

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
– Peta elektronska izdaja

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

Za izdajatelja: Tatjana Mlakar, generalna direktorica.

Urednik: Damjan Kos.

Oblikovanje: STUDIO 3S d. o. o., Danila Perhavec, ZZS.

Foto: Imago d. o. o.

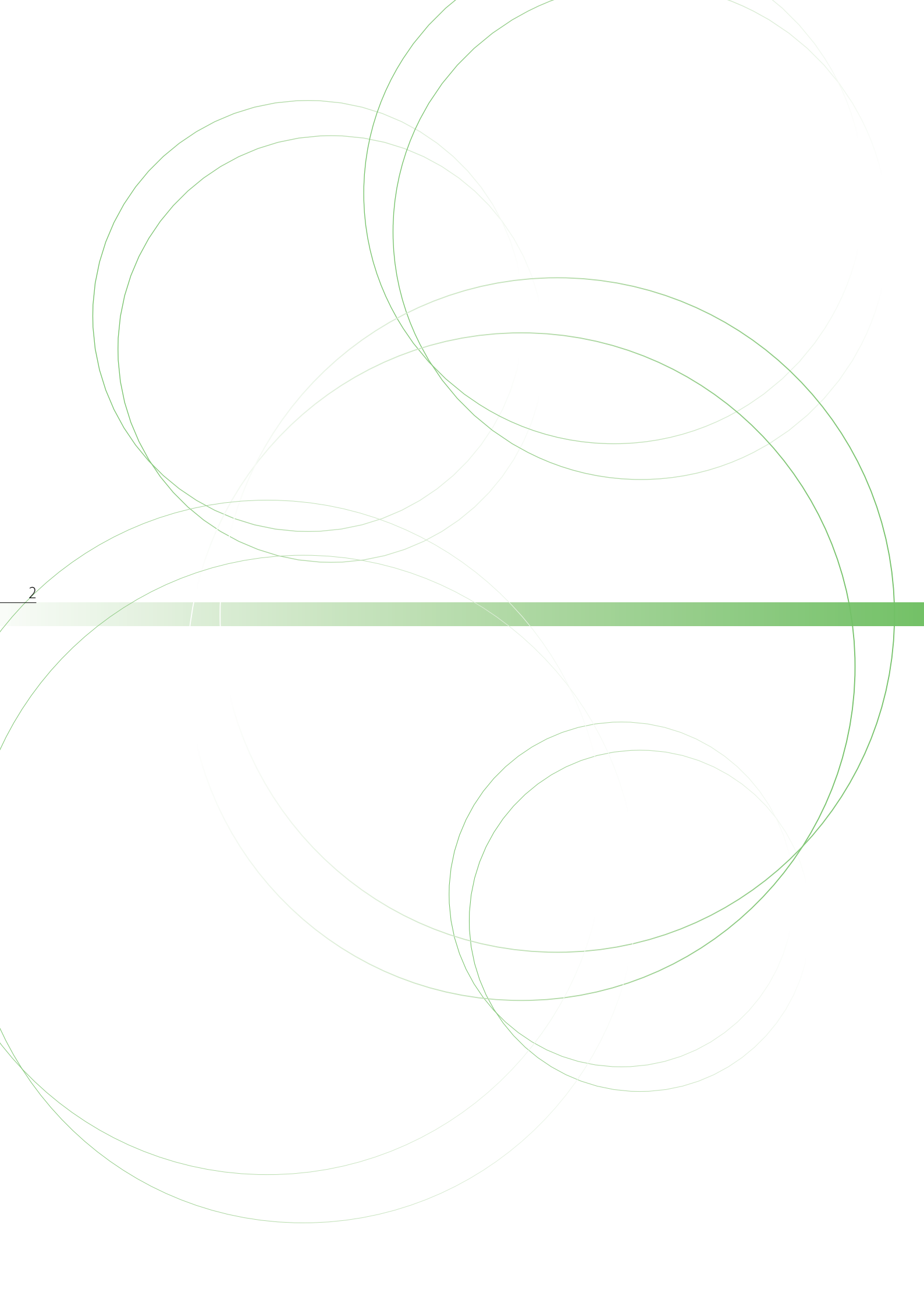
Lektoriranje: Jože Faganel

Ljubljana, april 2022

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID=20849155
ISBN 978-961-6327-30-5 (pdf)

Kazalo

1. Kaj je zdravstveno zavarovanje	3
2. Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja	7
3. Kartica zdravstvenega zavarovanja	13
4. Vrste in obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	17
5. Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti	21
6. Pravica do storitev specialistične ambulantne dejavnosti	25
7. Pravica do storitev specialistične bolnišnične dejavnosti	29
8. Naročanje na zdravstvene storitve, čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov	33
9. Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti	39
10. Pojmovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu	45
11. Ortodontija in njene posebnosti	49
12. Pravica do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept	53
13. Pravica do medicinskih pripomočkov	61
14. Pravica do zdraviliškega zdravljenja	67
15. Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje	71
16. Zdravljenje v tujini	75
16.1. Zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini	76
16.2. Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini	82
17. Pravica do denarnega nadomestila	87
17.1. Pravica do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela	88
17.2. Pravica do nadomestila plače zaradi nege otroka	92
17.3. Pravica do sobivanja ob hospitaliziranem otroku	95
18. Pravica do povračila potnih stroškov	99
19. Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	105
20. Dodatne informacije	111





1.
Kaj je
zdravstveno
zavarovanje



1. Kaj je zdravstveno zavarovanje

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, ker 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).

4

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

Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, stari 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 določeno drugače;
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 RS 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 določeno drugače;
12. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Republiki Sloveniji ne morejo uprabljati 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 priznavalnin, 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 priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev 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 zapora, mladoletniškega zapora, 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 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 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 državljan ali tujec s stalnim



prebivališčem v Republiki Sloveniji nima dohodkov, prihrankov ali premoženja v taki višini, da bi bil presežen cenzus za denarno socialno pomoč (o čemer na osnovi vloge za uveljavljanje pravic iz javnih sredstev odloči center za socialno delo), prispevek zanj plačuje Republika Slovenija.

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 se vse storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja krijejo 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:

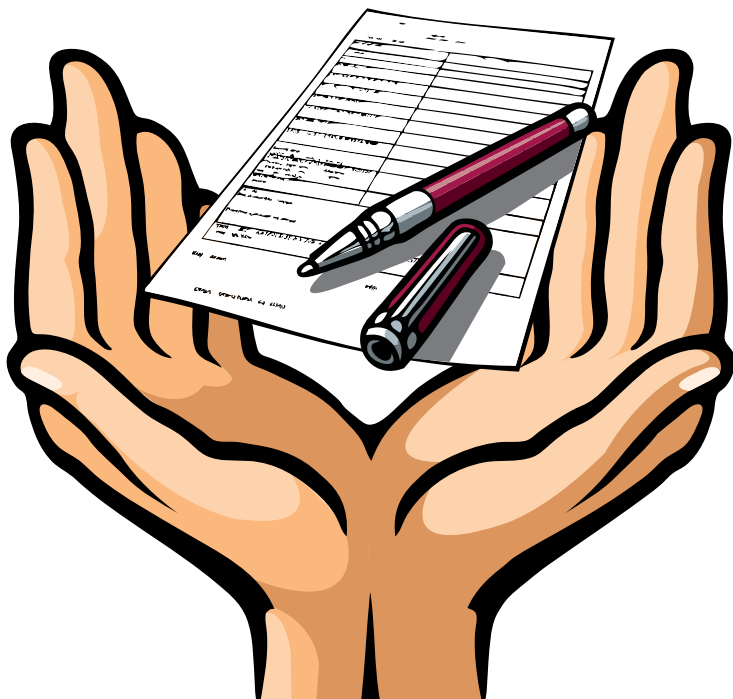
- pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova, obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora, mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, osebe, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obveznega zdravljenja 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:

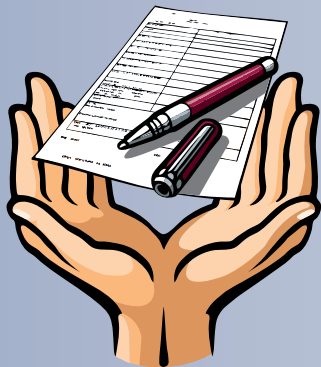
- vojne invalide,
- vojne veterane in
- žrtve vojnega nasilja.

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 (glej 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.

8

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 (osebe v delovnem razmerju, osebe, ki opravljajo samostojno dejavnost, kmetje, družbeniki, ki so poslovodne osebe, prejemniki različnih socialnih dajatev, druge osebe z dohodkom ter osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po drugi podlagi) 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.

Če oseba s stalnim prebivališčem v Sloveniji nima urejenega zavarovanja in pridobi pravico do denarne socialne pomoči ali zanjo izpolnjuje pogoje, lahko pri centru za socialno delo uveljavi pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, na osnovi česar ZZS nato osebi uredi zavarovanje. Za družinske člane (npr. otroke, zakonce, pastorko), ki so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje prek zavarovancev, prispevek ni določen.

Osebe lahko uveljavijo zdravstvene storitve oziroma denarne dajatve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja le, če imajo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje. To pomeni, da so prijavljene v zavarovanje in da so ves čas izpolnjeni vsi pogoji za zavarovanje po podlagi, po kateri so prijavljene.





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

ZAVAROVANCI	ZAVEZANEC
osebe v delovnem razmerju	delodajalec
osebe, ki na območju Slovenije samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost	oseba sama
družbeniki osebnih družb, družbeniki družb z omejeno odgovornostjo in ustanovitelji zavodov, ki so poslovodne osebe	oseba sama
kmetje, člani njihovih gospodarstev in druge osebe, ki v Sloveniji opravljajo kmetijsko dejavnost	kmet
vrhunski športniki in vrhunski šahisti – člani telesnokulturnih in šahovskih organizacij v Sloveniji	oseba sama
brezposelne osebe, ki prejemajo denarno nadomestilo za brezposelnost	Zavod RS za zaposlovanje
upokojenci in prejemniki preživnine po predpisih o preživninskem varstvu kmetov	Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije
prejemniki pokojnine od tujega nosilca pokojninskega zavarovanja	oseba sama
osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki med bivanjem v Sloveniji ne morejo uporabljati pravic iz tega naslova	oseba sama
družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja	oseba sama
tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v 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 uživalci 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
begunci in osebe s subsidiarno zaščito	Ministrstvo za notranje zadeve
uživalci priznavalnin po predpisih o varstvu udeležencev vojn	upravna enota
vojaki na prostovoljnem služenju vojaškega roka	Ministrstvo za obrambo
osebe s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje po drugi podlagi	oseba sama
oseba s stalnim prebivališčem v Sloveniji, ki ji je center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevkov po zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev	ZZZS
priporniki in obsojenci	Uprava RS za izvrševanje kazenskih sankcij
osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obveznega zdravljenja odvisnosti od alkohola in prepovedanih 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	ZZZS
družinski pomočniki	center za socialno delo
osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic	center za socialno delo
prejemniki poklicne pokojnine	oseba sama
družinski člani	zavarovanec, po katerem bo družinski član zavarovan



Določene kategorije zavarovancev so same zavezanec za plačilo prispevkov, zato so tudi prijavo v zavarovanje dolžne vložiti same, kot so 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 ZZZS 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 člana vložiti 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 upravljavcev uradnih evidenc.

Osebe lahko uveljavijo zdravstvene storitve oziroma denarne datavte 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 delati, 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 je oseba šolala.

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 1.000 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 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 ko uveljavlja zdravstvene storitve ugotovi, da nima urejenega zavarovanja.

Za vse informacije glede urejanja obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko obrnete neposredno na katero koli območno enoto ali izpostavo ZZZS. Vsakdo pa lahko na enostaven način, s SMS sporočilom ali 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 svojega zdravstvenega zavarovanja, in sicer tudi v primerih, ko same niso zavezanci za prijavo v to zavarovanje.

POSTOPEK PRIJAVE, SPREMEMBE IN ODJAVE IZ ZAVAROVANJA

Prijavo v zavarovanje vložiti zavezanec za prijavo na predpisnem obrazcu pri kateri koli prijavno-odjavni službi ZZZS, ki delujejo na 54 lokacijah po vsej Sloveniji (glejte stran 116). Ob prijavi je treba predložiti določene listine in dokazila, iz katerih je razvidno, da oseba izpolnjuje pogoje za vključitev v zavarovanje. S prijavo v zavarovanje lahko oseba zavaruje tudi svoje družinske člane, če izpolnjujejo z ZZZS določene pogoje.

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 vse to, 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 delati, 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,
- **M-12** prijava/odjava za primer poškodbe.

Zavezanec za prijavo, ki je kot poslovni subjekt vpisan v Poslovni register Slovenije, vloži prijavo, odjavo in spremembo v elektronski obliki na državnem portalu SPOT (sistem za podporo poslovnim subjektom – <http://evem.gov.si>).

Zavezanec za prijavo, ki je fizična oseba, pa vloži prijavo, odjavo in spremembo v papirni obliki neposredno pri prijavno-odjavni službi ZZS ali po pošti. Na spletni strani <http://www.zzs.si> (poglavje »Prijava, sprememba in odjava obveznega zdravstvenega zavarovanja – M obrazci«) so tem zavezancem na voljo elektronsko oblikovani obrazci M za izpolnjevanje in tiskanje.

KAJ JE TREBA PREDLOŽITI OB PRIJAVI

Za osebe v delovnem razmerju:

- pogodbo o zaposlitvi, če gre za prijavo tujca, ki za delo v Sloveniji potrebuje dovoljenje za zaposlitev, tudi enotno dovoljenje, modro karto EU, dovoljenje za začasno prebivanje, na katerem je označena pravica dostopa na trg dela ter informativni list.

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

- dokazilo o opravljanju dejavnosti, če gre za opravljanje dejavnosti, na osnovi katere oseba ni vpisana v Poslovni register Slovenije (npr. opravljanje verske službe);
- če oseba za opravljanje dejavnosti v Sloveniji potrebuje dovoljenje za samozaposlitev, tudi enotno dovoljenje, ki dovoljuje samozaposlitev in informativni list.

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

- potrdilo službe medicine dela o zdravstveni sposobnosti za opravljanje kmetijske dejavnosti, če gre za prijavo tudi v pokojninsko in invalidsko zavarovanje;
- potrdilo Finančne uprave RS o katastrskem dohodku ali drugem dohodku iz opravljanja kmetijske dejavnosti.

Družinski člani – otrok:

- izpisek iz matičnega registra o rojstvu oziroma rojstni list, če gre za prijavo otroka, ki kot tujec ni vpisan v slovenski matični register;
- odločba o namestitvi otroka v zavarovančovo družino z namenom posvojitve;
- potrdilo o šolanju po javno priznanem izobraževalnem programu za otroka od dopolnjenega 18. leta starosti

do dopolnjenega 26. leta starosti, če gre za otroka, ki se šola v tujini (dejstvo o šolanju v tujini je treba izkazati za vsako šolsko oziroma študijsko leto posebej);

- 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 – zakonec:

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

- izpisek iz matičnega registra o sklenjeni zakonski zvezi oziroma poročni list, če gre za zakonsko zvezo med dvema tujcema;
- izjava zakonca o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po drugi podlagi.

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

- sodba, s katero je razvezanemu zakoncu priznana preživnina;
- izjava razvezanega zakonca o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po drugi podlagi.

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

- dokazilo o obstoju že vsaj dve leti trajajoče zunajzakonske zveze, če nimata skupnega otroka;
- izjava zunajzakonskega partnerja o (ne)izpolnjevanju pogojev za zavarovanje po drugi podlagi.

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 drugi podlagi.

Osebe 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 vključene tudi osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki ne izpolnjujejo pogojev za zavarovanje iz drugega naslova in jim je center za socialno delo priznal pravico do plačila prispevka za zdravstveno zavarovanje. 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 treba predložiti ob prijavi v zavarovanje (tudi za druge skupine zavarovanih oseb), najdete na spletni strani ZZS: <http://www.zzs.si> (poglavje »Kategorije zavarovanih oseb«).

**ZZS LAHKO OB PRIJAVI ZAHTEVA TUDI
DODATNA DOKAZILA ZA UGOTAVLJANJE
LASTNOSTI ZAVAROVANCA. SVETUJEMO
VAM, DA SE ZA DODATNE INFORMACIJE
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

Tako (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;
- podatek o urejenosti dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja – ta del sporočila prejmejo samo tiste zava-

rovane 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.zzzs.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.

12



Izgled oziroma položaj ZZZS številke na različnih karticah zdravstvenega zavarovanja.



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

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELUJEJO 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,
- Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.



3. Kartica zdravstvenega zavarovanja



3.

Kartica zdravstvenega zavarovanja

Kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: kartica) je javna listina in identifikacijski dokument zavarovane osebe pri obveznem zdravstvenem zavarovanju. Izdajatelj kartice je ZZZS. Kartico brezplačno prejme vsak, 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. Izvajaci zdravstvenih storitev, dobavitelji medicinskih pripomočkov in delavci ZZZS lahko zaradi preverjanja podatkov zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebno izkaznico ali drug osebni dokument. Kartica omogoča enostaven in hiter prenos podatkov med zavarovanimi osebami, zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev.

Sliki kartic prikazujeta sprednjo stran obeh generacij kartic, ki sta v uporabi. Na zadnji strani so kratka navodila o ravnanju s kartico. Za dvojezični področji so navodila na kartici izpisana tudi v italijanščini oziroma madžarščini.

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 KLUČ 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);
- prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju (zavarovalnica, vrsta police, veljavnost zavarovanja);
- izbranih osebnih zdravnikov (splošnem zdravniku, pediatru, zobozdravniku, ginekologu);
- izdanih medicinskih pripomočkov;
- izdanih zdravilih;
- nosečnosti in postopkih oploditve z biomedicinsko pomočjo;
- prostovoljni opredelitvi za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev.

Na sprednji strani kartice so vidno izpisani:



Kartica, izdana pred 5. 11. 2008.

Kartica, izdana po 5. 11. 2008.



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

Podatki, ki so zapisani v evidencah ZZZS 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 začasnimi pisnimi 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 v skladu z veljavnimi predpisi.

AVTOMATSKA ZAMENJAVA KARTICE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Oktober 2018 smo na ZZZS začeli izvajati zamenjavo kartic zdravstvenega zavarovanja, ki so bile izdane po letu 2008 in jim poteče desetletna veljavnost. V sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja uporabljamo tri različne generacije kartic. **Prva generacija** kartic (izdana med letoma 2000 in 2008) ima neomejeno veljavnost, saj uporablja varnostni mehanizem, ki nima časovne omejitve, zato te generacije kartic **zaenkrat ne bomo zamenjali**. Druga in tretja generacija kartic (izdani po letu 2008 oziroma 2015) imata omejeno veljavnost, ker uporabljata varnostne mehanizme, ki temeljijo na digitalnih potrdilih, ki so časovno omejena na deset let. Zato je potrebna zamenjava teh kartic.

En mesec pred potekom veljavnosti kartice vsem zavarovanim osebam avtomatsko in brezplačno pošljemo novo kartico. Po prenehanju njene veljavnosti te kartice ni več mogoče uporabiti.

Na spremnem dopisu, ki je priložen k novi kartici, je pojasnjen razlog prejema nove kartice in vse potrebne informacije o nje-

ni uporabi. Med temi informacijami sta posebej pomembna podatka o datumu konca veljavnosti obstoječe in datumu začetka veljavnosti nove kartice. Na novi kartici je na zunanosti izpisan tudi datum veljavnosti.

ZZZS 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 v skladu 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 spletni strani (<https://zavarovanec.zzgs.si>) ali najbližji izpostavi ali območni enoti ZZZS.** Pri naročilu nove kartice neposredno pri izpostavi ali območni enoti ZZZS predložite identifikacijski dokument (osebno izkaznico, potni list ...). Novo kartico boste prejeli po pošti kot priporočeno pošiljko najkasneje v štirinajstih dneh, za ta čas pa boste prejeli pisno potrdilo, ki začasno nadomešča kartico. V primeru izgube, kraje ali poškodbe kartice iz malomarnosti je treba novo kartico plačati.
- **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 ZZZS, tel. št. 01 30 77 466;
- avtomatski telefonski odzivnik ZZZS tel. št. 01 30 77 300, poglavje 3.

DODATNE INFORMACIJE O PROSTOVOLJNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU:

- Generali zavarovalnica d. d., Kržičeva 3, Ljubljana, tel.: 080 81 10;
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d., Pristaniška ulica 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 POSMRTO DAROVANJE ORGANOV IN TKIV ZA PRESADITVE:

- Slovenija-transplant (Zavod RS za presaditve organov in tkiv), Zaloška cesta 7, Ljubljana, tel.: 01 300 68 60.



NAČINI NAROČANJA KARTIC

Slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja lahko naročite na enega od naslednjih načinov:

- na spletni strani ZZZS,
- osebno na izpostavah oz. območnih enotah ZZZS.

Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja lahko naročite na enega od naslednjih načinov:

- na spletni strani ZZZS,
- z mobilnim telefonom,
- osebno na izpostavah oz. območnih enotah ZZZS.

E-STORITVE ZZZS

V nadaljevanju so opisane naslednje elektronske storitve:

- preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja,
- naročanje evropske kartice zdravstvenega zavarovanja
- naročanje slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja
- vpogled v osebne podatke zavarovane osebe.

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

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

Vsebina SMS sporočila mora biti:

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

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 dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali potrdilo o naročilu evropske kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma o morebitnih napakah.

Preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja in naročanje listin za tujino preko mobilnih telefonov je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij.

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

Na spletni strani <https://zavarovanec.zzzs.si> (poglavje »Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje in pridobitev



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

kartice zdravstvenega zavarovanja) **lahko naročite novo slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja ali preverite urejenost vašega zdravstvenega zavarovanja.**

S pomočjo spletnega obrazca lahko enostavno naročite novo slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja. Na vaš elektronski naslov boste prejeli začasno papirno potrdilo, ki nadomešča kartico zdravstvenega zavarovanja in s katerim lahko nemoteno uveljavljate zdravstvene storitve v Sloveniji do prejema nove kartice.

ZZZS vam na svoji spletni strani omogoča tudi **dostop do podatkov**, ki jih o vas in vaših zdravstvenih zavarovanjih vodi ZZZS. Ker je za urejeno zdravstveno zavarovanje zelo pomembno tudi zavarovanje za doplačila, so na isti spletni strani dostopni tudi ključni podatki o statusu dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga izvajajo Generali zavarovalnica, Triglav, zdravstvena zavarovalnica in Vzajemna zdravstvena zavarovalnica.

Podatki o zdravstvenem zavarovanju so občutljivi osebni podatki, zato je dostop do njih mogoč le na podlagi predpisane elektronske identifikacije – torej s kvalificiranim digitalnim potrdilom za fizične osebe, ki ga je izdal eden izmed slovenskih overiteljev. To so:

- Ministrstvo za javno upravo (»SIGEN-CA«, »SIGOV-CA«),
- NLB d. d. (»AC NLB«),
- Pošta Slovenije d. o. o. (»POŠTA@CA«) in
- Halcom Informatika d. o. o. (»Halcom-CA«).

Na spletni strani <https://zavarovanec.zzzs.si> izberite »e-Storitve ZZZS« in »Vpogled v moje podatke».

Podrobna navodila in pojasnila so zapisana na spletni strani.

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

Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS). Obvezno zdravstveno zavarovanje se izvaja po načelih socialne pravičnosti in solidarnosti med zdravimi in bolnimi, starimi in mladimi, bogatimi in revnimi. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje (osebe, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za pridobitev lastnosti zavarovanca, in po njih zavarovani družinski člani). Obseg pravic in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so določeni 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.

Pravice so predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja, če pooblaščen zdravnik oziroma ZZZS ugotovi, da so utemeljene, v skladu z ZZVZZ, drugimi predpisi in splošnimi akti ZZZS.

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 specialistične 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 posegov, razen če so potrebni zaradi posledic poškodb ali bolezni in so povezani 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;



- storitve, ki so potrebne za odpravo škode, ki si jo je zavarovana oseba povzročila sama;
- stroški prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino.

Pravici do **nadomestila plače** in **povračila potnih stroškov** sta opisani v poglavjih 17 in 18.

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, v skladu 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, 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 okužbe HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja;
7. obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa v skladu 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 4. do 13. točke tega odstavka, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz 1. do 13. točke 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 s prirojenimi 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.



Obseg ostalih pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, ki jih je na podlagi ZZVZZ določila Skupščina ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije. To pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financirajo storitve le v ustreznem 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, lahko pa se za doplačilo zavarujejo s sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno zavarovanje.

Določene pravice se nekaterim zavarovanim osebam iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo v primeru nujnega zdravljenja v celoti in brez doplačila oziroma brez sklenjenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Gre za invalide in druge osebe, ki jim je po posebnih predpisih priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij, za invalide, ki imajo več kot 70-odstotno



telesno okvaro po pokojninskem in invalidskem zavarovanju, za osebe, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev davkov po predpisih o socialnem varstvu, za osebe, starejše od 75 let in za zavarovance, ki so v tekočem koledarskem letu že vplačali določen znesek na račun doplačil. Poudariti je treba, da navedeno polno kritje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za te zavarovane osebe velja samo za nujno zdravljenje. Tak status si je treba pri ZZSZ urediti pred uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev. Poleg tega imajo zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani, ki nimajo zagotovljenega plačila zdravstvenih storitev v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pravico do kritja razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev v breme proračuna Republike Slovenije, če izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči, kar ugotavlja center za socialno delo, ki v zvezi s tem izda posebno odločbo.

Zdravstvene storitve na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, ob predložitvi 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 obstaja strokovna utemeljitev. Ker niso vse storitve v celoti oziroma s polno vrednostjo zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju, boste morali razliko do polne vrednosti storitev doplačati iz lastnih sredstev ali pa se boste za tveganje tovrstnih doplačil dopolnilno zdravstveno zavarovali. Za prostovoljno zdravstveno zavarovanje se sicer vsak odloča po lastni presoji, vendar priporočamo, da se v primeru, da ste starejši od 18 let in ste že zaključili šolanje, 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 zapora, mladoletniškega zapora, 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 obveznega zdravljenja 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 pogo-

jem, 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 zavarovani 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, ki jo 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 ta lahko podaljša na podlagi nove vloge. O priznani pravici obvesti center za socialno delo ZZSZ, 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 izbranemu osebnemu zdravniku. K drugemu zdravniku greste lahko, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, izbrani osebni zdravnik pa ni dosegljiv. Zdravstvene storitve lahko pri izbranem osebnem zdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja.

22

KAKO SI IZBERETE OSEBNEGA ZDRAVNIKA?

Osebnega zdravnika si izberete prosto med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). Izbiro opravite tako, da pri zdravniku izpolnite ustrezno listino. Za otroke, ki še ni star 15 let, to opravijo starši, varuh ali skrbnik. Izberete si lahko osebnega zdravnika splošne oziroma družinske medicine in osebnega zobozdravnika, ženske pa tudi osebnega ginekologa.

Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne oziroma družinske medicine. Za zavarovane osebe, starejše od 19 let, je izbrani osebni zdravnik specialist splošne oziroma družinske medicine ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Ženske si osebnega ginekologa praviloma izberejo pri izvajalcu osnovne zdravstvene dejavnosti, izjemoma pa tudi na sekundarni ali terciarni ravni (v bolnišnici ali kliniki). Izvajalec zdravstvene dejavnosti na sekundarni ali terciarni ravni lahko opravlja storitve izbranega osebnega ginekologa le izven ordinacijskega časa, ki je po pogodbi z ZZZS namenjen izvajanju zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti ter lahko na podlagi predhodne informacije o predvidenih stroških zdravstvene storitve zahteva doplačilo za zdravstveno storitev.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine, oziroma specialist pedontolog.

Izbrani osebni zdravnik je lahko, na podlagi ocene mentorja, tudi specializant s področja družinske medicine, pediatrije ali ginekologije in porodništva, ki opravlja četrto leto specializacije iz družinske medicine oziroma zadnje leto specializacije iz pediatrije ali iz ginekologije in porodništva, če specializant s tem pisno soglaša.





V čakalnici morata biti vidno objavljena seznam zdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov ordinacijski čas. Seznam vseh zdravstvenih zavodov in zasebnikov, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS, ter poimenski seznam zdravnikov, ki so lahko izbrani osebni zdravniki. Še druge koristne podatke najdete na spletni strani ZZZS: <http://zavarovanec.zzzs.si> (poglavje izbira in zamenjava osebnega zdravnika).

Zdravnik lahko odkloni vašo izbiro le, če ima že preveč opredeljenih zavarovanih oseb.

Svetujemo, da si izberete osebnega zdravnika, ki vam je najbližji, saj obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije potnih stroškov za potovanje do osebnega zdravnika, ki ni najbližji.

ALI JE OSEBNEGA ZDRAVNIKA MOGOČE ZAMENJATI?

