



Uvod

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

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) zagotavlja zavarovanim osebam naslednje pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: pravice do zdravstvenih storitev, ki vključujejo tudi pravico do zdravlil in medicinsko-tehničnih pripomočkov, ter pravice do denarnih nadomestil, kot so nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebna in posmrtnina ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

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

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

Za odločanje o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uporablja Zakon o splošnem upravnem postopku, če z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ni določeno drugače.

Varstvo pravic v postopkih, ki jih vodijo imenovani zdravniki ZZZS in zdravstvene komisije ZZZS

Imenovani zdravniki ZZZS odločajo na 1. stopnji o pravici dočasne nezmožnosti za delo nad 30 dni in v vseh primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen izbrani osebni zdravnik. Nadalje imenovani zdravniki ZZZS odločajo o presoji ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni, o pravici do zdraviliškega zdravljenja, o pravici do medicinsko-tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe, o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov in o pravici do zdravljenja v tujini.

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 po prejemu ocene zahtevata njeno presajo, in sicer tako da podata zahtevo pri izbranemu osebnemu zdravniku, ki je oceno podal, ali pa neposredno pri

krajevno pristojnemu imenovanemu zdravniku ZZZS glede na sedež izbranega osebnega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnati po oceni izbranega osebnega zdravnika, odločba imenovanega zdravnika ZZZS pa velja praviloma za naprej.

Postopek ugotavljanja začasne nezmožnosti za delo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

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

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

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

Zdravstvena komisija ZZZS odloča o pritožbi z odločbo. Zdravstvena komisija ZZZS pred odločitvijo zavarovanca pregleda, če zavarovanec to izrecno zahteva v pritožbi, ali če zdravstvena komisija ZZZS oceni, da je pregled potreben. V navedenih dveh primerih zdravstvena komisija ZZZS povabi zavarovanca na osebni pregled, v nasprotnem primeru pa sprejme odločitev na podlagi medicinske in druge dokumentacije, ki jo pridobi od imenovanega zdravnika ZZZS ali izbranega osebnega zdravnika.

Zdravstvena komisija ZZZS izda odločbo najpozneje v 8 dneh po prejemu pritožbe. Če se zavarovanec z odločbo zdravstvene komisije ZZZS ne strinja ali če zdravstvena komisija ne izda odločbe v 8 dneh od prejema pritožbe in če jo tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, lahko zavarovana oseba vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Odločanje o pravici do zdraviliškega zdravljenja v naravnem zdravilišču

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju predstavljajo storitve zahtevnejše medicinske rehabilitacije, ki se izvajajo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev (termalna voda,

klima, solnice, mineralno blato...) v naravnih zdraviliščih. Predlog za napotitev na zdraviliško zdravljenje naslovi na imenovanega zdravnika ZZZS zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, ko je potrebno po bolnišničnem zdravljenju nadaljevati z zdravljenjem v naravnem zdravilišču, sicer pa je za podajo predloga pristojen tudi izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe. Na predlogu imenovanemu zdravniku ZZZS 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 in katerih opis kliničnega stanja je jasen, če zdraviliško zdravljenje zagotavlja izpolnitev vsaj še enega od naslednjih pogojev:

- bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas,
- povrnitev funkcionalnih in delovnih sposobnosti,
- preprečitev napredovanja bolezni in slabšanje zdravstvenega stanja za daljši čas in
- zmanjšanje pogostnosti zadržanosti od dela zaradi bolezni ali zdravljenja v bolnišnici.

Izpolnjevanje teh pogojev na podlagi medicinske in druge dokumentacije ugotavlja imenovani zdravnik ZZZS. Če imenovani zdravnik ZZZS ugotovi, da pri zavarovani osebi obstajajo strokovni razlogi za zdraviliško zdravljenje in da torej medicinske rehabilitacije ni možno opraviti brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev v zdravstvenemu domu ali bolnišnici, izda odločbo, v kateri opredeli vrsto, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja. Če imenovani zdravnik ZZZS ugotovi, da zavarovana oseba ne izpolnjuje pogojev za napotitev na zdraviliško zdravljenje, pa izda odločbo, s katero se takšna oblika zdravljenja ne odobri. Imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritožijo v petih delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožbo obravnava zdravstvena komisija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v osmih dneh po prejemu pritožbe. Zoper odločbo zdravstvene komisije ZZZS lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu odločbe vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Odločanje o pravici do medicinsko-tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov

O upravičenosti do medicinsko-tehničnih pripomočkov pred iztekom trajnostne dobe pripomočkov in o upravičenosti do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov na predlog pooblaščenega zdravnika odloča imenovani zdravnik ZZZS, ki

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

Odločanje o pravici do zdravljenja v tujini

Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oz. 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 oz. preprečiti nadaljnje slabšanje. ZZZS lahko zavarovani osebi izjemoma odobri povračilo stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Sloveniji ni moč zagotoviti v zadostnem obsegu. Postopek, vrsto obolenj in stanj, pri katerih je to dovoljeno, in višino povračila določi Upravni odbor ZZZS (trenutno to velja za postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo).

