

Pravica do storitev specialistične bolnišnične dejavnosti



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



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.

Pravica do bolnišničnega zdravljenja vključuje tudi **zdravstvene storitve in nego v zvezi s porodom**. Novorojenčki imajo pravico do presejalnih testov za vrojene bolezni, kot so kongenitalna hipotireoza, fenilketonurija, spinalna mišična atrofija, cistična fibroza, kongenitalna adrenalna hiperplazija in težke prirojene okvare imunosti. Te teste zagotavljajo porodnišnice oziroma bolnišnice s porodniškimi oddelki in oddelki za novorojence.

Standard nastanitve in prehrane v bolnišnicah, klinikah in inštitutih je nastanitev v tri- ali več posteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno. V primerih izolacije se standard po strokovni presoji lahko prilagodi.

Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so doktrinarne strokovno utemeljene storitve glede na vaše zdravstveno stanje, v skladu s presojo vašega osebnega ali napotnega zdravnika, ki so izvedene tako, da:

- poteka zdravstvena obravnava zavarovane osebe kot celostna storitev, to je na način, da se časovno in krajevno strnjeno izvedejo potrebne zdravstvene storitve pri izvajalcu;
- temeljijo na z dokazi podprti medicini (npr. slovenske smernice zdravljenja, v Sloveniji potrjene mednarodne smernice zdravljenja).

Glede na zdravstveno stanje imate pravico tudi do **najzahtevnejših storitev**, ki jih opravljajo le klinike in inštituti (terciarne storitve).

Pri tem lahko prosto **izbirate izvajalca zdravstvene dejavnosti**, ki je vključen v javno zdravstveno mrežo. Če v vašem kraju ni ustreznega izvajalca, vam bodo delno povrnjeni potni stroški za potovanje do najbližjega izvajalca (bolnišnice), če so izpolnjeni predpisani pogoji in ste pisno zahtevali povrnitev stroškov.

Sobivanje v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču

Če je oseba nastanjena v zdravstvenem zavodu ali z odločbo ZZZS v zdravilišču, ima eden od upravičencev pravico do sobivanja v zdravstvenem zavodu oziroma zdravilišču z:

- **otrokom do vključno 14. leta starosti** (do dneva pred 15. rojstnim dnevom);
- **otrokom do 18. leta starosti** (do dneva pred 18. rojstnim dnevom) oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, kronične bolezni ali okvare, kjer je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru težkega zdravstvenega stanja;
- **osebo s posebnimi potrebami**, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, ne glede na starost, oziroma z 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.

Pravica do sobivanja vključuje:

- *kritje stroškov nastanitve in prehrane* za čas sobivanja v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču;
- *upravičeno zadržanost od dela* za čas sobivanja (bolniški stalež zaradi sobivanja);
- *nadomestilo za čas sobivanja* v višini 80 % od osnove po ZZVZZ od 1. delovnega dne v breme ZZZS.

Upravičenec do nadomestila je upravičen do zadržanosti od dela zaradi sobivanja le za tiste dni, ko prenoči v bolnišnici ali zdravilišču ter za zadnji dan hospitalizacije oziroma zadnji dan zdraviliškega zdravljenja otroka.

Če je hospitalizirana mati, ima pravico ob njej bivati tudi otrok, ki ga doji.

Več o negi in sobivanju lahko preberete v posebni zloženki ali na spletni strani.



Napotitev v bolnišnico

Vaš izbrani osebni zdravnik ali lečeči zdravnik specialist vas lahko napoti v bolnišnico z **napotnico**. Na zdravstvene storitve, za katere je bila izdana napotnica, se lahko naročite:

- *elektronsko* preko portala zVem na naslovu <https://narocanje.ezdrav.si/>, po elektronski pošti ali na spletni strani izvajalca,
- *telefonsko* v okviru ordinacijskega časa,
- *osebno* med ordinacijskim časom,
- *po pošti*.