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

Pred enim letom je zamenjava možna izjemoma, če pride med vami in vašim izbranim 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 izbrani osebni zdravnik. Ta zamenjava se opravi sporazumno ali na podlagi odločitve ZZZS. Ob zamenjavi bo vaš dotedanji zdravnik poslal vašo medicinsko dokumentacijo novoizbranemu osebnemu zdravniku. Novega osebnega zdravnika si boste morali izbrati tudi, če se vaš osebni zdravnik upokoji ali preneha izvajati svojo dejavnost.

KAKO UVELJAVLJATE PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA?

Vedno, kadar potrebujete zdravstvene storitve, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika in predložite kartico zdravstvenega zavarovanja. Samo v izjemnih primerih, ko gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, se lahko obrnete na katerega koli zdravnika, v tem primeru tudi ne potrebujete kartice zdravstvenega zavarovanja. Nujnost zdravstvene storitve presoja zdravnik, ki storitev izvede.

KATERE NALOGE IMA VAŠ OSEBNI ZDRAVNIK?

Izbrani osebni zdravnik vam zagotavlja diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, določene za primarno raven zdravstvene dejavnosti, preventivne storitve po programu, zdravljenje na domu in hišne obiske, če ugotovi, da so utemeljeni.

Izbrani osebni ginekolog zagotavlja ženske storitve s področja svetovanja o načrtovanju družine, kontracepciji, v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodno dobo, zgodnje odkrivanje raka na vratu maternice in vse preventivne preglede ter storitve diagnosticiranja in zdravljenja ginekoloških bolezni, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti. Izbrani osebni ginekolog poda izbranemu osebnemu zdravniku zavarovane osebe mnenje o njeni začasni nezmožnosti za delo zaradi bolezni oziroma stanj, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju.

Izbrani osebni zdravnik vam zagotavlja uresničevanje pravic svojega delovnega področja, v okviru tega pa:

- opravlja zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del predpisuje zdravila, živila in medicinske pripomočke;

- ugotavlja začasno zadržanost od dela do 30 dni (razen izbranega osebnega ginekologa in izbranega osebnega zobozdravnika) in podaja navodila za vaše ravnanje v času vaše zadržanosti od dela; osebni zdravnik otroka je pooblaščen ugotavljati začasno zadržanost od dela zaradi nege ali spremstva otroka, vendar o tem najpozneje v treh dneh obvesti osebnega zdravnika osebe, ki otroka neguje oziroma spremlja;
- vlaga predloge na ZZZS, pristojnim organom Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in drugim pristojnim organom; če traja zadržanost od dela dalj časa, napoti zavarovano osebo k imenovanemu zdravniku ZZZS ali na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje;
- napotuje k napotnim zdravnikom in napotnim zdravstvenim delavcem (specialistom, kliničnim psihologom...); izstavlja listine za uveljavljanje pravic (npr. Nalog za prevoz, Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva);
- zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo;
- opravlja druge storitve in naloge v skladu s predpisi.

Izbrani osebni zdravnik, ki je začasno odsoten zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpopolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje svojih nalog v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini.

Izbrani osebni otroški zdravnik – zdravnik specialist splošne (družinske) medicine praviloma pooblasti najbližjega zdravnika specialista pediatra ali specialista šolske medicine za izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev.

PREVENTIVNI PRESEJALNI PROGRAMI ZA PRAVOČASNO ODKRIVANJE IN PREPREČEVANJE BOLEZNI

V okviru programa preventivnega zdravstvenega varstva odraslih (www.nijz.si) se na ravni osnovnega zdravstvenega varstva izvajajo:

- preventivni pregledi odraslih oseb s presejanjem in oceno tveganja za kronične nenalezljive bolezni za zgodnje odkrivanje oseb z eno ali več takšnimi boleznimi in oseb z dejavniki tveganja zanje ter svetovanje za zdrav življenjski slog in krepitev duševnega zdravja; preventivni pregled se opravi vsakih 5 let, izjemoma prej;
- obravnave za krepitev zdravja, ki obsegajo zdravstvenovzgojne in psihoedukativne delavnice ter individualna svetovanja za dolgotrajno spremembo življenjskega sloga oziroma za krepitev duševnega zdravja.

ZORA (<http://zora.onko-i.si>), državni program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu. V okviru državnega presejalnega programa dobi vsaka ženska med 20. in 64. letom starosti, 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 (<http://dora.onko-i.si/>), državni program presejanja za raka dojke, 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 (www.program-svit.si/), državni program za zmanjšanje obolenosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki, omogoča vsako drugo leto vsem ženskam in moškim z vnaprejšnjim vabljenjem med 50. in 74. letom starosti pravočasno odkrivanje in odstranjevanje predrakavih sprememb.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zavarovanja. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni treba doplačevati. V primeru (do)plačil vas je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan o tem vnaprej obvestiti in od vas pridobiti pisno soglasje, da se z (do)plačilom strinjate.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

- 1. pogodbene cene zdravstvene storitve**, če uveljavljate zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov;
- 2. cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec**, če uveljavljate zdravstveno storitev:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
 - ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic 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);
 - pri zdravniku, ki ni vaš izbrani osebni zdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
 - v času, ki ne spada v standard (med 20. in 7. uro ob delavnikih, med vikendi in prazniki, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma reševalni prevoz),
- 3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno**, ko uveljavljate zdravstveno storitev:
 - pri osebnem ginekologu na terciarni ravni (kliniki).

Na vašo zahtevo morajo izvajalci v dejavnosti zobozdravstva in fizioterapije izstaviti specifikacijo opravljenih in ZZZS zaračunanih storitev. Prav tako morajo na vašo zahtevo izvajalci patronaže in nege na domu po zaključku obravnave za tekoči mesec izstaviti specifikacijo opravljenih in ZZZS zaračunanih storitev.

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

FIZIOTERAPIJA

Pravico do fizioterapije uveljavljate pri izbranem osebnem zdravniku. Če ta ugotovi, da obstaja razlog za takšno obliko zdravljenja (indikacija), bo izdal delovni nalog, s katerim se uveljavlja pravica do fizioterapije. Zavarovane osebe s kroničnimi kostno-mišičnimi boleznimi lahko uveljavljajo te storitve le v primeru akutnega poslabšanja tega zdravstvenega stanja.

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 za prvi pregled in zdravljenje, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje RS ali Zdravniški zbornici Slovenije.

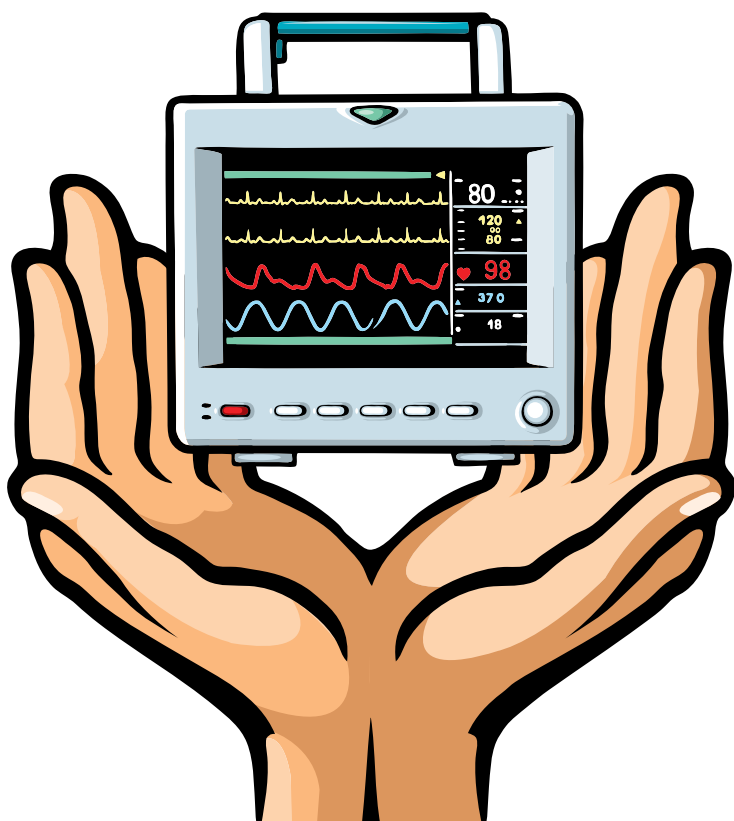
Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti (do)plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZZS. Pri tem imate več možnosti:

- 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 območni enoti ali izpostavi ZZZS.

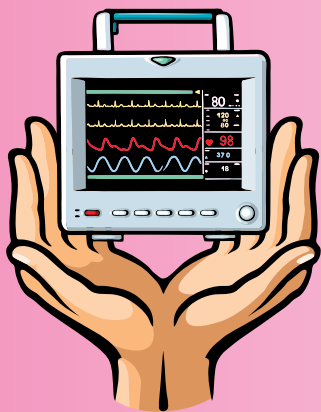
Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZZS, pri tem pa morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

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

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



6.
Pravica do storitev
specialistične ambulantne
dejavnosti



6. Pravica do storitev specialistične ambulantne dejavnosti

Izbrani osebni zdravnik lahko zaradi konzultacije, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitacijskih zdravstvenih storitev izda napotnico, in sicer za tista zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju. Z napotnico prenaša svoja pooblastila na napotnega zdravnika (v nadaljevanju: specialista). Izbrani osebni zdravnik izda napotnico tudi v primeru, če oceni, da imate pravico do medicinskega pripomočka, za predpisovanje katerega sam ni pooblaščen. Izbrani osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje prenese pooblastila za isto obdobje le na enega specialista iste vrste specialnosti.

Izbrani osebni zdravnik ob napotitvi seznanja specialista z natančno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na vaše zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve. Pred tem opravi vse zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja izbrani osebni zdravnik. Nujno medicinsko pomoč lahko opravi zdravnik specialist tudi brez napotnice.

Napotnica za specialistični pregled ni potrebna:

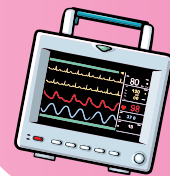
1. za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid,
2. za pregled in zdravljenje pri specialistu – psihiatru,
3. za pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni,
4. pri pregledih zaradi odkrivanja stikov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom,
5. v primeru sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnimi otrokom.

KAJ DOLOČA NAPOTNICA?

Izbrani osebni zdravnik na napotnici označi vrsto specialnosti, vrsto zdravstvene storitve in vrsto pooblastila, ki se prenaša na specialista glede zdravstvenega stanja, zaradi katerega vas napotuje. Z napotnico na specialista lahko prenese pooblastilo za:

- pregled zaradi podaje mnenja in predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi, pri čemer specialist zagotovi diagnostične zdravstvene storitve, ki so potrebne za podajo mnenja in predloga;





- zdravljenje, pri čemer specialist zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpisovanje medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih potrebujete pri redni terapiji;
- nadaljnjo napotitev na drugo zdravstveno storitev.

Specialist, na katerega je izbrani osebni zdravnik prenesel tudi pooblastilo za nadaljnjo napotitev, vas lahko napoti na drugo zdravstveno storitev le zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je sam prejel napotnico.

Brez napotnice lahko greste na specialistični pregled na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le k okulistu zaradi pregleda vida in predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida, k psihiatru, ali če potrebujete pregled zaradi odkrivanja stikov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih. K drugim specialistom pa lahko greste samo, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč in izbrani osebni zdravnik ni dosegljiv. Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri zdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja.

Izbrani osebni zdravnik vas lahko na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi iste bolezni v določenem času napoti le k enemu specialistu določene stroke.

KAKO DOLGO VELJA NAPOTITEV?

Pooblastila, ki jih izbrani osebni zdravnik da specialistu z napotnico, so časovno omejena. Na napotnici je označeno obdobje njene veljavnosti, ki je lahko največ eno leto, razen če specialist ugotovi, da boste potrebovali zdravstvene storitve tudi po preteku obdobja veljavnosti napotnice, ki ga je označil osebni zdravnik. V tem primeru lahko specialist sam podaljša veljavnost napotnice (na primer za kontrolni pregled), ali v primeru ortodontskega zdravljenja, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja. Kadar se na osnovi strokovnih kriterijev zahteva trajen nadzor določenih kroničnih bolezni na specialistični ravni, se lahko izda t. i. trajno napotnico, ki časovno ni omejena.

Veljavnost napotnice začne teči od dneva, ko vas specialist sprejme. Veljavnost napotnice preneha, ko specialist opravi zdravstvene storitve, zaradi katerih je prejel pooblastilo, najpozneje pa s pretekom njene veljavnosti. Specialist lahko podaljša veljavnost napotnice osebnega zdravnika, če ugotovi, da boste na podlagi napotnice potrebovali zdravstvene storitve tudi po preteku obdobja veljavnosti napotnice, ki ga je na napotnici označil osebni zdravnik.

KAKO IZBERETE USTREZNEGA SPECIALISTA?

Ko prejmete napotnico, se sami odločite, h kateremu specialistu ustrezne stroke boste šli. Seznam zdravnikov specialistov najdete na spletni strani NIJZ <https://cakalnedobe.ezdrav.si/>, spletni strani ZZS <http://www.zzs.si/izvajalci> in v knjižici ZZS z naslovom »Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev«. 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.

Na zdravstvene storitve, za katere vam je bila izdana napotnica, se lahko pri specialistu naročite:

- elektronsko s pomočjo sistema eNaročanje na naslovu <https://narocanje.ezdrav.si/> ali po elektronski pošti ali na spletni strani izvajalca zdravstvene dejavnosti;
- telefonsko, v okviru ordinacijskega časa;
- po pošti ali
- osebno med ordinacijskim časom.

Naroči vas lahko tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Napotnica se označi s stopnjo nujnosti v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice. Več o tem si lahko preberete v poglavju 8.

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

- ste izbrali specialista oziroma zdravstveni zavod, ki ima pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) za opravljanje takih storitev in
- bodo storitve opravljene v obsegu, ki je označen na napotnici.

V primeru, da si izberete specialista, ki ni najbližji vašemu prebivališču, 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 (glejte 18. poglavje).

KAJ MORA UPOŠTEVATI SPECIALIST?

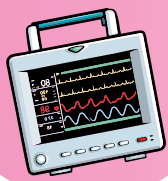
Specialist mora opraviti storitve, za katere ga je pooblastil zdravnik, ki je izdal napotnico. Če so podatki na napotnici pomanjkljivi, specialist sam zaprosi zdravnika, ki je napotnico izdal, da mu pošlje dodatno dokumentacijo in potrebne podatke.

Če niso pred tem opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti izbrani osebni zdravnik, specialist v treh dneh vrne napotnico izbranemu osebnemu zdravniku in vas o tem obvesti.

Specialist po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje vam in izbranemu osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Specialist posreduje izvid v sedmih dneh po opravljeni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih in v primerih suma na maligno obolenje oziroma med zdravljenjem malignega obolenja se izvid izda takoj.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zavarovanja. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni treba doplačevati. V primeru (do)plačil vas je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan o tem vnaprej obvestiti in od vas pridobiti pisno soglasje, da se z (do)plačilom strinjate.



Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

6. **pogodbene cene zdravstvene storitve**, če uveljavljate zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov,
7. **cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec**, če uveljavljate zdravstveno storitev:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
 - ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic 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);
 - v času, ki ne spada v standard (med 20. in 7. uro, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma reševalni prevoz);
 - pri specialistu brez napotnice, če ne gre za nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč oziroma druge primere, ko napotnica ni potrebna.
8. **dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno**, ko lahko skladno s predpisi uveljavljate zdravstveno storitev v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z ZZS izvajalčeva cena višja od pogodbene cene (npr. nastanitev v zdravilišču ali bolnišnici v višjem standardu, izbira ginekologa pri izvajalcu terciarne dejavnosti).

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

- kadar vam zdravstvene storitve opravi specialist ali zdravstveni zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZS, ali

- kadar vam zdravstvene storitve opravijo v samoplačniški ambulanti.

V teh primerih vam ZZS stroške povrne le, če je šlo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. 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.

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 za prvi pregled, se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, na 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 (do)plačil in drugih vprašanj, ki se tičejo obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa smo vam na voljo pri območnih enotah in izpostavah ZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni pri območni enoti ali izpostavi ZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svojo težavo vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo pošljete po pošti ali oddate območni enoti ali izpostavi ZZS.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZS. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Splošni dogovor (www.zzss.si/egradiva),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZS.



7.
Pravica do storitev
specialistične bolnišnične
dejavnosti



7. Pravica do storitev specialistične bolnišnične dejavnosti

KAJ OBSEGA PRAVICA DO BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA?

Pravica do bolnišničnega zdravljenja obsega:

- strokovno, tehnološko in organizacijsko zahtevnejše storitve diagnosticiranja, zdravljenja in medicinske rehabilitacije, ki jih glede na zdravstveno stanje pacienta ni mogoče opraviti v osnovni ali ambulantni specialistični dejavnosti oziroma v zdraviliščih;
- zdravstveno nego med bolnišničnim zdravljenjem;
- nastanitev in prehrano med bivanjem v bolnišnici;
- nastanitev in prehrano v bolnišnici samo podnevi (dnevna bolnišnica);
- zdravila in živila, ki so potrebna v času zdravljenja;
- pripomočke, ki so potrebni v času zdravljenja.

Med pravice do bolnišničnega zdravljenja štejejo tudi zdravstvene storitve in nega v zvezi s porodom. Novorojeni otroci imajo pravico do presejalnih testov za prirojene bolezni (npr. na fenilketonurijo, hipotireozo itd.), ki jih zagotavljajo porodnišnice oziroma bolnišnice s porodniškimi oddelki in oddelki za novorojence.

Standard nastanitve in prehrane v bolnišnicah, klinikah in inštitutih je nastanitev v večposteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno. V primerih izolacije je standard po strokovni presoji lahko drugačen. Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so doktrinarne strokovno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje pacienta v skladu s presojo njegovega osebnega ali napatnega zdravnika.

Pacientu so, glede na njegovo zdravstveno stanje, zagotovljene tudi pravice do najzahtevnejših storitev, ki jih opravljajo le klinike in inštituti (terciarne storitve).

Pacient lahko izbira, kje se bo zdravil. Če so izpolnjeni predpisani pogoji (na primer, da v kraju prebivališča ali zaposlitve pacienta ni izvajalca zdravstvene storitve), mu bodo v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja na pisno zahtevo povrnjeni potni stroški za potovanje do izvajalca (bolnišnice), ki je najbližji.





SOBIVANJE ENEGA OD STARŠEV OB HOSPITALIZIRANEM OTROKU

Eden od staršev ima pravico do bivanja ob hospitaliziranem otroku. Več o tem si lahko preberete v poglavju 17.

NAPOTITEV V BOLNIŠNICO

V bolnišnico lahko pacienta napoti njegov izbrani osebni zdravnik ali lečeči zdravnik specialist z napotnico.

Podrobnosti glede naročanja na zdravstvene storitve, za katere vam je bila izdana napotnica, si lahko preberete v poglavju 8.

Kadar je na bolnišnično zdravljenje pacient sprejet brez napotnice (npr. po nujenju nujne medicinske pomoči na oddelku urgence ali zaradi nujnega zdravljenja), o tem bolnišnica obvesti izbranega osebnega zdravnika najpozneje v sedmih dneh po sprejemu. V obvestilu sporoči tudi razloge za bolnišnično zdravljenje oziroma za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč.

Kaj je dobro imeti s seboj ob sprejemu v bolnišnico?

Zdravljenje bo potekalo bolj uspešno, če pacient pri zdravljenju sodeluje. Ob sprejemu naj ima pacient s seboj natančen seznam vseh zdravil, tudi tistih, ki jih potrebuje le občasno, npr. proti bolečinam, za spanje, za pomiritev itd. Uporabi se lahko obrazec »Moj seznam zdravil«, ki je na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Seznam je koristen tudi ob vsakem pregledu pri zdravniku, zato ga je smiselno imeti vedno pri sebi.

Kako poteka bolnišnična obravnava?

Pred morebitnim vstopom v stacionarno bolnišnično zdravljenje pacienta najprej pregleda zdravnik v specialistični ambulanti bolnišnice, da ugotovi, ali so izčrpane vse možnosti za ambulantno zdravljenje. Stacionarno zdravljenje odredi le, če zdravljenja ni mogoče nadaljevati ambulantno.

Bolnišnični zdravnik zaključi stacionarno zdravljenje, ko so glede na zdravstveno stanje pacienta podane možnosti za odpust v domačo oskrbo ali v socialnovarstveni zavod ali pa je z zdravljenjem možno nadaljevati v specialistični ambulanti ali osnovni dejavnosti ali na domu. Pred zaključkom zdravljenja zdravnik o tem obvesti pacienta in po potrebi tudi njegove svojce.

Ob odpustu iz bolnišnice bolnišnični zdravnik pošlje odpustno pismo z obvestilom, priporočili in mnenjem izbranemu osebnemu zdravniku. Poleg tega predpiše na recept uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki so potrebna ob redni terapiji. Odpustno pismo oziroma poročilo osebnemu zdravniku lahko vsebuje tudi priporočene omejitve glede telesnega obremenjevanja glede na zdravstveno stanje in druga strokovno utemeljena mnenja, za katera je prosil osebni zdravnik.

Kadar pacient potrebuje nadaljnjo obravnavo, a jo odkloni, ga bolnišnica odpusti le, če to dovoljuje njegovo zdravstveno stanje.

OBLIKA BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE

Glede na obliko nujenih storitev bolnišnično obravnavo delimo na:

- akutno bolnišnično obravnavo in
- neakutno bolnišnično obravnavo.

Akutna bolnišnična obravnava je zdravstvena oskrba, ki vključuje diagnosticiranje bolezenskega stanja, vse oblike zdravljenja ter rehabilitacijo. Sem sodi akutna bolnišnična obravnava v okviru skupin primerljivih primerov (SPP), transplantacija, psihiatrična obravnava in rehabilitacija.

Neakutna bolnišnična obravnava je zdravstvena oskrba po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju.

Neakutna bolnišnična obravnava se izvaja na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo, ločeno od oseb, ki so v akutni bolnišnični obravnavi. Obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo.

Do namestitve na oddelk neakutne bolnišnične obravnave so upravičene osebe, ki:

- imajo obsežne kronične rane, pri katerih se še pričakuje celjenje;
- so v t.i. končni (terminalni) fazi kronične bolezni;
- jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod;
- nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje, ker so popolnoma ali delno odvisne od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti.

Za premestitev iz akutne obravnave v neakutno obravnavo in obratno ter za trajanje neakutne bolnišnične obravnave mora obstajati medicinski razlog (indikacija).

VRSTA BOLNIŠNIČNE OBRAVNAVE

Glede na izvajanje zdravstvene oskrbe v bolnišnici ločimo stacionarno zdravstveno oskrbo (obrnava z nočitvijo oziroma hospitalizacija) in nestacionarno zdravstveno oskrbo (dnevna obravnava, dolgotrajna dnevna obravnava):

- Obravnava z nočitvijo oziroma hospitalizacija je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča zdravstvena oskrba v posteljni enoti bolnišnice. V obdobju hospitalizacije zdravljenje lahko poteka v okviru akutne in neakutne bolnišnične obravnave, če obstaja medicinski razlog.
- Dnevna obravnava (enodnevna obravnava) je takšna zdravstvena oskrba zaradi diagnosticiranja, zdravljenja ali druge oblike zdravstvene dejavnosti, ki predvideva odpust še isti dan. Traja manj kot 24 ur in običajno ne preko noči. Če se mora ta način zdravstvene oskrbe zaradi medicinske indikacije nadaljevati, pa govorimo o dolgotrajni dnevni obravnavi.
- Dolgotrajna dnevna obravnava je zdravstvena oskrba, ki s prekinitvami traja daljši čas (več dni), vendar vsakokrat neprekinjeno manj kot 24 ur in ne preko noči. Ta način obravnave se lahko ponavlja v (ne)zaporednih dneh do



zaključenega ciklusa obravnave, pacient pa mora v določenem obdobju v bolnišnico prihajati večkrat.

PREMESTITEV V DRUGO BOLNIŠNICO

Kadar se med bolnišnično obravnavo ugotovi, da je potreben poseg, ki ga ta bolnišnica ne more izvesti, se z drugim izvajalcem, ki ta poseg izvaja, dogovori o premestitvi. Pri tem se dogovori, ali bo drugi izvajalec opravil le dogovorjeni poseg in potem pacienta premestil nazaj v prvotno bolnišnico (začasna premestitev) ali pa bo drugi izvajalec v celoti opravil še druge potrebne posege tako, da bo zaključil zdravljenje, ki se je začelo v prvotni bolnišnici (dokončna premestitev).

PO ODPUSTU IZ BOLNIŠNICE

Prehod v institucionalno varstvo

Postopke pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (npr. v domovih za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodih za odrasle, varstvenodelovnih centrih) ureja poseben pravilnik. Postopek za sprejem se začne z vložitvijo prošnje za sprejem. Pri sprejemu se upoštevajo zdravstveno stanje in socialni razlogi, ki lahko pomembno vplivajo na nujnost čimprejšnjega sprejema. Pravica do institucionalnega varstva ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato se je za dodatna pojasnila v zvezi s to pravico treba obrniti na pristojno ministrstvo ali na izvajalce institucionalnega varstva.

Patronažna služba

Pacienti z aktivno tuberkulozo, mišičnimi, živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, motnjami v razvoju, invalidne in kronično bolne osebe ter osebe, ki so stare več kot 65 let in so osamele ter socialno ogrožene, imajo pravico do dveh preventivnih patronažnih obiskov na leto.

Namen preventivnih obiskov je zagotavljati aktivnosti, ki bodo vodile k ohranitvi in krepitvi najvišje ravni zdravja glede na bolezen, preprečevanju zapletov in pomoči pri zagotavljanju oskrbe in možnosti za samonegovanje in samooskrbo na domu. Naloga patronažnega varstva je spremljanje kronične-

ga pacienta in izvajanje zdravstvene nege po planu. Spremljanje se opravlja ob dvakratni letni obravnavi.

V primeru ugotovljene potrebe po poglobljeni zdravstveni negi se na podlagi strokovne presoje medicinske sestre v sodelovanju z zdravnikom opravi potrebno število preventivnih obravnav. Cilj obravnave je kroničnemu pacientu omogočiti kakovostno življenje v domačem okolju.

Zdravilišče

V primerih, ko je po zaključenem bolnišničnem zdravljenju potrebno zdraviliško zdravljenje, ima pacient pravico, da takoj po zaključku zdravljenja v bolnišnici nastopi zdravljenje v naravnem zdravilišču. Več o pravici do zdraviliškega zdravljenja si lahko preberete v poglavjih 14 in 15

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji o svojem zdravstvenem stanju, vprašanji glede univerzalnih pacientovih pravic ali glede čakalne dobe za zdravstveno storitev se lahko obrnete na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, na zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko pošljete tudi Ministrstvu za zdravje RS ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti plačil in drugih vprašanj, ki zadevajo obvezno zdravstveno zavarovanje, pa smo vam na voljo pri območnih enotah in izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da uradna oseba vašo izjavo zabeleži na zapisnik ali
- svojo težavo vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate na območni enoti ali izpostavi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

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,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni,
- Splošni dogovor (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov
- (www.zzzs.si/egradiva);
- Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva.



8.
Naročanje na zdravstvene
storitve z napotnico,
čakalne dobe in vodenje
čakalnih seznamov



8. Naročanje na zdravstvene storitve z napotnico, čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov

Na zdravstvene storitve, za katere vam je bila izdana napotnica, se lahko pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti (zdravniku, zdravstvenemu domu, bolnišnici) naročite:

- elektronsko prek sistema eNaročanje, elektronske pošte ali spletne strani izvajalca zdravstvene dejavnosti;
- telefonsko, v okviru ordinacijskega časa;
- po pošti ali
- osebno med ordinacijskim časom.

Naroči vas lahko tudi zdravnik, ki je izdal napotnico.

Napotnico je treba specialistu predložiti v naslednjih rokih:

- napotnico s stopnjo nujnosti »nujno« najpozneje naslednji dan po njeni izstavitvi;
- napotnico s stopnjo nujnosti »zelo hitro« v 7. dneh po njeni izstavitvi;
- napotnico s stopnjo nujnosti »hitro« in »redno« v 21. dneh po njeni izstavitvi.

Napotnica preneha veljati, če je niste predložili v navedenem roku.

Zdravnika oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti si izbirate prosto. Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti, ki je navedena na napotnici, so na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ – <http://www.nijz.si>). Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu tudi v čakalnici ali v prostorih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in na njihovih spletnih straneh.

Zavarovane osebe imajo ob prihodu k izvajalcu zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico izvedeti, kolikšna je čakalna doba za storitev, ki jo potrebujejo, oziroma kdaj bo storitev lahko opravljena. Ker vseh zdravstvenih storitev ni treba in tudi ni možno opraviti takoj, morajo zavarovane osebe ob njihovem uveljavljanju upoštevati tudi (morebitno) čakalno dobo.

KAKO HITRO LAHKO PRIDEDE DO USTREZNEGA SPECIALISTA?

Zdravnik, ki izda napotnico, na napotnici označi stopnjo nujnosti. Stopnje nujnosti, kot jih določa Zakon o pacientovih pravicah, so:

- nujno,
- zelo hitro,
- hitro in
- redno.

Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvedejo takoj oziroma 24 ur od predložitve napotnice in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, se izvedejo v 14 dneh od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo v treh mesecih od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno«, se izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložitve napotnice. Ob sumu na maligno bolezen se vedno določi stopnja nujnosti »zelo hitro« ali »nujno«.

Stopnja nujnosti se določi le za prvi pregled. Za kontrolni pregled se ne določi stopnja nujnosti, ampak se pregled opravi glede na medicinsko indikacijo in strokovno presojo specialista, ki vas zdravi.

Ob tem je dobro vedeti, da so se zdravniki in zdravstveni za vodi, ki imajo pogodbo z ZZS, obvezali, da bodo:

- nudili zavarovanim osebam zdravstvene storitve, ki sodijo v program obveznega zdravstvenega zavarovanja, enako merno skozi vse leto;
- uvedli čakalno knjigo za prvi obisk pri določenem specialistu za storitve, ki jih je mogoče odložiti, vanjo dosledno vpisovali datum in uro naročenega prvega pregleda in spoštovali vrstni red po čakalni knjigi;
- v času zdravljenja upoštevali doktrinarna stališča o čakalnih dobah.

Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti so vam dostopne na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje <https://cakalnedobe>.



*** 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, če 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 okužb, ki bi pri zavarovani osebi utegnile povzročiti stanje sepse;
 - 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.

ezdrav.si/. Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu tudi v čakalnici ali v prostorih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in na njihovih spletnih straneh.

Če odgovorna oseba ob uvrščanju v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ne presega dopustne čakalne dobe. Če boste termin pri drugem izvajalcu odklonili, vas bo odgovorna oseba uvrstila na svoj čakalni seznam in posebej označila, da želite izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

KAJ MORA UPOŠTEVATI SPECIALIST?

Specialist mora opraviti 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.

Če niso pred tem opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti izbrani osebni zdravnik, specialist v treh dneh vrne napotnico izbranemu osebnemu zdravniku in vas o tem obvesti.

Specialist po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje vam in izbranemu osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Specialist posreduje izvid v sedmih dneh po opravljeni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih in v primerih suma na maligno obolenje oziroma med zdravljenjem malignega obolenja se izvid izda takoj.

KDAJ NI ČAKALNIH DOB?

Kadar zdravstveni delavci, pri katerih iščete pomoč, ugotovijo, da vaše zdravstveno stanje terja takojšnje ukrepanje oziroma **nujne storitve***, vas morajo sprejeti takoj (tudi brez napotnice osebnega zdravnika).

NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE

Najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne storitve določi minister za zdravje.

Najdaljša dopustna čakalna doba za posamezno zdravstveno storitev je določena glede na stopnjo nujnosti.

Stopnjo nujnosti določi zdravnik, ki vam izda napotnico, na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic, strokovne presoje in ob upoštevanju največje zdravstvene koristi pacienta, pri čemer se upošteva razumni čas.

UVRSTITEV NA ČAKALNI SEZNAM

Izvajalec zdravstvene dejavnosti po prejemu napotnice ter ob upoštevanju stopnje nujnosti uvrsti v prvi prosti termin na čakalnem seznamu vsako zavarovano osebo, ki z napotnico



uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Predhodno lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti opravi triažiranje vaše napotnice, in sicer v treh dneh po prejemu. Če se stopnja nujnosti, navedena na napotnici, in stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triažiranju, razlikujeta, velja stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triažiranju, o čemer vas bo izvajalec zdravstvene dejavnosti obvestil. Če se ob triažiranju ugotovi, da ni medicinske indikacije za zdravstveno storitev, se napotnica v treh dneh vrne zdravniku, ki jo je izdal, o čemer vas bo izvajalec zdravstvene dejavnosti prav tako obvestil.

Ob uvrstitvi v čakalni seznam se določijo:

- okvirni termin ali termin, ko gre za kirurške postopke in vse druge zdravstvene storitve, kjer čakalna doba znaša več kot štiri mesece;
- termin, (to je čas, izražen z datumom, uro in minuto), ko gre za druge zdravstvene storitve.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti vas uvrsti v čakalni seznam v petih dneh po predložitvi napotnice oziroma v dveh dneh po opravljenem triažiranju, o uvrstitvi in posledicah zaradi neopravičene odsotnosti vas obvesti v treh dneh od uvrstitve na čakalni seznam.

Kadar imate določen zgolj okvirni termin, vas bo izvajalec zdravstvene dejavnosti o njem obvestil v treh dneh po njegovi določitvi. V primeru, ko se določi okvirni termin, je treba točen termin določiti:

- pri operacijah: najpozneje 30. dan pred izvedbo zdravstvene storitve,
- pri vseh drugih zdravstvenih storitvah: najpozneje 90. dan pred izvedbo zdravstvene storitve, pri čemer mora biti termin določen znotraj okvirnega termina.

Za isto zdravstveno storitev ste lahko uvrščeni na čakalni seznam največ pri enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe, in sicer največ na en termin oziroma okvirni termin. Omejitev glede števila terminov oziroma okvirnih terminov ne velja za kontrolni pregled.

Pri naročanju na kontrolni pregled najdaljše dopustne čakalne dobe ne veljajo, saj se pri uvrstitvi na čakalni seznam za kontrolni pregled upošteva le medicinska indikacija, stopnja nujnosti pa se ne določa.

Čakalni seznam se ne vodi za zdravstvene storitve pri izbranem osebnem zdravniku splošne oziroma družinske medicine, izbranem osebnem ginekologu in izbranem osebnem pediatru ter za preventivne preglede. Izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe za te storitve in za zdravstvene storitve, pri katerih ni čakalnih dob, vodi naročilno knjigo.

PRESEGANJE NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE

Če se ob uvrščanju na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri konkretnem izvajalcu zdravstvene dejavnosti presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, vam bo izvajalec predlagal izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri

čemer vas bo seznanil z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri drugem izvajalcu. Kadar drugega izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, vam bo izvajalec posredoval informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo (glejte poglavje 16.2.)

Če boste izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu odklonili, boste uvrščeni na čakalni seznam z označbo, da ste bili obveščeni o možnosti izvedbe zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe pri drugem izvajalcu.

Omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja, če želite, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu ali zdravstvenem sodelavcu. Taka želja se označi na čakalnem seznamu. Prav tako omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja, če ste uveljavljali pravico do nadomestnega termina.

PRESTAVITEV TERMINA

Če imate določen okvirni termin, lahko ob določitvi točnega termina zahtevate poznejši prosti termin (nadomestni termin), ki je v 90 dneh od prvotno predlaganega. To možnost lahko uveljavite le enkrat in samo za stopnjo nujnosti hitro ali redno. Če se ne strinjate ne s prvotno predlaganim ne nadomestnim terminom, vas izvajalec zdravstvene dejavnosti ne bo uvrstil na čakalni seznam.

ODPOVED TERMINA IZ RAZLOGA NA STRANI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Če izvajalec zdravstvene dejavnosti iz objektivnih razlogov (nadomeščanje odsotnega zdravnika) ali izjemnih okoliščin (npr. epidemija, naravna nesreča) ne more izvesti zdravstvenih storitev oziroma jih začasno ne more izvajati iz tehničnih razlogov (npr. okvara opreme), vas bo nemudoma prenaročil na prvi prosti (dodatni) termin, pri čemer bo upošteval stopnjo nujnosti in vas o tem obvestil v treh dneh po prenaročitvi. V tem primeru lahko, ne glede na morebiti že uveljavljano pravico do nadomestnega termina, ponovno zahtevate določitev nadomestnega termina.

Kadar zdravstvene storitve ni mogoče izvesti zaradi prenehanja izvajanja storitev določenega izvajalca zdravstvene dejavnosti (npr. prenehanje dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, odvzem koncesije, stečaj), vam bo napotnico vrnil z obvestilom o prenehanju izvajanja zdravstvenih storitev, in sicer v treh dneh od prenehanja izvajanja zdravstvenih storitev.

ODPOVED TERMINA IZ RAZLOGA NA VAŠI (PACIENTOVI) STRANI

Če ste že uvrščeni v čakalni seznam in imate že določen okvirni termin, lahko ob določitvi termina zahtevate poznejši prosti termin (nadomestni termin), ki mora biti v 90 dneh od prvotno predlaganega. To možnost lahko uveljavite najpozneje 10 dni pred izvedbo storitve in le enkrat v okviru iste napotitve in samo za stopnjo nujnosti hitro ali redno.



Poznejša odpoved termina je dopustna le iz objektivnih razlogov, ki so:

- nepričakovana hospitalizacija vas ali vašega ožjega družinskega člana, ki vam onemogoča prihod na termin ali izvedbo zdravstvene storitve;
- nenadna bolezen, poškodba ali zdravstveno stanje vas ali vašega ožjega družinskega člana, ki vam onemogoča prihod na termin ali izvedbo zdravstvene storitve in
- smrt ožjega družinskega člana.

V primeru odpovedi iz objektivnih razlogov ne veljajo omejitve glede odpovedi termina le enkrat v okviru iste napotitve in napotitve v okviru stopnje nujnosti hitro ali redno.

V primeru opravičila iz objektivnih razlogov, vam bo izvajalec zdravstvene dejavnosti določil prvi prosti termin, upoštevajoč stopnjo nujnosti.

Če termin odpoveste, ne veljajo omejitve glede najdaljše dopustne dobe.

POSLEDICE NEOPRAVIČENE ODSOTNOSTI NA TERMIN ZDRAVSTVENE STORITVE

Najmanj deset dni pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve (terminom) vas bo izvajalec zdravstvene storitve kontaktiral in vas opozoril na posledice neopravičene odsotnosti. Opozorilo se lahko opusti, kadar je od zadnjega opozorila preteklo manj kot 60 dni. Če na zdravstveno storitev ne boste prišli oziroma odsotnosti ne boste opravičili iz dopustnih razlogov, vas izvajalec zdravstvene storitve v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah zaradi neopravičene odsotnosti črta s čakalnega seznama in napotnica preneha veljati. V tem primeru se lahko v čakalni seznam za isto zdravstveno storitev uvrstite šele po poteku treh mesecev od termina, ob katerem ste neopravičeno izostali. Samo v primeru, če izvajalec zdravstvene dejavnosti ugotovi, da 30-dnevna omejitev neposredno ogroža vaše zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo, se navede na omejitve ne upošteva.

V KATERIH PRIMERIH VAS IZVAJALEC ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI ČRTA IZ ČAKALNEGA SEZNAMA

Izvajalec zdravstvene dejavnosti pacienta črta s čakalnega seznama v naslednjih primerih:

- smrt pacienta;
- na željo pacienta;

- pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve;
- zdravstveno stanje pacienta ne omogoča izvedbe zdravstvene storitve, zaradi katere je uvrščen na čakalni seznam;
- neopravičena odsotnost ob terminu;
- druga ali katera koli naslednja uvrstitev na čakalni seznam za isto zdravstveno storitev.

V vseh navedenih primerih črtanja s čakalnega seznama se napotnica vrne zdravniku (stornira) z navedbo razlogov. Razlog za črtanje se navede tudi na čakalnem seznamu. O črtanju s čakalnega seznama iz razloga iz druge, tretje, četrte, pete ali šeste alineje prejšnjega odstavka vas bo izvajalec zdravstvene dejavnosti obvestil v treh dneh od črtanja.

PRI IZBIRI ZDRAVNIKA ALI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI PRIMERJATE TUDI NJIHOVE ČAKALNE VRSTE IN ČAKALNE DOBE

Ker se lahko čakalne dobe na poseg, pregled ali preiskavo med posameznimi zdravniki ali izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji razlikujejo, vam svetujemo, da pred izbiro ustreznega zdravnika ali izvajalca zdravstvene dejavnosti preverite tudi njihove čakalne dobe ter jih primerjate s čakalnimi dobami pri drugih izvajalcih, saj imate pravico do proste izbire zdravnika oziroma izvajalca zdravstvene dejavnosti.

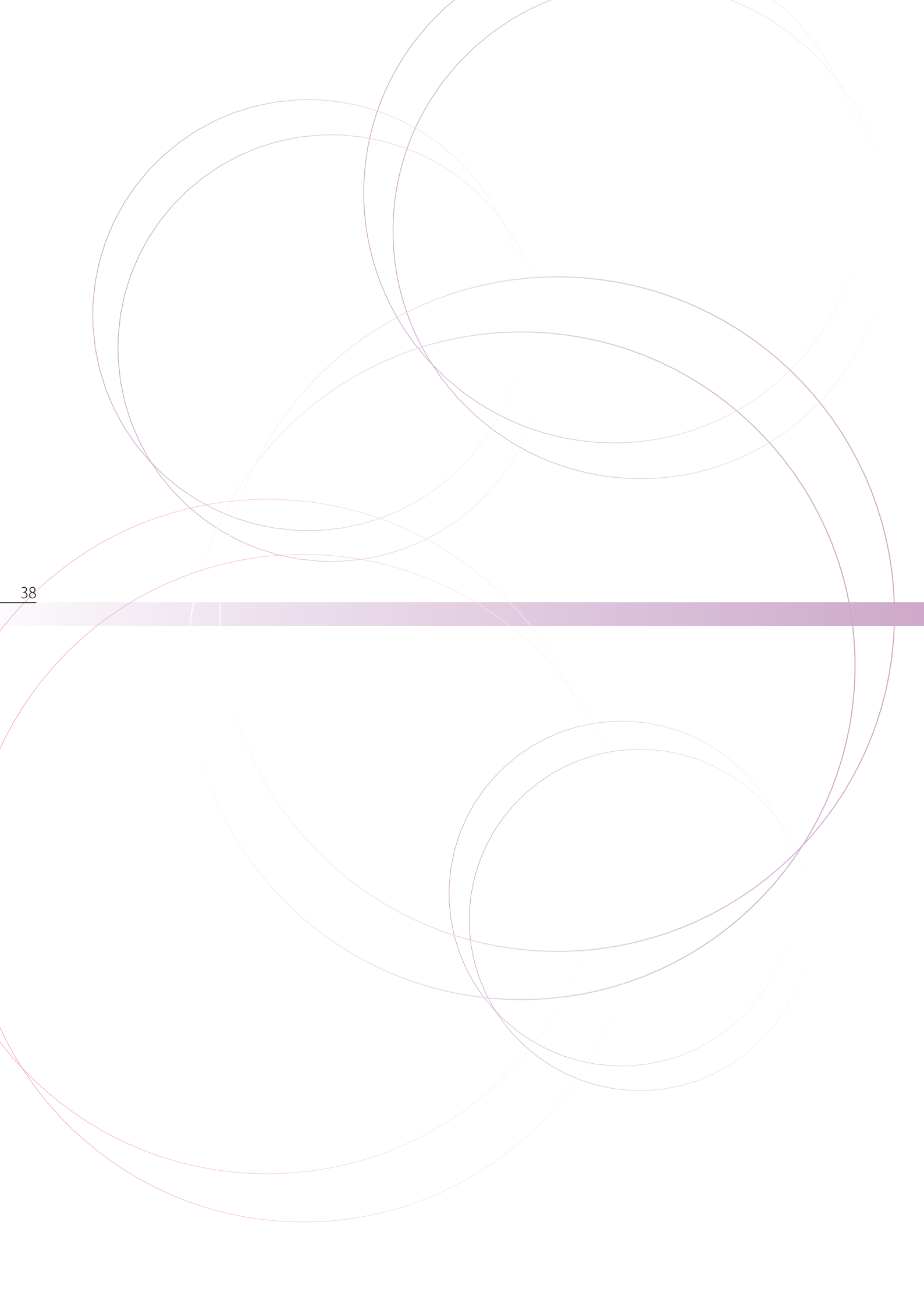
KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem in spoštovanjem strokovno upravičenih prednosti pri uvrstitvi v čakalni seznam, se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnike pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi na Ministrstvo za zdravje RS ali Zdravniško zbornico Slovenije. Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov uveljavljanja pravic, obveznosti (do)plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZZS. Za kršitev pogodbene obveznosti z ZZZS namreč šteje tudi, če izvajalec zdravstvene dejavnosti:

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

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 o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah,
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS.





9.
Pravica do storitev
zobozdravstvene
dejavnosti



9. 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. K drugemu zobozdravniku ali v urgentno ambulanto greste lahko, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč,* izbrani osebni zobozdravnik pa ni dosegljiv.

40

Zdravstvene storitve lahko pri izbranem osebnem zobozdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja.

Osebnega zobozdravnika si izberete prosto med zobozdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo zobozdravstveno dejavnost na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS).

Izbiro opravite tako, da pri zobozdravniku izpolnete in podpisate ustrezno listino. Za otroka, ki še ni star 15 let, to opravijo njegovi starši, varuh ali skrbnik.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine.

Seznam zobozdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov ordinacijski čas morata biti vidno objavljena v čakalnici. Seznam zdravstvenih zavodov in zasebnikov, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZS, ter poimenski seznam zobozdravnikov, ki so lahko izbrani osebni zobozdravniki, ter še druge koristne podatke najdete na spletni strani ZZS: <http://zavarovanecc.zzs.si> (poglavje Izbira in zamenjava osebnega zdravnika). Zobozdravnik lahko odkloni vašo izbiro le, če ima že preveč opredeljenih zavarovanih oseb. Svetujemo, da si izberete osebnega zobozdravnika, ki vam je najbližji, saj obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije potnih stroškov za potovanje do izbranega osebnega zobozdravnika, ki ni najbližji.

* Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve v zobozdravstveni dejavnosti vključuje:

- oskrbo poškodb zob in ustne votline ter vnetnih stanj v ustni votlini, če ta stanja lahko ogrozijo življenje, ali pa opustitev njihove oskrbe lahko bistveno poslabša izid zdravljenja,
- zdravljenje močnejših krvavitev in
- oskrbo hude stalne bolečine v ustni votlini, neodzivne na analgetike.





KAKŠNE SO VAŠE PRAVICE?

Kot odrasla zavarovana oseba imate iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ob upoštevanju standardov storitev in materialov, pravico do naslednjih zobozdravstvenih storitev s področja preprečevanja, odkrivanja in zdravljenja ustnih in zobnih bolezni:

- letnega pregleda na vašo zahtevo;
- zdravljenja zob, njihovega polnjenja (plombiranja) in nadgrajevanja, rentgenskega slikanja zobovja in čeljustnic, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih kirurških storitev;
- zobnoproteničnih pripomočkov;
- kontrolnega pregleda šest mesecev po končanem konzervativnem zdravljenju in končani zobnoprotenični rehabilitaciji.

Predšolski otroci, učenci in študenti do dopolnjenega 26. leta imajo v okviru preventivnih zobozdravstvenih pregledov tudi pravico do določenih dodatnih zobozdravstvenih storitev, kot npr. čiščenja zobnih oblog, zalivanja fisur, fluorizacije.

V izjemnih primerih, če ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z mostički ali protezami in če izpolnujete določene pogoje, imate pravico do zobnoprotenične rehabilitacije s pomočjo zobnih vsadkov. Pogoji za njeno uveljavljanje so:

- da ni mogoča funkcionalno ustrezna rehabilitacija s standardno protezo ali mostičkom;
- da so pri zavarovani osebi prisotna določena zdravstvena stanja (resekcija čeljusti kot posledica tumorjev v področju glave ali vratu, oligodontija, če manjka šest ali več zob, pri čemer modrostniki niso všteti, razvojne anomalije kosti – shize, nekatere obsežne resorpcije kosti ali atrofije alveolnega grebena spodnje oziroma zgornje čeljusti, v izjemnih primerih, ko po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z zobnoproteničnimi pripomočki brez zobnih vsadkov);
- da pri zavarovani osebi niso podane kontraindikacije (npr. neustrezna ustna higiena, nesaniрани zobje, bolezni ali zdravila, ki vplivajo na zraščenenost zobnega vsadka ...).

Standardni material zobnoproteničnega pripomočka na vsadku in vrsta tega pripomočka sta odvisna od tega, ali izpolnujete pogoje za zobni vsadek (ne glede na to, ali ste ga uveljavljali v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ali samoplačniško) ali teh pogojev ne izpolnujete in ste se za zobni vsadek odločili sami.

Za pravico do zobnoproteničnih fiksnih in snemnih pripomočkov je potrebno predhodno zavarovanje, in sicer šest mesecev od prve prijave v obvezno zdravstveno zavarovanje ali šest mesecev od ponovne prijave, če je bilo vaše zdravstveno zavarovanje v Sloveniji prekinjeno za več kot tri mesece.

KAJ SO STANDARDNE STORITVE IN MATERIALI?

Obvezno zdravstveno zavarovanje vam 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 določenem delovnem času, z uporabo standardnih materialov in upoštevanjem

trajnostnih dob. Zobozdravstvene storitve, ki so opravljene v nočnem času (od 20. do 7. ure) ter ob sobotah, nedeljah in praznikih, ali 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, če gre za zobozdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, za katere vam kot zavarovani osebi ne smejo posebej zaračunavati doplačil, so:

- kompozitni material – za zalivko v vidnem sektorju, na mlečnem zobu, na zobu otroka, mlajšega od 15 let, ali nosečnice oziroma doječe matere;
- amalgam – za zalivko v stranskem (transkaninem) sektorju ali če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov;
- zlatopaladijeva zlitina – za vlito zalivko;
- srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahna zlitina – za nazidek z zatičkom ali koreninsko kapico z zatičkom, prevleko in mostiček;
- z vlakni ojačan kompozit ali titan – za konfekcijski zatiček;
- žlahna zlitina – za dvojno prevleko;
- kompozitni material – za zobno faseto prevleke in mostička ter umetno dlesen mostička;
- akrilat – za protezo;
- akrilat in ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine – za parodontalno podprto protezo;
- akrilat in kompozitni material – za zobe v protezi;
- titan in titanova zlitina, ki vsebuje vsaj 85 % titana – za zobni vsadek, (če je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja);
- porcelan in kobaltkromova zlitina – za prevleko in mostiček na zobnem vsadku (če je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja);
- akrilat in ulita kovinska baza iz kobaltkromove ali podobne zlitine – za zobno protezo na zobnih vsadkih.

Standardna materiala ortodontskega aparata sta:

- akrilat – za snemni ortodontski aparat in
- konfekcijsko pripravljen kovinski in drug element – za nesnemni ortodontski aparat.

Geno žlahnih in polžlahnih zlitin, ki predstavljajo standardne materiale, določi ZZZS. Za standardne materiale vam ni treba doplačati. Izvajalec vam je vedno dolžan nuditi zobnoprotenični pripomoček iz standardnih materialov, lahko pa vam ponudi uporabo nadstandardnih ali drugih materialov in vam hkrati predstaviti njihove prednosti in višino doplačila. Če se s tem strinjate, morate podpisati soglasje.

Kadar iz zdravstvenih razlogov strokovno ni utemeljena uporaba standardnega materiala, je standardni material drug ustrezen material, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost zobozdravstvene storitve in zobnoproteničnega pripomočka. Za zdravstveni razlog se šteje izkazana alergija na standardni material ali drug neželeni učinek tega materiala, ki ogroža zdravje zavarovane osebe in se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji.

Izbrani osebni zobozdravnik oziroma specialist, ki izdelava zobnoprotenični pripomoček, zagotavlja sledljivost uporabljenih



kovin ali drugih uporabljenih materialov in v dokumentaciji zavarovane osebe hrani tudi certifikat za uporabljeno kovino ali druge materiale.

KAJ STA GARANCIJSKI ROK IN TRAJNOSTNA DOBA?

Garancijski rok je čas, v katerem je izvajalec dolžan opraviti potrebna popravila ali prilagoditve zobnoprostetičnih pripomočkov na svoj račun (razen v primeru anatomskih ali funkcionalnih sprememb, ki jih ni bilo mogoče vnaprej predvideti, ko popravilo ali prilagoditev zobnoprostetičnega pripomočka krije obvezno zdravstveno zavarovanje).

Trajnostna doba je čas, po izteku katerega imate pravico do novega zobnoprostetičnega pripomočka, če zdravnik ugotovi, da je zobnoprostetični pripomoček, ki ste ga prejeli kot pravico, postal zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb funkcionalno neustrezen.

Garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka znaša dve leti, razen če garancijski rok za zobnoprostetični pripomoček na zobnem vsadku izteče pozneje. V tem primeru garancijski rok za storitev vsaditve zobnega vsadka izteče z iztekom garancijskega roka za zobnoprostetični pripomoček na zobnem vsadku.

Garancijski rok in trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetičnih pripomočkov začneta teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko prejmete zobnoprostetični pripomoček.

Trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetičnih pripomočkov začneta teči od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko zavarovana oseba prejme zobnoprostetični pripomoček.

Če postane zobnoprostetični pripomoček po izteku garancijske dobe in pred iztekom trajnostne dobe funkcionalno neustrezen zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi, ima zavarovana oseba v tem obdobju pravico do:

- popravil in prilagoditev zobnoprostetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % njegove vrednosti, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zaradi navedenega razloga v tem obdobju seštevajo;
- novega zobnoprostetičnega pripomočka, če skupni stroški popravil in prilagoditev presežejo 50 % njegove vredno-

sti iz prejšnje točke ter kadar anatomskih in funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi ni bilo mogoče vnaprej predvideti.

	Garancijski rok	Trajnostna doba
Zalivka	9 mesecev	3 leta
Zalivka na mlečnih zobeh	6 mesecev	9 mesecev
Vlita zalivka	1 leto	5 let
Koreninska kapica z zatičkom	1 leto	5 let
Nazidek z zatičkom	1 leto	7 let
Prevleka	1 leto	7 let
Mostiček	1 leto	7 let
Delna proteza z akrilatno bazo	1 leto	3 leta
Totalna proteza z akrilatno bazo	1 leto	5 let
Proteza z ulito kovinsko bazo	1 leto	7 let
Opornica	6 mesecev	3 leta

Po izteku trajnostne dobe ima zavarovana oseba pravico do novega zobnoprostetičnega pripomočka, če pooblaščen zdravnik ugotovi, da zobnoprostetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno več ne ustreza.

Garancijski rok in trajnostna doba za zalivko na mlečnih zobeh velja za zavarovano osebo do 18. leta starosti.

Zavarovana oseba nima pravice do popravil in prilagoditev ali novega zobnoprostetičnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, če se ta izgubi, odtuji, uniči ali poškoduje zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja v nasprotju z navodili.

KDAJ MORATE STORITVE (DO)PLAČATI?

Z zobnoprostetičnim pripomočkom morate ravnati po navodilih zobozdravnika, ki vam v času trajnostne dobe zagotavlja tudi potrebna popravila ali prilagoditve.

Če zobozdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, uveljavljate pri izbranem osebnem zobozdravniku v določenem standardu in imate poleg urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila, vam zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetičnih pripomočkov ni treba doplačevati.



Na podlagi vašega pisnega soglasja po predhodni pisni informaciji o predvidenih stroških zobozdravstvene storitve lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti od vas zahteva plačilo:

- pogodbene cene zobozdravstvene storitve, če uveljavljate zobozdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje, v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov za obvezno zavarovanje;
- cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec zdravstvene dejavnosti, če uveljavljate zobozdravstveno storitev:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
 - pri zobozdravniku, ki ni izbrani osebni zobozdravnik, razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
 - v času, ki ne spada v standard (od 20. do 7. ure ob delavnikih ter ob sobotah, nedeljah in praznikih);
 - popravil, prilagoditev ali novega zoboprotetičnega pripomočka, če se izgubi, je odtujen ali se z njim neustrezno ravna ali ravna v nasprotju z navodili in se zato uniči ali poškoduje;
 - zoboprotetičnega pripomočka, če ga zahtevate pred ali po izteku trajnostne dobe ter niso izpolnjeni pogoji za pridobitev novega,
- dela cene zobozdravstvene storitve, ko uveljavljate zobozdravstveno storitev:
 - ortodontskega zdravljenja z nesnemnim ortodontskim aparatom, do katerega nimate pravice, če imate pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom;
 - zobozdravstvene storitve ali zoboprotetičnega pripomočka v drugačnem ali višjem standardu;
 - popravil in prilagoditev zoboprotetičnega pripomočka, ki je postal neustrezen zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb in ti stroški presegajo 50 % njegove skupne vrednosti;
 - v vseh drugih primerih, ko je zdravstvena storitev opravljena v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z ZZZS izvajalčeva cena višja od pogodbene cene.

Svetujemo vam, da pred izvedbo nadstandardnih storitev ali uporabo nadstandardnih materialov od izvajalca zahtevate, naj vam vnaprej predloži predračun, ki ga nato pisno potrdite.

