakon o lekarniški dejavnosti,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzs.si/egradiva),
- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini,
- Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo,
- Pravilnik o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo.



Premišljeno z zdravili.

Za vaše zdravje gre.

OSNOVNA PRIPOROČILA ZA VARNO IN PRAVILNO RABO ZDRAVIL

A) NA KAJ MORAMO BITI ŠE POSEBEJ POZORNI PRI JEMANJU ZDRAVIL, DA BI PREPREČILI ZDRAVSTVENE TEŽAVE POVEZANE Z ZDRAVILI, KI JIH TRENUTNO UPORABLJAMO:

1. pri zdravljenju z zdravili ima osrednjo vlogo bolnik, ki mora v procesu zdravljenja prevzeti svoj del odgovornosti za lastno zdravje tako, da polno sodeluje z zdravnikom in farmacevtom ter da v celoti upošteva njihova navodila glede pravilnega odmerjanja zdravil in urnika jemanja zdravil kot tudi da upošteva zdravilom priložena navodila proizvajalca zdravil; zdravila običajno jemljemo ob istem času in v enakih časovnih razmakih; za vsako zdravilo obstajajo tudi navodila, kaj storiti, če pozabimo vzeti zdravilo, ali če pomotoma vzamemo večji odmerek ali več odmerkov od predpisanega; kot uporabniki zdravil ne smemo samovoljno spremenjati odmerkov ali prekiniti zdravljenja brez predhodnega posveta z zdravnikom;
2. zlasti če ste kronični bolnik, vas prosimo, da sami natančno vodite svoj lastni seznam zdravil, s katerimi se trenutno zdravite, ter seznam vseh zdravil, katerih trenutno ne uporabljate vendar jih imate doma na zalogi; tak seznam zdravil ob obisku vedno prinesite k svojemu zdravniku ali farmacevtu – seznam dopolnite vsakokrat, ko dobite novo zdravilo v lekarni; priporočamo vam, da sami ali s pomočjo svojcev vodite tudi svoj lastni dnevnik jemanja zdravil; „Moj seznam zdravil“ in „Moj dnevnik jemanja zdravil“ boste prejeli v ambulantni vašega osebnega zdravnika ali v vaši lekarni oziroma ga pridobite preko spletnih strani ZZZS (www.zzs.si/egradiva; zbirka podatkov/tiskana in druga promocijska gradiva za varno in pravilno rabo zdravil); vodenje teh evidenc je izrednega pomena za vaše uspešno zdravljenje z zdravili in obenem dokazuje, da se zavedate svoje odgovornosti za lastno zdravje. Za vas je najbolje, da obe evidenci

ob obisku vedno predložite tudi vašemu osebnemu zdravniku ali zdravniku specialistu, farmacevtu ali ob vašem sprejemu v bolnišnico. Od leta 2010 so vsa zdravila, ki ste jih prejeli iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, vidni pooblaščenemu zdravniku in farmacevtu neposredno preko varne računalniške povezave. Na ta način želimo v postopkih zdravljenja z zdravili zagotoviti visoko varnost bolnikov, ki zaradi sodobnih terapevtskih pristopov uporabljajo vedno več zdravil.

3. pred predpisovanjem novih zdravil morate zdravnika odkrito seznaniti, ali ste vsa zdravila jemali v skladu z njegovimi navodili; zamolčani podatki o večjih ali manjših odmerkih zdravil, nerednem jemanju ali celo ne-jemanju zdravil lahko vplivajo na neustrezno in nepotrebno zdravljenje z zdravili, kar ima lahko za vaše zdravje nevarne škodljive posledice;
4. o morebitnih neželenih (stranskih) učinkih zaradi jemanja zdravil morate obvezno poročati vašemu zdravniku in farmacevtu; neželeni (stranski) učinki so verjetnejši pri hkratnem jemanju večih zdravil;
5. v primeru terapije z večimi zdravili bodite pozorni, da ne bi zamenjali dveh različnih zdravil, saj lahko to škodljivo vpliva na vaše zdravje;
6. še posebej bodite pozorni, kadar vam zdravnik predpiše na recept zdravilo s splošnim (nezaščitenim) imenom. Vsa zdravila, ki imajo isto splošno ime, imajo isti učinek. Pomembno je, da zaradi lastne varnosti, hkrati ne uporabljate dveh zdravil z enakim splošnim imenom, ki se razlikujeta le v lastniškem imenu. Splošno ime zdravila je vedno napisano na vsakem omotu (škatlici) zdravila pod latniškim imenom imenom. Ob prejemu vsakega novega zdravila, ki ga še ne poznate, se o uporabi natančno posvetujte s farmacevtom v lekarni in se prepričajte, da zdravila z isto učinkovino še nimate doma. Če ste v dvomih, vzemite škatlico zdravila in se ponovno prepričajte v najbližji lekarni;



B) NA KAJ MORAMO BITI ŠE POSEBEJ POZORNI V ZVEZI Z ZALOGAMI ZDRAVIL NA DOMU:

1. vodite svoj lastni seznam zdravil tudi za vsa zdravila, ki jih hranite doma in ki jih trenutno ne uporabljate;
2. zdravila shranjujte v skladu s priloženimi navodili; večinoma se zdravila shranjujejo pri sobni temperaturi do 25 C, v suhem prostoru in zaščiteno pred sončno svetlobo – ne shranjujte zdravil v vlažnih prostorih (kopalnicah, kuhinjah...); vsaj enkrat letno preverite primernost shranjenih zdravil in se pri tem posvetujte z zdravnikom ali farmacevtom; ne ustvarjajte si nepotrebnih zalog zdravil, saj je velika večina zdravil vedno na zalogi v lekarni;
3. zdravila so uporabna samo do roka, ki je zapisan na vsaki škatlici zdravila; po preteku tega roka zdravila nikakor ne smete več uporabljati; po preteku roka uporabnosti neporabljenih zdravil ne smete odvreči v okolje (na primer smetnjake ali odplakniti v kanalizacijo) ali jih celo oddati v nadaljnjo uporabo sorodnikom, prijateljem ali znanecem, temveč jih morate oddati v lekarni ali v za to posebej namenjene zbiralnike komunalnih odpadkov v vašem regionalnem komunalnem podjetju, kjer bodo poskrbeli za njihovo strokovno uničenje (seznam pooblaščenih zbiralcev zdravstvenih odpadkov v Sloveniji objavlja Agencija za okolje);

C) KAKO LAHKO ZMANJŠAMO ZDRAVSTVENO IN EKONOMSKO ŠKODO ZARADI ZDRAVSTVENIH TEŽAV POVEZANIH Z ZDRAVILI IN ZARADI NEPORABLJENIH ZDRAVIL NA DOMU:

- zdravila žal nimajo samo pozitivnih učinkov, ampak imajo lahko tudi nekatere škodljive in neželene učinke na vaše zdravje, zato dosledno upoštevajte priporočila za varno in pravilno rabo zdravil ter zdravstvene delavce pravočasno obveščajte o vašem zaznavanju neželenih (stranskih) učinkov zdravil;
- z zdravim načinom življenja (telesna dejavnost, zdrava prehrana, nekajenje, zmerno pitje alkohola, obvladovanje stresa) in z natančnim vodenjem „Mojega seznama zdravil“ in „Mojega dnevnika jemanja zdravil“ boste v največji meri sami prispevali k ohranitvi in okrepitvi svojega zdravja in k uspešnejšemu zdravljenju z zdravili;
- zdravnik je pri izbiri ustrezne terapije strokovno avtonomen, zato ni nobenega razloga, da bi od njega zahtevali nepotrebna zdravila “za vsak primer” ali zdravila v večjih količinah pred dopustom, razen če ste kronični bolnik in je vaša diagnoza ter terapija nedvoumno potrjena;
- v kolikor bi v Sloveniji zmanjšali pogostnost težav povezanih z zdravili in neporabljenimi zdravili vsaj za 50 %, bi lahko zdravstvu zagotovili finančna sredstva, s katerimi bi lahko težkim bolnikom zagotovili hitrejši dostop do najsodobnejših zdravil, pomembno skrajšali čakalne dobe in bolnikom omogočili bolj kakovostno zdravljenje.



Premišljeno z zdravili.

Za vaše zdravje gre.

Moj seznam zdravil



ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Več informacij dobite na spletni strani www.zzzs.si in pri vašem zdravniku ali farmacevtu.

Nagomembnejše pravne podlage, ki urejajo področje zdravil:
Zakon o zdravilih, Zakon o lekarniški dejavnosti, Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja, Pravilnik o razporejanju, predpisovanju in odmerjanju zdravil za uporabo v humani medicini, Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili, Pravilnik o razporejanju zdravil in biol. za posebne zdravstvene namene, Sklep o letnih izdatkih za razporejanje zdravil na šole.

Podvnik sklopi je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju s partnerji iz vseh in pravilno rabi zdravil Ministrstva za zdravje RS, Zavarovalnica Zdravje Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS in Slovensko zdravniško društvo.

Spoštovani uporabnik zdravil.

Pred seboj imate pripomoček, ki bo prispeval k večji preglednosti vašega zdravljenja s predpisanimi zdravili. Uporabo seznama zdravil priporoča tako vaš zdravnik kot tudi farmacevt, saj lahko s pravilnim vodenjem seznama občutno povečate uspeh zdravljenja.

Kaj lahko dosežem z uporabo seznama zdravil?

Pripomoček Moj seznam zdravil vam omogoča stalen in ažuren vpogled v shemo zdravljenja, vašemu zdravniku pa hitro informacijo o zdravilih, ki jih prejimate (zdravila na recept in tudi tista, ki so izdana brez recepta) in ne nazadnje tudi vašemu farmacevtu, ki vam svetuje, kako najustrezneje jemati zdravila. Ker je Moj seznam zdravil lahko pomembna informacija tudi v primeru nujne medicinske pomoči, ga vedno nosite s seboj.

Kako uporabljam Moj seznam zdravil?

Seznam je sestavljen iz dveh delov: iz osebnih podatkov ter podatkov o zdravniku in farmacevtu, in iz tabelarnega seznama zdravil. Najprej izpolnite osebne podatke, ime osebnega zdravnika ter telefonsko številko in ustanovo, v kateri je zaposlen. Vpišite tudi ime lekarni, kjer najpogosteje dvigujete predpisana zdravila, telefonsko številko in naslov. Vsi ti podatki vam lahko zelo koristijo, če bi se pojavila kakršnakoli vprašanja v zvezi z vašim zdravjem ali jemanjem zdravil.

Nato v tabelarni del seznama vpišite vsa zdravila, ki ste jih dobili v lekarni na podlagi zdravniškega recepta ali pa ste jih kupili v prosti prodaji, v lekarni ali v specializirani prodajalni. Enako velja za zdravila ter prehranska dopolnila naravnega izvora. Če imate težave z izpolnjevanjem rubrik, za pomoč prosite svojce, prijatelje, vašega zdravnika ali farmacevta. Ker se na vašo kartico zdravstvenega zavarovanja samodejno zapisujejo tudi vsa zdravila, ki so vam bila v zadnjem obdobju izdana na recept v lekarni v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko za izpis teh podatkov z vaše kartice zaprosite tudi vašega zdravnika.

Seznam je razdeljen v naslednje rubrike:

IME ZDRAVILA – Navedete ime zdravila, ki ga lahko prepisete z embalaže zdravila. *Primer: Aspirin.*

JAKOST IN OBLIKA (pakiranje) – Navedete jakost zdravila (na primer 500 mg, 50 mg/ml,...) in število enot (tablete, kapsule,...). Podatke lahko prepisete z embalaže zdravila.

IME ZDRAVILNE UČINKOVINE – V vsakem zdravilu je snov, ki učinkuje oz. daje zdravilu njegov zdravilni učinek. Ime učinkovine lahko prepisete z embalaže zdravila ali navodil za uporabo. *Primer: Aspirin in Andol vsebujeta acetylsalicilno kislino. Ta podatek je pomemben, ko zaradi različnih razlogov pride do zamenjave zdravila z drugim, ki ima isto učinkovino (npr. izpad dobave, sprememba cene in s tem kritja iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja,...).*

NAMEN UPORABE (za kaj se zdravilo rabi) – Za lažje spremljanje bolezni je za vas dobro, da veste čemu je določeno zdravilo namenjeno. V to rubriko navedite, za katero bolezen ali stanje jemljete določeno zdravilo. Uporabite lahko izraze zdravstvenih delavcev kot so: »proti bolečinam«, »proti povišanemu tlaku«, »za ščitnico« itd.

ODMERJANJE (dnevno odmerjanje, obdobje uporabe) – Pomemben podatek, kajti le pravilno odmerjanje zagotavlja najboljši učinek. Odmerjanje in dolžino zdravljenja vedno določi zdravnik ali farmacevt. *Primer: 1 x 1 tableta, kar pomeni vzeti 1 tableto na dan. Če zdravila ne jemljete vsak dan, napišite, kako pogosto ga jemljete; npr. vsak drugi dan, enkrat tedensko, po potrebi, itd.*

OPOMBE – Tu navedite posebnosti pri jemanju zdravil, npr. »pred ali po jedi«, največjo dnevno količino zdravila (npr. ko je smiselno jemanje »po potrebi«) in podobne pomembne informacije, ki vam jih da zdravnik ali farmacevt. *Primer za paracetamol, 2 tableti po potrebi – pod opombe bi napisali »do 3 x 2 tableti dnevno«.*

Naslov:



Premišljeno z zdravili.



12. Pravica do medicinskih pripomočkov



12. Pravica do medicinskih pripomočkov

58

Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko zagotavljajo tisti medicinski pripomočki, ki so potrebni pri zdravljenju ali medicinski rehabilitaciji. Pravico do medicinskih pripomočkov določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Natančneje so v »Sklepu o določitvi nazivov in šifer medicinsko-tehničnih pripomočkov, bolezni in zdravstvenih stanj zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinsko-tehnični pripomoček« določene vrste medicinskih pripomočkov, ki so pravica zavarovanih oseb, in opredeljeni medicinski kriteriji v primeru katerih je zavarovana oseba upravičena do posamezne vrste medicinskega pripomočka. Na osnovi teh predpisov ZZZS zagotavlja zavarovanim osebam uresničevanje pravice do medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Razen tega je s posebnim sklepom Upravnega odbora ZZZS za nekatere vrste medicinskih pripomočkov določen cenovni standard, to je najvišja cena do katere se lahko zagotavlja medicinski pripomoček v breme sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

VRSTE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

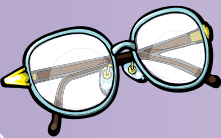
Medicinski pripomočki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so: proteze udov, estetske proteze, ortoze za stabilizacijo udov in hrbtenice, ortopedska obutev, vozički ter ostali pripomočki za gibanje, stojo in sedenje, električni stimulatorji in ostali aparati (npr. za podporo pri dihanju), pripomočki za nego na bolnikovem domu (postelje z dodatki, sanitarni pripomočki, blazine proti preležaninam), kilni pasovi, inkontinenčni pripomočki, pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni, kanile, pripomočki za oskrbo stom, pripomočki za slepe in slabovidne, pripomočki za sluh in govor, obvezilni material in ostali medicinski pripomočki. Posamezne vrste medicinskih pripomočkov so podrobneje opredeljene v šifrantu ZZZS, celoten seznam medicinskih pripomočkov s podatki, ki so pomembni za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb pa so objavljeni tudi na spletni strani ZZZS (www.zzzs.si); poglavje »Medicinski pripomočki«).