Roki za predložitev napotnice:

- s stopnjo nujnosti »**nujno**«: najpozneje naslednji dan po izdaji;
- s stopnjo nujnosti »**zelo hitro**«: v 7 dneh po izdaji;
- s stopnjo nujnosti »**hitro**« in »**redno**«: v 21 dneh po izdaji.

Napotnica **preneha veljati**, če je ne predložite v navedenem roku.

Sprejem brez napotnice

Če ste sprejeti na bolnišnično zdravljenje brez napotnice (npr. po nujni medicinski pomoči na urgenci ali zaradi nujnega zdravljenja), bo bolnišnica o tem obvestila vašega izbranega osebnega zdravnika najpozneje v sedmih dneh po sprejemu. V obvestilu bodo navedeni tudi razlogi 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 pri zdravljenju sodelujete. Ob sprejemu imejte s seboj natančen seznam vseh zdravil, tudi tistih, ki jih potrebuje le občasno, kot so zdravila proti bolečinam, za spanje ali pomiritev. Uporabite lahko obrazec **Moj seznam zdravil**, ki ga dobite na spletni strani ZZZS. Seznam je koristen tudi ob vsakem pregledu pri zdravniku, zato ga je smiselno imeti vedno pri sebi.

Kako poteka bolnišnična obravnava?

Preden vas sprejmejo v stacionarno bolnišnično zdravljenje, vas najprej pregleda **zdravnik** v specialistični ambulanti bolnišnice. Ta preveri, ali so izčrpane vse možnosti za ambulantno zdravljenje. Stacionarno zdravljenje odredi le, če zdravljenja ni mogoče nadaljevati ambulantno.

Bolnišnični zdravnik zaključi stacionarno zdravljenje, ko vaše zdravstveno stanje omogoča odpust v domačo oskrbo, v socialnovarstveni zavod ali nadaljevanje zdravljenja v specialistični ambulanti, osnovni dejavnosti ali na domu. Pred zaključkom zdravljenja vas zdravnik o tem obvesti, po potrebi tudi vaše svojce.

Ob odpustu bolnišnični zdravnik pošlje **odpustno pismo** z obvestilom, priporočili in mnenjem vašemu izbranemu osebnemu zdravniku. Poleg tega predpiše na recept zdravila in živila, potrebna za nadaljnjo terapijo. Odpustno pismo oziroma poročilo osebnemu zdravniku lahko vsebuje tudi priporočene omejitve glede telesnega obremenjevanja in druga strokovna mnenja, za katera je prosil osebni zdravnik.

Če potrebujete nadaljnjo obravnavo, a jo odklonite, vas bolnišnica odpusti le, če vaše zdravstveno stanje to dovoljuje.

Oblika bolnišnične obravnave

Glede na obliko nujenih storitev delimo bolnišnično obravnavo na:

- **akutno bolnišnično obravnavo:** zdravstvena oskrba, ki vključuje diagnosticiranje bolezenskega stanja, vse oblike zdravljenja ter rehabilitacijo. Sem spadajo akutna bolnišnična obravnavo v okviru skupin primerljivih primerov (SPP), transplantacija, psihiatrična obravnavo in rehabilitacija.
- **neakutno bolnišnično obravnavo:** zdravstvena oskrba po končani akutni obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust v domače okolje ali ni možna nega doma. Izvaja se na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo. Obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo.

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

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

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

Vrsta bolnišnične obravnave

Bolnišnično obravnavo delimo na dve glavni vrsti glede na način izvajanja zdravstvene oskrbe:

- **stacionarna zdravstvena oskrba:** obravnavo z nočitvijo oziroma hospitalizacija je neprekinjena zdravstvena oskrba v posteljni enoti bolnišnice, ki traja več kot 24 ur ali vsaj preko noči. Zdravljenje lahko poteka v okviru

akutne in neakutne obravnave, če za to obstaja medicinski razlog.