Pred začetkom izdelave zoboprotetičnega pripomočka vam mora izbrani osebni zobozdravnik ali po njegovem pooblastilu specialist za stomatološko protetiko 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 zoboprotetičnega pripomočka in pojasniti, katere materiale vam zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje. Vse to mora zapisati na posebnem obrazcu, tj. »Predlogu za zoboprotetično 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 pripomočka iz dražjih (nadstandardnih) materialov. Ta predlog morate podpisati, saj s tem potrdite soglasje s predlaganim načrtom zoboprotetične rehabilitacije in tudi z višino morebitnega doplačila ali plačila storitev, ki niso zagotovljene v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Predlog mora predvideti celotno rehabilitacijo v okviru pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zobozdravnik izpolni predlog v dveh izvodih, od katerih enega zadrži zase v medicinski dokumentaciji, drugega pa preda vam. Predlagamo vam, da ne podpisujete neizpolnenih obrazcev, temveč od izbranega osebnega zobozdravnika zahtevate, da vas pouči o celotnem načrtu zoboprotetične rehabilitacije in ceni storitev oziroma materialov, ki jih boste morali plačati sami. Zobozdravnik posreduje popolno izpolnjeni predlog na ZZZS, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom (vami) dogovorjeni zoboprotetični pripomoček (proteze, mostički ...) pravica iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ali ne, oziroma v kolikšnem deležu. Če ZZZS predlog zavrne, na hrbtni strani obrazca navede tudi razlog zavrnitve. Vaša pravica je, da ste z razlogom zavrnitve seznanjeni. Predhodna potrditev predloga ni potrebna pri popravilih in prilagoditvah zoboprotetičnih pripomočkov, ki jih ima zavarovana oseba že od prej, pri izdelavi največ treh posameznih prevlek v obdobju enega leta, pri zoboprotetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov, kot tudi ne pri zoboprotetičnih pripomočkih, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja. Po končanem zdravljenju oziroma opravljenih storitvah vam je izbrani osebni zobozdravnik dolžan izstaviti račun za opravljene zobozdravstvene storitve in zoboprote-



tične pripomočke, ki ne sodijo v obvezno zdravstveno zavarovanje, ali za zobnoprostetične materiale, ki jih to ne krije. Če vam ne izstavi računa, ga zahtevajte sami. Znesek na računu za zobozdravstvene storitve oziroma zobnoprostetične pripomočke, ki jih morate poravnati sami, se mora ujemati z zneskom, ki je naveden na »Predlogu za zobnoprostetično rehabilitacijo«, morebitna odstopanja je izvajalec dolžan utemeljiti in od vas pridobiti novo pisno soglasje za doplačilo.

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

KAM SE LAHKO OBRNETE PO POMOČ, KAM NASLOVITE PRITOŽBO?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zobozdravstvenim stanjem, vprašanji glede univerzalnih

pacientovih pravic ali glede čakalne dobe za prvi pregled in zdravljenje, se obrnite na izbranega osebnega zobozdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje RS ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti (do)plačil in podobnega pa smo vam na voljo pri ZZS.

Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni v območni enoti ali izpostavi ZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svojo težavo vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate območni enoti ali izpostavi ZZS.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZS, pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

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.



10.
Pojmovnik
pogostih izrazov
v zobozdravstvu



10.

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: vbrizganje zdravila 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 odraslih osebah te storitve ni možno obračunati ZZS, razen za učence in študente do dopolnjenega 26. leta.

Delovni nalog za zobnoprotetične storitve: javna listina ZZS, s katero zobozdravnik naroča izdelavo zobnoprotetičnega nadomestka v zobotehničnem laboratoriju. V listini je med drugim natančno 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 oziroma kroma pri kovinski bazi proteze.

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

Doktrina: znanstveno dognan skupek postopkov, ki veljajo 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 ima barvo zoba. Lahko je iz kompozitnega materiala (brez doplačila) ali iz porcelana (potrebno doplačilo).

Garancijska doba: doba, v okviru katere zobozdravnik opravi morebiti 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, ko ni garancijske dobe in se popravilo opravi na stroške zdravstvenega zavarovanja. 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 videz zoba oziroma zobovja.

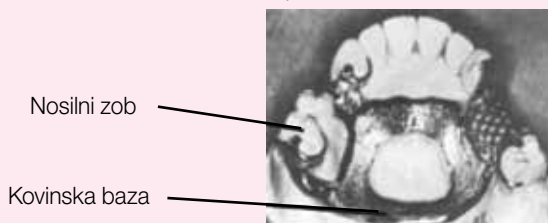
Inlay: laboratorijsko izdelana zalivka, narejena iz kovine ali drugih materialov. Če je zalivka izdelana iz standardne kovine, jo plača zdravstveno zavarovanje.

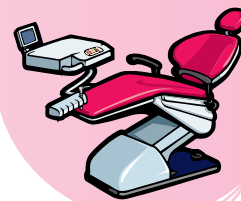
Karies: zobna gniloba, bolezenska razgradnja trdih zobnih tkiv.

Kaviteta: 1. zaradi kariesa nastala votlina v zobu, 2. z določenim postopkom zobozdravnika narejena votlina v zobu, ki se zapolni z zalivko.

Kompozit: plastičen material oziroma umetna smola (BIS-GMA, bis-gamamethylmetacrylate) v barvi zob, ki so mu dodana polnila za boljšo trdnost. ZZS prizna zalivke iz tega materiala samo na sprednjih zobeh, v stranskem sektorju pa tudi za otroke do 15. leta ter za nosečnice in doječe matere. V ostalih primerih, ko 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, temveč je del proteze, ki posnema dlesen, narejen iz akrilata.





Krona: del zoba nad dlesnijo.

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

Mostiček: nesnemni zobnoproteni nadomestek, pri katerem so nadomeščeni zobje pritrjeni na prevleke zob nosilcev. Mostiček je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- v primeru, da ima zavarovana oseba vrzel, v kateri manjkajo trije zobje zapored in da ni skrajšane zobne vrste;
- v primeru, da zavarovani osebi manjka 5 zob v več vrzelih v istem ali obeh kvadrantih iste čeljusti, med katerimi je 1 zob;
- v primeru, ko zavarovani osebi manjkajo 1, 2, 3 ali 4 zobje v vidnem sektorju.

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 z namenom, da premakne zobe in/ali spremeni obliko čeljusti. Obstajajo snemni in fiksni (nesnemni) aparati. ZZS je praviloma plačnik snemnih aparatov in samo izjemoma fiksnih aparatov za osebe do 18. leta starosti.

Osebni zobozdravnik: zobozdravnik, ki je sklenil pogodbo z ZZS, ali je zaposlen v ustanovi, ki je sklenila tovrstno pogodbo. Zobozdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebne ga zobozdravnika, je dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. Odkloni jih lahko:

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

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

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

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

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 ... Storitve 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: pesku podoben material v barvi zoba 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 ZZS

Predlog zobnoproteni rehabilitacije: javna listina ZZS, ki jo izpolni zobozdravnik in podpiše pacient. Listina se nato posreduje pooblaščenim osebam na ZZS, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom dogovorjeni zobnoproteni nadomestek (proteza, mostiček itd.) plačljiv iz sredstev zdravstvenega zavarovanja. ZZS listino vrne zobozdravniku in na hrbtni strani označi, ali je ZZS plačnik predlaganih storitev. V primeru, da je predlog zobnoproteni rehabilitacije zavrnjen, je to tudi obrazloženo. Pacient ima pravico do vpogleda v listino, ki skupaj z delovnim nalogom predstavlja vsebinsko celoto.

Proteza:

Akrilna baza Zob v protezi Kovinska baza



1. Totalna proteza

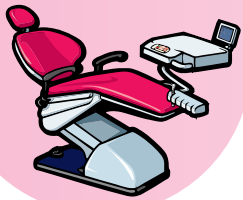
2. Delna snemna

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

Zavarovana oseba je upravičena do izdelave delne snemne proteze v primeru, če ji manjkajo trije ali več zob zapored in izdelava mostička ni možna, če ji manjkajo trije ali več zob na koncu zobne vrste enostransko (skrajšana zobna vrsta) in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti ali če ji manjkajo zobje v več vrzelih in vsaka od njih predstavlja pravico do mostička. Zavarovana oseba je upravičena do izdelave totalne zobne proteze, če ji manjkajo vsi zobje v eni čeljusti.

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

Račun: računovodska listina z navedbo zneska za prodani material in/ali opravljeno storitev. Na računu 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 ZZS ali pa obratuje zunaj pogodbeno dogovorjenega časa z ZZS, 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 ZZS;
- 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 predstavlja splošno uveljavljeni vzorec.

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

Standardni material: material, ki ga v skladu z zakonom 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 obveznega 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 Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter njihovi družinski člani, ki jih določa 20. člen Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju 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.

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

ZZS (zavarovalnica): Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.

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

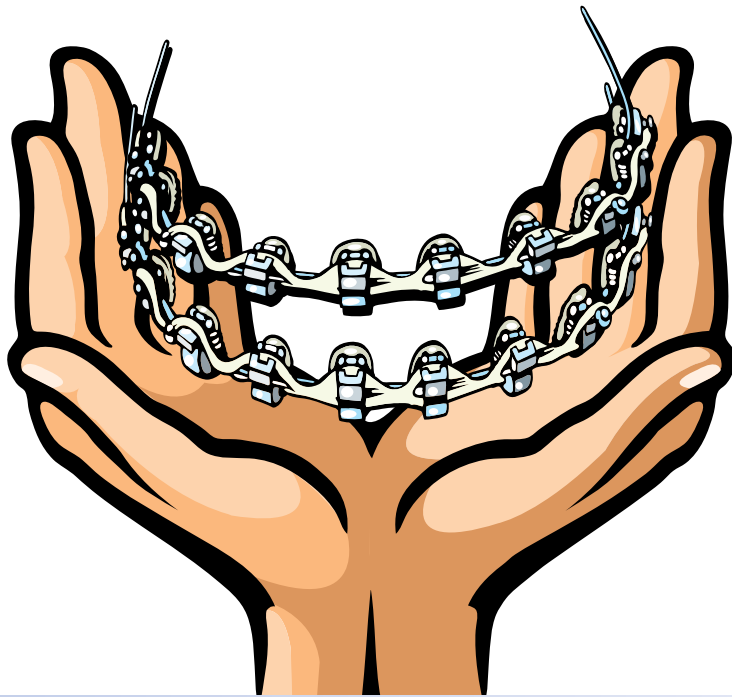
DOLŽNOSTI IN PRAVICE, KI JIH MORATE KOT PACIENT POZNATI V ZOBOZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI

VAŠA DOLŽNOST JE:

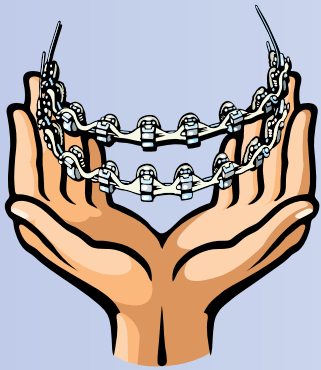
- skrbeti za zdravje svoje ustne votline;
- posredovati zobozdravniku natančne in celovite podatke, o boleznih, zdravljenju in zdravlilih, ki jih jemljete ali ste jih jemali;
- pravočasno obvestiti zobozdravnika o kakršnikoli spremembi vašega zdravstvenega stanja;
- slediti navodilom in nasvetom zobozdravnika;
- povedati zobozdravniku, če vam ni jasen načrt zdravljenja oziroma, kaj se pričakuje od vas;
- prevzeti posledice nepričakovanega oziroma neugodnega izida zdravljenja, če 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 pričakovani izid zdravljenja 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.



11.
Ortodontija
in njene
posebnosti



11. Ortodontija 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 ČELJUSTI?

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 zeleno 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 treba pred namestitvijo aparata določene zobe izpuliti.

KAKŠNI SO RAZLOGI ZA ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE?

Z uravnanimi zobmi dosežemo boljšo funkcijo zobovja in izboljšan 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?

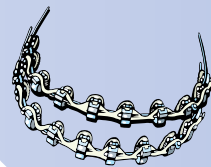
O najbolj ugodnem času za pričetek ortodontskega zdravljenja se odloči ortodont glede na vrsto nepravilnosti in razvojno stopnjo zobovja. Včasih je treba pričeti že v mlečnem zobovju, največkrat pa ko izrastejo stalni zobje (razen modrostnikov). Seveda pa je mogoče ortodontsko zdravljenje tudi pri odraslih.

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 treba 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, pa tudi bolečine hitro minejo. Snemni aparati običajno ne povzročajo težav, pač pa se včasih že takoj po vstavitvi aparata izboljša obrazni videz.



KAKO JE Z NOŠENJEM APARATA MED PREHRANO IN ŠPORTNIMI AKTIVNOSTMI?

Med nošenjem aparata se je treba 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 odmrtnje živca, ki se lahko ob premikanju zoba z aparatom vneme. 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 izrazitega krajšanja korenin lahko zdravljenje prekinemo.
- Recidiv – Vrnitev v prvotno stanje. Zobje težijo, 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 opazamo, da postajajo spodnji sekalci sčasoma na tesnem.
- Nepravilna rast in razvoj. Rastna disharmonija in nenavdno formiranje zob sta biološka procesa, na katere orto-

dont (vsaj zaenkrat) ne more vplivati. Zaradi neugodnega ravnega vzorca je včasih potreben po ortodontskem zdravljenju še kirurški poseg.

ALI OBSTAJAJO RAZLIČNE MOŽNOSTI ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA?

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

KDAJ LAHKO PRIČNEMO ORTODONTSKO ZDRAVLJENJE?

Ortodontsko zdravljenje 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 morajo obljubiti, da bodo izpolnjevali tudi svoj del obveznosti:

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

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

KAJ MORA VSEBOVATI DOGOVOR MED PACIENTOM (OZIROMA 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;
- predvideni čas obravnave;
- stroške obravnave.

KATERE SO ORTODONTSKE PREISKAVE IN ČEMU SLUŽIJO?

Za postavitev diagnoze, načrtovanje, spremljanje in oceno 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.

PRAVICA DO ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Zavarovana oseba do dopolnjenega 18. leta starosti ima pravico do ortodontskega zdravljenja, ki vključuje izdelavo ustreznega ortodontskega aparata, če je po doktrinarnih 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. leto starosti.

Šteje se, da je ugotovljena potreba po ortodontskem zdravljenju, ko ortodont z meritvami ugotovi vrednost po Eismann-Farčnikovem indeksu (EF indeks), ki mora biti več od 15 točk, kar je pogoj za uveljavljanje te pravice in začetek ortodontskega zdravljenja.

Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja tudi v primeru, če je bila potreba po tem zdravljenju ugotovljena po 16. letu starosti, vendar le v primeru, če je to zdravljenje

potrebno kot priprava na ortognati kirurški poseg, ki je potreben zaradi težkih nepravilnosti obraznega skeleta, pri čemer je nepravilnost možno odpraviti le s kombiniranim ortodontsko-kirurškim zdravljenjem.

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 odpraviti 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 ZZZS le stroške za izdelavo in zdravljenje s snemnim aparatom.

Ortodont pred začetkom ortodontskega zdravljenja zavarovani osebi pisno pojasni vse možnosti ortodontskega zdravljenja, njegovo trajanje, obveznost zavarovane osebe glede vzdrževanja ustne higiene, nošenja ortodontskega aparata, prihajanja na kontrolne preglede in drugega ravnanja po navodilih ortodonta ter zdravstvene in finančne posledice, če ne bi spoštovala njegovih navodil. Ortodont začne zdravljenje, če zavarovana oseba soglaša z načinom predlaganega zdravljenja, kar potrdi s podpisom v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe. Ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba med zdravljenjem ne ravna po navodilih ortodonta, v vsakem primeru pa ga prekine, če zavarovana oseba:

- več kot šest mesecev brez upravičenega razloga ne pride na kontrolni pregled, na katerega je bila naročena;
- kljub opozorilu ortodonta, ki je dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji, ne nosi ortodontskega aparata po navodilih;
- ne vzdržuje ustrezne ustne higiene po navodilih in s tem ogroža svoje oralno zdravje.

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.



12.
Pravica do zdravil in živil
za posebne zdravstvene
namene na recept



12. 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.

54

ZDRAVILA NA ZELENI RECEPT

Kdo vam sme predpisati zdravila na zeleni recept?

Le vaš izbrani osebni zdravnik in napatni zdravnik (specialist), ki ga je osebni zdravnik za predpisovanje zdravil pooblastil z napatnico, 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 mora napisati tudi natančen seznam vseh zdravil in navodilo, kako jih je treba 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 (škatlici) 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 škatli-

co zdravila in se ponovno prepričajte v najbližji lekarni. Če so vam predpisali zdravilo 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 elektronski ali papirnati recept, na katerem zdravnik doda navodilo lekarniškemu farmacevtu o izdaji zdravila za daljše obdobje. Zdravnik označi na receptu količino zdravila ob enkratni izdaji in število ponovitev. Predpiše ga izbrani osebni zdravnik ali izjemoma specialist v bolnišnici ali v specialistični ambulanti. Zdravnik vas bo posebej obvestil o predpisu zdravila za daljši čas in vas kot doslej opozoril na morebitne neželene učinke predpisanega zdravila in o ustreznem ravnanju, če se pojavijo. Obnovljivega recepta ni možno predpisati za nekatera psihotropna zdravila (npr. pomirjevala, uspavala) in opioidna protibolečinska zdravila. Obnovljivi recept velja največ za obdobje enega leta od predpisa zdravila oziroma do zadnje izdaje. Po tem obdobju boste morali ponovno k zdravniku, tudi če na obnovljivi recept ni bila izdana celotna količina. Prvo količino zdravila morate dvigniti v roku enega meseca od predpisa zdravila. Farmacevt vas bo ob zadnji izdaji opozoril, da se je veljavnost obnovljivega recepta iztekla in da morate obiskati zdravnika, če želite zdravilo prejeti dalje. Z obnovljivim receptom predvsem razbremenimo zdravnika v tistih primerih, ko je potrebno le predpisati recept 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. Z uvedbo elektronskega recepta lahko dvignete zdravilo v kateri koli lekarni v Sloveniji.



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 po ceni v okviru najvišje priznane vrednosti, ki jo določi ZZS, za druga pa je treba doplačati razliko v ceni. Če vam zdravnik želi predpisati zdravilo, ki ga je treba doplačati, potrebuje vaše soglasje. Morda tudi sami želite prejemati zdravilo, ki ga že dobro poznate in ga ne želite zamenjati, čeprav ga je treba 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 za predpisovanje. 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 nima primerne zamenjave. Osebni zdravnik ne more 'predpisati'

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 prevzamete v kateri koli lekarni v Sloveniji, ki ima pogodbo z ZZS. Farmacevtu izročite kartico zdravstvenega zavarovanja, s katero dostopa do zapisa o predpisanih zdravilih (e-Recept). 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, prehladne bolezni, blage želodčne težave in podobno. Tako si lahko prihranite obisk pri zdravniku. Farmacevt vam bo pomagal, da boste glede na svoje 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 treba 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 s prirojenimi motnjami presnove. Ta živila so razvrščena na pozitivno listo in jih obvezno zdravstveno zavarovanje krije v celoti. Indikacijo za prejemanje 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 prerazvrščena na vmesno listo in imajo določeno najvišjo priznane vrednost, ki se za vsako živilo posebej opredeli v razponu od 50–95 % 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 razvr-

ščena na vmesno listo. Določena jim je najvišja priznana vrednost, ki je določena za vsako živilo posebej v razponu od 50–95 % 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 ponovitvama. 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 ZZZS, Ministrstvo za zdravje RS ali Javno agencijo za zdravila in medicinske pripomočke.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO 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.zzzs.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 spreminjati 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 ambulanti vašega osebnega zdravnika ali v vaši lekarni oziroma ga pridobite preko spletnih strani ZZS (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, vidna 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 nejemanju 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 jemanju več zdravil hkrati.
5. V primeru terapije z več 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 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 v lekarni 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 v smetnjake ali odplakniti v kanalizacijo) ali jih celo oddati v nadaljnjo uporabo sorodnikom, prijateljem ali znancem, 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.
- Če 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 najsoodnejših 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.

Napomembne pravne podlage, ki vsebujejo 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 odpiranju zdravil za uporabo v humani medicini, Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Uredba o razpisu za obdelavo zdravil, Pravilnik o razporejanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, Sklep o letnih izdatkih za razporejanje zdravil na leto.

Priročnik služi je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju s partnerji za varno in pravilno rabo zdravil. Izdano v za zdravje RS, Zavarovalnica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja, RO in Slovensko uštevniško 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 lekarne, 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«.*



IME ZDRAVILA	JAKOST IN OBLIKA <small>pakiranje</small>	IME ZDRAVILNE UČINKOVINE	NAMEN UPORABE <small>kaj zdravilo zdravi, lajša</small>	ODMERJANJE <small>dnevno odmerjanje</small>	ODMERJANJE <small>obdobje uporabe</small>	OPOMBE
ASPIRIN	100 mg, 30 tablet	acetilsalicilna kislina	proti strjevanju krvi	1x1 tableta na dan	dolgotrajno	zjutraj po jedi

Ime in priimek, naslov: _____

Ime zdravnika: _____ Tel.: _____ Ustanova: _____

Lekarna: _____ Tel.: _____ Naslov: _____





13.
Pravica do
medicinskih
pripomočkov



13.

Pravica do medicinskih pripomočkov

Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko zagotavljajo tisti medicinski pripomočki, ki so potrebni pri zdravljenju, medicinski rehabilitaciji in zdravstveni negi. Pravico do medicinskih pripomočkov določata Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) ter Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ). Natančneje so v »Sklepu o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja« določene vrste medicinskih pripomočkov, ki so pravica zavarovanih oseb, ter opredeljena zdravstvena stanja in drugi pogoji, v primeru katerih je zavarovana oseba upravičena do posamezne vrste medicinskega pripomočka. Zavarovana oseba ima pravico do medicinskega pripomočka v vrednosti cenovnega standarda, pogodbene cene ali cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka.

Zavarovana oseba ima pravico, da se ji ob predpisu medicinskega pripomočka naročilnica osebno izroči in lahko prosto izbira dobavitelja. V primerih, ko je potrebna izdaja odločbe ali druga potrditev s strani ZZZS naročilnico zavarovani osebi pošlje ZZZS. Prejeti medicinski pripomoček postane praviloma trajna last zavarovane osebe, razen v primerih, ko se medicinski pripomoček zavarovani osebi izposodi.

Zavarovani osebi v času zdravljenja v bolnišnici, zdravilišču ali socialnem zavodu zagotavlja medicinske pripomočke izvajalec zdravstvenih storitev, ki ji zagotavlja tudi druge pripomočke, ki jih potrebuje za izvajanje svoje zdravstvene dejavnosti.

SKUPINE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

Medicinski pripomočki iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so razvrščeni v 21 skupin: proteze udov, estetske proteze, ortoze, ortopedska obutev, medicinski pripomočki za podporo gibalnih zmožnosti, medicinski pripomočki za dihanje, medicinski pripomočki za osebno higieno, blazine proti preležaninam, kilni pasovi, medicinski pripomočki pri kolostomi, ileostomi in urostomi, medicinski pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča, medicinski pripomočki pri sladkorni bolezni, kanile, drugi medicinski pripomočki, medicinski pripomočki za slepe, slabovidne in gluhoslepe, medicinski pripomočki za sluh in govor, obvezilni material, raztopine, medicinski pripomočki za izboljšanje vida, medicinski pripomočki za dajanje olja in zdravil in od 1. 11. 2021 dalje tudi medicinski pripomočki za kompresijsko zdravljenje. Večina skupin je razdeljena tudi v podskupine. Posamezne vrste medicinskih pripomočkov so podrobneje opredeljene v šifrantu ZZZS, celoten seznam





PRIMER NAZIVOV VRST MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV, MEDICINSKIH KRITERIJEV IN CENOVNIH STANDARDOV ZA OČALA ZA DALJAVO IN ZA BLIŽINO (STANJE NA DAN 1. 6. 2020):

PRIPOMOČEK	MEDICINSKI KRITERIJ 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 leti 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 leti 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 leti 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



medicinskih pripomočkov s podatki, ki so pomembni za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb, je objavljen tudi na spletni strani ZZZS (www.zzzs.si; poglavje »Medicinski pripomočki«).

STANDARD MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

Pogodbeni dobavitelj ZZZS (lekarna, optik, specializirana prodajalna) je zavezan osebam, ki so obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovane, zagotavljati brez doplačila tiste artikle (velja za serijsko izdelane medicinske pripomočke), ki jih ima navedene v pogodbi z ZZZS. Na podlagi pisnega soglasja zavarovane osebe, da bo medicinski pripomoček uveljavila v višjem ali drugačnem standardu, in v katerem je navedena tudi vrednost doplačila, lahko dobavitelj od zavarovane osebe zahteva doplačilo kot razliko med ceno izbranega medicinskega pripomočka in vrednostjo medicinskega pripomočka, ki ga ima navedene v pogodbi z ZZZS.

Podatki o vrednostih za posamezne vrste medicinskih pripomočkov so razvidni iz navedenega seznama medicinskih pripomočkov, vključno s podatki, ki so pomembni za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb, in je objavljen na spletni strani ZZZS.

Če medicinski pripomoček v vrednosti cenovnega standarda ali pogodbene cene za zavarovano osebo zaradi njenega zdravstvenega stanja ni funkcionalno ustrezen, je zavarovana oseba upravičena do medicinskega pripomočka z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi v vrednosti cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka. Predlog za odobritev takšnega medicinskega pripomočka lahko območni enoti ZZZS posreduje pooblaščen zdravnik ali zavarovana oseba sama, skupaj z naročilnico in ustrežno medicinsko dokumentacijo. O upravičenosti odloča območna enota ZZZS.

Sestavni del standarda posamezne vrste medicinskega pripomočka je doba trajanja, pred iztekom katere, razen v primerih, ki jih opredeljujejo Pravila OZZ, zavarovana oseba ni upravičena do novega medicinskega pripomočka v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Doba trajanja natančno opredeljujejo Pravila. Zavarovana oseba ima pravico do novega medicinskega pripomočka še pred iztekom dobe trajanja, če ga potrebuje zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb ali spremembe zdravstvenega stanja. Za določene medicinske pripomočke

velja, da je zavarovana oseba upravičena do novega, če pripomočka, ki ga je uporabljala, ni mogoče niti popraviti niti prilagoditi v skladu s Pravili OZZ. Zavarovana oseba nima pravice do medicinskega pripomočka pred iztekom dobe trajanja, če je prejeti pripomoček izgubila, so ga ukradli, ali ga je z neustreznim ravnanjem v nasprotju z navodili uničila, pokvarila ali poškodovala.

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 druge medicinske pripomočke predhodno obdobje traja 3 mesece. Navedeni pogoj o predhodnem zavarovanju ne velja v primerih poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

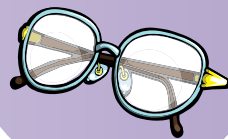
KDO LAHKO PREDPIŠE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

Medicinske pripomočke, ki so potrošnega značaja, predpisuje izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe, ostale medicinske pripomočke pa zdravnik specialist s svojega delovnega področja. Za predpisovanje določenih vrst medicinskih pripomočkov so imenovani posamezni zdravniki s posebnim sklepom ZZZS. Pooblaščen zdravnik za predpisovanje medicinskih pripomočkov izda naročilnico za medicinski pripomoček tudi v primeru potrebne prilagoditve pripomočka, ki ga zavarovana oseba že uporablja.

Pooblaščen zdravnik mora ob predpisu novega medicinskega pripomočka upoštevati dobo trajanja prejetega istovrstnega medicinskega pripomočka. Podatke o že prejetih medicinskih pripomočkih zdravnik pridobi neposredno iz informacijskega sistema ZZZS. 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 medicinski pripomoček izda ali prilagodi.

Pred iztekom dobe trajanja pooblaščen zdravnik lahko izda naročilnico na naslednji način:

- do 10 dni pred iztekom za medicinske pripomočke, za katere obdobje in količino določajo Pravila OZZ (npr. plenice,



- predloge, hlačne predloge, kanile, filtri za kanile) ali za katere obdobje in količino določi pooblaščen zdravnik (diagnostični trakovi in lancete pri zdravljenju sladkorne bolezni);
- do 30 dni pred iztekom za medicinske pripomočke, za katere so določene trajnostne dobe (vozički, bergle, ortoze), ali ki se lahko predpisujejo na obnovljivo naročilnico (če je že prejeti pripomoček predpisan na obnovljivo naročilnico in se izdaja nova obnovljiva naročilnica), ali ki se izposojajo, če gre za podaljšanje izposoje pripomočka.

POSEBNOSTI PRI ZAGOTAVLJANJU PRAVIC ZAVAROVANIH OSEB PRI INKONTINENCI

1. 11. 2021 začne veljati pomembna novost pri zagotavljanju medicinskih pripomočkov pri inkontinenci, ki pomeni poenostavitev uveljavljanja pravic za zavarovane osebe in razbremenitev dela pooblaščenih zdravnikov (predvsem izbranih osebnih zdravnikov). Zdravnik po novem pri inkontinenci ne bo več predpisoval posameznih vrst medicinskih pripomočkov, ampak le stopnjo inkontinence (npr. težka stopnja inkontinence), količino medicinskih pripomočkov, do katerih je upravičena zavarovana oseba v okviru navedene stopnje inkontinence (največ 4 kose oziroma v določenih primerih s pridruženimi težkimi stanji največ 5 kosov na dan) ter obdobje, za katero predpisuje medicinske pripomočke (praviloma za 3 mesece, možen pa je tudi predpis na obnovljivo letno naročilnico). Zavarovana oseba si bo lahko pri pogodbenem dobavitelju ZZZS sama izbrala kombinacijo vrst medicinskih pripomočkov v okviru stopnje inkontinence in števila kosov na dan, ki jih je opredelil zdravnik. To pomeni, da bo lahko zavarovana oseba sama izbrala, npr. pri težki stopnji inkontinence, koliko predlog, koliko hlačnih predlog (plenic), koliko posteljnih podlog bo prejela. Pri tem pa še vedno veljajo določene omejitve, ki jih opredeljujejo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. največ 30 kosov nočnih plenit na mesec, največ 1 mobilne hlačke na dan).