PRIMER NAZIVOV VRST MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV, MEDICINSKIH KRITERIJEV IN CENOVNIH STANDARDOV ZA OČALA (STANJE NA DAN 7. 7. 2014):

PRIPOMOČEK	INDIKACIJA ZA PREDPIS	CENOVNI STANDARD V EVRIH
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA DALJAVO brez Dcyl	Ametropija brez astigmatizma do 5 Dsph.	42,03
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA DALJAVO do vključno 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku do 5 D.	50,16
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA DALJAVO nad 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku do 5 D.	68,32
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA DALJAVO brez Dcyl do 8 Dsph	Ametropija med 5 in 8 Dsph. Pri otrocih do 7 let pri ametropiji med 1 in 8 Dsph. Pri otrocih med 7 in 18 let pri ametropiji med 3 in 8 Dsph.	53,89
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA DALJAVO do vključno 2 Dcyl	Ametropija v seštevku z astigmatizmom med 5 in 8 D. Pri otrocih do 7 let pri ametropiji v seštevku z astigmatizmom med 1 in 8 D. Pri otrocih med 7 in 18 let pri ametropiji v seštevku z astigmatizmom med 3 in 8 D.	68,32
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA DALJAVO nad 2 Dcyl	Ametropija v seštevku z astigmatizmom med 5 in 8 D. Pri otrocih do 7 let pri ametropiji v seštevku z astigmatizmom med 1 in 8 D. Pri otrocih med 7 in 18 let pri ametropiji v seštevku z astigmatizmom med 3 in 8 D.	101,93
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA DALJAVO do 16 Dsph in vsi Dcyl (+in -)	Ametropija med 8.0 in 16.0 Dsph pri astigmatizmu z vsemi cilindri v plus in minus D.	200,03
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA DALJAVO nad 16 Dsph in vsi Dcyl (v plus Dsph) do 20 Dsph	Ametropija in/ali astigmatizem v seštevku med 16.0 in 20.0 D.	200,03
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA DALJAVO nad 20 Dsph in vsi Dcyl (v plus Dsph)	Ametropija nad 20.0 Dsph in astigmatizem vsi Dcyl v plus D.	301,55
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA DALJAVO nad 16 Dsph in vsi Dcyl (v minus Dsph)	Ametropija nad 16.0 Dsph in astigmatizem vsi Dcyl v minus D.	301,55
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA BLIŽINO brez Dcyl	Ametropija, zaradi presbiopije po 63. letu do 5 Dsph.	42,03
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA BLIŽINO do vključno 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku, zaradi presbiopije po 63. letu do 5 D.	50,16
OČALA Z MINERALNIMI ALI PLASTIČNIMI STEKLI ZA BLIŽINO nad 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku, zaradi presbiopije po 63. letu do 5 D.	68,32
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA BLIŽINO brez Dcyl do 8 Dsph	Ametropija zaradi presbiopije po 63. letu 5.0 in več Dsph.	53,89
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA BLIŽINO do vključno 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku, zaradi presbiopije po 63. letu 5.0 in več D.	68,32
OČALA Z ORGANSKIMI STEKLI ZA BLIŽINO nad 2 Dcyl	Ametropija z astigmatizmom v seštevku, zaradi presbiopije po 63. letu 5.0 in več D.	101,93
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA BLIŽINO do 16 Dsph in vsi Dcyl (+in -)	Ametropija zaradi presbiopije po 63. letu med 8.0 in 16.0 Dsph vključno z astigmatizmom v seštevku v plus in minus D.	200,03
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA BLIŽINO nad 16 Dsph in vsi Dcyl (v plus Dsph) do 20 Dsph	Ametropija zaradi presbiopije po 63. letu med 16.0 in 20.0 Dsph vključno z astigmatizmom v seštevku v plus D.	200,03
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA BLIŽINO nad 20 Dsph in vsi Dcyl (v plus Dsph)	Ametropija zaradi presbiopije po 63. letu nad 20.0 Dsph vključno z astigmatizmom v seštevku v plus D.	301,55
OČALA S TANJŠIMI IN LAŽJIMI STEKLI ZA BLIŽINO nad 16 Dsph in vsi Dcyl (v minus Dsph)	Ametropija zaradi presbiopije po 63. letu nad 16.0 Dsph vključno z astigmatizmom v seštevku v minus D.	301,55



STANDARD MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

Pogodbeni dobavitelj ZZS (lekarna, optik, specializirana prodajalna) je dolžan osebam, ki so obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovane, zagotavljati brez doplačila tiste pripomočke (artikle), ki jih ima navedene v pogodbi z ZZS. V primeru, da zavarovana oseba pri pogodbenemu dobavitelju zahteva ali predhodno soglaša, da se ji izda medicinski pripomoček, ki ni naveden v pogodbi z ZZS, mora razliko med zneskom cenovnega standarda, ki ga krije obvezno oziroma dopolnilno zdravstveno zavarovanje, in dejansko ceno plačati zavarovana oseba sama.

Podatki o cenovnih standardih za posamezne vrste medicinskih pripomočkov so razvidni iz seznama medicinskih pripomočkov, ki je objavljen na spletni strani ZZS.

Če medicinski pripomočki znotraj posamezne vrste, ki so navedeni v pogodbah z ZZS, za zavarovano osebo zaradi njenega zdravstvenega stanja niso funkcionalno ustrezni, je zavarovana oseba upravičena do pripomočka, ki je funkcionalno ustrezen in najcenejši na slovenskem trgu. Potrebo po takšnem pripomočku ugotovi pooblaščen zdravnik, o upravičenosti pa odloča ZZS. Trajnostna doba medicinskega pripomočka je obdobje, pred iztekom katerega zavarovana oseba ni upravičena do novega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Trajnostne dobe pripomočkov so glede na njihovo naravo in način uporabe različno dolge in so opredeljene s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Po preteku trajnostne dobe je zavarovana oseba upravičena do novega pripomočka, če zdravnik ugotovi, da je prejšnji funkcionalno neustrezen ali neuporaben in se ga ne da popraviti ali prilagoditi. Zavarovana oseba ima pravico do novega medicinskega pripomočka še pred iztekom trajnostne dobe v primeru anatomskih in funkcionalnih sprememb zaradi katerih je postal pripomoček neustrezen in se ga ne da predelati z manjšimi stroški od 50 % vrednosti novega pripomočka. Predlog za nov pripomoček pred iztekom trajnostne dobe poda pooblaščen zdravnik, o upravičenosti pa odloči imenovani zdravnik ZZS.

KDAJ LAHKO UVELJAVLJAM PRAVICO DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

Pri uveljavljanju pravice do medicinskih pripomočkov mora biti zavarovana oseba predhodno 6 mesecev prijavljena v obvezno zdravstveno zavarovanje, če uveljavlja pravico do slušnih pripomočkov in medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida, za ostale pripomočke pa 3 mesece. Navedeni pogoji o predhodnem zavarovanju ne velja v primerih poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

KDO LAHKO PREDPIŠE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

Medicinske pripomočke, ki so potrošnega značaja, in pripomočke potrebne pri zdravljenju in negi na domu predpisuje izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe. Zahtevnejše medicinske pripomočke predpisuje zdravnik

specialist s svojega delovnega področja. Najzahtevnejše medicinske pripomočke, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe in individualna prilagoditev pripomočka, pa predpisuje zdravnik specialist Univerzitetnega rehabilitacijskega inštituta RS – Soča.

Pooblaščen zdravnik mora ob predpisu novega medicinskega pripomočka upoštevati trajnostno dobo predhodno prejetega istovrstnega pripomočka. Podatke o že prejetih pripomočkih zdravnik pridobi iz neposredno iz informacijskega sistema ZZS. Na naročilnici za izdajo medicinskega pripomočka so poleg administrativnih podatkov o zavarovani osebi in zdravstvenem zavarovanju zapisani tudi podatki o vrsti, količini in obdobju, za katero naj se pripomoček izda, izdelava ali izposodi.

PRAVICA ZAVAROVANE OSEBE DO PROSTE IZBIRE DOBAVITELJA MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA

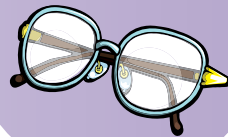
Med pogodbenimi dobavitelji, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZS, zavarovana oseba na podlagi izdane naročilnice sama izbere tistega, pri katerem bo uveljavljala pravico do medicinskega pripomočka. Izjema pri tem so lahko le zavarovane osebe, ki bivajo v domovih starejših občanov in drugih socialnih zavodih in so upravičene do inkontinenčnih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V teh primerih domovi starejših občanov oziroma drugi socialni zavodi na osnovi posebnega predhodnega pisnega pooblastila zavarovane osebe izberejo praviloma enega izmed pogodbenih dobaviteljev, ki na podlagi izdane mesečne zbirne naročilnice zagotavljajo inkontinenčne pripomočke za vse zavarovane osebe, ki bivajo pri njih.

V KATERIH PRIMERIH LAHKO POGODBENI DOBAVITELJ ZZS ZAHTEVA NEPOSREDNO DOPLAČILO ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK

ZZS v skladu s predpisi in na osnovi sklenjenih pogodb z dobavitelji zagotavlja zavarovanim osebam medicinske pripomočke v okviru cenovnega standarda brez dodatnih neposrednih doplačil. Doplačilo je potrebno v primerih, ko zavarovana oseba izrecno zahteva nadstandardni pripomoček in ga pogodbeni dobavitelj ZZS lahko zagotovi. Doplačilo do polne vrednosti storitev (torej do višine cenovnega standarda) pa je potrebno v primerih, ko zavarovana oseba nima sklenjenega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja za kritje doplačila do polne vrednosti storitev, kot to določa ZZVZZ (glej 4. poglavje).

UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ALI PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE

Večino medicinskih pripomočkov pridobi zavarovana oseba neposredno pri pogodbenemu dobavitelju že na podlagi naročilnice, ki jo izda pooblaščen zdravnik. O upravičenosti do zahtevnejših medicinskih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika odloča imenovani



zdravnik ZZS z upravnim aktom. Pravico do zahtevnejšega medicinskega pripomočka uveljavlja zavarovana oseba pri pogodbenemu dobavitelju na podlagi naročilnice, potrjene s strani imenovanega zdravnika ZZS. Predpisani pripomoček postane praviloma trajna last zavarovane osebe, razen v primerih, ko se pripomoček zavarovani osebi izposodi.

IZDAJA IN PREVZEM MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA

Zavarovana oseba medicinski pripomoček dobi ali si ga izposodi v specializirani prodajalni oziroma lekarni, ki ima sklenjeno ustrezno pogodbo z ZZS – njihov seznam je objavljen na spletni strani ZZS in v brošuri »Kako do zdravnika«. Pogodbeni dobavitelj mora imeti na vidnem mestu nameščeno posebno nalepko, iz katere je razvidno, da gre za pogodbenega dobavitelja ZZS. Zavarovana oseba izkazuje pravico do medicinskega pripomočka z naročilnico, ki jo izda pooblaščen zdravnik in kartico zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovani osebi v času zdravljenja v bolnišnici, zdravilišču ali socialnem zavodu zagotavlja pripomočke izvajalec zdravstvenih storitev, ki zagotavlja tudi pripomočke, ki se vgrajujejo v telo. Pogodbeni dobavitelj mora zavarovanim osebam izročiti kakovostne pripomočke v skladu s standardi, predložiti garancijski list, navodila za uporabo v slovenskem jeziku ter seznam pooblaščenih servisov. Pogodbeni dobavitelj mora ob izdaji novega medicinskega pripomočka spoštovati garancijsko dobo, nuditi brezplačna popravila v času garancije ter imeti v ta namen organizirano službo za vzdrževanje in servisiranje pripomočkov ves čas njihove življenjske dobe. Stroške reklamacij in popravil pripomočka, ki so nastali med ga-

rancijsko dobo in ki niso posledica neustreznega in nestrokovnega ravnanja zavarovane osebe, je dolžan poravnati pogodbeni dobavitelj. Za čas popravila so pogodbeni dobavitelji dolžni zavarovani osebi zagotoviti nadomestni pripomoček.

PRAVICA ZAVAROVANIH OSEB DO POPRAVIL IN VZDRŽEVANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

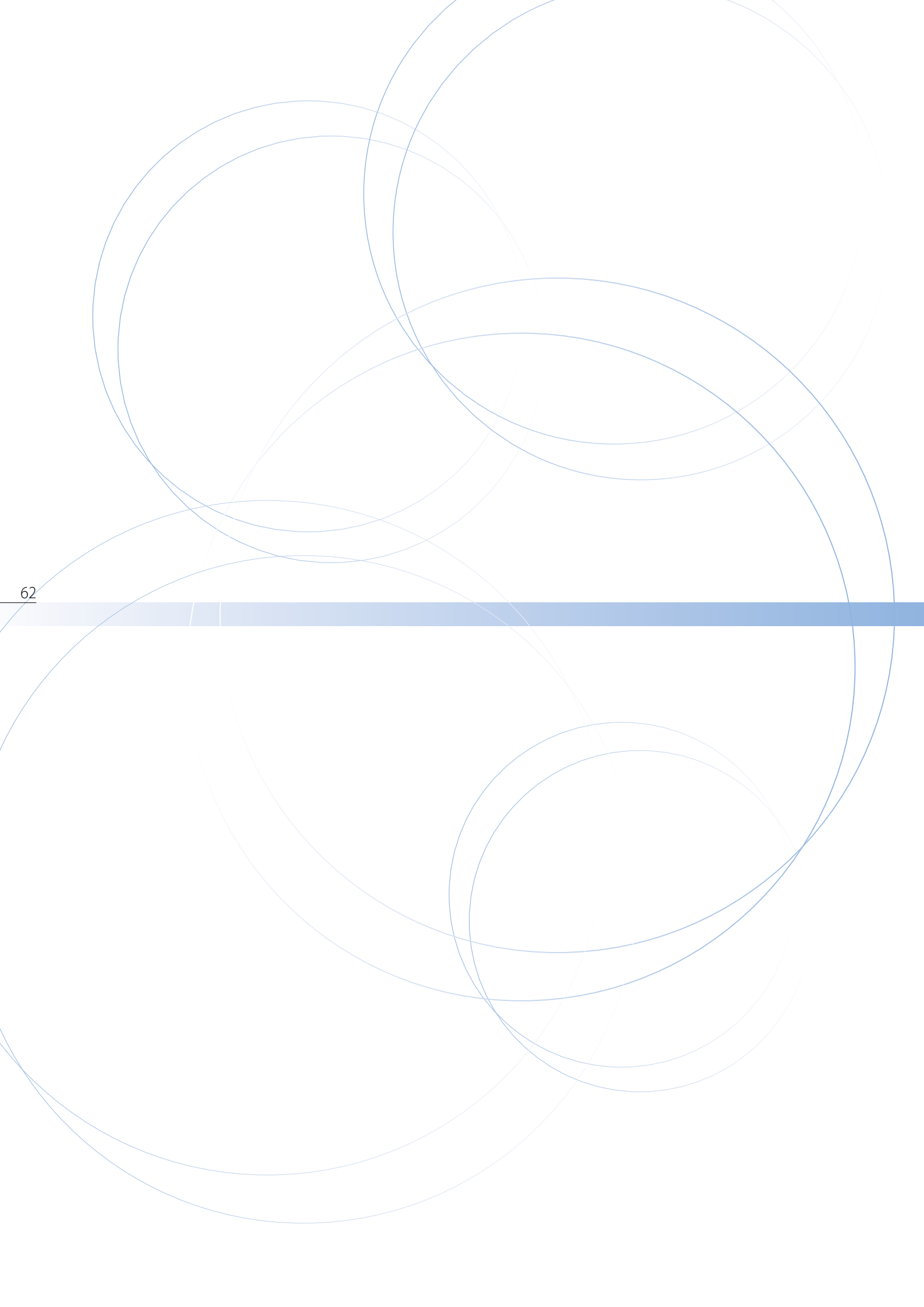
ZZS po preteku garancijske dobe v celoti povrne stroške rednega vzdrževanja vozičkov, pripomočkov za sluh in govor, pripomočkov za vid, koncentratorjev kisika ali drugih virov kisika, protez in ortoz. ZZS poravnata tudi stroške popravil in zamenjav delov teh pripomočkov do 50 % vrednosti cenovnega standarda ali nabavne vrednosti pripomočka. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do popravila in vzdrževanja le na podlagi predhodno potrjenega predračuna s strani ZZS. Predhodna potrditev ni potrebna v primerih popravil in vzdrževanja koncentratorjev kisika ali drugih virov kisika, nekaterih pripomočkov za sluh in govor ter v primerih, ko si zavarovana oseba pripomoček izposodi.

NABAVA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV V TUJINI

Zavarovana oseba si lahko s strani pooblaščenega zdravnika predpisani medicinski pripomoček nabavi tudi v tujini, razen če gre za pripomočke, ki so predmet izposoje. V primeru nabave medicinskega pripomočka v tujini ZZS na podlagi naročilnice in računa povrne dejanske stroške, vendar največ do višine cenovnega standarda. V primeru nabave pripomočka v tujini zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov za vzdrževanje, in sicer tudi za tiste pripomočke, ki so navedeni v prejšnjem poglavju.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO PRAVICO IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o medicinskih pripomočkih,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Sklep o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček,
- Sklep o določitvi cenovnih standardov medicinskih pripomočkov,
- Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na Naročilnico za medicinski pripomoček,
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid,
- Navodilo o zagotavljanju predlog, hlačnih predlog (plenice), posteljnih predlog ali nepropustnih hlač v socialnih in drugih zavodih na Mesečno zbirno naročilnico,
- Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 (www.zzs.si/egradiva).





13. Pravica do zdraviliškega zdravljenja



13. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

Zdraviliško zdravljenje pomeni rehabilitacijo po bolezni, kirurškemu posegu ali poškodbi, ki se izvaja s souporabo naravnih zdravilnih sredstev (mineralna ali termalna voda itd.). Storitve, ki jih sicer tudi opravljajo naravna zdravilišča, vendar brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev, ne štejejo za zdraviliško zdravljenje. Zdraviliško zdravljenje se izvaja kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, in sicer neposredno po končanem zdravljenju (izvaja se le na stacionarni način, ko zavarovana oseba biva v zdravilišču), lahko pa gre tudi za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (izvaja se na stacionarni način, ko zavarovana oseba biva v zdravilišču, ali na ambulantni način, ko zavarovana oseba dnevno prihaja v zdravilišče).