- **nestacionarna zdravstvena oskrba**, ki vključuje:
 - **dnevno obravnavo** 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;
 - **dolgotrajno dnevno obravnavo**, ki s prekinitvami traja daljši čas (več dni), vendar vsakokrat manj kot 24 ur in ne preko noči. Ta obravnava 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

Če med bolnišnično obravnavo ugotovijo, da potrebujete poseg, ki ga vaša trenutna bolnišnica ne more izvesti, se dogovorijo o vaši premestitvi v drugo bolnišnico, kjer ta poseg lahko opravijo. Pri tem se **dogovorijo**, ali bo drugi izvajalec opravil le dogovorjen poseg in vas nato premestil nazaj v prvotno bolnišnico (začasna premestitev) ali pa bo drugi izvajalec v celoti opravil vse potrebne posege in zaključil zdravljenje (dokončna premestitev).

Po odpustu iz bolnišnice

Prehod v institucionalno varstvo

Če potrebujete institucionalno varstvo (npr. v domu za starejše, posebnem socialnovarstvenem zavodu za odrasle, varstveno-delovnem centru), se postopek začne z **vložitvijo prošnje za sprejem**.

Pri tem se upoštevajo zdravstveno stanje in socialni razlogi, ki lahko vplivajo na nujnost čimprejšnjega sprejema.

Pravica do institucionalnega varstva ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, zato se za dodatna pojasnila obrnite na pristojno ministrstvo ali izvajalce institucionalnega varstva.

Patronažna služba

Osebe z aktivno tuberkulozo, mišičnimi, živčnomišičnimi 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 zagotavljanje, ohranjanje in krepitev zdravja, preprečevanje zapletov in pomoč pri oskrbi ter samonegovanju in samooskrbi. Patronažna služba spremlja in izvaja zdravstveno nego po načrtu. Spremljanje se opravi ob dvakratni letni obravnavi.

Če je ugotovljena potreba po poglobljeni zdravstveni negi, se na podlagi strokovne presoje medicinske sestre in v sodelovanju z zdravnikom opravi potrebno število preventivnih obravnav. Cilj je omogočiti kakovostno življenje v domačem okolju.

Zdravilišče

Če po zaključenem bolnišničnem zdravljenju potrebujete zdraviliško zdravljenje, imate pravico, da takoj po zaključku zdravljenja v bolnišnici nastopite zdravljenje v naravnem zdravilišču.

To vključuje zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo s souporabo naravnih zdravilnih sredstev v naravnem zdravilišču. **Predlog** za takšno zdravljenje oziroma rehabilitacijo poda **lečeči zdravnik** v bolnišnici, o predlogu pa odloči Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Več informacij o pravici do zdraviliškega zdravljenja: zavarovanec.zzs.si/pravice-do-zdravstvenih-storitev/zdravilisko-zdravljenje/.



Fizioterapija

Pravico do fizioterapije uveljavljate pri izbranem osebnem zdravniku. Če ugotovi, da obstaja razlog za takšno obliko zdravljenja, bo izdal **delovni nalog**, s katerim uveljavljate to pravico.

Pacienti s kroničnimi kostno-mišičnimi boleznimi imajo pravico do storitev fizioterapije v osnovni zdravstveni dejavnosti le v primeru akutnega poslabšanja. Druge zavarovane osebe s kroničnimi kostno-mišičnimi boleznimi brez akutnega poslabšanja pa se lahko udeležijo ustreznih zdravstveno vzgojnih delavnic, na katere jih napoti pristojni zdravnik

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 plačil in drugih vprašanj, ki zadevajo obvezno zdravstveno zavarovanje, pa smo vam na voljo v kontaktnem centru ZZZS na telefonski številki 01 30 77 300.



Kontakt
center ZZZS
01 30 77 300



Vsebina zloženke je informativne narave.

Za več informacij glejte spletno stran www.zzzs.si in pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb v zdravstveni dejavnosti:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS št. 72/2006 – uradno prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/2003 – uradno prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami),
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto (www.zzzs.si/egradiva),
- uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (www.zzzs.si/egradiva),
- Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravice do institucionalnega varstva (Uradni list RS, št. 38/2004 s spremembami in dopolnitvami).