PRAVICA ZAVAROVANE OSEBE DO PROSTE IZBIRE DOBAVITELJA MEDICINSKEGA PRIPOMOČKA

Med pogodbenimi dobavitelji, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS, 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 za-

vodih 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 ali več pogodbenih dobaviteljev, ki na podlagi izdane mesečne zbirne naročilnice zagotavljajo inkontinenčne pripomočke za zavarovane osebe, ki bivajo pri njih.

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

ZZZS v skladu s predpisi in na osnovi sklenjenih pogodb z dobavitelji zagotavlja zavarovanim osebam medicinske pripomočke v okviru cenovnega standarda brez dodatnih neposrednih doplačil (izjema so individualno izdelani čevlji, kjer je v vseh primerih potrebno doplačilo v vrednosti cene povprečnega čevlja, ki trenutno znaša 41,73 evra). Doplačilo do polne vrednosti storitev (torej do višine vrednosti medicinskega pripomočka) 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 DOBE TRAJANJA

Večino medicinskih pripomočkov pridobi zavarovana oseba neposredno pri pogodbenem dobavitelju že na podlagi naročilnice, ki jo izda pooblaščen zdravnik. Na naročilnici je zapisan datum možnega prejema, od katerega dalje lahko zavarovana oseba medicinski pripomoček prevzame pri dobavitelju. O upravičenosti do zahtevnejših medicinskih pripomočkov, tako kot to velja za medicinske pripomočke pred iztekom dobe trajanja, na predlog pooblaščenega zdravnika odloča imenovani zdravnik ZZZS. To pravico uveljavlja zavarovana oseba na podlagi izdane pozitivne odločbe imenovane zdravnik ZZZS, ki ji je priložena potrjena naročilnica.

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 ZZZS. Seznam pogodbenih dobaviteljev



in vrst medicinskih pripomočkov, ki jih zagotavljajo, je objavljen na spletni strani ZZZS in v brošuri »Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev«. Pogodbeni dobavitelj mora imeti na vidnem mestu nameščeno posebno nalepko, da gre za pogodbenega dobavitelja ZZZS. Zavarovana oseba izkazuje pravico do medicinskega pripomočka z naročilnico, ki jo izda pooblaščen zdravnik, in kartico zdravstvenega zavarovanja.

Pogodbeni dobavitelj mora zavarovanim osebam izročiti medicinske pripomočke, ki so ustrezni za določena zdravstvena stanja, predložiti garancijski list (velja za medicinske pripomočke, za katere se izdaja garancija), 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 medicinskih pripomočkov ves čas njihove življenjske dobe. Stroške reklamacij in popravil, ki so nastali med garancijsko dobo in ki niso posledica neustreznega in nestrokovnega ravnanja zavarovane osebe, nosi pogodbeni dobavitelj. Za čas popravila so pogodbeni dobavitelji dolžni zavarovani osebi zagotoviti nadomestni medicinski pripomoček.

PRAVICA ZAVAROVANIH OSEB DO POPRAVIL IN VZDRŽEVANJA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

ZZZS po izteku garancijske dobe v celoti povrne stroške rednega vzdrževanja večine vozičkov, nekaterih pripomočkov za sluh in govor, Braillove vrstice, predvajalnika zvočnih

zapisov, koncentratorjev kisika in nekaterih drugih dihalnih aparatov (CPAP, BIPAP, ventilator), protez in ortoz. ZZZS poravnava tudi stroške popravil in vzdrževanja medicinskih pripomočkov, oboje do 50 % cene, ki je bila za ta medicinski pripomoček krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v primeru popravil protez udov pa je maksimalni znesek 60 % cene posameznega dela te proteze. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do popravila in/ali vzdrževanja s pisno vlogo in predračunom dobavitelja, ki je medicinski pripomoček izdal. Potrdilo o upravičenosti do servisa izda območna enota ZZZS. Predhodna odobritev ni potrebna v primerih popravil in vzdrževanja nekaterih pripomočkov za sluh in govor (npr. slušni aparat) in če si zavarovana oseba medicinski pripomoček izposodi.

NABAVA MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV V TUJINI

Zavarovana oseba lahko s strani pooblaščenega zdravnika predpisani medicinski pripomoček nabavi tudi v drugi državi Evropske unije, razen če gre za medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje. To velja tudi za naročilnico EU, ki jo izda primerljivi ustrezeni zdravnik specialist v drugi državi Evropske unije ali drug zdravstveni delavec, ki sme tak medicinski pripomoček predpisati. V primeru nabave medicinskega pripomočka v drugi državi Evropske unije ZZZS na podlagi naročilnice (slovenske ali tuje), zdravstvene dokumentacije in računa povrne dejanske stroške, vendar največ do višine cenovnega standarda.

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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- 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 (plenic), 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.zzzs.si/egradiva).



14.
Pravica do
zdraviliškega
zdravljenja



14. Pravica do zdraviliškega zdravljenja

Zdraviliško zdravljenje pomeni rehabilitacijo po bolezni, kirurškem 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).

68

UPRAVIČENOST DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju je le tisto zdravljenje, ki predstavlja zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo, pri kateri se souporabljajo naravna zdravilna sredstva in se izvaja v naravnih zdraviliščih. Zavarovane osebe so upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih, ki so opredeljena v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, če je z zdraviliškim zdravljenjem 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 možno medicinsko rehabilitacijo opraviti brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev v zdravstvenem domu ali bolnišnici. Zato mora pristojni zdravnik pri izstitvi predloga imenovanemu zdravniku ZZSZ za odobritev zdraviliškega zdravljenja upoštevati določila Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovano osebo seznaniti s pogoji napotitve na predlagano zdravljenje. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oziroma poškodbe ob njenem klinično pomembnem poslabšanju, če sta od izdaje predhodne odločbe, s katero je že bilo odobreno zdraviliško zdravljenje, pretekli dve leti oziroma pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 18. leta starosti eno leto.





POSTOPEK NAPOTITVE NA ZDRAVILŠKO ZDRAVLJENJE

Če gre za zdraviliško zdravljenje, ki je nadaljevanje zdravljenja v bolnišnici, predlog za napotitev poda zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, in sicer najpozneje 5 dni pred odpustom. V primeru zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, poda predlog za napotitev na zdraviliško zdravljenje osebni zdravnik ali zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici. 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.

ZDRAVSTVENA STANJA, PRI KATERIH JE ZDRAVILŠKO 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. Degenerativne bolezni:

- 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;
- opeklina s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;

- zlomi velikih dolgih kosti z izjemo zlomov zapestja, zlomi hrbtenice in večje poškodbe medenice; 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 pankreatitisi s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;
- operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji jeter.



9. Bolezni dihal:

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinumu, z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %);
- idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija in kronična tromboembolična pljučna arterijska hipertenzija.

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 (psoriza, 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;
- nezaceljena rana;
- 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, katerih nejezanje bi povzročilo prekinitev zdraviliškega zdravljenja, in sicer gre za zdravila, ki jih zavarovana oseba potrebuje za neprekinjeno zdravljenje njene osnovne bolezni, in zdravila za zdravljenje bolezni ali poškodbe, ki je nastala v času tega zdraviliškega zdravljenja. Zavarovani osebi se lahko predpiše eno najmanjše pakiranje zdravila. Tako ji je olajšan dostop do zdravil v času zdraviliškega zdravljenja.

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



15.

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

Tabela je povzeta po prilogi ZDRAV-2 Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2020.

Zdravilišče naslov spletne strani	Standard zdraviliškega zdravljenja								
	tip 1	tip 2	tip 3	tip 4	tip 5	tip 6	tip 7	tip 8	tip 9
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		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 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		
Zdravilišče Rogaška – Zdravstvo http://www.rogaska-medical.com								A	
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		B
Terme Krka – Zdravilišče Šmarješke toplice http://www.terme-krka.si		A	A	A	A				
Terme Topolšica http://www.terme-topolšica.si	A	A	A	A					
Terme resort http://www.rimske-terme.si	B	B	B	B	B	B	B		B
Unior d. d. – Terme Zreče http://www.terme-zrece.si	A	A	A			A			A*
MC Medicor http://www.mcmedicor.si					B				

* maj–oktober



IZBIRA ZDRAVILIŠČA

Imenovani zdravnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), ki odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja, izda odločbo, s katero 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 oddelek, če je to potrebno glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. 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,

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)«

mora biti seznanjena z možnostmi, ki jih ponujajo zdravilišča. Osebni oziroma pooblaščen zdravnik bo v skladu z dogovorom z zavarovano osebo v listini “Predlog imenovanemu zdravniku” navedel zdravilišče, v katerem se želi zavarovana oseba zdraviti, če ji bo odobreno (slika).

Možne izbire so predstavljene v tabeli, kjer so naštetih 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 47. členu določajo, da je standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju nastanitev v dvo- ali večposteljni sobi s prehrano v višini cene nemedicinskega oskrbnega dne, ki jo določi ZZZS. V primeru, da želi zavarovana oseba bivati v enoposteljni sobi, mora doplačati razliko v ceni.

OBVEZNA OPREMA, KI JO MORA IMETI ZAVAROVANA OSEBA V ZDRAVILIŠČU S SEBOJ

Kopalke, kopalni plašč, trenirka, copati in druga osebna oprema, ki jo sicer potrebuje za bivanje v hotelu.

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 inzulti 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

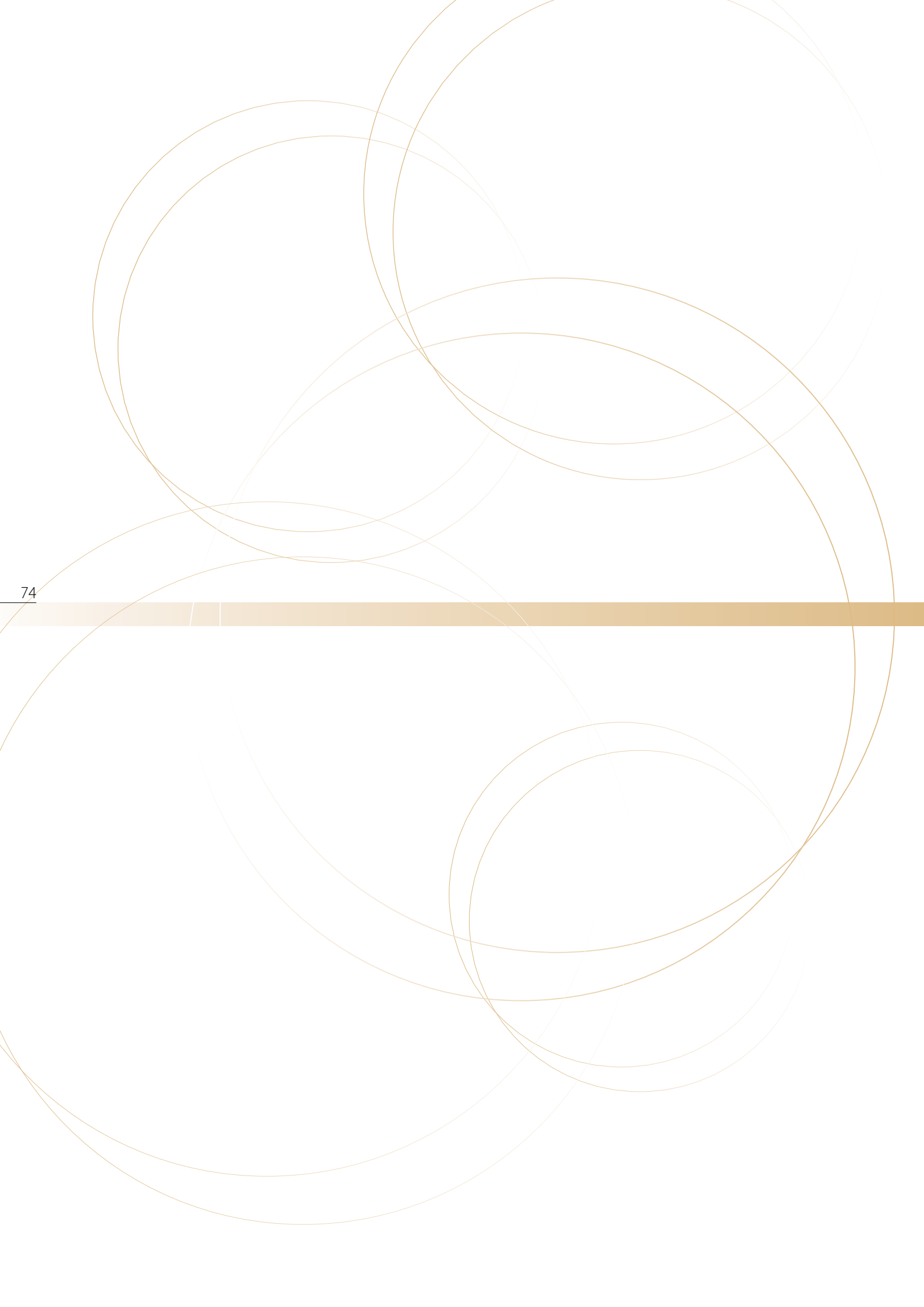
LEGENDA

A – pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotnih 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 z zapleti ter pri endokrinoloških motnjah, pri katerih je zdraviliško zdravljenje uspešnejše od drugih metod zdravljenja.

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,
- Pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in ZZZS.





16. Zdravljenje v tujini



16.1. Zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini

Zavarovane osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Sloveniji, imajo v času začasnega bivanja v tujini zagotovljene pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev. Postopek uveljavljanja in obseg pravice do zdravstvenih storitev je odvisen od tega, v kateri državi potrebujete zdravstvene storitve in ali uveljavljate zdravstvene storitve med začasnim ali stalnim bivanjem v tujini. Slovenija ima namreč z nekaterimi državami sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju, v državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in v Švici pa velja evropski pravni red. Priporočamo vam, da si pred odhodom v tujino uredite zdravstveno zavarovanje in pridobite potrebne informacije o uveljavljanju in obsegu zdravstvenih storitev med začasnim ali stalnim bivanjem v tujini.

PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI LAHKO UVELJAVLJATE

Med začasnim bivanjem v tujini

Med začasnim bivanjem v tujini (npr. na zasebnem ali službenem potovanju, v času, ko delate v tujini, ste na strokovnem izpopolnjevanju ali študiju v tujini) imate pravico do nujnega

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

Države Evropskega gospodarskega prostora (EGP) so:

Islandija, Lihtenštajn, Norveška (izvzeti so Spitzbergi in Medvedji otok) ter Švica.

Države, s katerimi ima Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju, ki vključujejo zdravstveno varstvo, so:

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

oziroma potrebnega zdravljenja. Postopek uveljavljanja in obseg pravic do zdravstvenih storitev pa je odvisen od tega, v kateri državi uveljavljate zdravstvene storitve:

- V državah članicah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora ter v Švici imate med začasnim bivanjem pravico do **nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev**², in sicer neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Zdravstvene storitve uveljavljate z evropsko kartico.
- V državah, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju, imate med začasnim bivanjem pravico do **nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**² pri zdravnikih, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Zdravstvene storitve v teh državah uveljavljate z evropsko kartico skupaj s spremnim dopisom, v Avstraliji je treba k evropski kartici priložiti tudi potni list. V nekaterih državah se morate pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev zglašiti pri uradu zdravstvene zavarovalnice v kraju začasnega bivanja.
- Na podlagi Sporazuma o izstopu Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske iz Evropske unije in Evropske skupnosti za atomsko energijo in Sporazuma o trgovini in sodelovanju med EU in Združenim kraljestvom, lahko med začasnim bivanjem v Združenem kraljestvu (kljub izstopu iz EU), uveljavljate nujne in potrebne zdravstvene storitve na podlagi evropske kartice.
- V ostalih državah (Egipt, Kanada, Tunizija, Turčija, ZDA ...) imate pravico do **nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči**⁵. V teh državah evropska kartica ne velja, zato svetujemo sklenitev komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.



Napoteni na delo v tujino

Če ste v Sloveniji zavarovani iz naslova zaposlitve ali samozaposlitve, ste lahko za določeno obdobje napoteni na delo v druge države. Da se obravnavate kot napoteni na delo, morajo biti izpolnjeni določeni pogoji, ki pa se razlikujejo glede na to, ali ste zaposleni (v delovnem razmerju) ali samozaposleni in ali ste napoteni na delo v državo, za katero velja evropski pravni red, ali v državo, s katero ima Slovenija sklenjen meddržavni sporazum o socialnem zavarovanju.

Pogoji za napotitev na delo v države, za katere velja evropski pravni red (EU, EGP in Švica), in države, s katerimi so sklenjeni meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, so objavljeni na spletni strani, <https://zavarovanec.zzzs.si>.

Med študijem v tujini

Če študirate v drugi državi članici EU, EGP ter Švici, v Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni gori, Severni Makedoniji, Srbiji ter v Združenem kraljestvu, in imate na podlagi potrdila o šolanju urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Sloveniji, ste upravičeni 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 uveljavljate z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja.

Na študiju v ostalih državah (npr. ZDA), pa je treba zdravstvene storitve plačati. Po povratku v domovino lahko pri ZZZS zaprosite za povračilo stroškov nujnih zdravstvenih storitev.

Med stalnim bivanjem v tujini

Če se za stalno preselite v tujino, imate pravico do zdravstvenih storitev v skladu s pravnim redom EU ali meddržavnim sporazumom 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, Severni Makedoniji, Srbiji ter v Združenem kraljestvu uveljavljate zdravstvene storitve po predpisih teh držav, in sicer v obsegu, ki ga te države zagotavljajo svojim zavarovanim osebam. To pravico lahko uveljavljate na podlagi potrdila, ki ga izda pristojna območna enota ali izpostava ZZZS na vašo pobudo, ali pa zanj zaprosijo tuji nosilci zdravstvenega zavarovanja v kraju stalnega bivanja. To potrdilo pošlje ZZZS v potrditev pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v državo stalnega bivanja.

Pristojna območna enota ZZZS izda:

Za države članice EU in EGP ter Švico:

- S1 – Prijava za uveljavljanje zdravstvenega zavarovanja.

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

Za Bosno in Hercegovino:

- SI/BIH 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med stalnim bivanjem osebe v Bosni in Hercegovini.

Za Črno goro:

- SI/MNE 07 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za osebe, ki imajo stalno prebivališče v Črni gori.

Za Severno Makedonijo:

- SI/RM 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med stalnim bivanjem osebe v Severni Makedoniji.

Za Srbijo:

- SI/SRB 7 – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za osebe, ki imajo stalno prebivališče v Srbiji.

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. Če imate status obmejnega delavca, lahko uveljavljate 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 ga pošlje v potrditev pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v državo stalnega bivanja. Če ste zaposleni v Sloveniji in imate stalno prebivališče v državi članici EU, EGP ter Švici, v Bosni in Hercegovini in Severni Makedoniji, status obmejnega delavca določi pristojna območna enota ZZZS, ki v primeru upravičenosti izda predpisano potrdilo.

Za države članice EU in EGP ter Švico izda:

- S1 – Prijava za uveljavljanje zdravstvenega zavarovanja.

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 Sloveniji.

Za Črno goro ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne opredeljuje obmejnih delavcev.

Za Severno Makedonijo izda:

- SI/RM 7a – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za zavarovanca, ki ima stalno prebivališče v Severni Makedoniji in dela v Sloveniji.

Za Srbijo ne izda listine, saj meddržavni sporazum ne opredeljuje obmejnih delavcev.

KAJ JE TREBA UREDITI PRED ODHODOM NA ZAČASNO BIVANJE V TUJINO

V državah, za katere velja evropski pravni red ali meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, lahko uveljavljate pravice do zdravstvenih storitev (razen pri stalnem bivanju in obmejnih delavcih) z evropsko kartico. Pred odhodom v tujino si jo lahko na podlagi urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji naročite na spletni strani ZZZS z mobilnim telefonom ali pri območnih enotah in izpostavah ZZZS:

- EVROPSKA KARTICA se uporablja v vseh državah članicah EU, EGP in Švici, ter v Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni Gori, Severni Makedoniji, Srbiji in Združenem kraljestvu.

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



VELJAVNOST EVROPSKE KARTICE

Evropska kartica se praviloma izda za obdobje enega leta. Upokojencem in po njih zavarovanim družinskim članom ter otrokom do dopolnjenega 18. leta starosti, če niso sami zavarovanci, se izda evropska kartica z veljavnostjo 5 let, oziroma do dopolnjenega 18. leta starosti. Za začetek veljavnosti kartice se šteje datum naročila + 1 dan. Po preteku veljavnosti kartice je treba naročiti novo. **Evropsko kartico lahko naročite največ 30 dni pred iztekom njene veljavnosti.**

Za vse ostale države sveta velja, da morate sami poravnati stroške nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, nato pa 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 v tujini in razliki med plačilom in povračilom se lahko izognete s sklenitvijo komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.

OBSEG IN NAČIN UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI

V državah EU, EGP, Švici in Združenem kraljestvu lahko z evropsko kartico oziroma certifikatom uveljavljate nujne oziroma 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 trajanje bivanja v teh državah. Obseg in vrsto zdravstvenih storitev opredeli zdravnik, ki vas sprejme na zdravljenje, pri čemer je ključnega pomena opredelitev pričakovanega trajanja bivanja v tujini, saj je 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

EVROPSKA KARTICA NE POKRIVA:

- stroškov prevoza zavarovane osebe iz tujine v domovino,
- stroškov prevoza poškodovane zavarovane osebe s smučišča (helikopter, reševalne sani); v večini tujih držav,
- stroškov zdravstvenih storitev, ki jih nudijo turistične ambulante na Hrvaškem,
- stroškov zdravljenja oziroma poroda v tujih državah, če je bil namen bivanja zavarovane osebe v tujini zdravljenje oziroma porod.

na službenem ali zasebnem potovanju). To pomeni, da vam zdravnik na podlagi evropske kartice nudi zdravstvene storitve v takem obsegu, da se vam zgolj zaradi zdravljenja ni treba vrniti domov pred potekom nameravanega bivanja v drugi državi članici EU, EGP, Švici in Združenem kraljestvu. Navedene storitve uveljavljate v skladu s predpisi države, v kateri ste poiskali zdravniško pomoč, kar pomeni, da je treba

NAVODILO ZA NAROČANJE LISTIN Z MOBILNIM TELEFONOM

Uporabnik pošlje SMS sporočilo na telefonsko številko **031 771 009**.

Z enim SMS sporočilom se lahko naroči le eno listino.

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, Avstraliji, Bosni in Hercegovini, Črni Gori, Severni Makedoniji, Srbiji, in Združenem kraljestvu.

Uporabnik takoj (odvisno od mobilnega operaterja) prejme obvestilo o morebitnih napakah ali o uspešnosti naročila.

Naročanje listin za tujino preko mobilnih telefonov je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij. Naročilo listine ni mogoče, ko uporabnik gostuje v tujih omrežjih.

Vsako poslano SMS sporočilo plača uporabnik po veljavnem ceniku svojega mobilnega operaterja. Vrnjena SMS sporočila so za uporabnika brezplačna.

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 7 delovnih dneh po naročilu.

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

Pri zasebnih zdravnikih ali v zasebnih klinikah, ki nimajo pogodbe s tujim nosilcem zdravstvenega zavarovanja, pa boste morali stroške zdravstvenih storitev poravnati sami in po vrnitvi v domovino uveljavljati povračilo teh stroškov pri ZZZS. Za uveljavljanje povračila je treba predložiti medicinsko dokumentacijo in originalne račune, na osnovi katerih se v upravičenem primeru opravi povračilo stroškov v višini, kot jih prizna tujji nosilec zdravstvenega zavarovanja v kraju, kjer so bile storitve opravljene.

V Bosni in Hercegovini, Črni gori, Severni Makedoniji in Srbiji lahko uveljavljate pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči² z evropsko kartico oziroma certifikatom, ki začasno nadomešča evropsko kartico. S temi državami je namreč Slovenija sklenila dogovor o uporabi evropske kartice. Zdravstvene storitve lahko v Severni Makedoniji uveljavljate 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 Bosni in Hercegovini, Črni gori in Srbiji pa v primeru uveljavljanja zdravstvenih storitev predložite evropsko kartico s spremnim dopisom oziroma certifikat pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja, kjer vam bodo izdali obrazec oziroma potrdilo za uveljavljanje zdravstvenih storitev. V nujnih



OPOZORILO ZA AVSTRALIJO

V Avstraliji boste morali praviloma pri izvajalcih zdravstvenih storitev kljub predložitvi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja in potnega lista 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.

primerih se lahko z evropsko kartico zglasite neposredno pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi, ki je del javne, državne zdravstvene mreže.

Spremni dopis z izpisom osebnih podatkov prejmete po pošti skupaj z naročeno evropsko kartico. Svetujemo vam, da si pred odhodom v Bosno in Hercegovino, Črno goro, Severno Makedonijo ali Srbijo ta dopis fotokopirate.

V Avstraliji uveljavljate nujne zdravstvene storitve s potnim listom in Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja.

Z ostalimi državami niso sklenjeni meddržavni sporazumi, kar pomeni, da morate storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči* plačati sami. Na osnovi predložene medicinske dokumentacije in originalnih računov bo ZZZS v upravičenih primerih povrnil stroške v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji

DOPLAČILO K CENI ZDRAVSTVENIH STORITEV V TUJINI (PARTICIPACIJA)

Nekatere države imajo uveden sistem participacije, to pomeni, da morajo pacienti iz lastnega žepa prispevati določeno vrednost zdravstvene storitve oziroma pavšalno vrednost za npr. sprejem v bolnišnico, dan v ležanja v bolnišnici, obisk zdravnika ali izdani recept. Ko nujne in potrebne zdravstvene storitve uveljavljate v državah EU, EGP in Švici, skladno z evropskim pravnim redom, oziroma na podlagi sporazuma o socialnem zavarovanju v državah, s katerimi ima Slovenija sklenjen tak sporazum, ste izenačeni z državljani oziroma zavarovanci države v kateri uveljavljate zdravstveno storitev in ste dolžni plačati participacijo, ta pa ni predmet povračila ZZZS. Osnovne informacije o participacijah in drugih posebnostih za države članice EU, EGP in Švico ter države, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju (Avstralija, Bosna in Hercegovina, Črna Gora, Severna Makedonija in Srbija), so objavljene tudi na spletni strani https://zavarovanec.zzs.si/wps/portal/portali/azos/zav_tujina/info_tujina.

POVRAČILO STROŠKOV V PRIMERU, DA SAMI PLAČATE STORITEV V TUJINI

Če boste zdravstvene storitve uveljavljali pri zdravniku zasebniku ali zdravstveni ustanovi, ki nima pogodbe z nosilcem zdravstvenega 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 ...). V postopku povračila bo ZZZS v **upravičenih primerih povrnil stroške, kot bi jih priznal tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja (za države EU EGP, Švico ter države, s katerimi ima Slovenija sklenjene sporazume o socialnem zavarovanju, razen Avstralije) oziroma v višini povprečne cene zdravstvene storitve Sloveniji, če ste zdravstveno storitev uveljavljali v drugih državah.**

POVRAČILO STROŠKOV PREVOZA ZAVAROVANE OSEBE IZ TUJINE V DOMOVINO

Evropska kartica ne krije stroškov prevoza v domovino, pač pa le do najbližje zdravstvene ustanove v tujini. Zavarovanec mora stroške prevoza v domovino plačati sam in ni upravičen do povračila stroškov, ker to ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Svetujemo sklenitev komercialnega zdravstvenega zavarovanja za tujino, ki pokriva tudi stroške prevoza v domovino.

POVRAČILO STROŠKOV PREVOZA ZAVAROVANE OSEBE ZARADI POŠKODBE NA SMUČIŠČU V TUJINI

V večini tujih držav evropska kartica ne pokriva stroškov prevoza poškodovane osebe s smučišča s helikopterjem ali reševalnimi sanmi. Stroške teh storitev morate plačati sami. ZZZS povrne stroške v višini, ki jo prizna tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja za svoje pogodbenne partnerje. V veliki večini primerov povračila ni ali pa je precej nižje od dejansko plačanih stroškov. V primeru smučanja v tujini zato svetujemo sklenitev komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.