64

UPRAVIČENOST DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju je le tisto zdravljenje, ki se izvaja v naravnih zdraviliščih in predstavlja zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo, pri kateri so souporabljena naravna zdravilna sredstva. Zavarovane osebe so upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih, ki so opredeljena v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, če je z zdraviliškim zdravljenjem mogoče pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

V nadaljevanju so navedena zdravstvena stanja, ki so pogoj za odobritev zdravljenja v naravnem zdravilišču, seveda le v primeru, če se z zdraviliškim zdravljenjem pričakuje povrnitev funkcionalnih sposobnosti. Imenovani zdravniki ZZSZ dobivajo veliko predlogov, pri katerih potreba po zdraviliškem zdravljenju ni utemeljena ali pa je mogoče medicinsko rehabilitacijo opraviti brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev v zdravstvenem domu ali bolnišnici. Zato mora pristojni zdravnik pri izstavitvi predloga imenovanemu zdravniku ZZSZ za odobritev zdraviliškega zdravljenja upoštevati določila Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovano osebo seznantiti s pogoji napotitve na predlagano zdravljenje. Ob tem naj še poudarimo, da zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oziroma poškodbe ob njenem klinično pomemb-





nem poslabšanju, če sta od izdaje predhodne odločbe, s katero je že bilo odobreno zdraviliško zdravljenje, pretekli dve leti ali po preteku dveh let od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni oziroma pri otrocih eno leto.

Ne glede na navedeno, lahko zavarovana oseba zaradi iste bolezni ali poškodb uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če v skladu s predhodno izdano odločbo ZZS ni začela zdraviliškega zdravljenja zaradi zdravstvenega stanja ali razlogov na strani izvajalca oziroma zavoda.

POSTOPEK NAPOTITVE NA ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE

O utemeljenosti predlaganega zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik ZZS. Imenovani zdravnik odloči na osnovi medicinske in druge dokumentacije, ki jo ima na voljo, po potrebi pa lahko opravi tudi osebni pregled zavarovane osebe, če oceni, da je potreben ali če ga zahteva zavarovana oseba sama. V primeru, ko imenovani zdravnik ZZS ugotovi, da je predlagana napotitev na zdraviliško zdravljenje utemeljena, izda odločbo, s katero napoti zavarovano osebo v ustrezno zdravilišče. Če ni strokovnih utemeljitev za zdraviliško zdravljenje, imenovani zdravnik odloči, da zavarovana oseba ni upravičena do napotitve na zdraviliško zdravljenje. Zoper to odločbo se zavarovana oseba lahko pritoži. O pritožbi odloča zdravstvena komisija ZZS.

BOLEZENSKA STANJA, PRI KATERIH JE ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE UPRAVIČENO

1. Vnetne revmatične in sistemsko vezivno tkivne bolezni:

- revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- spondiloartritis z aksialno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) s slabšanjem gibljivosti, ki je dokumentirana z meritvami;
- spondiloartritis s periferno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- sistemske vezivno-tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;
- polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.

2. Degenerativni revmatizem:

- generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi,

ki jih operativni poseg ne bi odpravil oziroma je operativni poseg kontraindiciran;

- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofij ali kontraktur sklepov.

3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu:

- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- zlomi velikih kosti ali hrbtenice; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- osteotomija velikih kosti zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- endoproteza velikih sklepov, ki ni vstavljena zaradi zloma, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;
- rekonstrukcija križnih vezi kolena, operativna stabilizacija pogačice;
- stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;
- operativni poseg na hrbtenici, s težjo funkcionalno prizadetostjo.

4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni:

- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;
- okvare centralnega ali perifernega živčevja s popravljivo težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kadar kirurško zdravljenje ni možno;
- nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.

5. Bolezni srca in ožilja:

- akutni srčni infarkt z zgodnjimi akutnimi zapleti;
- operacije na srcu in ožilju z izvedeno torakotomijo, zajema tudi transplantacijo srca.

6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil:

- radikalni kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo;
- laparotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti;
- večji rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od naslednjih organskih sistemov: sečila, rodila, prebavila, s težjimi zapleti;
- rak dojke po radikalnem kirurškem posegu ali po končani radioterapiji ali kemoterapiji.

7. Kožne bolezni:

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili;
- sklerodemija s prizadetostjo kože na sklepih ali na prsnem košu, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;



- obsežne resekcije kože in podkožja zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo regionalnih bezgavk.

8. Bolezni prebavil:

- obsežni torakotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje epizode poslabšanja;
- akutni nekrozantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitis s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;
- operativni posegi na jetrih, stanje po transplataciji jeter.

9. Bolezni dihal:

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinu, z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %).

10. Onkološke bolezni:

- radikalne operacije malignomov pred ali po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji;
- obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.

Pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 18. leta starosti so razlogi za odobritev zdraviliškega zdravljenja tudi:

1. cistična fibroza pljuč ali druge kronične gnojne pljučne bolezni s potrebo po vsakodnevni respiratorni fizioterapiji in kronične pljučne bolezni, pri katerih je potrebna podpora ventilacije;
2. hujše dermatoze (psoriaza, ihtioza, epidermolysis bullosa, atopijski dermatitis – alergijski in nealergijski) z več kot 30 % prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu ob dokumentiranem zdravljenju;
3. astma in ponavljajoče piskanje pri zavarovani osebi do dopolnjenega 5. leta starosti z dvema ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila oziroma astma pri zavarovani osebi nad 5 let starosti z eno ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;

4. tuberkuloza po zdravljenju težkih oblik bolezni;
5. osteogenesis imperfecta, primarna osteoporoza in skeletne displazije z gibalno oviranostjo;
6. trdovratni alergijski rinitis, ki ga ni mogoče urediti z zdravljenjem s specifično imunoterapijo.

Na predlogu imenovanemu zdravniku ZZZS mora biti jasno opisano klinično stanje, funkcionalno stanje in psihofizične sposobnosti zavarovane osebe za zahtevnejšo rehabilitacijo.

KONTRAINDIKACIJE ZA ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE

Šteje se, da zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno in zato ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kadar je v času predvidenega zdraviliškega zdravljenja pri zavarovani osebi prisotna:

- huda duševna motnja ali motnja osebnosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna aktivno sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju;
- toksikomanija ali kronični etilizem;
- slabo urejena epilepsija;
- nalezljiva bolezen v kužnem stanju;
- kronična organska bolezen v fazi akutnega poslabšanja;
- pogoste in močnejše krvavitve;
- rakasta novotvorba, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti;
- nosečnost;
- težja oblika generalizirane ateroskleroze;
- nezaceljene rane;
- kajenje pri boleznih dihal.

PRAVICA DO ZDRAVIL NA RECEPT MED ZDRAVILIŠKIM ZDRAVLJENJEM

Zdravnik zdravilišča, v katerem zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način, lahko zavarovani osebi predpiše le zdravila, ki jih zavarovana oseba rabi za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni ali za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki bi lahko brez zdravila povzročila prekinitev zdraviliškega zdravljenja. Zavarovani osebi se lahko predpiše eno najmanjše pakiranje zdravila in ji je tako olajšan dostop do zdravil v času zdraviliškega zdravljenja.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- Pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in ZZZS.



14.
Seznam zdravilišč
v Sloveniji, ki zagotavljajo
zdraviliško zdravljenje
iz obveznega
zdravstvenega zavarovanja



14.

Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Tabela je povzeta po prilogi ZDRAV II/d-3 Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2014 in Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2014.

Zdravilišča naslov spletne strani	Standard zdraviliškega zdravljenja						
	Standardni tip 1	Standardni tip 2	Standardni tip 3	Standardni tip 4	Standardni tip 5	Standardni tip 6	Standardni tip 7
Terme Olimia http://www.terme-olimia.com	A	A	A				A
Terme Čatež http://www.terme-catez.si	A	A	A	A		B	
Mladinsko zdravilišče in letovišče RKS Debeli rtič http://www.zdravilisce-debelirtic.org			A				A
Terme Dobrna http://www.terme-dobrna.si	A	A	A	A		A	
THERMANA – Zdravilišče Laško http://www.thermana.si	A	A	A	A		B	A
Sava Turizem – Terme Lendava http://www.sava-hotels-resorts.com	B	B	B				B
Sava Turizem – Terme 3000 http://www.sava-hotels-resorts.com	B	B	B				B
Sava Turizem – Terme Ptuj http://www.sava-hotels-resorts.com		B	B				
Sava Turizem – Zdravilišče Radenci http://www.sava-hotels-resorts.com		A		A	A		
Istrabenz Turizem – Terme Portorož http://www.lifeclass.net	B	B	B		B		B
Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo http://www.rogaska-medical.com							
Terme Krka - Zdravilišče Dolenjske toplice http://www.terme-krka.si	A	A	A	A		B	
Terme Krka – Talaso Strunjan http://www.terme-krka.si		B	B				B
Terme Krka – Zdravilišče Šmarješke toplice http://www.terme-krka.si		A	A	A	A		
Terme Topolšica http://www.t-topolsica.si	A	A	A	A			
Terme resort http://www.rimske-terme.si	B	B	B	B	B	B	B
Unior d.d. – Terme Zreče http://www.terme-zrece.si	A	A	A			A	
MC Medicor http://www.mcmedicor.si					B		



Standardi zdraviliškega zdravljenja

Standard tip 1	Vnetne revmatske bolezni
Standard tip 2	Degenerativni izvensklepni revmatizem
Standard tip 3	Stanje po poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu s funkcijsko prizadetostjo
Standard tip 4	Nevrološke bolezni, poškodbe in bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema, vključno s cerebrovaskularnimi inzulzi ter živčno-mišičnimi boleznimi
Standard tip 5	Bolezni ter stanja po operacijah srca in ožilja
Standard tip 6	Ginekološke bolezni
Standard tip 7	Kožne bolezni
Standard tip 8	Gastroenterološke in endokrine bolezni, stanja po operacijah
Standard tip 9	Obolenja dihal

LEGENDA

A – pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotenih zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda – PRIMARNA DEJAVNOST ZDRAVILIŠČA.

B – pomeni, da zdravilišče ne zagotavlja namestitve zavarovanih oseb na negovalni oddelek, a je usposobljeno za rehabilitacijo zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda – SEKUNDARNA DEJAVNOST ZDRAVILIŠČA. Za standardni tip 6: zdravilišče je usposobljeno za rehabilitacijo vseh zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda razen za stanja po popolni odstranitvi maternice, jajcevodov in jajčnikov s komplikacijami ter pri endokrinoloških motnjah, pri katerih je zdraviliško zdravljenje uspešnejše od drugih metod zdravljenja.

Standardni tip 8	Standardni tip 9	Število postelj brez doplačil za višji standard	Objekti, kjer so na voljo postelje brez doplačil za višji standard (v sobi sta dve ali več oseb)	Doplačilo za višji standard na dan za 1 osebo (v evrih) / opombe /
		12	Hotel Breza	6 EUR
		20	Hotel Čatež	4,5 EUR – standardna soba, ostala doplačila po veljavnih hotelskih cenikih
	A	170		ni doplačila
		20	Hotel Park	od 4 EUR dalje
		28	Hotel Zdravilišče Laško	8,5–11,5 EUR
	B	20	Hotel Lipa	ni doplačila za enoposteljno sobo
		55	Hotel Termal	ni doplačila
		20	bungalov 1, 2, 3, 10	ni doplačila
		50	Hotel Izvir	ni doplačila za enoposteljno sobo
		10	Hotel Neptun	Hotel 4* – 6 EUR; Hotel 5* – 25 EUR 15–25 EUR enoposteljna soba, 20–38 EUR Grand hotel Portorož
A		6	Hotel Slatina	5 EUR – nadstandardna soba, 8 EUR – superior soba
		20	Hotel Vital	7 EUR
	A	17	Hotel Svoboda, Vila Park, Vile	7 EUR
		22	Hotel Šmarjeta, Hotel Toplice	7 EUR
		50	Hotel Vesna, Hotel Mladika	ni doplačil
	B	56	Hotel Zdraviliško dvor	ni doplačil
	A**	17	Hotel Klasik, Hotel Medico	** maj–oktober 6,5–15 EUR; 10–12 EUR – enoposteljna soba
		56	Hotel Neptun, Portorož	ni doplačil



IZBIRA ZDRAVILIŠČA

Imenovani zdravnik ZZZS v odločbi, s katero odloči o uveljaviteljski predlaganega zdravljenja, opredeli tudi vrsto, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča, spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo, in namestitev na negovalni oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje. Odobreno zdraviliško zdravljenje lahko zavarovane osebe uveljavljajo v zdravilišču, ki ima z ZZZS sklenjeno pogodbo. Pri tem lahko izbirajo med zdravilišči, ki so usposobljena za opravljanje rehabilitacijskih postopkov oziroma storitev zaradi katerih je zavarovana oseba napotena na zdraviliško zdravljenje. Da bi bila zavarovani osebi zagotovljena izbira zdravilišča, v katerem se želi zdraviti, mora biti seznanjena z možnostmi, ki jih ponujajo zdravilišča. Osebnim oziroma pooblaščenim zdravnikom bo v skladu z dogovorom z zavarovano osebo v listini "Predlog imenovanemu zdravniku" (glej sliko) nave-

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:
V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim področjem napoten v zdravilišče:

Kraj _____, dne _____ podpis zavarovane osebe

"Predlog imenovanemu zdravniku (obr. IZ)"

del zdravilišče, v katerem se želi zavarovana oseba zdraviti, če ji bo zdravljenje odobreno. Možne izbire so predstavljene v tabeli, kjer so naštet standardi, ki jih opravljajo

posamezna zdravilišča, in sicer »A« pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotnih zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda, »B« pomeni, da zdravilišče ne zagotavlja namestitve zavarovanih oseb na negovalni oddelek, a je usposobljeno za rehabilitacijo zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja v 110. členu določajo, da je standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju nastanitve v dvo- ali več posteljni sobi s prehrano v višini cene nemedicinskega oskrbnega dne, ki ga določi ZZZS. V primeru, da je zavarovani osebi z njenim pisnim soglasjem omogočen višji standard, mora doplačati razliko v ceni. Zdravilišča morajo zagotoviti standardno namestitev za najmanj 25 % zavarovanih oseb, ki jih sprejmejo na zdraviliško zdravljenje. Prednost pri namestitvi v te zmožljivosti imajo zavarovane osebe, ki so na zdraviliško zdravljenje premeščene iz bolnišnice in ostale osebe v skladu s čakalno knjigo. Osebnim in pooblaščenim zdravnikom prosimo, da zavarovane osebe pred vpisom izbranega zdravilišča seznani s temi informacijami (tabela) in jim tako omogočijo odločitev o izbiri zdravilišča. Obvezna oprema, ki jo mora imeti zavarovana oseba v zdravilišču s seboj: kopalke, kopalni plašč, trenerka, copati in druga osebna oprema, ki jo sicer potrebuje za bivanje v hotelu.

Zdravilišča po zaključku zdraviliškega zdravljenja, ambulantne fizioterapije in specialistično-ambulantnih storitev ali drugih storitev izstavijo zavarovani osebi specifikacijo opravljenih in ZZZS zaračunanih storitev, ki mora vsebovati minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datum, število točk oziroma dni in zaračunani znesek ZZZS.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPKE PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- Pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in ZZZS.



15. Zdravljenje v tujini



15.1. Zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v tujini

Zavarovane osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Republiki Sloveniji, imajo v času začasnega ali stalnega bivanja v tujini zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev. Obseg, način in postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je odvisen od tega, ali uveljavljate zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v tujini ali v času stalnega bivanja v tujini in v kateri državi potrebujete zdravstvene storitve glede na to, da ima Republika Slovenija z nekaterimi državami sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju oziroma da velja za uveljavljanje zdravstvenih storitev v državah članicah Evropske unije (v nadaljnjem besedilu: EU) in Evropskega gospodarskega prostora (v nadaljnjem besedilu: EGP) ter v Švici evropski pravni red. Pred odhodom v tujino je potrebno urediti tudi zdravstveno zavarovanje.

Države članice EU so:

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, Velika Britanija in Severna Irska (predpisi Evropske unije veljajo tudi za francoska ozemlja Guadeloupe, Martinique, Reunion, St. Pierre et Miquelon in Francosko Gvajano ter portugalski ozemlja Azori in Madeira; Danska – predpisi veljajo tudi za Grenlandijo; Velika Britanija – predpisi veljajo tudi za Gibraltar, izvezeti pa so Kanalski otoki (Jersey, Guernsey, Harms, Jetou, Shark in Man); Norveška – izvezeti so Spitzberski in Medvedji otoki; Španija – predpisi veljajo tudi za afriški mesti Ceuta in Mellila ter za Mallorco in Kanarske otoke).