Zahtevo za napotitev na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujino vložijo zavarovana oseba oz. njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec. O zahtevi odloči imenovani zdravnik ZZZS, ki pred odločitvijo o upravičenosti zahteve pridobi pisno mnenje ustrezne klinike oz. inštituta o tem, ali so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja bolezni ali stanja zavarovane osebe in ali je z zdravljenjem v tujini pričakovati uspešno zdravljenje ali preprečitev slabšanja zdravstvenega stanja. Na podlagi tega mnenja, druge medicinske dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda imenovani zdravnik ZZZS odločbo, s katero odloči o upravičenosti zahteve, in sicer najkasneje v 8 dneh po prejemu zahteve. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritožijo v petih 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 vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Varstvo pravic v postopkih, ki jih vodijo območne enote ZZS

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

Zavarovana oseba lahko v zvezi z omenjenimi 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 vloži pritožbo na Direkcijo ZZS v Ljubljani. Pritožbo lahko vloži 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 ZZS odločiti najpozneje v 60 dneh od dneva prejema popolne pritožbe. Zoper odločbo Direkcije ZZS lahko zavarovana oseba vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Varstvo pravic v zvezi z izvajalci zdravstvenih storitev

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

Kadar zavarovana oseba meni, da je prišlo pri izvajalcu zdravstvenih storitev, ki ima sklenjeno pogodbo z ZZS za zdravstveno zavarovanje Slovenije, do kršenja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, lahko poda pritožbo na območno enoto Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, v okviru katere ima izvajalec zdravstvenih storitev svoj sedež.

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

Pravica do obravnave kršitev skladno z Zakonom o pacientovih pravicah

Pravice, ki izvirajo iz Zakona o pacientovih pravicah, niso pravice, ki izvirajo iz obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, pač pa t. i. univerzalne pravice, ki jih ima vsak uporabnik zdravstvenih storitev in se dotikajo zlasti spoštovanja samostojnosti pacienta pri odločanju o lastni zdravstveni oskrbi, zasebnosti, varstva osebnih podatkov, enakopravnosti in varnosti, varstva največje zdravstvene koristi pacienta in zagotavljanja obveščenosti. 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 kadarkoli obrne na enega od zastopnikov pacientovih pravic, ki mu lahko svetuje, pomaga ali ga po pooblastilu celo zastopa pri uresničevanju pravic po tem zakonu. Poleg tega lahko pacientu daje osnovne informacije, nudi strokovno pomoč in daje konkretne usmeritve pri uveljavljanju pravic s področja zdravstvenega varstva, zdravstvenega zavarovanja in izvajanja zdravstvene dejavnosti. Zastopnik ima tudi nekatere posebne pristojnosti:

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

Dodatne informacije:

- pooblaščenice uradne osebe na izpostavah, območnih enotah in Direkciji ZZS,
- avtomatski telefonski odzivnik ZZS na tel. št. **01/30 77 300**,
- spletna stran <http://www.zzs.si>,
- ZZS območna enota Celje, tel. št. 03/42 02 000,
- ZZS območna enota Koper, tel. št. 05/66 87 200,
- ZZS območna enota Krško, tel. št. 07/49 02 490,
- ZZS območna enota Kranj, tel. št. 04/23 70 100,
- ZZS območna enota Ljubljana, tel. št. 01/30 77 200,
- ZZS območna enota Maribor, tel. št. 02/29 09 300,
- ZZS območna enota Murska Sobota, tel. št. 02/53 61 550,
- ZZS območna enota Nova Gorica, tel. št. 05/33 81 000,
- ZZS območna enota Novo mesto, tel. št. 07/39 33 500,
- ZZS območna enota Ravne na Koroškem, tel. št. 02/82 10 100.

Pravne podlage, ki opredeljuje pravice in postopek uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 72/2006 - ZZVZ-UPB-3, 91/2007 in 76/2008),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/2003, 35/2003, 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006, 64/2007, 33/2008 in 71/2008).

Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