POVRAČILO STROŠKOV V PRIMERU PLAČILA ZDRAVLJENJA V TURISTIČNI AMBULANTI NA HRVAŠKEM

Evropska kartica ne pokriva stroškov zdravstvenih storitev pri zdravnikih zasebnikih in izvajalcih zdravstvenih storitev, ki niso vključeni v javno, tj. državno zdravstveno mrežo. Turistične ambulante na Hrvaškem v večini primerov nimajo sklenjene pogodbe z nosilcem zdravstvenega zavarovanja, to je hrvaškimi zavodom za zdravstveno zavarovanje, zato mora zavarovana oseba kljub predložitvi evropske kartice zdravstvene storitve plačati sama. ZZZS povrne stroške plačanega računa le v višini pogodbene cene, ki jo prizna hrvaški nosilec zdravstvenega zavarovanja svojim pogodbenim izvajalcem zdravstvenih storitev. Opozarjamo, da je v večini primerov pogodbena cena precej nižja od cen, ki jih zaračunavajo turistične ambulante na Hrvaškem.



Države, v katere ste namenjeni	Osnova za zdravstveno zavarovanje	Obseg pravic med začasnim bivanjem v tujini	Uresničevanje zdravstvenega zavarovanja v tujini
<p>Države članice 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</p> <p>Države Evropskega gospodarskega prostora: Islandija, Lihtenštajn, Norveška</p> <p>Švica</p>	Evropski pravni red: Uredba (ES) št. 883/04, Uredba (ES) št. 987/09.	Nujne oziroma potrebne zdravstvene storitve*	Z evropsko kartico neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.
<p>Države, s katerimi ima Slovenija sklenjen meddržavni sporazum: Bosna in Hercegovina, Črna gora, Severna Makedonija, Srbija</p>	Meddržavni sporazum o socialnem zavarovanju	Nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč**	<p>V Bosni in Hercegovini, Črni gori in Srbiji predložite evropsko kartico s spremnim dopisom pristojni zdravstveni zavarovalnici v kraju začasnega bivanja; v nujnih primerih z evropsko kartico neposredno pri zdravnikih ali zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.</p> <p>V Severni Makedoniji z evropsko kartico in spremnim dopisom k evropski kartici neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.</p>
Avstralija	Meddržavni sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva		V Avstraliji z evropsko kartico in potnim listom neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.
Združeno kraljestvo	<p>Sporazum o izstopu Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske iz Evropske unije in Evropske skupnosti za atomsko energijo</p> <p>Sporazum o trgovini in sodelovanju med EU in Združenim kraljestvom</p>		Z evropsko kartico neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.
Ostale države: ZDA, Kanada ...	Za vse ostale države sveta velja, da morate sami poravnati stroške za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč**, nato pa vam bo ob vrnitvi domov na osnovi predložene dokumentacije ZZS v upravičenih primerih te stroške povrnili, 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, in sicer pri zavarovalnicah, ki ponujajo taka zavarovanja.		

* OPOMBA 1: Gre za zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano trajanje 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.



Pred odhodom v tujino si priskrbite EVROPSKO KARTICO ZdravstveneGA ZAVAROVANJA.

Naročite jo lahko:

- na spletni strani ZZS,
- z mobilnim telefonom ali
- na območnih enotah in izpostavah ZZS.

V primeru, da morate nemudoma odpotovati in zato potrebujete dokument za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini takoj, na območni enoti ali izpostavi ZZS zaprosite za CERTIFIKAT, kičasno nadomešča evropsko kartico.

POVRAČILO STROŠKOV V PRIMERU, PLAČILA PORODA OZIROMA NAČRTOVANEGA ZDRAVLJENJA V TUJINI

Evropska kartica ne pokriva stroškov poroda v tujih državah, če je namen bivanja v teh državah porod. Prav tako ne pokriva načrtovanega zdravljenja v tujini. V primeru načrtovanega poroda v tujini morate stroške poroda poravnati sami. Če boste zahtevali povračilo stroškov pri ZZS, je treba izpolniti obrazec Vloga za povračilo stroškov poroda v tujini, ki ga dobite na spletni strani ZZS. Predložiti morate zahtevano dokumentacijo, ki je navedena v 5. točki obrazca.

OPOZORILO 1: Če boste morali v državah članicah EU in EGP ter v Švici, Bosni in Hercegovini, Črni Gori, Severni Makedoniji, Srbiji ali Združenem kraljestvu stroške za zdravstvene storitve poravnati sami, vam bo ZZS ob vrnitvi domov na osnovi predložene medicinske dokumentacije in originalnih računov povrnil stroške v višini, kot bi jih priznal tuj nosilec zdravstvenega zavarovanja. Stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki jih boste plačali v državah, s katerimi Slovenija nima sklenjenih meddržavnih sporazumov, pa vam bo ZZS v upravičenih primerih povrnil v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji. V primerih zahtevkov zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravstvenih storitev v tujini ZZS 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 avstralskem nosilcu zdravstvenega zavarovanja (v poslovalnicah Medicare) v kraju vašega začasnega bivanja. V skladu z Meddržavnim sporazumom o zagotavljanju zdravstvenega varstva vam namreč ZZS stroškov ne more povrniti.

OPOZORILO 3: Predpisi Evropske unije veljajo tudi za francoska ozemlja Gvadelup, Martinik, Reunion, Francosko Gvajano, Sveti Bartolomej, Sveti Martin in Mayotte ter portugalski ozemlji Azori in Madeira; Danska – predpisi veljajo tudi za Grenlandijo; Združeno kraljestvo – predpisi veljajo tudi za Gibraltar, izvzeti pa so Kanalski otoki (Jersey, Guernsey, Herm, Jethou, Sark) in otok Man; Španija – predpisi veljajo tudi za afriški mesti Ceuta in Mellila ter za Majorko in Kanarske otoke.

PRED ODHODOM V TUJINO POMISLITE TUDI NA SVOJE ZDRAVLJE!

Na potovanju v tujino lahko zbolite ali se poškodujete. Zato je dobro, da se pravočasno poučite in uredite vse potrebno, da se v takih primerih ne boste soočili z dodatnimi težavami. V preglednici je opisano, kaj morate pred odhodom v posamezne države storiti in kako boste uveljavili svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

ZAVAROVANJE Z MEDICINSKO ASISTENCO V TUJINI

Nepotrebnim stroškom se je mogoče izogniti tudi s sklenitvijo komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini, zlasti v državah, v katerih ne velja evropski pravni red in s katerimi niso sklenjeni meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju. Tovrstna zavarovanja, ki jih tržijo nekatere zavarovalnice 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 vam priporočamo – ne glede na državo začasnega bivanja – če se nameravate v tujini ukvarjati z aktivnostmi, pri katerih je možnost, da boste potrebovali zdravstvene storitve, večja (npr. smučanje, pohodništvo, potapljanje, kolesarstvo).

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,
- Sporazum o izstopu Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske iz Evropske unije in Evropske skupnosti za atomsko energijo,
- Sporazum o trgovini in sodelovanju med EU in Združenim kraljestvom.



16.2. 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 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 nadaljnega slabšanja zdravstvenega stanja.**

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

ZZZS krije zavarovani osebi stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, morebitno razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa krije zdravstvena zavaroval-





nica, 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 ZZS vloži vlogo za povračilo potnih stroškov. Če zavarovana oseba zdravljenje že opravi in nato uveljavlja povračilo stroškov zdravljenja v tujini zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji, je postopek enak.

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

V skladu s 44. b členom ZVZZ ima zavarovana oseba pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red EU, oziroma do povračila stroškov teh storitev, če ji je bila v Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo 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 prednostna merila 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 ZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana, vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predolгих čakalnih dob v skladu s 44. b členom ZVZZ. Vloga mora med drugim vsebovati:

- nedvoumno navedbo, da zavarovana oseba uveljavlja zdravljenje, pregled ali preiskavo v državi, v kateri velja pravni red EU v skladu z evropsko zakonodajo;
- zdravstveno dokumentacijo o 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 je potrebna v postopku odločanja;
- podatek o zavarovalnici in številki police, pri kateri ima zavarovana oseba sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini zaradi predolгих čakalnih dob v Sloveniji, je treba ugotoviti, ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, kjer le-ta ne bi bila presežena.

Kadar je najdaljša dopustna čakalna doba presežena in v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko opravil zdravljenje v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe (najdaljša dopustna čakalna doba je presežena pri vseh izvajalcih v Sloveniji), se zavarovani osebi odobri zdravljenje v državi članici EU, Evropskega gospodarskega prostora ali Švici. Pred odobritvijo zdravljenja ZZS 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 se celotna dokumentacija posreduje uradni osebi ZZS, 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**, ZZS na podlagi ustrezne dokumentacije zaprosi pristojno kliniko ali inštitut za mnenje, in sicer, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba presega razumen čas. V primeru pozitivnega mnenja poda konzilij klinike tudi mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu in vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike oziroma inštituta se posreduje celotna dokumentacija uradni osebi ZZS, ki izda odločbo.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini zaradi dolgih čakalnih dob ima zavarovana oseba v skladu z evropsko zakonodajo tudi pravico do povrnitve 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. ZZS 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 S2, s katerim uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcu v javnem zdravstvenem sistemu oziroma pri zasebnem 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 na podlagi napotnice ali recepta, izdanega v Sloveniji, poišče zdravstveno storitev v drugi državi članici EU tako pri izvajalcih zdravstvenih storitev iz mreže javne zdravstvene službe kot tudi pri zasebnikih. Za bolnišnične zdravstvene storitve, ki vključujejo prenočitev zavarovane osebe ter zdravstvene storitve, ki zahtevajo uporabo visoko specializirane in drage medicinske infrastrukture ali medicinske opreme, je potrebna predhodna odobritev ZZS.

Zavarovana oseba stroške čezmejnega zdravljenja plača sama, nato pa v Sloveniji zahteva povračilo. Stroški se povrnejo v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje. Zavarovana oseba v tem primeru

ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve.

A Kdaj zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini?

Zavarovana oseba ni upravičena do povračila stroškov zdravstvenih storitev v tujini, ko gre za:

- zdravstvene storitve v osnovni zdravstveni dejavnosti (storitve 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 ZZS?

Predhodna odobritev ZZS kot pogoj za uveljavitev pravice do povračila stroškov zdravljenja v tujini se zahteva v primerih, ko gre za:

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

Predhodna odobritev se zavrne v primerih, ko:

- je zdravstveno storitev mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob pri vsaj enem izvajalcu zdravstvene dejavnosti v Sloveniji, glede na zdravstveno stanje



- zavarovane osebe in na verjetni razvoj bolezni pa za zdravljenje ne bo presežen razumen čas;
- bo zavarovana oseba z zadostno gotovostjo izpostavljena tveganju za varnost, ki se ne more razumeti kot sprejemljiva, pri čemer se upoštevajo tudi morebitne prednosti, ki bi jih zdravstvena storitev, ki je predmet predhodne odobritve, za zavarovano osebo imela;
 - bo širša javnost zaradi zdravstvene storitve, ki je predmet predhodne odobritve, z zadostno gotovostjo izpostavljena varnostnemu tveganju ali bo storitev zagotovil izvajalec zdravstvenih storitev, glede katerega obstajajo resni in konkretni pomisleki v zvezi s spoštovanjem standardov in smernic glede kakovosti, varnosti in nadzora nad izvajanjem zdravstvenih storitev.

Postopek pridobitve predhodne odobritve 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 ZVZZ.

Vloga mora med drugim vsebovati:

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

Kadar je podana vloga za odobritev zdravljenja v tujini v skladu s 44. c členom ZVZZ, je postopek odobritve enak kot v primeru vložitve vloge za odobritev zdravljenja v tujini v skladu s 44. b členom ZVZZ. V postopku odobritve se torej ugotavlja, **ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena** in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko zagotovil storitve v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma če ta ni presežena, ali je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini lahko zavarovana oseba zdravstvene storitve uveljavlja pri izvajalcu v drugi državi

članici EU. Stroške čezmejnega zdravljenja zavarovana oseba plača sama, **po opravljenem zdravljenju** pa poda **vlogo za povračilo stroškov** bolnišničnega zdravljenja oziroma specialistično-ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZS. Pri tem mora zavarovana oseba predložiti:

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

Zavarovana oseba dobi povrnjene stroške v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški. ZZS povrne stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev pa zavarovana oseba uveljavlja pri zavarovalnici, s katero ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Zavarovana oseba v tem primeru ni upravičena do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve.

C Kdaj predhodna odobritev ni potrebna?

Brez predhodne odobritve ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov:

- specialističnih ambulantnih zdravstvenih storitev, in sicer na podlagi že izdane napotnice zdravnika v Sloveniji;
- specialistične ambulantne zdravstvene storitve, ki jih lahko uveljavi brez napotnice v mreži javne zdravstvene službe v Sloveniji;
- zdravila oziroma medicinskega pripomočka, na podlagi že predpisanega recepta ali naročilnice zdravnika v Sloveniji;
- zdraviliškega zdravljenja, medicinskega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in pravice do zahtevnejšega medicinskega pripomočka na podlagi že 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 po-



trebna. Po opravljenem specialističnem ambulantnem zdravljenju v drugi državi članici EU zavarovana oseba poda vlogo za povračilo stroškov ambulantnega zdravljenja na pristojno območno enoto ZZS. Vlogi mora zavarovana oseba priložiti:

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

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

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 uveljavljajo tudi

pri zasebnih izvajalcih, ki nimajo sklenjene pogodbe z javno zavarovalnico.

V skladu s **44. b členom** ZZVZZ ima zavarovana oseba pravico do povračila potnih stroškov in stroškov nastanitve, pri zdravljenju v skladu s **44. c členom** ZZVZZ pa mora pacient najprej sam plačati stroške opravljenega zdravljenja v tujini, nato pa uveljavljati povračilo stroškov v višini kot stane storitev v državi zavarovanja, nima pa pravice do potnih stroškov in stroškov nastanitve.

Povračilo stroškov uveljavljenih zdravstvenih storitev v skladu s **44. b členom** ZZVZZ je v višini, kot bi storitev stala v javnem zdravstvenem sistemu v drugi državi članici, kjer je bila storitev uveljavljena. Povračilo stroškov v skladu s **44. c členom** ZZVZZ pa v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji, vendar ne več, kot znašajo dejanski stroški.

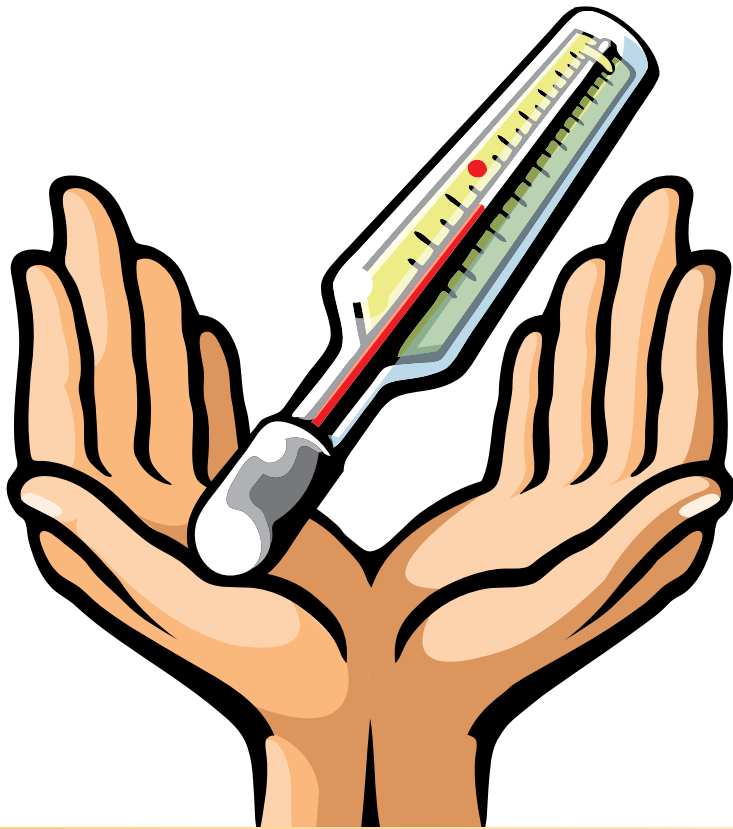
NACIONALNA KONTAKTNA TOČKA

Na podlagi Direktive 2011/24/EU in ZZVZZ je bila v Sloveniji, v okviru ZZS, ustanovljena Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo. Njen namen je zagotavljati informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu tako slovenskim zavarovanim osebam, ki bi želele na zdravljenje v tujino, kot tudi tujim pacientom, ki bi želeli na zdravljenje v Slovenijo.

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

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.



17.
Pravica do
denarnega
nadomestila



17.1. Pravica do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela

Pravico do nadomestila 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, če so zavarovani za to pravico, vrhunski športniki in vrhunski šahisti, pod določenimi pogoji pa tudi brezposelne osebe.

88

Pojasnilo: v opisu te pravice niso zajete začasne (časovno omejene) spremembe te pravice in postopka uveljavljanja na podlagi interventnih predpisov zaradi epidemije covid-19. Začasne spremembe so opisane na naši spletni strani:

<http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/92CE6CBD2FCEA11BC1258527003B992E>

POGOJI, KI JIH JE TREBA IZPOLNJEVATI ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE

Nadomestilo plače vam pripada v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja **od 1. delovnega dne** zadržanosti od dela zaradi presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, nege ožjega družinskega člana, izolacije in spremitva, ki ju odredi osebni zdravnik zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena ZZVZZ, ali zaradi usposabljanja za rehabilitacijo otroka, kar ugotovi izbrani osebni zdravnik oziroma imenovani zdravnik ZZS. Prav tako vam pripada nadomestilo v primeru darovanja krvi, in sicer na dan, ko prostovoljno darujete kri.

Če je razlog zadržanosti od dela bolezen, poškodba izven dela ali poškodba po tretji osebi izven dela, vam pripada nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja **od 21. delovnega dne dalje**.

Če je razlog zadržanosti poškodba pri delu ali poklicna bolezen, nadomestilo bremeni delodajalca ali samostojnega zavezanca prvih 30 delovnih dni, **od 31. delovnega dne** pa gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Do 20. delovnega dne vam nadomestilo, če ste v delovnem razmerju, izplačuje delodajalec iz lastnih sredstev, če ste samostojni zavezanec, pa izpad dohodka v tem obdobju krijete sami. Izjemoma vam pripada nadomestilo v teh primerih v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja že od 1. delovnega dne, in sicer:

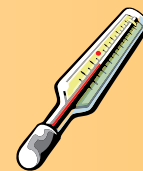
- v primeru recidiva (če gre za ponovno zadržanost od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, če je predhodna zadržanost od dela trajala do 20 delovnih

dni in če prekinitvev med eno in drugo odsotnostjo od dela traja manj kot 10 delovnih dni);

- če je zadržanost od dela posledica bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 20 delovnih dni in je delodajalec v koledarskem letu iz lastnih sredstev že izplačal za 80 delovnih dni nadomestila plače iz lastnih sredstev (velja tudi za samostojne zavezanec).

Če vam je med trajanjem zadržanosti od dela prenehalo delovno razmerje, vam pripada nadomestilo plače še za največ 30 koledarskih dni začasne nezmožnosti za delo po prenehanju delovnega razmerja. Če je zadržanost od dela posledica poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, vam pripada nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler niste spet zmožni za delo. Samostojni zavezanec niso upravičeni do nadomestila za začasno zadržanost od dela po prenehanju statusa.

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 10 koledarskih dni, za otroke do sedem let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka pa do 20 koledarskih dni. Kadar to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko



pristojni imenovani zdravnik ZZS izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 40 koledarskih dni za nego otrok do 7. leta starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka oziroma do 20 koledarskih 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 v Ljubljani ali Mariboru 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 bolezni ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja. Na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo lahko imenovani zdravnik ZZS odobri tudi pravico do nadomestila plače enemu od staršev, ko je tak otrok v bolnišnici. To pravico lahko do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti uveljavlja eden od staršev. Trajanje odsotnosti od dela je odvisno od stanja bolezni in se glede na potek bolezni presoja individualno.

ODVZEM NADOMESTILA

Do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela niste upravičeni, če ste v tem času opravljali pridobitno delo.

ZADRŽANJE NADOMESTILA

Izplačevanje nadomestila plače se zadrži, če neopravičeno, najpozneje 3 dni od začetka nezmožnosti za delo, o tem ne obvestite delodajalca oziroma osebnega zdravnika, če se brez upravičenega razloga ne odzovete vabilu na pregled imenovanega zdravnika ZZS ali zdravstvene komisije ZZS, kadar osebni ali pooblaščen zdravnik ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravnate po navodilih za zdravljenje ali ravnanje v času začasne zadržanosti od dela, če brez dovoljenja osebnega zdravnika odpotujete v tujino ali iz kraja svojega stalnega prebivališča, če kontrolorju ZZS onemogočite opraviti kontrolni obisk, ali če odklonite ali neopravičeno odložite predlagano zdravljenje bolezni oziroma poškodbe, ki bi ga ZZS zagotovil, s tem pa neopravičeno podaljšujete začasno nezmožnost za delo.

VIŠINA NADOMESTILA

Višina nadomestila, ki se izplačuje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, se izračuna glede na odmerni odstotek za nadomestilo, ki je odvisen od razloga in trajanja začasne zadržanosti od dela, od osnove za nadomestilo ter načina valorizacije. Nadomestilo ne more biti manjše od 60 odstotkov minimalne plače, razen za zavarovanca, katerega osnova za plačilo prispevkov je nižja od 60 odstotkov minimalne 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.

ODMERNI Odstotek OSNOVE GLEDE NA ČAS IN RAZLOG ZADRŽANOSTI OD DELA

Naziv razloga zadržanosti	Do 90 koledarskih dni	Nad 90 koledarskih dni
– bolezen	80	90
– poškodba izven dela	70	80
– poškodba po tretji osebi izven dela	70	80
– transplantacija	100	100
– izolacija	90	100
– spremstvo	70	80
– poklicna bolezen	100	100
– poškodba pri delu	100	100
– nega	80	80
– usposabljanje za rehabilitacijo otroka	80	80
– poškodba, nastala pri aktivnostih iz 18. člena zakona	100	100
– darovanje krvi	100	

Posebnosti – Vojaški invalidi in civilni invalidi vojne – znižanje odmernega odstotka velja tudi za vojaške invalide in civilne invalide vojne, pri katerih znaša nadomestilo za prvih 90 dni 90 % osnove v vseh primerih, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu, nege družinskega člana ter darovanja krvi, ko nadomestilo znaša 100 % osnove. Po preteku 90 koledarskih dni znaša nadomestilo pri vseh razlogih zadržanosti 100 % osnove.

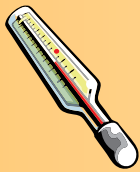
OSNOVA ZA NADOMESTILO

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 se plačuje 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.

VALORIZACIJA NADOMESTILA

Osnova za odmero nadomestila se usklajuje le v primeru, da ima zavarovanec osnovo najmanj iz predpreteklega koledarskega leta glede na obdobje zadržanosti. Uskladitev se opravi enkrat letno, in sicer 1. marca z rastjo cen življenjskih potrebščin v preteklem letu po podatkih Statističnega urada Republike Slovenije (SURS).



POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO NADOMESTILA MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA

1. Delavci v delovnem razmerju

1.1 Uveljavljanje nadomestila plače pri delodajalcu

Nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja izplačuje delavcu njegov delodajalec na osnovi izdanega bolniškega lista. ZZS povrne delodajalcu izplačana nadomestila, ko od njega dobi refundacijski zahtevek skupaj z vsemi podatki in drugimi potrebnimi obračunskimi dokumenti, na podlagi katerih se izvede obračun nadomestila.

Če delodajalec zahteva refundacijo nadomestila za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri, je delodajalec zahtevi za refundacijo dolžan priložiti potrdilo na posebnem obrazcu ZZS, ki dokazuje, da je delavec kri daroval.

1.2 Uveljavljanje nadomestila plače pri ZZS (neposredno izplačilo)

Če delodajalec vsem pri njem zaposlenim delavcem ne izplača plače in nadomestil plače v zakonsko določenem oziroma pogodbeno dogovorjenem roku, izplača ZZS neposredno delavcu zapadlo neizplačano nadomestilo plače. Skrajni rok za izplačilo plač in nadomestil plač, torej datum zapadlosti, je najkasneje do 18. v mesecu za pretekli mesec. 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 bilo že izplačano.

Vlagatelj zahteve

Zahtevo za neposredno izplačilo nadomestila plače delavcu vložijo delodajalec. Če tega ne stori, pa lahko zahtevo vložijo tudi delavec.

Rok za vložitev zahteve

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

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

Zahteva za izplačilo mora biti vložena v 3 letih od dne, ko bi moral delodajalec izplačati delavcu nadomestilo plače, sicer terjatev zastara.

Zahteva

Zahtevo je treba vložiti za vsak mesec posebej. Zahtevi je treba 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;
- podatke, na podlagi katerih se izvede obračun nadomestila (podatki, ki so sicer navedeni na hrbtni strani Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela v fizični obliki (obr. BOL)), ki jih delodajalec lahko sporoči tudi na računalniško izpisani specifikaciji zahtevka;
- 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 ...).

Pripomočki za vložitev zahteve, skupaj s potrebnimi prilogami (obračun nadomestila), so objavljeni na spletni strani ZZS.

Izplačilo

Na osnovi vseh listin in drugih potrebnih podatkov, na podlagi katerih je mogoče obračunati nadomestilo plače, ZZS opravi obračun nadomestila in 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 račune Finančne uprave RS (v nadaljnjem besedilu FURS). Hkrati ZZS za to obdobje na FURS predloži obrazec REK.

2. Samostojni zavezanci

Samostojni zavezanci, ki pravico do nadomestila med začasno zadržanostjo od dela iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja z individualnim zahtevkom uveljavljajo pri ZZS (neposredno izplačilo), so:

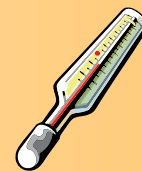
- zavarovanci, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost;
- družbeniki zasebnih družb in zavodov v RS, ki so poslovodne osebe;
- družbeniki zasebnih družb in zavodov, če niso zavarovani na drugi podlagi;
- vrhunski športniki in šahisti;
- kmetje, če so za to pravico zavarovani, in
- osebe, zaposlene pri tujih delodajalcih, vključene v obvezno zavarovanje v Sloveniji.

V primeru, da samostojni zavezanec ne uveljavlja izplačila nadomestila svoje zadržanosti od dela, temveč uveljavlja refundacijo nadomestila plače za zadržanost od dela svojih zaposlenih delavcev, postopa, kot je opisano v odstavku »Uveljavljanje nadomestila plače pri delodajalcu.«

2.1 Uveljavljanje nadomestila plače samostojnih zavezancev

Vloga za izplačilo nadomestila

Samostojni zavezanec, ki je upravičen do nadomestila za čas začasne zadržanosti v breme obveznega zdravstvenega za-



varovanja, na ZZZS posreduje posebno pisno vlogo, ki ji ni treba prilagati izpisanega elektronskega bolniškega lista.

V primeru darovanja krvi je obvezna priloga potrdilo o darovanju krvi.

Podatki za obračun nadomestila in pogoj oddaje obračuna prispevkov za socialno varnost za mesec zadržanosti

Podatek o osnovi za nadomestilo plače in osnovi, po kateri bi bil samostojni zavezanec zavarovan, če ne bi bil zadržan od dela (t. i. limit), ki je potreben za obračun nadomestila, ZZZS v elektronski obliki pridobi od FURS-a. Ta elektronska izmenjava je možna šele po oddaji elektronskega obračuna prispevkov za socialno varnost (OPSVZ, OPSVL, OPSVK, OPSVP ali OPSVT) za mesec zadržanosti, zato ZZZS predlaga, da samostojni zavezanec oziroma pooblaščen računovodski servis ne čaka, da bo FURS najprej objavil predizpolnjen OPSV (okoli 10. dne v mesecu) in da ga bo takrat le potrdil oziroma popravil, ampak da OPSV odda takoj, ko je to v sistemu e-Davki mogoče, sicer bo ZZZS lahko obračunal in nakazal nadomestilo na TRR samostojnega zavezanca šele po potrditvi oziroma oddaji OPSV.

V primeru, da je samostojni zavezanec v koledarskem letu pred letom, ko je bil zadržan od dela, v določenem obdobju prejel plačo ali nadomestilo plače (npr. iz naslova delovnega razmerja, starševskega varstva, brezposelnosti ...), predloži na ZZZS podatke o teh izplačilih, ki jih pridobi od prejšnjega delodajalca oziroma izplačevalca nadomestila ali jih predloži zavarovanec sam (npr. podatke iz informativnega izračuna dohodnine oziroma odločbe o odmeri dohodnine).

Izplačilo nadomestila

V roku 15 dni od prejema popolne vloge in vseh potrebnih podatkov za obračun ZZZS izplača samostojnemu zavezancu nadomestilo, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih ob izplačilu nadomestila nakaže na ustrezne podračune FURS-a.

Samostojni zavezanec mora na ustreznem obrazcu (OPSVZ, OPSVL, OPSVK, OPSVP ali OPSVT), ki ga odda elektronsko na FURS, označiti, da je začasno zadržan od dela v breme ZZZS. Na podlagi teh podatkov se mu obveznost za plačilo

prispevkov evidentira le za čas, ko mora sam zase plačati prispevke. V tem času torej samostojni zavezanec ni dolžan obračunati prispevkov in ga FURS ne bremeni iz tega naslova. Dolg iz prispevkov samostojnemu zavezancu v času začasne zadržanosti od dela v breme ZZZS ne nastaja.