Države EGP so:

Islandija, Liechtenstein, Norveška

Države, s katerimi ima Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju so:

Avstralija, Bosna in Hercegovina, Črna gora, Makedonija in Srbija

PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI LAHKO UVELJAVLJAJO ZAVAROVANE OSEBE

Med začasnim bivanjem v tujini

Zavarovane osebe (na zasebnem ali službenem potovanju, v času ko delajo v tujini, na strokovnem izpopolnjevanju ali študiju v tujini) imajo v skladu s pravnim redom Evropske unije ali meddržavnimi sporazumi o socialnem zavarovanju zagotovljene pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Pravice do zdravstvenih storitev v tujini lahko uveljavljajo z listino – evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja oziroma s konvencijskim potrdilom.

Napoteni na delo v tujino

Osebe, ki so v Republiki Sloveniji zavarovane iz naslova zaposlitve ali samozaposlitve, so lahko za določeno obdobje napotene na delo v druge države. Da se oseba obravnava kot napotena na delo morajo biti izpolnjeni določeni pogoji, ki pa se razlikujejo glede na to, ali je oseba zaposlena ali samozaposlena in ali je napotena na delo v države, za katere velja evropski pravni red, ali v države, s katerimi ima Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju.



Pri napotitvi na delo v države, za katere velja evropski pravni red (EU, EGP in Švica), morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- da trajanje napotitve ne presega 24 mesecev,
- da skupno trajanje vseh napotitev ne preseže 5 let (izjemni dogovor),
- da ne gre za zamenjavo druge že napotene osebe, ki ji je potekla napotitev.

Pri napotitvi na delo v države, za katere veljajo meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju (Bosna in Hercegovina, Črna gora, Makedonija, Srbija), morajo biti izpolnjeni naslednji pogoji:

- da trajanje napotitve ne presega 24 mesecev za zaposlene osebe in 12 mesecev za samozaposlene osebe,
- da se za trajanje napotitve nad 24 mesecev za zaposlene osebe oziroma 12. mesecev za samozaposlene osebe sklene izjemni dogovor.

Navodila za izvajanje napotitve na delo so objavljena na spletni strani ZZS (<http://www.zzs.si>, poglavje "Mednarodno zdravstveno zavarovanje in naročanje listin za tujino")

Med študijem v tujini

V drugi državi članici EU, EGP ter Švici, v Bosni in Hercegovini, Črni gori, Makedoniji in Srbiji imajo slovenske zavarovane osebe na podlagi potrdila o šolanju iz teh držav urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji. Na podlagi tega so upravičene do zdravstvenih storitev v teh državah v skladu z evropskim pravnim redom oziroma meddržavnim sporazumom o socialnem zavarovanju. Nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve v teh državah lahko uveljavljajo z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja oziroma certifikatom, ki nadomešča evropsko kartico, v Bosni in Hercegovini pa s konvencijskim potrdilom.

Na študiju v ostalih državah (ZDA, Turčija, Kanada...), pa je potrebno zdravstvene storitve plačati. Po povratku v domovino pa se lahko zaprosi za povračilo stroškov na pristojni območni enoti ali izpostavi ZZS.

Med stalnim bivanjem v tujini

Zavarovana oseba, ki se za stalno preseli v tujino ima pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pravnim redom EU ali meddržavnimi sporazumi o socialnem zavarovanju. To pomeni, da lahko v času stalnega bivanja v državah članicah EU in EGP ter Švici, v Bosni in Hercegovini, Črni gori, Makedoniji in Srbiji uveljavlja zdravstvene storitve po pravnih predpisih teh držav, in sicer v obsegu, ki ga te države zagotavljajo svojim zavarovanim osebam. To pravico lahko uveljavljajo na podlagi potrdila, ki ga izda pristojna območna enota ali izpostava ZZS na pobudo zavarovane osebe same ali pa tuje zavarovalne organizacije v kraju stalnega bivanja. To potrdilo pošlje v potrditev pristojnemu nosilcu v državo stalnega bivanja.

Pristojna območna enota ZZS izda:

- E 121 SI – Potrdilo o prijavi upokojujencev ali njihovih družinskih članov in posodobitev seznamov,
- E 109 SI – Potrdilo o prijavi družinskih članov zaposlene ali samozaposlene osebe in posodobitev seznamov,

- SI/BIH 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med stalnim bivanjem osebe v Bosni in Hercegovini,
- SI/MNE 07 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za osebe, ki imajo stalno prebivališče v Črni gori.
- SI/RM 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med stalnim bivanjem osebe v Republiki Makedoniji,
- SI/SRB 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za osebe, ki imajo stalno prebivališče v Srbiji.

Za Avstralijo ZZS ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne ureja stalnega bivanja v Avstraliji.

Obmejni delavci

Obmejni delavec oziroma delovni migrant je delavec s stalnim prebivališčem v eni državi in je zaposlen ali pa opravlja delo v drugi državi, ter se vsak dan oziroma najmanj enkrat tedensko vrača v državo stalnega prebivališča. Zavarovana oseba, ki ima status obmejnega delavca, uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev tako v državi stalnega bivanja kot v državi zaposlitve, in sicer na način in v obsegu, kot to določa zakonodaja obeh držav. Zavarovani osebi status obmejnega delavca določi pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja v državi zaposlitve, ki za obmejnega delavca izda ustrezno potrdilo in pošlje v potrditev pristojnemu nosilcu v državo stalnega bivanja. To pomeni, da delavcu, ki je zaposlen v Republiki Sloveniji in ima stalno prebivališče v državi članici EU, EGP ter Švici, v Bosni in Hercegovini ter Makedoniji status obmejnega delavca določi pristojna območna enota ZZS, ki v primeru upravičenosti izda določeno potrdilo:

- za **države članice EU in EGP ter Švico izda**: E 106 SI – Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za primer bolezni in materinstva za osebe, ki prebivajo v državi, ki ni pristojna,
- za **Avstralijo** ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne opredeljuje obmejnih delavcev,
- za **Bosno in Hercegovino** izda: SI/BIH 7a – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za zavarovanca, ki ima stalno prebivališče v Bosni in Hercegovini in dela v Republiki Sloveniji,
- za **Črno goro** ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne opredeljuje obmejnih delavcev,
- za **Makedonijo** izda SI/RM 7a – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za zavarovanca, ki ima stalno prebivališče v Republiki Makedoniji in dela v Republiki Sloveniji,
- za **Srbijo** ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne opredeljuje obmejnih delavcev.

KAJ JE POTREBNO UREDITI PRED ODHODOM NA ZAČASNO BIVANJE V TUJINO

V državah, za katere velja evropski pravni red ali meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, lahko zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev (razen pri stalnem bivanju in obmejnih delavcih) z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: evropska kartica) oziroma konvencijskim potrdilom. Pred odhodom v tujino si jih lahko na podlagi urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji naroči-



te na spletni strani ZZZS, s pomočjo mobilnega telefona ali se zglasite na območnih enotah in izpostavah ZZZS:

- EVROPSKA KARTICA velja za vse države članice EU, EGP in Švico, ter za Avstralijo, Črno Goro, Makedonijo in Srbijo.
- KONVENCIJSKO POTRDILO pa velja le v Bosni in Hercegovini.

VELJAVNOST LISTIN

Listine za tujino se praviloma izdajo za obdobje enega leta. Upokojencem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci, se izda listino z veljavnostjo 5 let, oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti. Za začetek veljavnosti listine se šteje datum naročila + 1 dan. Po preteku veljavnosti listine je potrebno naročiti novo listino. **Evropsko kartico lahko naročite največ 30 dni pred iztekom veljavnosti kartice, medtem ko lahko konvencijsko potrdilo naročite kadarkoli pred iztekom potrdila.**

V primeru, da morate nujno odpotovati in zato nemudoma potrebujete listino, lahko na območni enoti ali izpostavi zaprosite za certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico

Za vse ostale države sveta velja, da mora zavarovana oseba sama poravnati stroške za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, nato pa ji ob vrnitvi domov, na osnovi predložene dokumentacije ZZZS v upravičenih primerih te stroške povrne, in sicer v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji.

Neprijetnostim v zvezi z neposrednimi plačili se lahko izognete s sklenitvijo komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.

OBSEG IN NAČIN UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI

V državah EU, EGP ter Švici lahko z evropsko kartico oziroma certifikatom uveljavljate nujne oz potrebne zdravstvene storitve, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Gre za 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 uveljavljate v skladu s predpisi države, v kateri ste poiskali zdravniško pomoč, kar pomeni, da je potrebno v

NAVODILO ZA NAROČANJE LISTIN Z MOBILNIM TELEFONOM

1. Uporabnik pošlje SMS sporočilo na telefonsko številko **031 771 009**.
Z enim SMS sporočilom se lahko naroči le eno listino.
2. Vpišite vsebino sporočila:
EUKZZ ter ZZZS številka
(npr. SMS za osebo z ZZZS številko 032822733 je torej: EUKZZ032822733)
SMS s takšno vsebino pošljete v primeru, ko naročate evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja, ki velja v državah EU, Evropskega gospodarskega prostora, v Švici, v Makedoniji, Srbiji, Črni gori in Avstraliji.
BIH ter ZZZS številka
(npr. SMS za osebo z ZZZS številko 032822733 je torej: BIH032822733)
SMS s takšno vsebino pošljete v primeru, ko naročate konvencijsko potrdilo za Bosno in Hercegovino.
3. Uporabnik takoj (odvisno od mobilnega operaterja) prejme obvestilo o morebitnih napakah ali o uspešnosti naročila.
4. Naročanje listin za tujino preko mobilnih telefonov je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij. Naročilo listine ni mogoče, ko uporabnik gostuje v tujih omrežjih.
5. Vsako poslano SMS sporočilo plača uporabnik po veljavnem ceniku svojega mobilnega operaterja. Vrnjena SMS sporočila so za uporabnika brezplačna.
6. ZZZS izdela listino in jo pošlje zavarovani osebi po pošti na stalni oziroma začasni naslov v Sloveniji, če ga ima prijavljenega. Oseba prejme listino v 4 delovnih dneh po naročilu.

nekaterih državah določene storitve tudi doplačati, enako kot to velja tudi za zavarovane osebe teh držav.

OPOZORILO: Evropska kartica ne pokriva stroškov zdravljenja oziroma poroda v državah članicah EU, EGP ter Švici, če je bil namen bivanja zavarovane osebe v teh državah zdravljenje oziroma porod.

V Avstraliji lahko uveljavljate pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči* neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže, pri čemer morate poleg evropske kartice oziroma certifikata obvezno predložiti tudi potni list. Če boste morali v Avstraliji stroške za zdravstvene storitve poravnati sami, morate zahtevek za povračilo stroškov vložiti neposredno pri avstralskemu pristojne-



mu nosilcu (Medicare poslovalnicah) v kraju vašega začasnega bivanja. V skladu z meddržavnim sporazumom o zagotavljanju zdravstvenega varstva vam namreč ZZZS stroškov ne more povrniti.

V Bosni in Hercegovini lahko s konvencijskim potrdilom (SI/BIH 3 "Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Bosni in Hercegovini") uveljavljate pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči*, in sicer se je potrebno zgledati na uradu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja v tujini, v nujnih primerih pa se lahko zgledate neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.

V Makedoniji lahko z evropsko kartico oziroma certifikatom uveljavljate pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči*, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže, pri čemer morate poleg evropske kartice obvezno priložiti tudi spremni dopis z izpisom osebnih podatkov.

V Srbiji in Črni Gori lahko uveljavljate pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči* z evropsko kartico oziroma certifikatom ter pripadajočim spremnim dopisom z izpisom osebnih podatkov. Potrebno se je zgledati na uradu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja v tujini, v nujnih primerih pa se lahko zgledate neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.

* 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.

DOPLAČILO K CENI ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI

Zavarovane osebe v državah, za katere velja evropski pravni red oziroma meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja oziroma certifikatom ali pa s konvencijskim potrdilom uveljavljajo nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve v skladu s predpisi države, v kateri so poiskali zdravniško pomoč. To pomeni, da je potrebno v nekaterih državah določene storitve tudi doplačati, enako kot to velja tudi za zavarovane osebe teh držav.

Izvajalci v posamezni državi upravičeno zaračunajo osebi participacijo oziroma doplačilo k storitvi v višini, kot je določena z njihovo zakonodajo. Doplačilo oziroma participacijo mora oseba plačati sama. To pomeni, da za znesek doplačila oziroma participacije k storitvi ni upravičena do povračila stroškov. Na spletni strani ZZZS (<http://www.zzs.si>) si lahko preberete, koliko znaša višina doplačila po posameznih državah.

POVRAČILO STROŠKOV V PRIMERU, DA SAMI PLAČATE STORITEV V TUJINI

Če boste zdravstvene storitve uveljavljali pri zasebnih zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki nimajo pogodbe s tujim nosilcem zavarovanja, ali v državah, za katere ne velja evropski pravni red oziroma meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, boste morali stroške poravnati sami. Na ZZZS lahko predložite vlogo za povračilo stroškov, kateri morate predložiti originalne račune (priložena mora biti tudi medicinska dokumentacija, recepti za zdravila...). Na podlagi tega ZZZS ugotavlja upravičenost do povračila stroškov ter na tej osnovi poravnane stroške v celoti, delno ali v višini poprečne cene teh storitev v Sloveniji.

OPOZORILO ZA AVSTRALIJO

V Avstraliji bo praviloma pri izvajalcih zdravstvenih storitev kljub predložitvi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja in potnega lista potrebno storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči plačati. V takem primeru morate pred povratkom v domovino zahtevati povračilo stroškov v Avstraliji pri najbližji poslovalnici MEDICARE, kjer predložite evropsko kartico, potni list in originalni račun. Medicare poslovalnice se nahajajo v vseh večjih mestih in nakupovalnih središčih.

Seznam poslovalnic je na voljo na spletni strani: <http://www.medicareaustralia.gov.au/public/claims/offices.jsp#N10077>

Opozarjamo, da povračila stroškov za zdravstvene storitve, plačane v Avstraliji, ni mogoče uveljavljati v Sloveniji.

ZAVAROVANJE Z MEDICINSKO ASISTENCO V TUJINI

Nepotrebni strošek se je mogoče zlasti v državah, v katerih ne velja evropski pravni red in s katerimi niso sklenjeni meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, izogniti tudi s sklenitvijo komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini, in sicer pri zavarovalnicah, ki ponujajo taka zavarovanja. Tovrstna zavarovanja namreč krijejo stroške nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči v tujini brez neposrednega plačevanja storitev tako v zasebnih kot tudi v javnih, državnih zdravstvenih ustanovah in nudijo vrsto drugih praktičnih storitev (npr. prevoz zavarovane osebe do zdravstvene ustanove v tujini ali po potrebi v domovino, pravno pomoč, premagovanje jezikovnih preprek, pomoč svojcem...). **To zavarovanje priporočamo tudi vsem – ne glede na državo začasnega bivanja, ki se nameravajo v tujini ukvarjati z dejavnostmi, ki predstavljajo večje tveganje za nastanek poškodb (npr. smučanje, pohodništvo, potapljanje, kolesarstvo) ali se podajajo na tvegana območja.**



PRED ODHODOM V TUJINO POMISLITE TUDI NA SVOJE ZDRAVJE!

Na turističnem potovanju v tujino lahko vsakega doleti smola, da zboli ali se poškoduje. Zato je dobro, da se pravočasno poučite in uredite vse potrebno, da v takih primerih ne boste soočeni z dodatnimi težavami. Na preglednici je opisano, kaj morate pred odhodom v posamezne države storiti in kako boste uveljavili svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Države, v katere ste namenjeni	Osnova za zdravstveno zavarovanje	Kaj je treba urediti pred odhodom v tujino
Države Evropske unije: Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Velika Britanija in Severna Irska Države Evropskega gospodarskega prostora: Islandija, Liechtenstein, Norveška Švica	Evropski pravni red; Uredba (ES) št. 883/04 in Uredba (ES) št. 987/09	Pred odhodom si priskrbite EVROPSKO KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA. Evropsko kartico lahko naročite preko spletnih strani ZZZS ali mobilnega telefona oziroma pri območnih enotah in izpostavah ZZZS.
Črna gora, Makedonija, Srbija,	Meddržavni sporazum o socialnem zavarovanju	Pred odhodom si priskrbite EVROPSKO KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA in SPREMNI DOPIS k evropski kartici, ki ju lahko naročite preko spletnih strani ZZZS ali mobilnega telefona oziroma pri območnih enotah in izpostavah ZZZS.
Avstralija	Meddržavni sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva	Pred odhodom si priskrbite evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja. Evropsko kartico lahko naročite preko spletnih strani ZZZS ali mobilnega telefona oziroma pri območnih enotah in izpostavah ZZZS.
Bosna in Hercegovina	Meddržavni sporazum o socialnem zavarovanju	Pred odhodom si priskrbite konvencijsko potrdilo. Potrdilo lahko naročite prek spletnih strani ZZZS ali mobilnega telefona oziroma pri območnih enotah in izpostavah ZZZS.
Ostale države (Egipt, Turčija, ZDA, Kanada...	Za vse ostale države sveta velja, da morate sami poravnati stroške za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. ZZZS v upravičenih primerih te stroške povrne, in sicer v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji. Komerčialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini, in sicer pri zavarovalnicah, ki ponujajo taka zavarovanja, ni.	

