

Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



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 pravice do:

- ***zdravstvenih storitev***, ki vključujejo tudi pravico do zdravil in medicinskih pripomočkov, ter
- ***denarnih nadomestil***, kot 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 ali osebno izkaznico, 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 (ZZZS).

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

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

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

Imenovani zdravniki ZZZS odločajo na 1. stopnji o pravici 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 čemer odloča njen izbrani osebni zdravnik. Imenovani zdravniki ZZZS odločajo tudi o presoji ocene izbranega 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 gledečasne nezmožnosti za delo do 30 dni, lahko v 3 delovnih dneh od dne, ko sta bila z oceno seznanjena, zahtevata njeno presoj, in sicer tako, da podata

zahtevo pri izbranem osebnem zdravniku, ki je oceno podal, ali pa neposredno pri krajevno pristojnem imenovanem zdravniku ZZZS glede na sedež izbranega osebnega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnati po oceni izbranega osebnega zdravnika, odločba imenovanega zdravnika ZZZS pa velja praviloma za 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 ZZZS, če oceni, da zavarovanec še vedno ni zmožen opravljati svojega dela, oziroma, da so še podani razlogi za zadržanost od dela. Imenovani zdravnik ZZZS 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.

Imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo o svoji odločitvi 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 v 5 delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožba se vloži pri imenovanem zdravniku ZZZS, ki je odločbo izdal.

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

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 je tudi na novo zahtevo ne izda v nadaljnjih 7 dneh, lahko zavarovanec vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija opravi pregled zavarovane osebe, če oceni, da je pregled potreben zaradi odločitve ali podaje mnenja, ali če pregled zahteva zavarovana oseba. Pregled zavarovane osebe pri imenovanem zdravniku ali zdravstveni komisiji se kljub zahtevi zavarovane osebe ne opravi:

- če ni pravne podlage za priznanje začasne zadržanosti od dela,
- če je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija pri odločanju v obravnavani zadevi že opravila pregled zavarovane osebe, pa se od takrat glede na razpoložljivo zdravstveno dokumentacijo njeno zdravstveno stanje ni bistveno spremenilo in se glede na drugo dokumentacijo tudi niso bistveno spremenile druge dejanske okoliščine, pomembne za odločitev.

Če se zavarovana oseba ne odzove pisnemu vabilu na pregled pri imenovanem zdravniku ali zdravstveni komisiji, ta odloči na podlagi razpoložljive zdravstvene in druge dokumentacije.

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 ZZZS 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 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, če je z zdraviliškim zdravljenjem mogoče pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.

Izpolnjevanje teh pogojev na osnovi medicinske in druge dokumentacije ugotavlja imenovani zdravnik ZZZS. 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 zdravstvenem domu ali bolnišnici, izda odločbo, v kateri opredeli vrsto, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja, sicer pa z odločbo zavrne tako obliko zdravljenja. Imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo pritoži v 5 delovnih dneh od vročitve. 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 vloži 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 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 obvezne-

ga zdravstvenega zavarovanja, ki določajo trajnostne dobe pripomočkov, in sklep o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček. Zavarovana oseba uveljavlja pravico do pripomočka pri pogodbenem dobavitelju ali izposojevalnici na osnovi odločbe imenovanega zdravnika ZZZS in izdane naročilnice. Zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS se zavarovana oseba lahko z pritoži v 5 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 vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Odločanje o pravicah 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.

Zahtevo za napotitev na pregled, preiskavo ali zdravljenje v tujini vloži zavarovana oseba oziroma njen zakoniti zastopnik ali pooblaščenec pri ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana. ZZZS pred odločanjem o upravičenosti zahteve pridobi pisno mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike oziroma inštituta o tem, ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, pregleda ali preiskave bolezni oziroma stanja zavarovane osebe ali je z zdravljenjem, pregledom ali preiskavo v tujini mogoče pričakovati ozdravitev, izboljšanje zdravstvenega stanja ali vsaj preprečitev njegovega nadaljnjega slabšanja. Na osnovi tega mnenja, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda ZZZS Območna enota Ljubljana odločbo, s katero odloči o upravičenosti zahteve. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo pritoži v 21 dneh od vročitve. Pritožbo obravnava Direkcija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v dveh mesecih po prejemu pritožbe. Zoper to odločbo lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu vloži tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Zavarovana oseba ima tudi pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi EU in do povračila stroškov za te storitve, če ji je bil v Sloveniji določen rok čakanja, ki je daljši od najdaljše dopustne čakalne dobe in v Sloveniji ni drugega izvajalca, kjer bi čakala manj. Prav tako ima to pravico,

če je čakalna doba sicer v okviru najdaljše dopustne dobe, a še vedno predolga glede na razumni čas, v katerem bi morala storitev dobiti. Zavarovani osebi se povrnejo dejanski stroški, vendar ne več, kot znašajo stroški storitve v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri je bila storitev uveljavljena.

Varstvo pravic v postopkih, ki jih vodijo območne enote ZZZS

Pooblaščené uradne osebe v območnih enotah ZZZS 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 ZZZS mora o zahtevku odločiti v enem mesecu od prejema popolnega zahtevka. V primeru, da se zavarovana oseba z odločitvijo območne enote ZZZS ne strinja, lahko zoper odločbo vloži pritožbo na Direkcijo ZZZS v Ljubljani. Pritožbo lahko vloži v 21 dneh od vročitve odločbe, in sicer pisno ali ustno na zapisnik pri območni enoti ZZZS, ki jo je izdala. O pritožbi mora Direkcija ZZZS odločiti najpozneje v dveh mesecih od dneva prejema popolne pritožbe. Zoper odločbo ZZZS 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 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 vloži 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 iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč gre za 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 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 v postopku pred Komisijo Republike Slovenije za varstvo pacientovih pravic. Kršitev se 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 brezplačno 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 s 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, mnjenja, kritike ali priporočila, na katere so se izvajalci dolžni odzvati.

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 vloženke 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//06 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/03 – prečiščeno besedilo in naslednji).