Zadržanje pravic nerednim plačnikom

Samostojnim zavezancem ter njihovim družinskim članom (razen otrokom) se v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadrži njihova pravica do izplačila nadomestila, ki se izplačuje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Samostojni zavezanec lahko uveljavi pravico do nadomestila plače potem, ko poravna prispevek za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Opozorilo: zavarovanec mora sam poskrbeti, da njegov osebni zdravnik (pravočasno) izda elektronski bolniški list.

Osebni zdravnik elektronskega bolniškega lista ne izda avtomatično, temveč po izrecnem dogovoru z zavarovancem ter na način, ki ga opredeli zdravnik, na primer ob kontrolnem pregledu, na podlagi telefonskega pogovora, komunikacije po elektronski pošti. To pomeni, da mora zavarovanec svojega osebnega zdravnika opozoriti, da je treba izdati elektronski bolniški list, in sicer najkasneje pred iztekom meseca, za katerega je treba izdati bolniški list.

Če zavarovanec ne pravočasno obvesti svojega osebnega zdravnika o izdaji bolniškega lista, ga osebni zdravnik ne bo izdal in zato delodajalcu ne bo dosegljiv na informacijskem sistemu SPOT, zato tudi ne bo mogoč obračun nadomestila plače s strani delodajalca. Samo v določenih primerih, ko osebni zdravnik strokovno presodi, da je izdaja bolniškega lista vnaprej utemeljena, je omogočena izdaja elektronskega bolniškega lista vnaprej (še preden se je začasna zadržanost od dela zaključila).

Zavarovancem svetujemo, da takoj ob zaključku bolniškega staleža oziroma nekaj dni pred koncem meseca, če bolniški stalež traja še v prihodnjem mesecu, pokličejo svojega osebnega zdravnika in ga zaprosijo za izdajo elektronskega bolniškega lista.

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,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik o uveljavljanju izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zahtevo delodajalca.



17.2. Pravica do nadomestila plače zaradi nege otroka

Pravica zavarovancev do nadomestila v primeru začasne zadržanosti od dela zaradi nege otroka se zagotavlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer od prvega dne zadržanosti od dela. Višina nadomestila znaša 80 % osnove za odmero nadomestila.

92

UPRAVIČENCI DO NADOMESTILA PLAČE ZARADI NEGE OTROKA:

- eden od staršev;
- zavarovanec, ki neguje otroka, ki je z odločbo pristojnega organa nameščen v družino zavarovanca z namenom posvojitve;
- zakonec ali zunajzakonski partner, kadar dejansko neguje in varuje pastorka (otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja);
- skrbnik;
- rejnik (razen v primeru, če rejnik opravlja rejniško funkcijo kot poklic in je obvezno zavarovan iz naslova opravljanja te funkcije (zavarovalna podlaga 118), torej potem nima pravice do nadomestila zaradi nege otroka).

POGOJI, KI JIH JE TREBA IZPOLNJEVATI ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE

Pravica do nadomestila plače zaradi nege otroka pripada, če se hkrati ugotovi:

- da obstaja potreba po negi otroka;
- da nege ne more zagotoviti drug upravičenec, ki je nezaposlen, upokojen ali bi lahko zagotavljal nego brez zadržanosti od dela;
- da je upravičenec v času zagotavljanja nege razporejen na delovno obveznost;
- da so izpolnjeni tudi drugi pogoji za priznanje pravice (ustrezno zavarovanje upravičenca, pri odobritvi nege nad 6 mesecev ustrezen predlog strokovnega kolegija Pediatrične klinike v Ljubljani ...).

Za namene priznanja pravice se kot otrok šteje:

- oseba, ki še ni dopolnila 18 let starosti, ali
- oseba, ki je že dopolnila 18 let, dokler je zanjo z odločbo pristojnega organa podaljšana roditeljska pravica oziroma ji je dodeljen skrbnik.





KAKO DOLGO LAHKO TRAJA NEGA?

	OSNOVNO TRAJANJE	PODALJŠANJE	PODALJŠANJE v posebnih primerih
Pristojnost za odločanje	izbrani otroški ali šolski zdravnik	imenovani zdravnik ZZS	imenovani zdravnik ZZS
STAROST OTROKA			
Do 7. leta starosti	do 20 koledarskih dni	do 20 koledarskih dni (v skupnem trajanju do največ 40 koledarskih dni)	– Za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja, tako da nega skupaj traja najdlje 6 mesecev .
Od 7. leta starosti	do 10 koledarskih dni	do 10 koledarskih dni (v skupnem trajanju do največ 20 koledarskih dni)	– Za nego otroka zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja (na predlog strokovnega kolegija Pediatrične klinike v Ljubljani), tako da nega skupaj traja več kot 6 mesecev .
Od 7. leta starosti v primeru težje ali težke duševne in telesne prizadetosti	do 20 koledarskih dni	do 20 koledarskih dni (v skupnem trajanju do največ 40 koledarskih dni)	

KDAJ PRAVICA NE PRIPADA?

Upravičenec nima pravice do nadomestila zaradi nege otroka ne glede na starost otroka:

- če nego lahko zagotovi drug upravičenec (drugi od staršev), ki je nezaposlen, upokojen ali jo lahko zagotovi brez zadržanosti od dela;
- v času udeležbe otroka na obnovitveni rehabilitaciji, v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanja;
- če eden od upravičencev (staršev) uveljavlja pravico po Zakonu o starševskem varstvu in družinskih prejemkih, kot je materinski (porodniški), očetovski ali starševski dopust;
- za čas potovanja in načrtovanega zdravljenja v tujini.

POSEBNI PRIMERI IN OKOLIŠČINE

Pravica do nege otroka v času materinskega (porodniškega) dopusta. Partner porodnice ima pravico do nege otroka, če je tak otrok bolan, če torej zaradi zdravstvenega stanja otrok potrebuje nego in če mu jo porodnica v času materinskega dopusta zaradi svojega zdravstvenega stanja (bolezni ali poškodbe) ne more nuditi; zadržanost od dela zaradi nege otroka ni namenjena skrbi in varstvu zdravega otroka. Pravico upravičenec uveljavlja pri izbranemu otroškemu ali šolskemu zdravniku otroka.

Pravica do nege porodnice po porodu. Partner porodnice je upravičen do nege porodnice, če je to strokovno medicinsko indicirano (nego utemeljuje njeno zdravstveno stanje), ne pa avtomatično samo zaradi dejstva, da je bil v konkretnem primeru na primer opravljen carski rez; v tem primeru ne gre za nego otroka, zato upravičenec uveljavlja pravico do nege pri izbranem osebnem zdravniku partnerke (ne pri izbranemu zdravniku otroka).

Pravica do nege otroka in delo v skrajšanem delovnem času. V primeru uveljavljene pravice do dela v skrajšanem delovnem času pripada upravičencema (staršema) nega le

za preostale ure delovne obveznosti, pri čemer se upošteva tudi čas, ki se potrebuje za prihod na delo in z dela domov.

Sočasna nega otroka in (ali) spremstvo s strani obeh staršev. V istem obdobju ni mogoče uveljavljati pravice do nege in (ali) pravice do spremstva za istega otroka več upravičencev (obeh staršev); lahko pa si upravičenca na isti dan delita nego in (ali) spremstvo, na primer vsak štiri ure.

Nega in spremstvo otroka za čas potovanja in načrtovanega zdravljenja v tujini. V času potovanja in načrtovanega zdravljenja v tujini ni mogoče uveljavljati pravice do nege otroka. Na podlagi odločbe ZZS se lahko odobri pravica do spremstva otroka, kadar gre za uveljavljanje zdravljenja v tujini zaradi predolgih čakalnih dob v Sloveniji (44. b člen ZZZV) ali zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji (44. a člen ZZZV).

DOLŽNOSTI UPRAVIČENCEV PRI UVELJAVLJANJU PRAVICE

Dejstva, od katerih je odvisna odločitev o priznanju nadomestila, ugotovi izbrani otroški ali šolski zdravnik oziroma imenovani zdravnik ZZS na podlagi medicinske dokumentacije ter na podlagi drugih podatkov in dokazil, ki jih posreduje upravičenec.

Upravičenec je dolžan otroškemu in šolskemu zdravniku pred uveljavljanjem pravice podati popolne in resnične podatke:

- o tem, kako ima razporejeno delovno obveznost (na katere dneve in v katerem delu dneva), ter
- o razlogih, zaradi katerih drug upravičenec (npr. drugi od staršev), ki je nezaposlen ali upokojen, ne more zagotoviti nege oziroma je ne more zagotoviti brez zadržanosti od dela.

Upravičenec je zdravniku dolžan obvestiti o spremembi posredovanih podatkov ter o nastopu vsakega dejstva, ki bi lahko vplivalo na utemeljenost odločitve o upravičenosti do



nege (na primer naknadna hospitalizacija otroka, naknadna sprememba razporeditve delovne obveznosti).

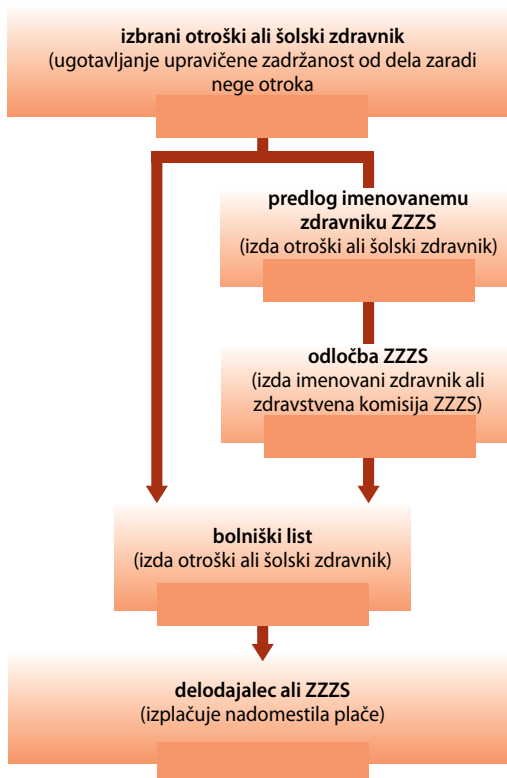
Če upravičenec posreduje lažne izjave ali listine, je kazensko in materialno odgovoren. Morebiti že izplačano nadomestilo pa je dolžan vrniti.

POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE

Upravičenci uveljavljajo zadržanost od dela zaradi nege otroka pri **izbranem otroškem ali šolskem zdravniku**, ki o utemeljenosti zahteve v skladu z navedenimi pogoji odloči sam. Če meni, da je zadržanost od dela zaradi nege utemeljena in je za odločanje pristojen imenovani zdravnik ZZZS (glej tabelo), poda ustrezen predlog **imenovanemu zdravniku ZZZS**, ki o svoji odločitvi izda odločbo. Odločbo prejmejo izbrani otroški ali šolski zdravnik, oseba, ki uveljavlja zadržanost od dela, ter njen delodajalec. Zoper odločbo je mogoča pritožba na zdravstveno komisijo ZZZS v roku 5 delovnih dni. Otroški ali šolski zdravnik na podlagi svoje odločitve, oziroma ko za odločanje ni pristojen, na podlagi prejete odločbe imenovanega zdravnika ZZZS izda **bolniški list** (elektronski bolniški list ali papirnati obrazec »Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela«), s katerim upravičenci uveljavljajo pravico do nadomestila plače pri svojem delodajalcu, samostojni zavezanci pa neposredno pri ZZZS (slika).

ZZZS s pomočjo laičnih kontrolorjev na terenu izvaja nadzor dejanskega zagotavljanja nege otroku. Če ugotovi, da upravičenec v času odobrene nege opravlja pridobitno delo, nima pravice do nadomestila oziroma mora morebiti že izplačano nadomestilo vrniti.

POSTOPEK UVELJAVLJANJA PRAVICE DO NADOMESTILA PLAČE ZARADI NEGE OTROKA



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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji,
- 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.

17.3.

Pravica do sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču ob hospitaliziranem otroku



Sobivanje pomeni nastanitev (prenočevanje) in prehrano pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, kjer je otrok hospitaliziran, oziroma v zdravilišču, če mu je bilo zdravljenje v zdravilišču odobreno z odločbo imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije ZZS.

Zakon izrecno izključuje povračilo stroškov v primeru sobivanja staršev ob bolnem otroku v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču, ki je v tujini.

UPRAVIČENCI:

Zakon kot upravičence navaja **starše, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja** (če dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, prav tako rejnik in skrbnik, kadar otroka dejansko negujeta in varujeta). Z zakoncem oziroma zunajzakonskim partnerjem sta izenačena tudi partnerja v sklenjeni oziroma nesklenjeni partnerski zvezi.

Pravico lahko uveljavlja zgolj eden od upravičencev (npr. eden od staršev in ne oba hkrati). Druge osebe (tudi, če so v sorodstvenem razmerju – npr. dedki, babice, tete, strici ipd.) nimajo pravice do sobivanja, razen če so z odločbo pristojnega organa opredeljeni kot skrbniki in dejansko negujejo in varujejo otroka.

Zgoraj navedeni upravičenci imajo vedno pravico do plačila stroškov nastanitve in prehrane. Pravico dočasne zadržanosti od dela in s tem do nadomestila pa imajo zgolj tisti, ki izpolnjujejo tudi pogoje za priznanje nadomestila plače. Tako pravice do nadomestila plače zaradi sobivanja nimajo upokoјenci ali osebe, ki zaradi nege in varstva otroka že prejemaјo dohodek za ta namen (npr. družinski pomočniki, osebni asistenti, poklicni rejniki), saj se nadomestilo zagotavlja zgolj ob izpadu osebnega dohodka.

STAROST OTROKA, DO KATERE JE MOGOČE UVELJAVLJATI PRAVICO

Pravico do sobivanja je mogoče uveljavljati:

- do vključno 14. leta otrokove starosti (14,99 leta oziroma do vključno dneva pred 15. rojstnim dnevom);

- do 18. leta otrokove starosti (17,99 leta oziroma do vključno dneva pred 18. rojstnim dnevom) oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja



**VRSTE ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI OTROKA**

Vrsta zadržanosti od dela	Starost otroka, do katere je mogoče odobriti posamezno vrsto zadržanosti od dela	Možni upravičenci	Trajanje
Sobivanje v bolnišnici oziroma zdravilišču	Do vključno 14. leta (do 14,99 leta) Tudi do 18. leta (do 17,99 leta) oziroma dokler traja roditeljska pravica: – v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, ali v primeru kronične bolezni ali okvare, – v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja). Ne glede na starost, če ima oseba posebne potrebe in zato potrebuje 24-urno nego in oskrbo, ali, če ima oseba status invalida priznan z odločbo CSD)	Starši*	Za tiste dni, ko upravičenec prenoči v bolnišnici oziroma zdravilišču ter za zadnji dan hospitalizacije oziroma zdraviliškega zdravljenja otroka.
Nega	Do 18. leta (do 17,99 leta) Tudi od 18. leta dalje, če je staršu z odločbo pristojnega organa podaljšana roditeljska pravica oziroma je na podlagi odločbe otrokov skrbnik.	Starši*	Do največ 20 dni – za otoka od 7. leta starosti do največ 40 dni – za otroka do 7. leta starosti – za starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka Izjemoma: – do največ 6 mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja – nad 6 mesecev za nego otroka zaradi težjih raka-stih obolenj, težjih možganskih okvar in v drugih primerih poslabšanja zdravstvenega stanja (na predlog strokovnega kolegija pediatrične klinike); – v času hospitalizacije otroka zaradi težke možgan-ske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja (na pre-dlog strokovnega kolegija pediatrične klinike).
Spremstvo	Do vključno 14. leta (do 14,99 leta) Tudi od 15. leta dalje, če je otrokovo zdravstveno stanje takšno, da zaradi njega ni sposoben sam potovati k izva-jalcu zdravstvenih storitev.	Kdorkoli	Dejanski čas trajanja spremstva oziroma najdlje za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija

* Upravičenci so tudi: zakonec ali zunajzakonski partner starša kot tudi partner starša iz sklenjene in nesklenjene partnerske zveze, kadar dejansko neguje in varuje otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja oz. partnerja iz sklenjene oziroma nesklenjene partnerske zveze, rejnik (če ne gre za poklicnega rejnika), skrbnik (kadar otroka dejansko neguje in varuje)



	Pristojni organ za odločanje o zadržanosti od dela	Vrsta listine za uveljavljanje nadomestila	Organ, ki izda listino	Odmerni odstotek za nadomestilo	Izplačilo oziroma refundacija s strani ZZS
	/	Potrdilo bolnišnice oziroma zdravilišča	Bolnišnica oziroma zdravilišče	80 %	Od 1. delovnega dne
	<p>Pediater</p> <ul style="list-style-type: none"> – za otroka do 7. leta (6,99 leta) starosti ali za starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka od 1. do vključno 15. delovnega dne zadržanosti od dela, – za otroka od 7. leta starosti od 1. do vključno 7. delovnega dne. <p>Imenovani zdravnik</p> <ul style="list-style-type: none"> – za otroka do 7. leta (6,99 leta) starosti ali za starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka od vključno 15. delovnega dne dalje, – za otroka od 7. leta starosti od vključno 8. delovnega dne dalje, – za čas hospitalizacije otroka (na predlog strokovnega kolegija pediatrične klinike). 	Elektronski bolniški list	Pediater	80 %	Od 1. delovnega dne
	<p>Pediater</p> <ul style="list-style-type: none"> – od 1. do vključno 30. koledarskega dne zadržanosti od dela. <p>Imenovani zdravnik</p> <ul style="list-style-type: none"> – od vključno 31. koledarskega dne zadržanosti od dela dalje. 	Elektronski bolniški list	Pediater	70 %	Od 1. delovnega dne



za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja;

- **ne glede na starost** za osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma za osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov (če ima z odločbo centra za socialno delo priznan status invalida po Zakonu o socialnem vključevanju invalidov ali pa ohranja ta status, ki ga je pridobila še po Zakonu o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb). Torej je pravico do sobivanja mogoče uveljavljati **tudi za polnoletne osebe**.

Pravico do sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču sestavljajo tri upravičenja, in sicer:

1. Pravica do kritja stroškov nastanitve in prehrane za čas sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču; pogodbeni izvajalec (bolnišnica, zdravilišče) zagotovi sobivanje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nastanitev je dolžan zagotoviti izvajalec v okviru svojih prostorskih zmožnosti. Če izvajalec zaradi omejenih prostorskih zmogljivosti ne more zagotoviti nastanitve staršu, prednost pri nastanitvi presoja glede na zdravstveno stanje in starost otroka, krajevno oddaljenost od prijavljenega prebivališča otroka ali starša in obstoj posebnih potreb otroka.
2. Pravica do upravičene zadržanosti od dela za čas sobivanja (bolniški stalež zaradi sobivanja). Upravičenec do nadomestila je upravičen do zadržanosti od dela zaradi sobivanja **zgolj za tiste dni, ko prenoči v bolnišnici ali zdravilišču ter za zadnji dan hospitalizacije oziroma zadnji dan zdraviliškega zdravljenja otroka**.

Upravičeno zadržanost od dela za čas morebitnega začasnega odpusta ureja pri pediatru (na podlagi potrdila o začasnem odpustu), ki mu za ta čas odobri nego, če je ta potrebna.

3. Pravica do nadomestila za čas sobivanja v višini 80 % od osnove po ZZVZZ od 1. delovnega dne v breme ZZS. Zavarovanec upravičeno zadržanost od dela in s tem tudi ustrezno izplačilo nadomestila uveljavlja **na podlagi potrdila o sobivanju, ki ga izda bolnišnica ali zdravilišče. Bolniški list se v primeru sobivanja ne izdaja**. Delavci v delovnem razmerju predložijo potrdilo neposredno delodajalcu, samostojni zavezanci pa k vlogi za izplačilo nadomestila, ki jo za vsak mesec posredujejo na ZZS. Zavarovanec je dolžan izpolniti izjavo na dnu potrdila, s katero potrdi, da so vsi podatki, ki jih je navedla pooblaščenca oseba bolnišnice oziroma zdravilišča, pravilni in verodostojni (njegovi podatki in podatki osebe, s katero sobiva v bolnišnici oziroma zdravilišču).

USPOSABLJANJE STARŠEV ZA POZNEJŠO REHABILITACIJO NA DOMU

Eden od staršev ima pravico do bivanja v bolnišnici v času trajanja usposabljanja ter za navedeni čas tudi pravico do začasne zadržanosti od dela in s tem do nadomestila plače, ki ni časovno omejeno, temveč traja toliko časa, kolikor časa je otrok hospitaliziran. Tudi v tem primeru upravičenec do sobivanja uveljavlja začasno zadržanost od dela s pravico do nadomestila plače za čas sobivanja na podlagi potrdila izvajalca o sobivanju.

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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- 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,
- Navodilo o načinu izvajanja pravice do sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču.



18.
Pravica do
povračila potnih
stroškov



18.

Pravica do povračila potnih stroškov

Pravico do povračila potnih stroškov imate, kadar uveljavljate pravice iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, če morate potovati k izvajalcu zdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu: izvajalec) v drug kraj, ker v kraju zaposlitve ali prebivališča ni izvajalca, ali vas izvajalec ali Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) napoti ali pokliče v kraj zunaj kraja zaposlitve ali prebivališča.

1. Pravica do povračila potnih stroškov za potovanje k izvajalcu zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji

Pravica do povračila potnih stroškov za potovanje do najbližjega izvajalca v Republiki Sloveniji obsega:

- prevozne stroške ter
- stroške prehrane in nastanitve.

Če vam je bilo odobreno spremstvo*, ima tudi vaš spremljevalec pravico do povračila prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od vašega prebivališča do najbližjega izvajalca in nazaj. V primeru, ko potuje spremljevalec sam od izvajalca, h kateremu vas je spremljal, ima pravico do povračila prevoznih stroškov tudi za razdaljo od izvajalca do vašega prebivališča. Enako ima pravico do povračila prevoznih stroškov tudi v primeru, ko potuje k izvajalcu po vas, in sicer za razdaljo od vašega prebivališča do izvajalca (t. i. »prazne poti«).

Če imate pravico do povračila potnih stroškov in ste iz svojega prebivališča odsotni nad 12 do 24 ur in vam prehrana ni zagotovljena v okviru zdravstvene storitve, imate pravico do izplačila dnevnice. V primeru, da imate pravico do povračila potnih stroškov in morate zaradi napotitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju, imate tudi pravico do povračila stroškov nastanitve zaradi nočitve. Če vam je

* Spremistvo lahko odobri vaš osebni zdravnik, od njega pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ZZS ali Zdravstvena komisija ZZS, če oceni, da je to potrebno zaradi vašega zdravstvenega stanja. Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti, 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.

odobreno spremstvo, ima tudi vaš spremljevalec pod enakimi pogoji pravico do povračila stroškov prehrane in nastanitve.

VIŠINA POVRAČILA

Prevozni stroški se povrnejo za najkrajšo razdaljo do najbližjega izvajalca v višini:

- cene javnega prevoza, ki ni prevoz s taksijem, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o plačilu;
- kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja, če ste potovali z osebnim vozilom, z javnim ali prevozom s taksijem, za katerega niste predložili vozne karte, ali drugega dokazila o plačilu, ali
- cene prevoza s taksijem, kot izhaja iz dokazila o njegovem plačilu, vendar ne več kot bi znašala kilometrina.

Če si izberete izvajalca (specialista), ki ni najbližji, se povračilo potnih stroškov opravi, kot da bi potovali k najbližjemu izvajalcu.

Obračun prevoznih stroškov za potovanja, opravljena v istem mesecu, se zmanjša za 3 % minimalne plače (lastni prispevek), kar trenutno znaša 32,23 evra (podatek na dan 11. 4. 2022).

Vaš spremljevalec ima pravico do povračila prevoznih stroškov v višini, kot izhaja iz vozne karte, če potuje z javnim prevozom, ki ni prevoz s taksijem. V drugih primerih pa v višini kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja. Če s spremljevalcem potujete skupaj z osebnim vozilom ali prevozom s taksijem, imate pravico do povračila skupnega prevoznega stroška v višini enkratnega zneska.



Stroški prehrane za odsotnost iz vašega prebivališča nad 12 do 24 ur se izplačajo v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave, za 24-urno odsotnost, če vam ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve. V primeru, da morate zaradi napatitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju in vam ni zagotovljena nočitev v okviru zdravstvene storitve, se vam stroški nastanitve zaradi nočitve povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša trikratna vrednost dnevnice. Enako velja za povračilo stroškov prehrane in nastanitve za spremljevalca, če vam je bil odobren. Povračilo stroškov prehrane in nastanitve za otroka, starega do sedem let, znaša polovico navedenih zneskov.

UVELJAVLJANJE PRAVICE DO POVRAČILA POTNIH STROŠKOV

Zahtevo za povračilo potnih stroškov lahko vložite pri katerikoli območni enoti oziroma izpostavi ZZZS. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je treba priložiti:

- predpisano listino "Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva", ki jo izda osebni ali napatni zdravnik, če uveljavljate povračilo stroškov zase in za spremljevalca, oziroma dokazilo o spremstvu, če bo spremljevalec sam za sebe uveljavil povračilo nastalih stroškov;
- izvornik vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o plačilu javnega ali avtotaksi prevoza, če ste potovali z njim;
- drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja (če to zahteva uradna oseba, ki vodi postopek) in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprti račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

Zahtevi za povračilo stroškov prehrane oziroma nastanitve je treba priložiti:

- predpisano listino, listino "Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva", ki jo izda osebni ali napatni zdravnik, oziroma vašo izjavo o spremstvu, ko ne boste uveljavili povračila stroškov tudi za spremljevalca;
- izvornik računa za nočitev z dokazilom o njegovem plačilu;
- drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja (če to zahteva uradna oseba, ki vodi postopek), in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprti račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

PRIMERI OBRAČUNOV POTNIH STROŠKOV

(opozorilo: podatki so spremenljivi in veljajo na dan 11. 4. 2022)

mesečni odbitek oziroma lastni prispevek	32,23 evra
dnevnic za potovanje, ki traja več kot 12 ur	21,39 evra
kilometrina (na kilometer):	0,15 evra

Primer 1: potovanje z osebnim avtomobilom. Razdalja od doma do izvajalca znaša 150 kilometrov.

Višino povrnjenih prevoznih stroškov se izračuna:

$$150 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 300 \times 0,15 \text{ evra} = 45 \text{ evrov} - 32,23 \text{ evra (lastni prispevek)} \\ \Rightarrow \text{povračilo znaša } 12,77 \text{ evra.}$$

Obračun za naslednje vožnje v istem mesecu se opravi brez odbitka (torej v višini 45 evrov).

Pri potovanju z osebnim avtomobilom je obračun enak, ne glede na to, če je odobren tudi spremljevalec.

Primer 2: potovanje z osebnim avtomobilom. Razdalja od doma do izvajalca znaša 50 km.

Višino povrnjenih prevoznih stroškov se izračuna:

$$50 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 100 \times 0,15 \text{ evra} = 15 \text{ evrov} - 32,23 \text{ evra (lastni prispevek)} \\ \Rightarrow \text{povračilo se ne opravi, ker je odbitek (lastni prispevek) višji od kilometrine.}$$

V primeru večkratnih potovanj v istem mesecu se ob obračunu odbitek (lastni prispevek) odšteje tudi od drugega in naslednjih potovanj, dokler skupni obračun kilometrin v istem mesecu ni višji od odbitka.

Primer 3: potovanje z javnim prevozom, ki ni prevoz s taksijem.

Povračilo se opravi v višini, kot izhaja iz predložene vozne karte. Od stroška vozne karte se odšteje lastni prispevek (trenutno 3073 evra), spremljevalec pa dobi strošek vozne karte povrnjen v celoti.

Primer 4: potovanje s taksijem.

Povračilo se opravi v višini, kot izhaja iz predloženega računa za prevoz, vendar ne več, kot bi znašala kilometrina (10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov na kilometer, veljavne v času potovanja – glejte primer 1 oziroma 2).

Primer 5: odsotnost iz kraja prebivališča nad 12 do 24 ur, če prehrana ni zagotovljena v okviru zdravstvene storitve.

Povračilo se opravi v višini dnevnic, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za 24-urno odsotnost in znaša 21,39 evra (podatek na dan 11. 4. 2022).

Primer 6: Odsotnost iz kraja prebivališča 26 ur ter nočitev, če prehrana in bivanje nista zagotovljena v okviru zdravstvene storitve.

Povračilo se opravi v višini ene dnevnic za prehrano za 24-urno odsotnost, ki znaša 21,39 evra (podatek na dan 11. 4. 2022.)

Stroški nastanitve za nočitev pripadajo v višini dejanskih stroškov, vendar največ v višini trikratnika dnevnic.