* OPOMBA 1: Gre za zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici EU, EGP oziroma Švici.

** OPOMBA 2: 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.



Uresničevanje zdravstvenega zavarovanja v tujini

Z evropsko kartico boste uveljavili nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve*, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.

V **Makedoniji** boste z evropsko kartico in spremnim dopisom k evropski kartici uveljavljali pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**, neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže. V **Srbiji** in **Črni gori** pa v primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev, predložite evropsko kartico s spremnim dopisom pristojni zdravstveni zavarovalnici v kraju začasnega bivanja, kjer vam bodo izdali obrazec za uveljavljanje zdravstvenih storitev v Srbiji, v primeru nujnosti pa se lahko zglasite neposredno pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.

Z evropsko kartico in potnim listom boste uveljavljali pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**, in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne (državne) zdravstvene mreže.

»Potrdilo« je v primeru uveljavljanja pravice do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**, praviloma potrebno predložiti pristojni zdravstveni zavarovalnici v kraju začasnega bivanja, v primeru nujnosti pa se lahko zglasite neposredno pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.

pomoč, nato pa vam bo ob vrnitvi domov na podlagi predložene dokumentacije. Neprijetnostim v zvezi z neposrednimi plačili se lahko izognete s sklenitvijo zavarovanja.

OPOZORILO 1: Če boste morali v državah članicah EU in EGP ter v Švici, v Bosni in Hercegovini, Črni gori, v Makedoniji ali Srbiji stroške za zdravstvene storitve poravnati sami, vam bo ZZSZ ob vrnitvi domov na podlagi predložene medicinske dokumentacije in originalnih računov povrniti stroške v višini, kot bi jih priznala tuja zdravstvena zavarovalnica. Stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki jih boste plačali v državah, s katerimi Slovenija nima sklenjenih meddržavnih sporazumov, pa vam bo ZZSZ v upravičenih primerih povrniti v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji. V primerih zahtevkov zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravstvenih storitev v tujini ZZSZ upošteva le originalne račune (priložena mora biti tudi medicinska dokumentacija, recepti za zdravila,...).

OPOZORILO 2: Če boste morali v Avstraliji stroške za zdravstvene storitve poravnati sami, morate zahtevek za povračilo stroškov vložiti neposredno pri avstralskemu pristojnemu nosilcu (Medicare poslovalnicah) v kraju vašega začasnega bivanja. V skladu z meddržavnim sporazumom o zagotavljanju zdravstvenega varstva vam namreč ZZSZ teh stroškov ne more povrniti.

OPOZORILO 3: Predpisi Evropske unije veljajo tudi za francoska ozemlja Guadeloupe, Martinique, Reunion, St. Pierre et Miquelon in Francosko Gvajano ter portugalski ozemlji Azori in Madeira; Danska – predpisi veljajo tudi za Grenlandijo; Velika Britanija – predpisi veljajo tudi za Gibraltar, izvzeti pa so Kanalski otoki (Jersey, Guernsey, Harms, Jetou, Shark in Man); Norveška – izvzeti so Spitzberski in Medvedji otoki; Španija – predpisi veljajo tudi za afriški mesti Ceuta in Mellila ter za Mallorco in Kanarske otoke.

Prevoz zavarovane osebe iz tujine v domovino ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja!

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO PRAVICE IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V TUJINI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- pravni red Evropske unije,
- meddržavni sporazumi.



15.2. Pravica do načrtovanjega zdravljenja v tujini

Slovenske zavarovane osebe lahko v drugih državah uveljavljajo načrtovano zdravljenje:

1. če so izčrpane možnosti zdravljenja v Sloveniji (44.a člen ZZVZZ – slovenska zakonodaja), ali
2. če so v Sloveniji presežene najdaljše dopustne čakalne dobe ali razumen čas (44.b člen ZZVZZ in Uredba (ES) 883/2004) ali
3. če se odločijo za zdravljenje v drugi državi članici Evropske unije (44.c člen ZZVZZ – Direktiva 2011/24/EU).

PRAVICA DO NAČRTOVANEGA ZDRAVLJENJA V TUJINI V SKLADU S 44.A ČLENOM ZZVZZ

V skladu s 44.a členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ) 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, njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec odda na katerikoli območni enoti oziroma izpostavi ZZS ali pa pošlje po pošti na naslov: ZZS, OE Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana.

Uradna oseba ZZS odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja v tujini na osnovi predložene dokumentacije, mnenja klinike oziroma inštituta ter morebitnega mnenja imenovanega zdravnika, člana zdravstvene komisije ali drugega zdravnika ZZS. Pristojna območna enota ZZS izda ustrezno listino, s katero zavarovana oseba uveljavlja odobrene storitve v tujini, katerih stroške prevzame ZZS.





ZZZS 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 je zavarovana oseba zdravljenje v tujini že opravila in nato uveljavlja povračilo stroškov zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, je postopek enak.

PRAVICA DO NAČRTOVANEGA ZDRAVLJENJA V DRŽAVAH, V KATERIH VELJA EVROPSKI PRAVNI RED, V SKLADU S 44.B ČLENOM ZZVZZ

V skladu s 44.b členom ZZVZZ 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 najdaljšo 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 ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana, vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predlogih čakalnih dob v skladu s 44.b členom ZZVZZ. 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 ZZZS drugo dokumentacijo, ki jo ZZZS 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 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 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 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 osnovi 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 tudi mnenje 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 ZZSZ, 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. ZZSZ 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.

PRAVICA DO NAČRTOVANEGA ZDRAVLJENJA V DRUGI DRŽAVI ČLANICI EVROPSKE UNIJE V SKLADU S 44.C ČLENOM ZZVZZ

V skladu s 44.c členom ZZVZZ 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 z napotnico ali receptom, izdanim 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 ZZSZ.

Zavarovana oseba plača sama stroške čezmejnega zdravljenja 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 uveljavile zdravstvene storitve v drugi državi članici v skladu s 44.c členom ZZVZZ, potni stroški in stroški nastanitve ne bodo povrnjeni.

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 izbranega osebnega zdravnika, izbranega osebnega zobozdravnika, izbranega osebnega ginekologa...),
- zdravstvene storitve na področju dolgotrajne oskrbe, vključno z neakutno bolnišnično obravnavo ter zdravljenjem in nego v socialnovarstvenih 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 ZZSZ?

Predhodna odobritev ZZSZ 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,
 - 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 za-



gotovil 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, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana vlogo za odobritev zdravljenja v skladu s 44.c členom ZZVZZ. 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.

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.

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 ZZS. 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. ZZS povrne te stroške v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu iz prvega odstavka 23. člena ZZVZZ, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, pri kateri 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 uveljavi 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 ZZS.

Povračilo stroškov se opravi za zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji in ki jih oseba uveljavi 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 ZZS. 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.

ZZS 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. ZZS povrne te stroške v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu iz prvega odstavka 23. člena ZZVZZ, 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.



INFORMACIJE O RAZLIKAH MED POSTOPKI 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 uveljavijo 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 sta-

la 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 Republiki Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

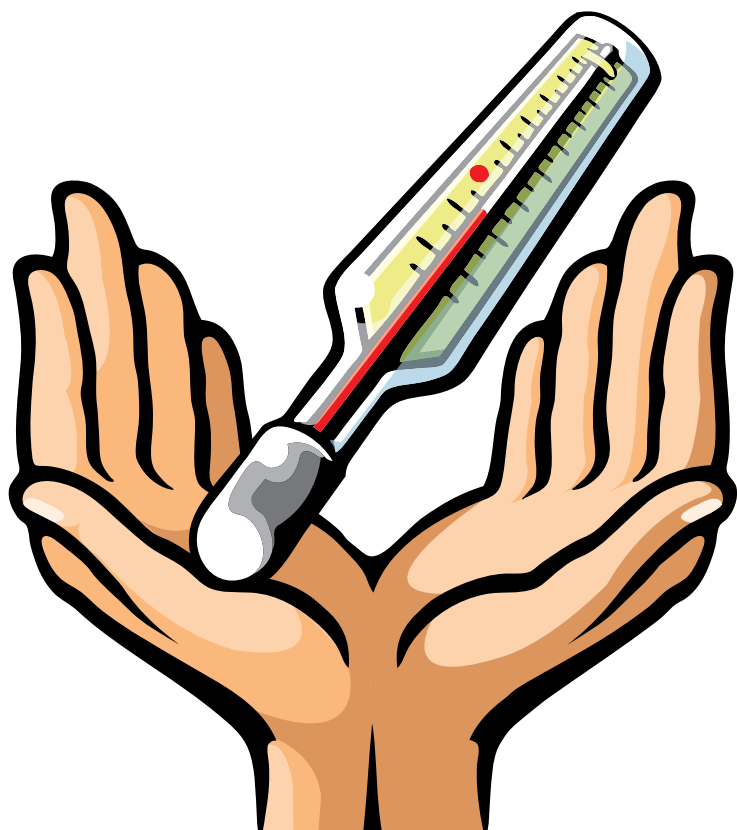
NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA

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 ZZKS. 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.

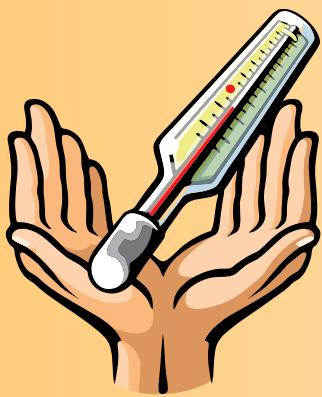
Nacionalna kontaktna točka zagotavlja informacije na svoji spletni strani www.nkt-z.si, po elektronski pošti kontakt@nkt-z.si in s klicnim centrom (tel. št. 01/30-77-222) v času uradnih ur.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V TUJINI, SO:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- pravni red Evropske unije,
- meddržavni sporazumi,
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o vodenju čakalnih seznamov,
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev,
- Sklep o določitvi odstotkov vrednosti storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju.



16.
Pravica do nadomestila
plače med začasno
zadržanostjo od dela



16. Pravica do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela

Pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo zavarovanci, ki so v delovnem razmerju, osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost, lastniki zasebnih podjetij, kmetje, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovani, in kmetje, ki so prostovoljno vključeni v obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovanje, če so zavarovani za to pravico, ter vrhunski športniki in vrhunski šahisti.

84

POGOJI, KI JIH JE POTREBNO IZPOLNJEVATI ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE

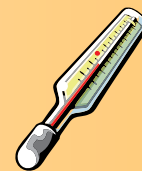
Na podlagi ugotovitve osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ZZS ali zdravstvene komisije ZZS imajo zavarovanci pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela. Nadomestilo plače pripada zavarovancem v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja **od 1. delovnega dne** zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, posledic dajanja krvi, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremstva, ki ju odredi osebni zdravnik, zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena ZZVZZ. V vseh drugih primerih začasne nezmožnosti za delo se nadomestilo plače izplača v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja **od 31. delovnega dne** zadržanosti od dela dalje.

Izjeme od tega pravila so določene v Zakonu o delovnih razmerjih (ZDR), in sicer:

- delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih začasne nezmožnosti delavca za zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, in sicer do 30 delovnih dni posamezne odsotnosti z dela, vendar največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu. V času daljše odsotnosti od dela izplača delodajalec nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja;

- v primeru tako imenovanega recidiva, to je v primeru, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni, gre nadaljnje nadomestilo plače od prekinitve dalje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- v primeru darovanja krvi na dan, ko prostovoljno daruje kri, pripada nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja samo zavarovancem, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi.

Zavarovancu, ki mu je med trajanjem zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, pripada nadomestilo plače še za največ 30 dni začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja. Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, pripada zavarovancu nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler ni spet zmožen za delo.



Pravica do nadomestila zaradi nege otroka ali drugega ožjega družinskega člana pripada enemu od staršev oziroma rejniku in skrbniku, kadar otroka dejansko neguje in varuje, ter zakoncu ali zunajzakonskemu partnerju, kadar dejansko neguje in varuje otroka, svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja. To pravico lahko upravičenec uveljavlja do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica. Pravica do nadomestila zaradi nege ožjega družinskega člana traja v posameznem primeru največ do sedem delovnih dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 15 delovnih dni. Kadar to terjaa zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik ZZS izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila vendar največ do 30 delovnih dni za nego otrok do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 14 delovnih dni za nego drugih ožjih družinskih članov. Imenovani zdravnik ZZS lahko izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila osebnega dohodka za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Taka odsotnost ne more biti daljša od 6 mesecev.

Ne glede na prejšnji odstavek lahko na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra imenovani zdravnik ZZS podaljša trajanje pravice do nadomestila plače za nego otroka, in sicer v primerih, ko je to potrebno zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja. Na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra lahko imenovani zdravnik ZZS odobri tudi pravico do nadomestila plače enemu od staršev, ko je tak otrok v bolnišnici.

V primeru zdravljenja otroka v bolnišnici ima eden od staršev tudi pravico do sobivanja v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do dopolnjenega 5. leta starosti, kar pomeni, da ZZS staršu krije stroške nastanitve in prehrane v bolnišnici. Pomembno pa je vedeti, da v času

takšnega bivanja starš za čas bivanja ne more uveljavljati pravice do nege otroka razen v izjemnih primerih iz predhodnega odstavka, zato ima možnost, da za ta čas koristi odsotnost z dela v okviru delovno pravne zakonodaje (na primer dopust).

VIŠINA NADOMESTILA PLAČE

Višina nadomestila plače je odvisna od osnove za nadomestilo, razloga in trajanja začasne zadržanosti od dela ter načina valorizacije.

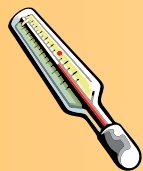
Osnova za nadomestilo je povprečna mesečna plača in nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela. V osnovo za nadomestilo se štejejo vsi dodatki, ki so sestavni del plače in od katerih je plačan prispevek za zdravstveno zavarovanje.

Pri osnovi se upoštevajo vsa druga nadomestila, ki jih je v letu, za katero se ugotavlja osnova, prejemal zavarovanec iz naslova delovnega razmerja, torej tudi nadomestila za brezposelnost, starševska nadomestila in nadomestila, izplačana v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, razen nadomestil, ki gredo v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja. V osnovo za izračun nadomestila se ne štejejo honorarji in nagrade za pogodbeno delo ter nagrade za dolgoletno delo, prejemki, ki pomenijo povračila stroškov, kot so dnevnice, potni stroški, terenski dodatek, dodatek za ločeno življenje, regres za letni dopust, prejemki v naravi, ki niso sestavni del plače in od njih niso bili plačani prispevki, poračuni plač v tekočem letu za obdobje, iz katerega je osnova.

Osnova za nadomestilo se valorizira v skladu z Zakonom o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Ur. l. RS, št. 114/2006, 71/2008, ZUTPG), ki je pričel veljati 1. 1. 2007 in je razveljavil zadnji stavek prvega odstavka 31. člena ter peti in šesti odstavek 31. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo) ter na novo določil način usklajevanja osnove za nadomestilo plače.

ODMERNI ODSOTKEK GLEDE NA ČAS ZADRŽANOSTI OD DELA

Naziv razloga zadržanosti	za vojaške invalide in civilne invalide vojne	
	do 90 koledarskih dni	nad 90 koledarskih dni
– presaditev živega tkiva in organov v korist druge osebe,	90	100
– posledic dajanja krvi ter		
– izolacije, ki jo odredi zdravnik		
– poklicna bolezen	100	100
– poškodba pri delu		
– bolezen	80	90
– poškodba izven dela	70	80
– spremstvo, ki ga odredi zdravnik		
– nega družinskega člana	80	80
– darovanje krvi	100	–
	100	–



Na podlagi Zakona o spremembi Zakona o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Ur. l. RS št. 71/2008) se od julija 2008 nadomestila plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja usklajujejo dvakrat letno, in sicer:

- prvič v mesecu juliju z rastjo cen življenjskih potrebščin v obdobju januar–junij tekočega leta in
- drugič v mesecu januarju z rastjo cen življenjskih potrebščin v obdobju julij–december preteklega leta.

Osnova za nadomestilo plače se usklajuje na tak način le v primeru, da ima zavarovanec osnovo za nadomestilo plače najmanj iz predpreteklega koledarskega leta glede na obdobje zadržanosti.

Količniki valorizacije osnove za nadomestilo plače med bolniškim staležem so dostopni na spletni povezavi (www.zzzs.si/zzzs/info/index.nsf/kolicnik2014).

Nadomestilo ne more biti manjše od zajamčene plače in ne višje od plače, ki bi jo zavarovanec dobil, če bi delal oziroma od osnove, po kateri je v času zadržanosti od dela zavarovan.

POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO NADOMESTILA PLAČE MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA

1) Uveljavljanje refundacije nadomestila s strani delodajalcev

Nadomestila plač izplačujejo zavarovancem v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja njihovi delodajalci. ZZZS povrne delodajalcem izplačana nadomestila po predložitvi zahtevka, kateremu morajo priložiti pravilno in popolno izpolnjeno Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela in druge obračunske dokumente. Hrbtno stran potrdila pa lahko nadomesti računalniško izpisana specifikacija zahtevka, ki vključuje vse podatke, zahtevane na hrbtni strani potrdila, in je potrjena z žigom in podpisom odgovorne osebe pri delodajalcu.

V primeru, ko delodajalec zahteva refundacijo nadomestila za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, je delodajalec zahtevi za refundacijo dolžan priložiti potrdilo na posebnem obrazcu, ki ga predpiše ZZZS, o tem, da je delavec daroval kri.

Natančna navodila za pripravo obračunov nadomestil plač se nahajajo v Prilniku o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil. Prilnik vsebuje poleg povzetka zakonskih in podzakonskih določb tudi vse formule za izračun, v prilogi pa preglednico po razlogih zadržanosti, vzorec potrdila delodajalca za primer prostovoljnega darovanja krvi in vzorec zahtevka za refundacijo bruto nadomestil plače in morebitnih prispevkov od razlike do minimalne plače.

2) Neposredno izplačilo nadomestila plače delavcu

Če delodajalec delavcem ne izplača plač in nadomestil plač v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku, ZZZS izplača neposredno delavcu zapadlo neizplačano nadomestilo plače, ki se izplača v breme zdravstvenega zavarovanja. Navedeno velja **za čas odsotnosti z dela s pravico do nadomestila plače v breme zdravstvenega zavarovanja po 12. 7. 2013.**

Vlagatelj zahteve

Zahtevo za neposredno izplačilo nadomestila plače delavcu (v nadaljnjem besedilu: zahteva) primarno vloži delodajalec, če tega ne stori, pa lahko zahtevo vloži tudi delavec. Zahtevo je potrebno vložiti za vsak mesec posebej.

Delodajalec lahko vloži zahtevo le v primeru, če za mesec, na katerega se nanaša zahteva, vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil plač, in če tudi delavcu ni izplačal nadomestila, ki je predmet zahteve.

Delodajalec lahko z eno zahtevo zahteva neposredno izplačilo nadomestila za več pri njem zaposlenih delavcev, in sicer za vsak koledarski mesec zadržanosti od dela posebej.

Če je zavarovanec zaposlen pri več delodajalcih, mora vsak delodajalec sam zahtevati neposredno izplačilo.

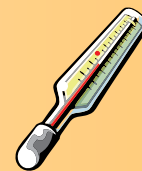
Rok za vložitev zahteve

Delodajalec mora vložiti zahtevo v osmih dneh po preteku meseca, v katerem je nadomestilo plače zapadlo v plačilo.

Delavec lahko vloži zahtevo, če ga delodajalec do 8. v mesecu po preteku meseca, v katerem je nadomestilo zapadlo v plačilo, ni obvestil, da je sam vložil zahtevo na ZZZS.

Zahtevi je potrebno priložiti:

- izjavo delodajalca, da vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil plač v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku in da tudi delavcu ni izplačal nadomestila, ki je predmet zahteve. Skrajni rok za izplačilo plač in nadomestil plač, torej datum zapadlosti, je najkasneje do 18. v mesecu za pretekli mesec. Izjava mora biti datirana po tem datumu in je lahko skupna za vse delavce;
- pravilno in popolno izpolnjeno Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (obrazec BOL, v nadaljnjem besedilu: Potrdilo) – original. Podatke s hrbtne strani Potrdila lahko nadomesti računalniška specifikacija. Iz obeh dokumentov morajo biti razvidni podatki za izračun osnove in posledično za obračun nadomestila in morajo biti priloženi za vsakega delavca in za vsak koledarski mesec njegove začasne zadržanosti od dela posebej;
- podatke o transakcijskem računu delavca;
- morebitno drugo dokumentacijo (npr. podatki iz informativnega izračuna dohodnine oziroma odločba o odmeri dohodnine, plačilna lista, izjavo o uveljavljanju



olajšav pri izračunu dohodnine za vzdrževane družinske člane...).

Če zahtevo vloži delavec, izjava delodajalca ni obvezna priloga njegove zahteve. Če delavec ne predloži izjave, ZZS pozove delodajalca za njeno predložitev. Če tudi delodajalec ne predloži izjave, ZZS preverja podatke o neizplačilu plač in nadomestil plač s katerimi koli dokazili, ki bi to dejstvo dokazovala (npr.: iz podatkov DURS, izjav zaposlenih delavcev, sredstev javnega obveščanja, itd.).

ZZS izplača nadomestila plače delavcu:

- če je izkazano, da delodajalec vsem pri njem zaposlenim delavcem ni izplačal plač in nadomestil plače;
- če nadomestilo delavcu ni bilo izplačano ali mu ni bilo izplačano v celoti. V primeru delnega izplačila nadomestila je delavec upravičen do izplačila razlike med nadomestilom, do katerega bi bil upravičen, in nadomestilom, ki mu je že bilo izplačano.

Če delodajalec ne predloži obračuna nadomestila in ni mogoče pridobiti podatkov, potrebnih za obračun nadomestila, ZZS izplača nadomestilo v znesku najnižjega nadomestila po šestem odstavku 31. člena zakona o delovnih razmerjih, torej v znesku zjamčene plače. Če pa se kasneje izve za nova dejstva, ki vplivajo na spremembo višine obračunanega in priznanega nadomestila plače, se delavcu izplača razlika med prvotno priznanim in novo izračunanim nadomestilom plače.

Na podlagi vseh listin in drugih potrebnih podatkov, na podlagi katerih je mogoče obračunati nadomestilo plače, ZZS opravi obračun nadomestila, ki ga izplača v roku 15 dni od prejema popolne dokumentacije, o čemer obvesti delodajalca in delavca. ZZS delavcu izplača nadomestilo plače, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih ZZS plača ob njihovem izplačilu na ustrezne podračune Davčne uprave RS. ZZS lahko zadrži izplačevanje plače delavcu samo v zakonsko določenih primerih, kot morebitne sodne prepovedi po določbah Zakona o izvršbi in zavarovanju.

ZZS bo izplačal nadomestilo plače neposredno delavcu tudi v primerih, ko bo **vložena zahteva za neposredno izplačilo nadomestila plače za čas začasne zadržanosti od dela** s pravico do nadomestila plače v breme ZZS **pred 12. 7. 2013**, če nadomestilo plače ni bilo delavcu izplačano zaradi objektivnih razlogov na strani delodajalca (npr. delodajalec ne obstaja več ali če delodajalec nadomestila ni izplačal, ker ima blokiran račun). Terjatev iz tega naslova zastara v 3 letih od dne, ko bi moralo biti nadomestilo plače delavcu izplačano s strani njegovega delodajalca.

3) Uveljavljanje pravice do nadomestila samostojnih zavezancev

Pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja z individualnim zahtevkom uveljavljajo:

- zavarovanci, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost;

- družbeniki zasebnih družb in zavodov v RS, ki so poslovodne osebe;
- družbeniki zasebnih družb in zavodov, če niso zavarovani na drugi podlagi;
- vrhunski športniki in šahisti;
- kmetje, če so za to pravico zavarovani.

Samostojni zavezanci nadomestilo v času začasne zadržanosti od dela uresničujejo z listinami, na podlagi katerih je možno obračunati in izplačati nadomestilo. Za izplačilo nadomestila je potrebno posredovati:

- pravilno in popolno izpolnjeno prvo in hrbtno stran Po-trdila o upravičenosti zadržanosti od dela (obrazec BOL),
- podatek o številki osebnega računa in nazivu banke,
- izjavo o uveljavljanju olajšav pri izračunu dohodnine za vzdrževane družinske člane.

Postopek uveljavljanja pravice do nadomestila samostojnega zavezanca se prične pri izbranem osebnem zdravniku, ki mu izda obrazec BOL in katerega izbrani osebni zdravnik izpolni na prvi strani.

Hrbtno stran obrazec BOL, in sicer spodnji del obrazca, izpolni Davčna uprava RS.

V primeru, da je samostojni zavezanec v koledarskem letu pred letom, ko je bil zadržan od dela, v določenem obdobju prejemal plačo ali nadomestilo plače (npr. iz naslova delovnega razmerja, starševskega varstva, brezposelnosti...), je potrebno izpolniti tudi zgornji del na hrbtni strani obrazca BOL. Podatke o teh izplačilih lahko zagotovi:

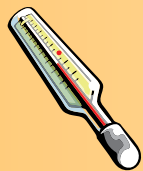
- prejšnji delodajalec ali izplačevalec nadomestila;
- Davčna uprava RS, če razpolaga s temi podatki ali
- jih predloži zavarovanec sam (npr. podatki iz informativnega izračuna dohodnine oziroma odločba o odmeri dohodnine).

Davčna uprava RS po izpolnitvi podatkov na hrbtni stran obrazca BOL celotno dokumentacijo posreduje na ZZS, lahko pa to stori tudi samostojni zavezanec sam, če se tako dogovori z Davčno upravo RS.

Na osnovi vseh listin in drugih potrebnih podatkov, na podlagi katerih je mogoče obračunati nadomestilo, ZZS opravi obračun nadomestila, ki ga samostojnemu zavezancu izplača v roku 15 dni od prejema popolne dokumentacije.

ZZS izplača nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih ZZS ob izplačilu nadomestila plača na ustrezne podračune Davčne uprave RS.

Opozoriti je potrebno, da samostojni zavezanci niso v delovnem razmerju, zato niso upravičeni do nadomestila v primeru darovanja krvi (2. odst. 169. člen Zakona o delovnih razmerjih). Nadalje za samostojne zavezance ne veljata določbi 3. in 4. odstavka 137. člena Zakona o delovnih razmerjih (recidiv in izplačilo nadomestila za krajše odsotnosti v lastno breme za največ 120 delovnih dni v koledarskem letu). Samozaposleni tudi niso upravičeni do nadomestila za začasno zadržanost od dela po prenehanju statusa samostojnega zavezanca (2. in 3. odstavek 34. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju).



Za samostojne zavezanke velja določba 78. a člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, po kateri se samostojnim zavezancem ter njihovim družinskim članom (razen otrokom) v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, med drugim zadrži tudi njihove pravice do nadomestila plače, ki se izplačuje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Samostojni zavezanec lahko uveljavi pravico do nadomestila plače potem, ko poravna prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje.

OBVEŠČANJE UPRAVIČENCEV

ZZZS posreduje obvestilo o izplačilu nadomestila vsem vlagateljem individualnih zahtevkov. Ostalim vlagateljem zahtevkov za refundacijo nadomestila plače pa se obvestila posredujejo le, če znesek priznane refundacije ni enak znesku, ki je naveden na zahtevku za refundacijo.

V primeru neposrednega izplačila nadomestila delavcu se obvestilo o izplačilu nadomestila posreduje delodajalcu in delavcu.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICO IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO NADOMESTILA PLAČE:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o delovnih razmerjih,
- Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji,
- Zakon za uravnoteženje javnih financ,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače,
- Pravilnik o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil.



17. Pravica do povračila potnih stroškov



17. Pravica do povračila potnih stroškov

Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, ki obsegajo prevozne stroške ter stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju, kadar uveljavlja zdravstvene storitve iz 1., 2. in 3. točke 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ).

90

Zavarovana oseba ima pravico do povračila potnih stroškov, kadar mora zaradi diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije zaradi bolezni oziroma poškodbe pri delu potovati k izvajalcu v drug kraj. To pravico ima za potovanje do najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih je napotena. Če zavarovana oseba ne izbere najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih je napotena, je upravičena do povračila potnih stroškov le do najbližjega izvajalca. Če zavarovana oseba potuje k izvajalcu, ki opravlja izključno dejavnost na področju psihiatrije (vse psihiatrične bolnišnice), rehabilitacije (Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS – Soča), onkologije (Onkološki inštitut) in ortopedije (Ortopedska bolnišnica Valdoltra), se ji priznajo potni stroški do teh izvajalcev, čeprav niso najbližji. To pravico ima tudi zavarovana oseba, če jo ZZVS napoti ali pokliče v drug kraj zaradi postopkov uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov prehrane, če je zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev odsotna od doma več kot 12 ur. Če mora oseba zaradi napotitve bivati v drugem kraju, ima tudi pravico do povračila stroškov za prenočevanje v višini cene hotela s tremi zvezdicami.

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če izbrani osebni zdravnik, od njega pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ZZVS ali zdravstvena komisija ZZVS oceni, da ga zavarovana oseba potrebuje zaradi njenega zdravstvenega stanja. Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti in težje ali težko duševno in telesno prizadete otroke in mladostnike do 18. leta se šteje, da potrebujejo spremljevalca na vsakem potovanju na zdravljenje do izvajalca.

Povračilo stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju pripada tudi osebi, ki je določena zavarovani osebi za spremstvo.

VIŠINA POVRAČILA

Zavarovana oseba je upravičena do povračila stroškov za prevoze z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte oziroma ustreznega dokazila, iz katerega je razvidno, da je bil prevoz plačan, in sicer za najkrajšo razdaljo do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanim za 3 % minimalne plače, veljavne v istem mesecu, kar trenutno znaša 23,67 evra (podatek na dan 1. 7. 2014). Če zavarovana oseba ne predloži vozne karte, se obračuna povračilo za prevoz z osebnim avtomobilom. Če zavarovana oseba potuje v drug kraj z osebnim avtomobilom, je upravičena do povračila prevoznih stroškov v vrednosti 10 % cene litra evro super bencina na kilometer v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanih za 3 % minimalne plače, veljavne v istem mesecu. Osebi, ki je določena za spremljevalca, pripada povračilo potnih stroškov v dejanski višini cene prevoza z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte na razdalji od bivališča zavarovane osebe do izvajalca v drugem kraju. Če zavarovana oseba in spremljevalec potujeta k izvajalcu z osebnim avtomobilom, se obračun opravi tako, kot če bi se zavarovana oseba peljala sama. Spremljevalec je upravičen do povračila potnih stroškov tudi v primeru, ko je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v tujino. Če je spremljevalec zdravnik ali drug zdravstveni delavec, plačilo potnih



stroškov bremeni materialne stroške zdravstvenega zavaroda, v katerem dela spremljevalec.

Povračilo stroškov prehrane za zavarovano osebo, ki je odsotna z doma več kot 12 ur znaša 60 % dnevnice, ki se izplačuje delavcem državne uprave, kar znaša trenutno 9,60 evra (podatek na dan 1. 7. 2014).

Povračilo stroškov za prenočevanje se opravi na podlagi predloženih računov v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot je cena enoposteljne sobe v najcenejšem hotelu s tremi zvezdicami v kraju, kjer je uveljavljala zdravstvene storitve, oziroma če v kraju hotela s tremi zvezdicami ni, v kraju, ki je najbližji.

Zavarovana oseba, ki je napotena na zdravljenje v tujino, odsotnost od doma pa je daljša od 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 50 % devizne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji prehrana ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Pri obračunu se upošteva vrednost dnevnice na posamezen dan, ko je oseba zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev morala bivati v tujini. Zavarovana oseba, ki je napotena na zdravljenje v tujino ima pravico do povračila stroškov nastanitve v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša 70 % devizne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji nastanitev ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Do povračila teh stroškov je zavarovana oseba upravičena le ob predložitvi računov. Če so stroški v tuji valuti, se preračunajo v evre po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan, ko je bil izstavljen račun. Na isti dan se upošteva tudi vrednost dnevnice. Povračilo stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju pripada tudi osebi, ki je določena zavarovani osebi za spremstvo.

Otroci do dopolnjenega 7. leta starosti imajo pravico do povračila stroškov prehrane in bivanja v drugem kraju v višini polovice navedenih zneskov.

UVELJAVLJANJE PRAVICE DO POVRAČILA POTNIH STROŠKOV

Zavarovana oseba uveljavlja povračilo potnih stroškov pri katerikoli območni enoti oziroma izpostavi ZZS ali pri svojem delodajalcu. Utemeljenost zahteve izkaže s predpisano listino "Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva", ki jo izda osebni zdravnik. Na listini mora biti naveden dan oziroma čas, ko je bila zavarovana oseba na pregledu oziroma preiskavi v drugem kraju, kar potrdi izvajalec, ki jo je sprejel na pregled ali zdravljenje. Če potne stroške zavarovancu izplača delodajalec, uveljavlja delodajalec povračilo zneska pri območni enoti ali izpostavi ZZS.

OBRAČUN POTNIH STROŠKOV

(opozorilo: podatki so spremenljivi in veljajo na dan 1. 7. 2014)

- Mesečni odbitek oziroma lastni prispevek: 23,67 evra,
- dnevnic za potovanje, ki traja več kot 12 ur: 9,60 evra,
- kilometrina: 0,1498 evra na kilometer.