2. Pravica do povračila potnih stroškov v zvezi z načrtovanim zdravljenjem v tujini

Pravico do povračila potnih stroškov zaradi potovanja na zdravljenje v tujini imate:

- pri uveljavljanju pravice do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini, kadar so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, s pregledom, preiskavo ali z zdravljenjem v tujini pa se utemeljeno pričakuje ozdravitev ali izboljšanje ali preprečitev nadaljnjega slabšanja zdravstvenega stanja;
- pri uveljavljanju pravice do **pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi članici Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in Švicarski konfederaciji** zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe ali preseganja razumnega časa pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji.

Pravico do povračila potnih stroškov imate do odobrenega izvajalca v tujini. Pravica obsega prevozne stroške ter stroške prehrane in nastanitve, poleg tega pa tudi povračilo prevoznih stroškov za najkrajšo razdaljo od naslova nastanitve v tujini do izvajalca in nazaj v primeru, če imate pravico do povračila stroškov nastanitve. Pravico do povračila stroškov prehrane imate, če ste odsotni iz svojega prebivališča nad 12 do 24 ur in vam ni zagotovljena prehrana v okviru zdravstvene storitve v tujini. Dnevnic se izplača za 24 ur, pri čemer se za izplačilo dnevnic za vsakih 24 ur ugotavlja:

- ali zavarovani osebi ni bila zagotovljena prehrana v tujini za skupen čas odsotnosti zavarovane osebe iz prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure zaključka potovanja;
- ali je bila zavarovani osebi zagotovljena prehrana v tujini posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od prebivališča zavarovane osebe do sprejema pri izvajalcu, ki se izračuna v urah od datuma in ure začetka potovanja do datuma in ure sprejema pri izvajalcu, in posebej za čas odsotnosti zavarovane osebe od odpusta pri izvajalcu do prebivališča zavarovane osebe, ki se izračuna v urah od datuma in ure odpusta pri izvajalcu do datuma in ure zaključka potovanja.

Pravico do povračila stroškov nastanitve za nočitev v tujini imate, če vam nočitev ni bila zagotovljena v okviru zdravstvene storitve.

Pravico do povračila stroškov prehrane oziroma nastanitve imate tudi za naslednje dneve:

1. za dan pred izvedbo zdravstvene storitve v tujini:
 - če je razdalja med vašim prebivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov ali
 - če to zahteva vaše zdravstveno stanje ali potek izvedbe zdravstvene storitve;
2. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če to zahteva vaše zdravstveno stanje in to potrebo ugotovi izvajalec v tujini;
3. za dneve, dokler vam ni zagotovljen prvi možni prevoz s prevoznim sredstvom, določenim v odločbi ZZSZ;
4. za dneve po izvedeni zdravstveni storitvi v tujini, če je nadaljnja zdravstvena storitev predvidena v treh dneh od pred tem izvedene zdravstvene storitve in je razdalja med prebivališčem zavarovane osebe in izvajalcem nad 400 kilometrov.

Če vam je bilo odobreno spremstvo na poti ter v času bivanja v tujini, ima tudi vaš spremljevalec pravico do povračila stroškov za dneve iz prejšnjega odstavka. V primeru, da vam je bilo odobreno samo spremstvo na poti, pa ima vaš spremljevalec pravico do povračila stroškov za dneve iz zgornje 1. in 3. točke in za dan pred zaključkom vašega zdravljenja, če je razdalja med vašim prebivališčem in izvajalcem nad 400 kilometrov.

VIŠINA POVRAČILA

Prevozni stroški se povrnejo za najkrajšo razdaljo do odobrenega izvajalca v tujini v višini:

- cene javnega prevoza, kot izhaja iz vozne karte ali drugega dokazila o plačilu;
- kilometrine, ki je enaka ceni 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov, veljavni v času potovanja, če ste potovali z osebnim vozilom ali javnim prevozom, za katerega niste predložili vozne karte ali drugega dokazila o plačilu ali
- cene prevoza s taksijem, kot izhaja iz dokazila o njegovem plačilu.

Obračun prevoznih stroškov za potovanja, opravljena v istem mesecu, se zmanjša za 3 % minimalne plače (lastni prispevek), kar trenutno znaša 32,23 evra (podatek na dan 11. 4. 2022).



Stroški prehrane se povrnejo v višini dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino. Dnevnicca se izplača za 24 ur.

Stroškov nastanitve za nočitev v tujini se povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnicca, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za službena potovanja v tujino.

Povračilo stroškov prehrane in nastanitve za otroka, starega do sedem let, znaša polovico navedenih zneskov.

UVELJAVLJANJE PRAVICE DO POVRAČILA POTNIH STROŠKOV

Zahtevo za povračilo potnih stroškov lahko vložite pri kateri koli območni enoti oziroma izpostavi ZZS.

Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je treba priložiti:

- izvornik vozne karte ali drugega ustreznega dokazila o plačilu prevoza ali navedbo kilometrov, če ste potovali z osebnim vozilom;
- drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, če to zahteva uradna oseba, ki vodi postopek, in
- podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

Zahtevi za povračilo stroškov prehrane in nastanitve je treba priložiti:

1. poročilo o poteku potovanja, ki vsebuje:
 - navedbo datuma in ure odhoda na pregled, preiskavo ali zdravljenje ter datuma in ure prihoda iz pregleda, preiskave ali zdravljenja;
 - navedbo števila nočitev in zagotovljene prehrane med potovanjem in bivanjem;
 - poročilo o poteku pregleda, preiskave ali zdravljenja z navedbo datuma in ure začetka ter datuma in ure zaključka pregleda, preiskave ali zdravljenja;
2. izvornik računa za nočitve z dokazilom o njegovem plačilu;
3. ustrežno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
4. drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja, če to zahteva uradna oseba, ki vodi postopek, in
5. podatek o številki računa in organizaciji, pri kateri je odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

PRIMERI OBRAČUNOV POTNIH STROŠKOV

(Opozorilo: podatki so spremenljivi in veljajo na dan 13. 1. 2022.)

Mesečni odbitek oziroma lastni prispevek (3 % minimalne plače)	32,23 evra
Dnevnicca za potovanje, ki traja od 14 do 24 ur	dnevnicca je odvisna od države, kamor potujete, in znaša npr. za Avstrijo, Italijo, Francijo, Nizozemsko, Nemčijo 55 evrov, za Belgijo 63 evrov in Hrvaško 40 evrov
Kilometrarna (na kilometer): 10 % cene litra neosvinčenega motornega bencina – 95 oktanov	0,15 evra

Primer 1: potovanje z osebnim avtomobilom. Od doma do izvajalca v tujini je razdalja 500 kilometrov.

Višino povrnjenih prevoznih stroškov se izračuna:

$$500 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 1000 \times 0,15 \text{ evra} = 150 \text{ evrov} - 32,23 \text{ evra (lastni prispevek)} = 117,77 \text{ evra.}$$

Pri naslednjih vožnjah v istem mesecu se odbitek (lastni prispevek) ne odšteje, prav tako se lastni prispevek ne odšteje, če je že bil v istem mesecu odštet za potovanja k izvajalcu v Sloveniji. Pri potovanju z osebnim avtomobilom je izračun enak ne glede na to, ali je odobren tudi spremljevalec.

Primer 2: potovanje z javnim prevozom (letalo, vlak, taksi, avtobus ...).

Povračilo v višini, kot izhaja iz predložene vozne karte. Od stroška vozne karte se odšteje lastni prispevek (trenutno 32,23 evra), spremljevalec pa dobi strošek vozne karte povrnjen v celoti.

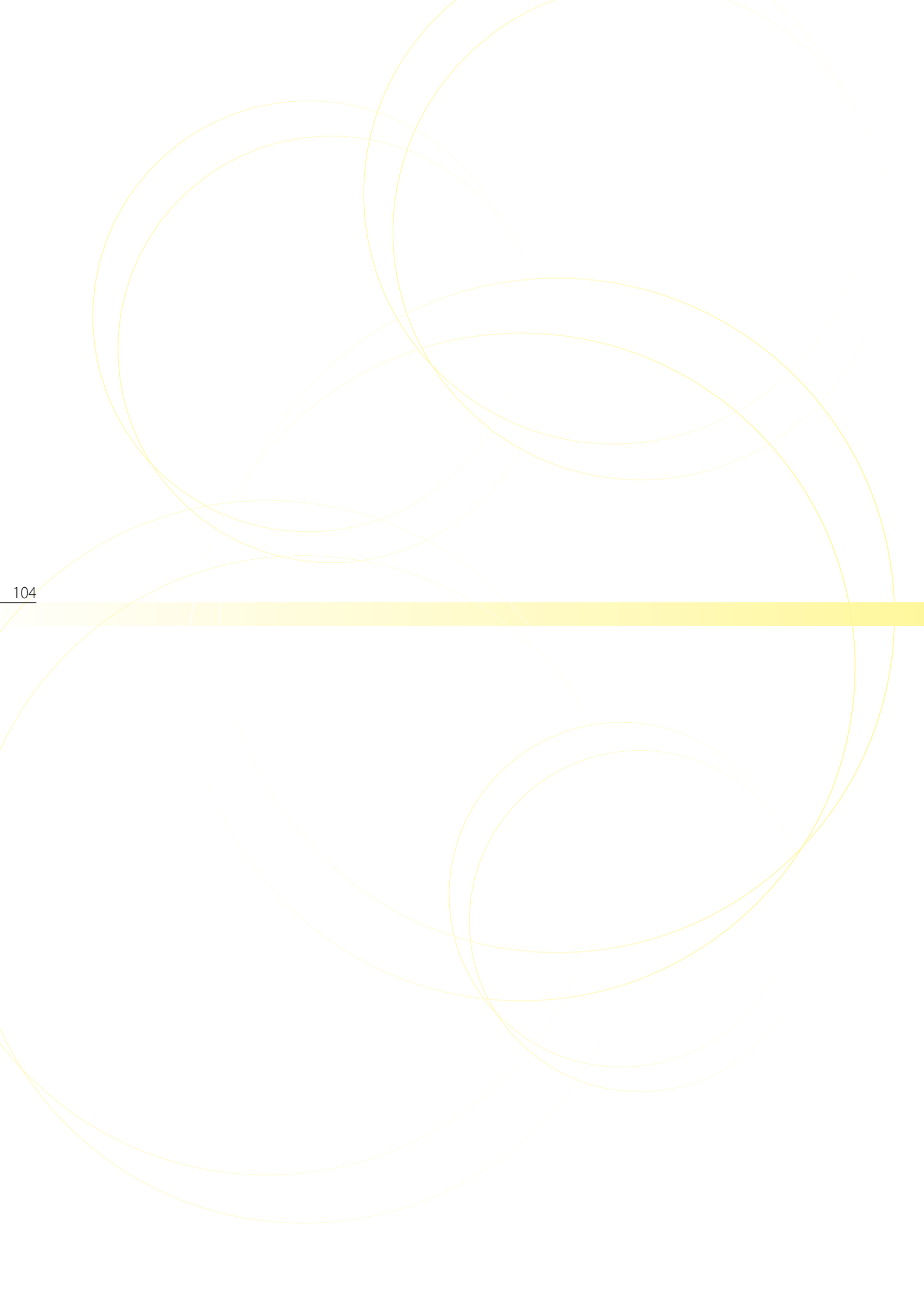
Primer 3: odsotnost iz kraja prebivališča 26 ur ter nočitev, če prehrana in bivanje nista zagotovljena v okviru zdravstvene storitve.

Ena dnevnicca za prehrano za odsotnost od 14 do 24 ur, kot se izplačuje v organih državne uprave za službena potovanja v tujino, ki znaša npr. za Nemčijo, Avstrijo, Italijo in Francijo 55 evrov (podatek na dan 11. 4. 2022).

Stroški nastanitve za nočitev v višini dejanskih stroškov, vendar največ v višini dvakratnika dnevnicca.

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

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





19.
Varstvo pravic iz
obveznega zdravstvenega
zavarovanja



19. 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.

Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam naslednje pravice: pravice do zdravstvenih storitev, ki vključujejo tudi pravico do zdravil 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 s slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja pri izbranem osebnem zdravniku, po potrebi pa tudi pri specialistih v ambulantah in bolnišnicah, zdraviliščih ter klinikah in inštitutih ali pri drugih izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki imajo ustrezno pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZS).

Pravice do denarnih nadomestil uveljavljamo na osnovi urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja praviloma pri območnih enotah in izpostavah ZZS 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 ZZS IN ZDRAVSTVENE KOMISIJE ZZS

Imenovani zdravniki ZZS 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 čemer odloča njen izbrani osebni zdravnik. Imenovani zdravniki ZZS odločajo tudi o presoji ocene iz-

branega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, o pravici do zdraviliškega zdravljenja, o pravici do medicinskega pripomočka pred iztekom dobe trajanja 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, zahtevata njeno presojo, in sicer tako, da podata zahtevo pri izbranem osebnem zdravniku, ki je oceno podal, ali pa neposredno pri krajevno pristojnem imenovanem zdravniku ZZS glede na sedež izbranega osebnega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnati po oceni izbranega osebnega zdravnika, odločba imenovanega zdravnika ZZS pa velja praviloma za v 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 ZZS, če oceni, da zavarovanec še vedno ni zmožen opravljati svojega dela oziroma so še podani razlogi za zadržanost od dela. Imenovani zdravnik ZZS odloči o začasni nezmožnosti za delo. Pri tem upošteva medicinsko dokumentacijo, ki jo pridobi od izbranega osebnega zdravnika, morebitni pregled zavarovanca, delo, ki ga zavarovanec opravlja, ter druge podatke. Pregled pri imenovanem zdravniku ZZS mora biti opravljen v primeru, če to zahteva zavarovanec. O svoji odločitvi imenovani zdravnik ZZS 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 ZZS, se lahko zoper odločbo pritožita v 5 delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožba se vložijo pri imenovanem zdravniku ZZS, ki je odločbo izdal.

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

Zdravstvena komisija ZZS pred odločitvijo zavarovanca pregleda, če zavarovanec to izrecno zahteva v pritožbi, ali če zdravstvena komisija ZZS oceni, da je pregled potreben. V navedenih primerih zdravstvena komisija ZZS povabi zavarovanca na osebni pregled, sicer pa sprejme odločitev na osnovi medicinske in druge dokumentacije, ki jo pridobi od imenovanega zdravnika ZZS ali izbranega osebnega zdravnika.

Zdravstvena komisija ZZS izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Če se zavarovanec z odločbo zdrav-

stvene komisije ZZS ne strinja ali če zdravstvena komisija ne izda odločbe v 8 dneh od prejema pritožbe in če je tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, lahko zavarovanec vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

ODLOČANJE O PRAVICI DO ZDRAVILIŠKEGA ZDRAVLJENJA V NARAVNEM ZDRAVILIŠČU

Zdraviliško zdravljenje predstavlja 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 ZZS zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, ko je treba po bolnišničnem zdravljenju nadaljevati zdravljenje v naravnem zdravilišču, sicer pa je za predlog pristojen tudi izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe. Na predlogu imenovanemu zdravniku ZZS mora biti jasno opisano klinično stanje, funkcionalno stanje in psihofizične sposobnosti zavarovane osebe za zahtevnejšo rehabilitacijo. Zavarovane osebe so upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri bolezenskih stanjih, ki so opredeljena v 45. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, če je z zdraviliškim zdravljenjem mogoče pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

Izpolnjevanje teh pogojev na osnovi medicinske in druge dokumentacije ugotavlja imenovani zdravnik ZZS. Če 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, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja. Če imenovani zdravnik ZZS ugotovi, da zavarovana oseba ne izpolnjuje pogojev za napotitev na zdraviliško zdravljenje, pa izda odločbo, s katero se takšna oblika zdravljenja zavrne. Imenovani zdravnik ZZS izda odločbo najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZS pritožijo v 5 delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Zoper odločbo zdravstvene komisije ZZS 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 DOBE TRAJANJA IN O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

O upravičenosti do medicinskih pripomočkov pred iztekom dobe trajanja in o upravičenosti do zahtevnejših medicinskih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika odloča imenovani zdravnik ZZS, ki o tem izda odločbo, in sicer najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Imenovani zdravnik ZZS 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 osnovi odločbe imenovanega zdravnika ZZS in izdane naročilnice uveljavlja zavarovana oseba pravico do pripomočka pri pogodbenem dobavitelju ali izposojevalnici. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZS pritoži v 5 delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Zoper odločbo zdravstvene komisije ZZS 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. ZZS lahko zavarovani osebi izjemoma odobri povračilo stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Sloveniji ni mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu. Postopek, vrsto bolezni in stanj, pri katerih je to dovoljeno, in višino povračila določijo Upravni odbor ZZS (trenutno to velja za postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo).

Zahtevo za napotitev na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini vložijo zavarovana oseba oziroma njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec pri ZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana. ZZS pred odločanjem o upravičenosti zahteve pridobi pisno mnenje konzilija zdravni-

kov 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, izboljšanje zdravstvenega stanja ali vsaj preprečitev njegovega nadaljnjega slabšanja. Na osnovi tega mnenja, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda ZZS Območna enota Ljubljana odločbo, s katero odloči o upravičenosti zahteve. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo pritoži v 15 dneh od vročitve. Pritožbo obravnava Direkcija ZZS, 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, v primeru, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumni 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 ZZS

Pooblaščene uradne osebe v območnih enotah ZZS odločajo na 1. stopnji v upravnem postopku o pravici do nadomestila plače za čas odsotnosti z dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, povračila potnih stroškov, o pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, o pravici do proste izbire zdravnika, o drugih pravicah iz Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in o drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

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



ZZZS odločiti najpozneje v 60 dneh od dneva prejema popolne pritožbe. Zoper odločbo ZZZS 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 zdravstvene dejavnosti. Pritožbo je smiselno najprej nasloviti na poseben organ ali vodstvo izvajalca zdravstvene dejavnosti.

Kadar zavarovana oseba meni, da je prišlo pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ima sklenjeno pogodbo z ZZZS, do kršenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko poda pritožbo na območno enoto ZZZS, v kateri 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 vložijo pritožbo na zbornico ali Ministrstvo za zdravje RS. Za zdravnike je pristojna Zdravniška zbornica Slovenije, za ostale zdravstvene delavce pa zbornice njihovih strok.

PRAVICA DO OBRAVNAVE KRŠITEV V SKLADU 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 obveščенosti. 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 pacientom in izvajalcem zdravstvenih storitev, ali v postopku pred tričlanskim senatom, ki ga sestavljajo predstavniki nevladnih organizacij, strokovnjak s področja zdravstva in pravnik.

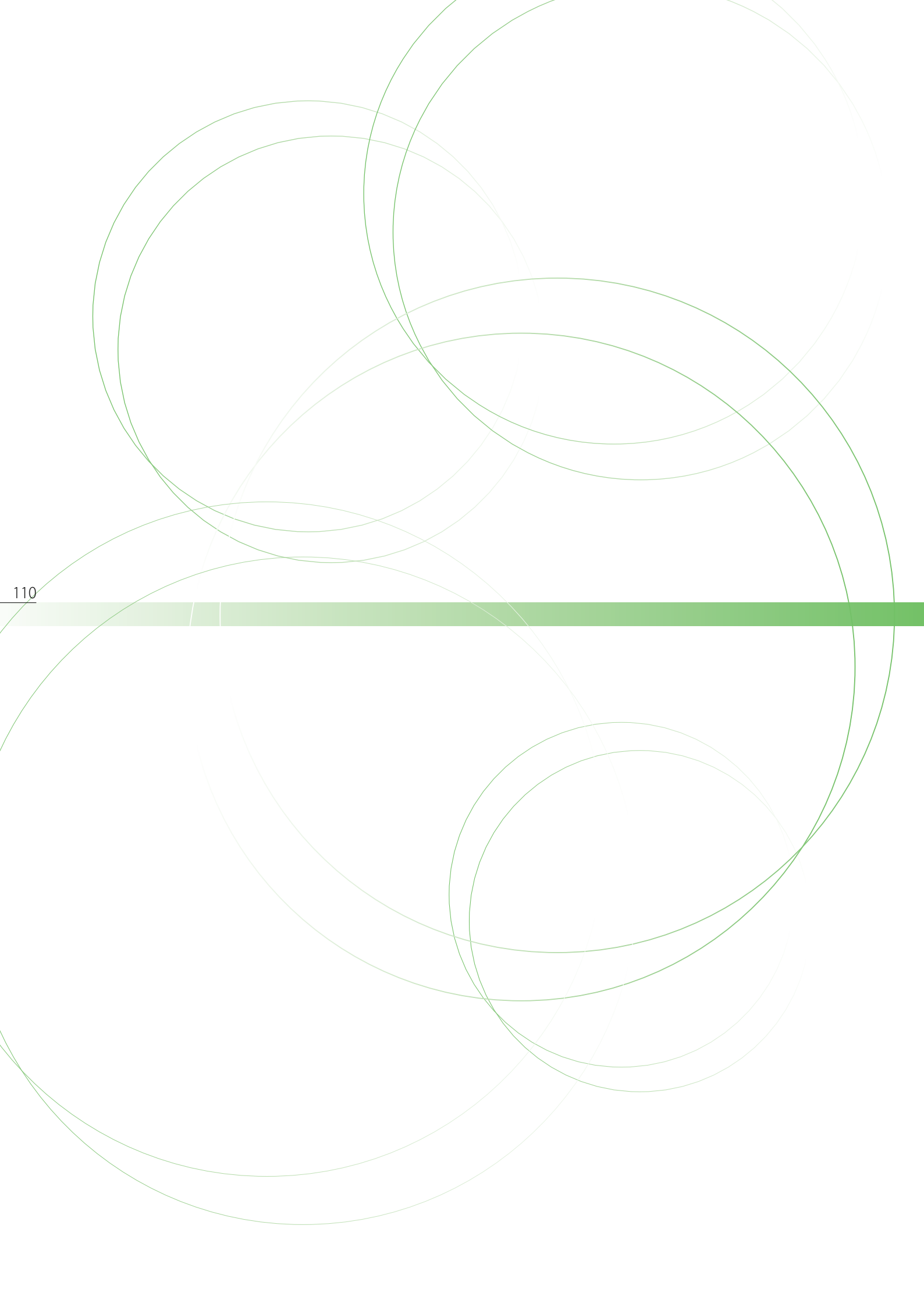
PRAVICA DO BREZPLAČNE POMOČI PRI URESNIČEVANJU PACIENTOVIH PRAVIC

Pacient se lahko skladno z Zakonom o pacientovih pravicah kadar koli 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.





20.
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 v območnih enotah ter izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije	Naslov	Telefon	Elektronski naslov
Območna enota Celje	Gregorčičeva 5a, 3000 Celje	03/42 02 000 03/42 02 360	OECE@zzzs.si
Izpostava Laško	Kidričeva ulica 5, 3270 Laško	03/42 02 313 03/42 02 311	
Izpostava Slovenske Konjice	Mestni trg 17, 3210 Slovenske Konjice	03/42 02 321 03/72 02 323	
Izpostava Šentjur pri Celju	Mestni trg 2, 3230 Šentjur pri Celju	03/42 02 333	
Izpostava Šmarje pri Jelšah	Rogaška ulica 25, 3240 Šmarje pri Jelšah	03/42 02 343 03/42 02 341	
Izpostava Žalec	Šlandrov trg 7, 3310 Žalec	03/42 02 352 03/42 02 353	
Območna enota Koper	Martinčev trg 2, 6000 Koper	05/66 87 200	OEKP@zzzs.si
Izpostava Ilirska Bistrica	Bazoviška cesta 25a, 6250 Ilirska Bistrica	05/66 87 244 05/66 87 245 05/66 87 247	
Izpostava Izola	Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola	05/66 87 303 05/66 87 304 05/66 87 306	
Izpostava Piran	Obala 114, 6320 Portorož	05/66 87 343 05/66 87 345 05/66 87 346	



Izpostava Postojna	Prečna ulica 2, 6230 Postojna	05/66 87 281 05/66 87 283 05/66 87 285
Izpostava Sežana	Partizanska cesta 66d, 6210 Sežana	05/66 87 296 05/66 87 294 05/66 87 293
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 23 300 04/50 23 316
Izpostava Tržič	Blejska cesta 10, 4290 Tržič	04/59 71 750 04/59 71 753
Območna enota Krško	Bohoričeva ulica 9, 8270 Krško	07/49 02 490 OEKK@zzzs.si
Izpostava Brežice	Trdinova ulica 1, 8250 Brežice	07/49 94 690
Izpostava Sevnica	Trg svobode 12, 8290 Sevnica	07/62 02 402 07/62 02401
Območna enota Ljubljana	Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana	01/30 77 200 OELJ@zzzs.si 01/30 77 288
Izpostava Cerknica	Partizanska cesta 2a, 1380 Cerknica	01/30 77 674
Izpostava Domžale	Ljubljanska cesta 70, 1230 Domžale	01/30 77 484
Izpostava Grosuplje	Kolodvorska cesta 4, 1290 Grosuplje	01/30 77 668
Izpostava Hrastnik	Log 10, 1430 Hrastnik	01/30 77 663
Izpostava Idrija	Kosovelova ulica 8, 5280 Idrija	01/30 77 272
Izpostava Kamnik	Ljubljanska cesta 1, 1241 Kamnik	01/30 77 683 01/30 77 681 01/30 77 684
Izpostava Kočevje	Ljubljanska cesta 25a, 1330 Kočevje	01/30 77 652
Izpostava Litija	Ponoviška cesta 3, 1270 Litija	01/30 77 683 01/30 77 646
Izpostava Logatec	Tržaška cesta 50a, 1370 Logatec	01/30 77 487
Izpostava Ribnica	Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica	01/30 77 637
Izpostava Trbovlje	Mestni trg 5a, 1420 Trbovlje	01/30 77 631
Izpostava Vrhnika	Trg Karla Grabeljška 1, 1360 Vrhnika	01/30 77 486
Izpostava Zagorje	Cesta Borisa Kidriča 2, 1410 Zagorje ob Savi	01/30 77 617



Območna enota Maribor	Sodna ulica 15, 2000 Maribor	02/29 09 300 02/29 09 315	OEMB@zzzs.si
Izpostava Lenart	Kraigherjeva ulica 19b, 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 21a, 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 61 511	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 ulica 14, 9240 Ljutomer	02/58 58 430	
Območna enota Nova Gorica	Gradnikove brigade 1, 5000 Nova Gorica	05/33 81 000 05/33 81 244	OENG@zzzs.si
Izpostava Ajdovščina	Gregorčičeva ulica 22, 5270 Ajdovščina	05/33 81 281 05/33 81 282	
Izpostava Tolmin	Trg Maršala Tita 8, 5220 Tolmin	05/33 81 292 05/33 81 291	
Območna enota Novo mesto	Prešernov trg 7, 8000 Novo mesto	07/39 33 500	OENM@zzzs.si
Izpostava Črnomelj	Kolodvorska cesta 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 10a, 8210 Trebnje	07/34 81 380 07/34 81 382	
Območna enota Ravne na Koroškem	Ob Sui 11b, 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 16a, 2380 Slovenj Gradec	02/88 39 514	
Izpostava Velenje	Vodnikova cesta 1, 3320 Velenje	03/89 81 831 03/89 91 836	
Direkcija	Miklošičeva cesta 24 1507 Ljubljana	01/30 77 200	DI@zzzs.si

DODATNE INFORMACIJE O IZVAJANJU PROSTOVOLJNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA LAHKO PRIDOBITE PRI:

- GENERALI Zavarovalnica d.d., www.generalisi.si, tel. 080 81 10,
- TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d., www.triglavzdravje.si, 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 in naslednji),
 - 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. 85/16 in naslednji),
 - Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in naslednji),
 - Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13 – ZDR-1 in naslednji),
 - Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 114/06 in naslednji),
 - Zakon o zavarovalništvu (Uradni list RS, št. 49/20),
 - Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12 in naslednji),
 - Zakon minimalni plači (Uradni list RS, št. 13/10 in naslednji),
 - Zakon o socialnem vključevanju invalidov (Uradni list RS, št. 30/18),
 - Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih oseb (Uradni list SRS, št. 41/83, Uradni list RS, št. 114/06 – ZUTPG, 122/07 – odl. US, 61/10 – ZSVarPre in 40/11 – ZSVarPre-A).
- PODZAKONSKI AKTI:**
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
 - Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 55/19 in naslednji),
 - 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. 55/19 in naslednji),
 - Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/18),
 - Pravilnik o uveljavljanju izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zahtevo delodajalca (Uradni list RS, št. 12/20),
 - Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu (Uradni list RS, št.12/17 in naslednji),
 - Pravilnik o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08 in naslednji),
 - 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),
 - Pravilnik o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 4/20),
 - Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
 - 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 (plenic), posteljnih predlog ali nepropustnih hlačk v socialnih in drugih zavodih na Mesečno zbirno naročilnico, (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
 - Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače, (<http://www.zzzs.si/egradiva>),
 - Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov (Uradni list RS, št. 4/20),
 - Sklep o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in boleznih 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 zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 1/13),
 - 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>),
- 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>),
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14).

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.
- 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).

2. Pravni red Evropske unije in meddržavni sporazumi

- Uredba (ES) 883/2004 E vropskega 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),