Primer:

Od doma do zdravnika je razdalja 150 kilometrov. Višino povrnjenih potnih stroškov se izračuna po formuli:

(150 km x 2 (obe smeri)) x 0,1498 evra (10 % cene liter super evro bencina) – 23,67 evra (lastni prispevek) = 21,27 evra

Pri osebnem avtu je izračun enak ne glede na to, če je odobren tudi spremljevalec. Pri naslednjih voznjah v istem mesecu se odbitek (lastni prispevek) **ne odšteje**.

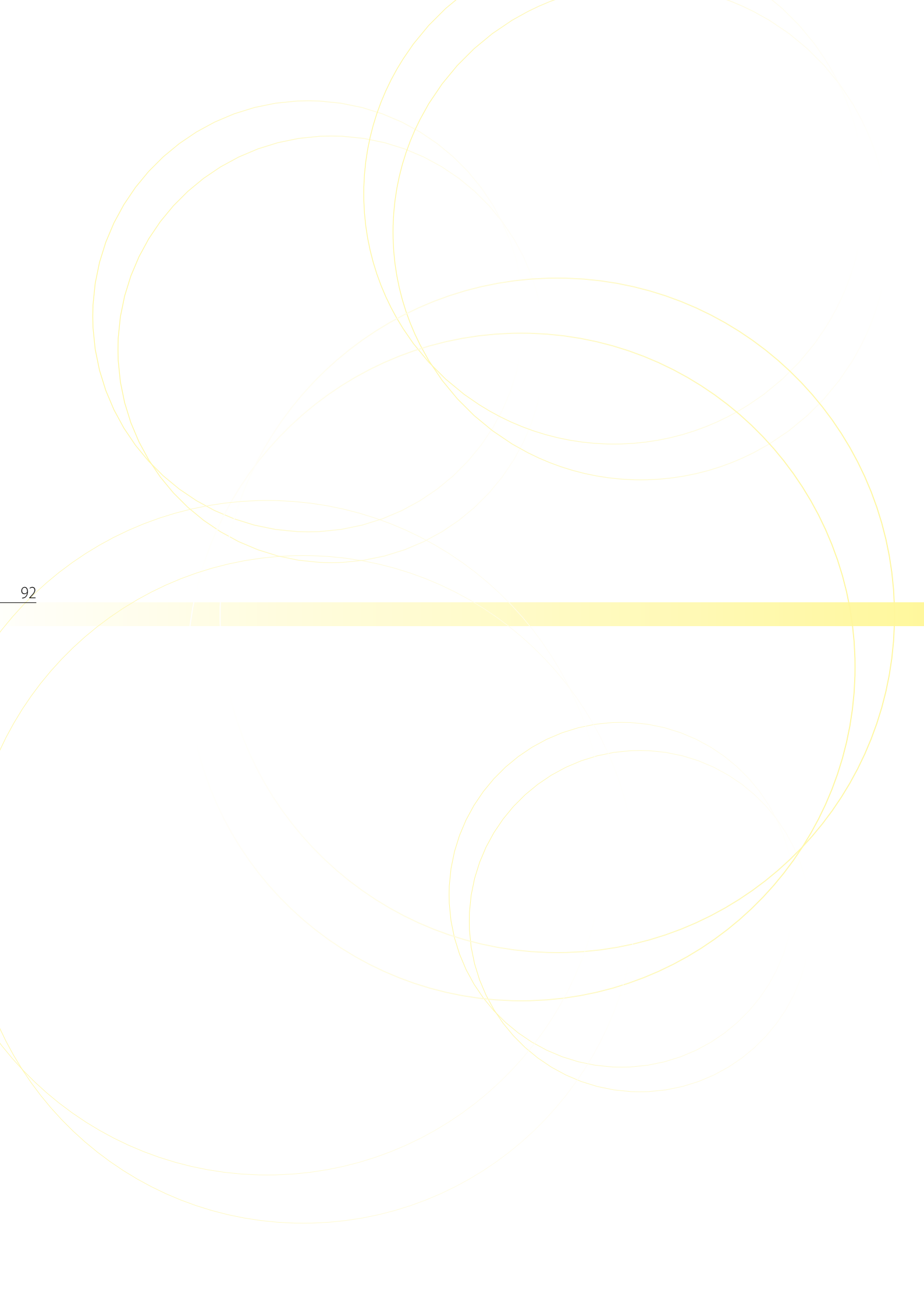
Primer:

(150 km x 2 (obe smeri)) x 0,1498 evra (10 % cene liter super evro bencina) = 44,94 evra.

Pri javnem prevozu se od stroška vozne karte odšteje za zavarovanca, ki potuje, lastni prispevek, spremljevalec pa dobi strošek vozne karte povrnjen v celoti.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICO IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO POVRAČILA POTNIH STROŠKOV:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.





18.
Varstvo pravic iz
obveznega zdravstvenega
zavarovanja



18. Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter postopke in pogoje za njihovo uveljavljanje določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

94

ZZZS zagotavlja zavarovanim osebam naslednje pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: pravice do zdravstvenih storitev, ki vključuje tudi pravico do zdravlil in medicinskih pripomočkov, ter pravice do denarnih nadomestil, kot so nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljamo na podlagi potrjene slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja pri izbranemu osebnemu zdravniku, po potrebi pa tudi pri specialistih v ambulantah in bolnišnicah, zdraviliščih ter klinikah in inštitutih ali pri drugih izvajalcih, ki imajo ustrezno pogodbo z ZZZS.

Pravice do denarnih nadomestil uveljavljamo na podlagi urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja pri območnih enotah in izpostavah ZZZS ali pri svojem delodajalcu.

Za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uporablja Zakon o splošnem upravnem postopku, če z ZZVZZ ni določeno drugače.

VARSTVO PRAVIC V POSTOPKIH, KI JIH VODIJO IMENOVANI ZDRAVNIKI ZZZS IN ZDRAVSTVENE KOMISIJE ZZZS

Imenovani zdravniki ZZZS odločajo na 1. stopnji o pravici do začasne nezmožnosti za delo nad 30 dni in v vseh primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen izbrani osebni zdravnik. Nadalje imenovani zdravniki





ZZZS odločajo o presoji ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, o pravicah do zdraviliškega zdravljenja, o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinskih pripomočkov.

PRESOJA OCENE IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO DO 30 DNI

Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z oceno izbranega osebnega zdravnika glede zavarovančeve začasne nezmožnosti za delo do 30 dni, lahko v 3 delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena, podata zahtevo za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika pri izbranem osebnem zdravniku, ki je oceno podal, ali pa neposredno pri krajevno pristojnem imenovanem zdravniku ZZZS glede na sedež izbranega osebnega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnati po oceni izbranega osebnega zdravnika, odločba imenovanega zdravnika ZZZS pa velja praviloma za naprej.

POSTOPEK UGOTAVLJANJA ZAČASNE NEZMOŽNOSTI ZA DELO V BREME OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Izbrani osebni zdravnik mora še pred potekom obdobja, v katerem je ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo v njegovi pristojnosti, zavarovanca napotiti k pristojnemu imenovanemu zdravniku ZZZS, če oceni, da zavarovanec še vedno ni zmožen opravljati svojega dela oziroma, če oceni, da so še podani razlogi za zadržanost od dela. Imenovani zdravnik ZZZS na podlagi medicinske dokumentacije, ki jo pridobi od izbranega osebnega zdravnika, na podlagi morebitnega pregleda zavarovanca in ob upoštevanju dela, ki ga zavarovana oseba opravlja, ter drugih podatkov, odloči o začasni nezmožnosti za delo. Pregled pri imenovanem zdravniku ZZZS mora biti opravljen v primeru, če to zahteva zavarovanec. O svoji odločitvi imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu zahteve oziroma predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovanec mora ravnati v skladu z odločbo od dneva prejema dalje.

Če se zavarovanec ali delodajalec ne strinjata z odločbo imenovanega zdravnika ZZZS, se lahko zoper odločbo pritožita. Pritožba se vložijo pri imenovanem zdravniku ZZZS, ki je odločbo izdal, v petih delovnih dneh od vročitve odločbe.

Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZZS. Ne glede na vloženo pritožbo se mora zavarovanec ravnati po odločbi imenovanega zdravnika ZZZS.

Zdravstvena komisija ZZZS odloča o pritožbi zoper odločbo. Zdravstvena komisija ZZZS pred odločitvijo zavarovanca pregleda, če zavarovanec to izrecno zahteva v pritožbi, ali če zdravstvena komisija ZZZS oceni, da je pregled potreben. V navedenih dveh primerih zdravstvena komisija ZZZS povabi zavarovanca na osebni pregled,

v nasprotnem primeru pa sprejme odločitev na podlagi medicinske in druge dokumentacije, ki jo pridobi od imenovanega zdravnika ZZZS ali izbranega osebnega zdravnika. Zdravstvena komisija ZZZS izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu popolne pritožbe. Če se zavarovanec z odločbo zdravstvene komisije ZZZS ne strinja ali če zdravstvena komisija ne izda odločbe v 8 dneh od prejema pritožbe in če jo tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, lahko zavarovana oseba vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

ODLOČANJE O PRAVICI DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA V NARAVNEM ZDRAVILIŠČU

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju predstavljajo storitve zahtevnejše medicinske rehabilitacije, ki se izvajajo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev (termalna voda, klima, solnice, mineralno blato...) v naravnih zdraviliščih. Predlog za napotitev na zdraviliško zdravljenje naslovi na imenovanega zdravnika ZZZS zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, ko je potrebno po bolnišničnem zdravljenju nadaljevati z zdravljenjem v naravnem zdravilišču, sicer pa je za podajo predloga pristojen tudi izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe. Zdravnik, ki je pristojen za podajo predloga, mora imenovanemu zdravniku ZZZS predložiti podatke o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, ki utemeljujejo zdraviliško zdravljenje, ter predlagati spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo iz drugega odstavka 63. člena pravil, če je to potrebno. Na predlogu je lahko navedena tudi izjava zavarovane osebe glede zdravilišča, v katero želi biti napotena. Zavarovane osebe so upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri bolezenskih stanjih, ki so opredeljena v 45. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in katerih opis kliničnega stanja je jasen, če je mogoče pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

Izpolnjevanje teh pogojev na podlagi medicinske in druge dokumentacije ugotavlja imenovani zdravnik ZZZS. Če imenovani zdravnik ZZZS ugotovi, da pri zavarovani osebi obstajajo strokovni razlogi za zdraviliško zdravljenje in da torej medicinske rehabilitacije ni možno opraviti brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev v zdravstvenemu domu ali bolnišnici, izda odločbo, v kateri opredeli vrsto, način izvajanja, tip standarda in trajanje zdraviliškega zdravljenja, razlog obravnave, rok, v katerem mora zavarovana oseba začeti zdraviliško zdravljenje, naziv zdravilišča, spremstvo, če gre za slepo zavarovano osebo in namestitvev na negovalni oddelke, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Če imenovani zdravnik ZZZS ugotovi, da zavarovana oseba ne izpolnjuje pogojev za napotitev na zdraviliško zdravljenje, pa izda odločbo, s katero se takšna oblika zdravljenja ne odobri. Imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritoži v petih delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v



osmih dneh po prejemu pritožbe. Zoper odločbo zdravstvene komisije ZZZS lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu odločbe vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

ODLOČANJE O PRAVICI DO MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE IN O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

O upravičenosti do medicinskih pripomočkov pred iztekom trajnostne dobe pripomočkov in o upravičenosti do zahtevnejših medicinskih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika odloča imenovani zdravnik ZZZS, ki o tem izda odločbo, in sicer najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Imenovani zdravnik ZZZS pri tem upošteva določbe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki določajo trajnostne dobe pripomočkov in sklep o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček. Na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ZZZS in izdane naročilnice uveljavlja zavarovana oseba pravico do pripomočka pri pogodbenem dobavitelju ali izposojevalnici. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritoži v petih delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Zoper odločbo zdravstvene komisije ZZZS lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu odločbe vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

ODLOČANJE O PRAVICI DO ZDRAVLJENJA V TUJINI

Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja in če je z zdravljenjem, pregledom ali preiskavo v drugi državi možno utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje. ZZZS lahko zavarovani osebi izjemoma odobri povračilo stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Sloveniji ni moč zagotoviti v zadostnem obsegu. Postopek, vrsto obolenj in stanj, pri katerih je to dovoljeno, in višino povračila določi Upravni odbor ZZZS (trenutno to velja za postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo).

Zahtevo za napotitev na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujino vložijo zavarovana oseba oziroma njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec pri ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana. ZZZS pred odločanjem o upravičenosti zahteve pridobi pisno mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike oziroma inštituta o tem, ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, pregleda ali preiskave bolezni oziroma stanja zavarovane osebe ali je z zdravljenjem, pregledom ali preiskavo v tujini mogoče pričakovati ozdravitev, izboljš-

šanje zdravstvenega stanja ali vsaj preprečitev njegovega nadaljnjega slabšanja. Na osnovi tega mnenja, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda ZZZS Območna enota Ljubljana odločbo, s katero odloči o upravičenosti zahteve. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo pritoži v petnajstih dneh od vročitve. Pritožbo obravnava Direkcija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 60 dneh po prejemu pritožbe. Zoper to odločbo lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Zavarovana oseba ima tudi pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red EU, oziroma do povračila stroškov teh storitev, tudi če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas. Stroški se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški storitve v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri je bila storitev uveljavljena.

VARSTVO PRAVIC V POSTOPKIH, KI JIH VODIJO OBMOČNE ENOTE ZZZS

Pooblaščenec uradne osebe pri območnih enotah ZZZS odločajo na I. stopnji v upravnem postopku o pravici do nadomestila plače za čas odsotnosti z dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, o pravici do povračila potnih stroškov, o pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, o pravici do proste izbire zdravnika, drugih pravicah iz ZZVZZ in drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovana oseba lahko v zvezi z omenjenimi pravicami poda zahtevek pisno ali ustno na zapisnik. Območna enota ZZZS mora o zahtevku odločiti v 30 dneh od prejema popolnega zahtevka. V primeru, da se zavarovana oseba z odločitvijo območne enote ZZZS ne strinja, lahko zoper odločbo vložijo pritožbo na Direkcijo ZZZS v Ljubljani. Pritožbo lahko vložijo v 15 dneh od vročitve odločbe, in sicer pisno ali ustno na zapisnik pri območni enoti ZZZS, ki jo je izdala. O pritožbi mora Direkcija ZZZS odločiti najpozneje v 60 dneh od dneva prejema popolne pritožbe, zoper to odločbo lahko zavarovana oseba vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

VARSTVO PRAVIC V ZVEZI Z IZVAJALCI ZDRAVSTVENIH STORITEV

Pritožbe v zvezi z delom zdravstvenih zavodov oziroma zdravstvenih delavcev rešujejo izvajalci zdravstvenih storitev. Pritožbo je smiselno najprej nasloviti na poseben organ ali vodstvo izvajalca zdravstvenih storitev.

Kadar zavarovana oseba meni, da je prišlo pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ki ima sklenjeno pogodbo z ZZZS,



do kršenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko poda pritožbo na območno enoto ZZSZ, v okviru katere ima izvajalec zdravstvenih storitev svoj sedež.

Kadar zavarovana oseba meni, da je prišlo do napake pri zdravljenju ali kadar gre za druga dejanja, ki pomenijo kršitev stanovskih pravil, lahko vloži pritožbo na zbornico ali Ministrstvo za zdravje. Za zdravnike je pristojna Zdravniška zbornica Slovenije, za ostale zdravstvene delavce pa njihove stanovske zbornice.

PRAVICA DO OBRAVNAVE KRŠITEV SKLADNO Z ZAKONOM O PACIENTOVIH PRAVICAH

Pravice, ki izvirajo iz Zakona o pacientovih pravicah, niso pravice, ki izvirajo iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pač pa t. i. univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se dotikajo zlasti spoštovanja samostojnosti pacienta pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, zasebnosti, varstva osebnih podatkov, enakopravnosti in varnosti, varstva največje zdravstvene koristi pacienta in zagotavljanja obveščnosti. Postopek obravnave kršitev pacientovih pravic je dvostopenjski. Prva obravnava kršitve pacientovih pravic se izvede pred pristojno osebo izvajalca zdravstvenih storitev na podlagi pacientove pisne ali ustne zahteve. Če v prvi obravnavi ne pride do razrešitve spora, lahko pacient zahteva varstvo v okviru druge obravnave kršitve pacientovih pravic v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic. Kršitev se pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic obravnava: v postopku sklenitve poravnave med pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev, v postopku mediacije s pomočjo mediatorja, ki posreduje med paci-

entom in izvajalcem zdravstvenih storitev, ali v postopku pred tričlanskim senatom, ki ga sestavljajo predstavnik nevladnih organizacij, strokovnjak s področja zdravstva in pravnik.

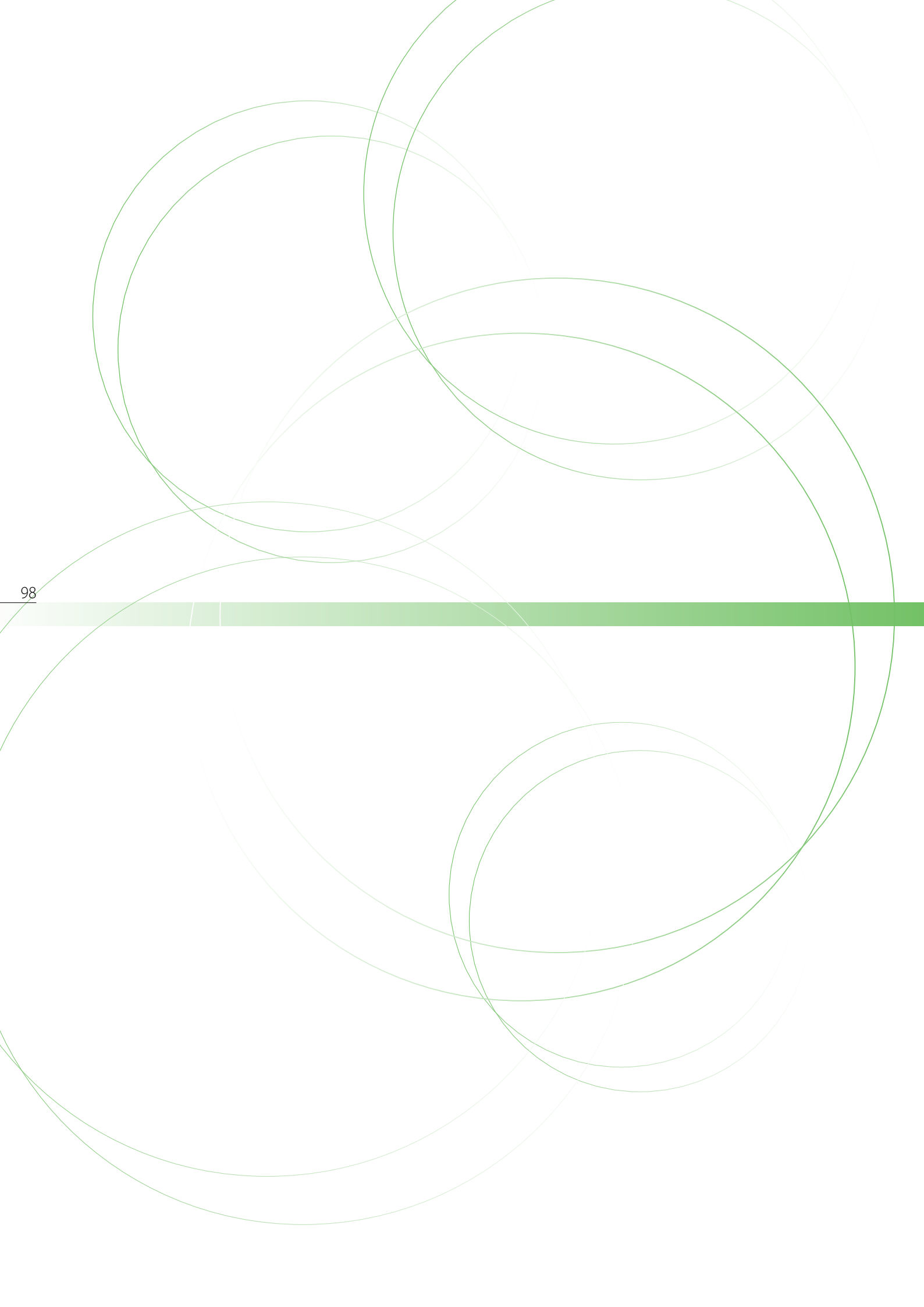
PRAVICA DO BREZPLAČNE POMOČI PRI URESNIČEVANJU PACIENTOVIH PRAVIC

Pacient se lahko skladno z Zakonom o pacientovih pravicah kadarkoli obrne na enega od zastopnikov pacientovih pravic, ki mu lahko svetuje, pomaga ali ga po pooblastilu celo zastopa pri uresničevanju pravic po tem zakonu. Poleg tega lahko pacientu daje osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Zastopnik ima tudi nekatere posebne pristojnosti:

- pri izvajalcih zdravstvenih storitev lahko za pacienta opravi potrebne poizvedbe v zvezi z domnevnimi kršitvami pravic, pri čemer ima dostop do vseh podatkov, ki so potrebni za njegovo delo v zvezi z konkretno zadevo,
- pri izvajalcih zdravstvenih storitev lahko neformalno posreduje zaradi hitre odprave domnevne kršitve pravic,
- izvajalcem zdravstvenih storitev svetuje in predlaga splošne ukrepe za učinkovito uveljavitev določb Zakona o pacientovih pravicah,
- izvajalcem zdravstvenih storitev lahko kadar koli naslovi predloge, mnenja, kritike ali priporočila, na katere so se izvajalci dolžni odzvati.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO PRAVICE IN POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.





19. Dodatne informacije



20. Dodatne informacije

Dodatne informacije o izvajanju obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pridobite na spletni strani **<http://www.zzzs.si>**, avtomatskem telefonskem odzivniku na tel. št. **01/30-77-300** in območnih enotah ter izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije	Naslov	Telefon	elektronski naslov
Območna enota Celje	Gregorčičeva 5 A, 3000 Celje	03/42 02 000 03/42 02 360	OECE@zzzs.si
Izpostava Laško	Kidričeva ulica 5, 3270 Laško	03/57 30 198 03/73 41 572	
Izpostava Slovenske Konjice	Mestni trg 17, 3210 Slovenske Konjice	03/57 55 575	
Izpostava Šentjur pri Celju	Mestni trg 2, 3230 Šentjur pri Celju	03/57 41 392 03/57 43 810	
Izpostava Šmarje pri Jelšah	Rogaška ulica 25, 3240 Šmarje pri Jelšah	03/58 21 212 03/58 21 963	
Izpostava Žalec	Šlandrov trg 7, 3310 Žalec	03/71 32 652 03/71 32 653	
Območna enota Koper	Martinčev trg 2, 6000 Koper	05/66 87 200	OEKP@zzzs.si
Izpostava Ilirska Bistrica	Bazoviška cesta 25 A, 6250 Ilirska Bistrica	05/71 01 374 05/71 01 375 05/71 01 377	
Izpostava Izola	Oktobrske revolucije 11, 6310 Izola	05/64 05 033 05/64 05 054 05/64 05 056	
Izpostava Piran	Obala 114, 6320 Portorož	05/67 75 253 05/67 75 255 05/67 75 256	



Izpostava Postojna	Prečna ulica 2, 6230 Postojna	05/72 04 831 05/72 04 833 05/72 04 835	
Izpostava Sežana	Partizanska cesta 66 D, 6210 Sežana	05/73 05 016 05/73 05 014 05/73 05 013	
Območna enota Kranj	Zlato polje 2, 4000 Kranj	04/23 70 100	OEKR@zzzs.si
Izpostava Jesenice	Cesta maršala Tita 78, 4270 Jesenice	04/58 33 782 04/58 33 780	
Izpostava Radovljica	Kranjska cesta 13, 4240 Radovljica	04/53 20 762 04/53 20 764	
Izpostava Škofja Loka	Stara cesta 10, 4220 Škofja Loka	04/50 23 316 04/50 23 300	
Izpostava Tržič	Blejska cesta 10, 4290 Tržič	04/59 71 750 04/59 71 753	
Območna enota Krško	Bohoričeva 9, 8270 Krško	07/49 02 430 07/49 02 490	OEKK@zzzs.si
Izpostava Brežice	Trdinova 1, 8250 Brežice	07/49 94 690	
Izpostava Sevnica	Trg svobode 12, 8290 Sevnica	07/81 41 248 07/81 41 570	
Območna enota Ljubljana	Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana	01/30 77 200 01/30 77 288	OELJ@zzzs.si
Izpostava Cerknica	Partizanska cesta 2A, 1380 Cerknica	01/70 90 911	
Izpostava Domžale	Ljubljanska cesta 70, 1230 Domžale	01/30 77 484 01/30 77 435	
Izpostava Grosuplje	Kolodvorska cesta 4, 1290 Grosuplje	01/78 64 037	
Izpostava Hrastnik	Log 10, 1430 Hrastnik	03/56 46 008 03/56 46 003	
Izpostava Idrija	Kosovelova ulica 8, 5280 Idrija	05/37 26 512	
Izpostava Kamnik	Ljubljanska cesta 1, 1241 Kamnik	01/83 03 691 01/83 03 694	
Izpostava Kočevje	Ljubljanska cesta 25, 1330 Kočevje	01/89 31 832	
Izpostava Litija	Ponoviška cesta 3, 1270 Litija	01/89 80 792 01/89 80 791	
Izpostava Logatec	Tržaška cesta 50 A, 1370 Logatec	01/75 09 083 01/75 09 082	
Izpostava Ribnica	Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica	01/83 61 725 01/83 73 262	
Izpostava Trbovlje	Mestni trg 5 A, 1420 Trbovlje	03/56 52 813 03/56 52 810 03/56 52 811	
Izpostava Vrhnika	Trg Karla Grabeljška 1, 1360 Vrhnika	01/75 55 214 01/75 55 211	
Izpostava Zagorje	Cesta Borisa Kidriča 2, 1410 Zagorje ob Savi	03/56 68 696	



Območna enota Maribor	Sodna 15, 2000 Maribor	02/29 09 300 02/29 09 315	OEMB@zzzs.si
Izpostava Lenart	Kraigherjeva ulica 19 B, 2230 Lenart	02/72 00 680 02/72 00 682	
Izpostava Ormož	Ptujska cesta 25, 2270 Ormož	02/74 15 950 02/74 15 951	
Izpostava Ptuj	Vodnikova ulica 2, 2250 Ptuj	02/74 91 920 02/74 91 921	
Izpostava Slovenska Bistrica	Partizanska ulica 21, 2310 Slovenska Bistrica	02/80 51 900 02/80 51 904	
Območna enota Murska Sobota	Slovenska ulica 48, 9000 Murska Sobota	02/53 61 550 02/53 61 510	OEMS@zzzs.si
Izpostava Gornja Radgona	Partizanska cesta 20, 9250 Gornja Radgona	02/56 43 460 02/56 43 462	
Izpostava Lendava	Kranjčeva ulica 4, 9220 Lendava	02/57 76 400 02/57 76 408	
Izpostava Ljutomer	Slavka Osterca 14, 9240 Ljutomer	02/58 58 436 02/58 58 432	
Območna enota Nova Gorica	Gradnikove brigade 1, 5000 Nova Gorica	05/33 81 000 05/33 81 244	OENG@zzzs.si
Izpostava Ajdovščina	Gregorčičeva 22, 5270 Ajdovščina	05/36 61 192 05/36 63 700	
Izpostava Tolmin	Trg Maršala Tita 8, 5220 Tolmin	05/38 81 210 05/38 81 067	
Območna enota Novo mesto	Prešernov trg 7, 8000 Novo mesto	07/39 33 500	OENM@zzzs.si
Izpostava Črnomelj	Kolodvorska 17, 8340 Črnomelj	07/30 61 562 07/30 61 560	
Izpostava Metlika	Naselje Borisa Kidriča 12, 8330 Metlika	07/36 91 142 07/36 91 140	
Izpostava Trebnje	Rimska cesta 10 a, 8210 Trebnje	07/34 81 380 07/34 81 382	
Območna enota Ravne na Koroškem	Ob Suhi 11 B, 2390 Ravne na Koroškem	02/82 10 100	OERV@zzzs.si
Izpostava Mozirje	Šmihelska cesta 2, 3330 Mozirje	03/83 90 492 03/83 90 490	
Izpostava Radlje ob Dravi	Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi	02/88 70 252 02/88 70 253	
Izpostava Slovenj Gradec	Partizanska pot 16, 2380 Slovenj Gradec	02/88 39 514 02/88 39 512	
Izpostava Velenje	Vodnikova cesta 1, 3320 Velenje	03/89 81 831 03/89 81 836	
Direkcija	Miklošičeva cesta 24 1507 Ljubljana	01/30 77 200	DI@zzzs.si

DODATNE INFORMACIJE O IZVAJANJU PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA LAHKO PRIDOBITE PRI:

- ADRIATICSLOVENICA Zavarovalna družba d.d., www.adriatic-slovenica.si, tel. 080 11 10,
- TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., www.zdravstvena.net, tel. 080 26 64,
- VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d.v.z., www.vzajemna.si, tel. 080 20 60.



Seznam pravnih podlag, ki opredeljujejo pravice v obveznem zdravstvenem zavarovanju:

1. Pravni red Republike Slovenije

ZAKONI:

- 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, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C IN 111/13 – ZMEPISZ-1),
- Zakon o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14),
- Zakon o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09),
- Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 36/04 – uradno prečiščeno besedilo),
- Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08),
- Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02, 79/06 – ZZZPB-F, 46/07 – Odl. US, 103/07, 45/08 – ZArbit, 83/09 – Odl. US in 40/12 – ZUJF in 21/13 – ZDR-1),
- Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 114/06, 10/08 – ZVarDod, 71/08, 59/07 – ZŠtip, 98/09 – ZIUZGK, 85/10, 94/10 – ZIU, 62/10 – ZUPJS, 40/11 – ZUPJS-A, 110/11 – ZDIU12, 40/12 – ZUJF in 96/12 – ZPIZ-2),
- Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 99/10 – uradno prečiščeno besedilo, 90/12, 102/12, 56/13 in 63/13 – ZS-K)
- Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12, 96/12 – ZPIZ-2, 104/12 – ZIPRS1314, 105/12, 8/13, 25/13 – Odl. US, 46/13 – ZIPRS1314-A, 47/13 – ZOPRZUJF, 56/13 – ZŠtip-1, 63/13 – ZOsn-I, 63/13 – ZJAKRS-A, 63/13 – ZIUPTDSV, 63/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 101/13 – ZIPRS1415, 107/13 – Odl. US, 101/13 – ZDavNepr in 32/14 – ZVV-D).
- 33/08, 71/2008 Skl. US, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12 in 106/12), 99/13, 25/14 – Odl. US, 25/14 in 85/14),
- Pravilnik o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 37/11 in 57/11 – popr.),
- Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10),
- Pravilnik o obračunu bruto nadomestil plač medčasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil (Uradni list RS, št. 130/04, 121/05, 129/06, 134/06 – popr. in 8/07),
- Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 89/08, 12/09, 91/09, 39/12 in 27/14),
- Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08, 45/10, 38/12 in 17/14 – ZZdr-2),
- Pravilnik o razvrščanju zdravil na listo (Uradni list RS, št. 35/13),
- Pravilnik o razvrščanju živil za posebne zdravstvene namene na listo (Uradni list RS, št. 110/10),
- Uredba o poslovanju z uporabniki v javnem zdravstvu (Uradni list RS, št. 98/08),
- Sklep o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Sklep o določitvi cenovnih standardov medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Sklep o določitvi odstotkov vrednosti storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 1/2013),
- Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na Naročilnico za medicinski pripomoček (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid, (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Navodilo o zagotavljanju predlog, hlačnih predlog (plenice), posteljnih predlog ali nepropustnih hlač v socialnih in drugih zavodih na Mesečno zbirno naročilnico, (<http://www.zzzs.si/egradiva>),

PODZAKONSKI AKTI:

- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/2014),
- 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,



- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače, (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Pravilnik o uvrščanju in zločitvi medicinskih pripomočkov na seznam medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14),
- Pravilnik o določitvi izhodišč za cenovne standarde medicinskih pripomočkov in za cene pripomočkov (artiklov) iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 25/14),
- Sklep o določitvi zdravstvenih stanj za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 25/14),
- Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Sklep o vrstah medicinskih pripomočkov in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih se medicinske pripomočke lahko predpiše na obnovljivo naročilnico (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Sklep o določitvi seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik Zavoda (<http://www.zzzs.si/egradiva>).

DRUGO:

- Splošni dogovor (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
- Pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS,

2. Pravni red Evropske unije in meddržavni sporazumi

- Uredba (ES) 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti,
- Uredba (ES) št. 987/2009 (OJ L 284/2009),
- Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu,
- Sporazum o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/00),
- Administrativni sporazum o izvajanju Sporazuma o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 21/00),
- Sporazum o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Bosno in Hercegovino (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Bosno in Hercegovino (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08),
- Sporazum med Republiko Slovenijo in Republiko Srbijo o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 5/10),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma med Republiko Slovenijo in Republiko Srbijo o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 5/10),
- Sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 2/11),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 2/11),
- Sporazum med Republiko Slovenijo in Črno goro o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 9/11),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma med Republiko Slovenijo in Črno goro o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 9/11).

