



Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



ZZZS

Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



PRAVICE IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
– Sedma elektronska izdaja

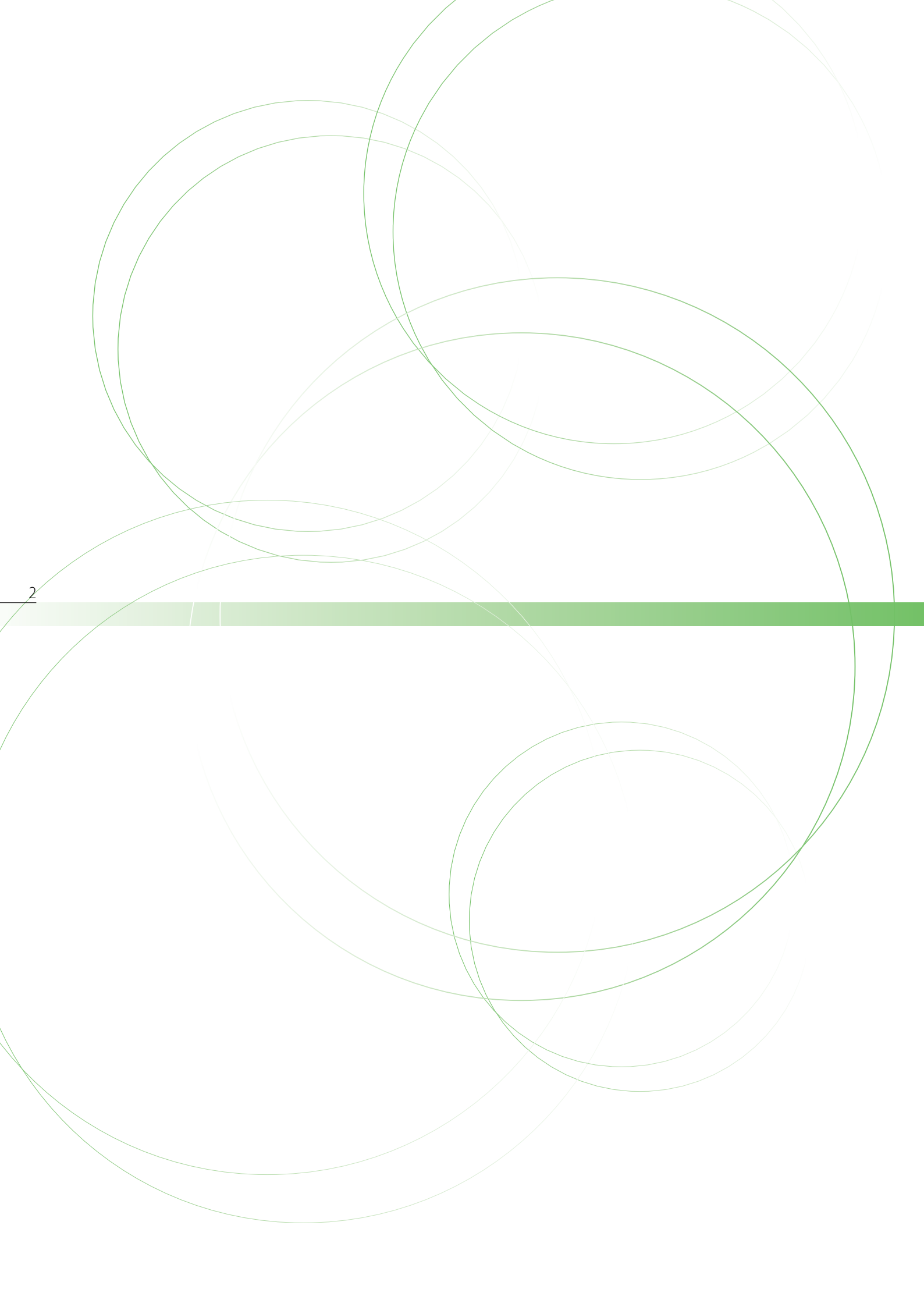
Založnik in izdajatelj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Miklošičeva cesta 24, Ljubljana
Za izdajatelja: Robert Ljoljo, generalni direktor
Urednik: Damjan Kos
Oblikovanje: STUDIO 3S d. o. o., Danila Perhavec, ZZZS
Foto: Imago d. o. o.
Lektoriranje: Jože Faganel

Ljubljana, marec 2025

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni knjižnici v Ljubljani
COBISS.SI-ID 229724675
ISBN 978-961-6327-35-0 (PDF)

Kazalo

1. Kaj je obvezno 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. Pojemovnik 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	94
17.3. Pravica do sobivanja ob hospitaliziranem otroku	97
18. Pravica do povračila potnih stroškov	101
19. Varstvo pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja	107
20. Dodatne informacije	113



2



1. Kaj je obvezno zdravstveno zavarovanje



1.

Kaj je obvezno zdravstveno zavarovanje

Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe. Pokriva stroške v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam plačilo tistih zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ter denarna nadomestila kot na primer nadomestilo med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev.

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 uveljavljanih zdravstvenih storitev, temveč je zavarovana oseba upravičena do zdravstvenih storitev izključno na osnovi medicinske indikacije, ki jo ugotovi osebni ali lečeči zdravnik.

Obvezno 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. Zakonodaja določa, kdo je zavezanec za vložitev prijave v zavarovanje.

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, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino, če niso obvezno zavarovane v državi, v katero so bile poslane;
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 uporabljati pravic iz tega naslova;
 13. družinski člani osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, ki imajo stalno prebivališče v Republiki Sloveniji in niso zavarovani kot družinski člani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja;
 14. tujci, ki se izobražujejo ali izpopolnjujejo v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovani iz drugega naslova;
 15. osebe s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki so uživalci invalidnin po predpisih o vojaških invalidih in civilnih invalidih vojne, pravic po predpisih o varstvu vojnih veteranov, žrtev vojnega nasilja in udeležencev drugih vojn ter uživalci republiških 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. oskrbovalci družinskega člana, upravičenci do delnega plačila za izgubljeni dohodek po predpisih o dolgotrajni oskrbi;
 27. osebe, ki opravljajo rejniško dejavnost kot poklic;
 28. prejemniki poklicne pokojnine.
- 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 za-



varovanec, 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, kdo je zavezanec za njihovo plačevanje, osnova, od katere se plačujejo, in nominalna višina prispevka, ko gre za obvezni zdravstveni prispevek.

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.

Tuje osebe, ki niso vključene v obvezno 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.

Po ukinitvi prostovoljnega dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja je bil s 1. januarjem 2024 uveden nov obvezni zdravstveni prispevek, ki skupaj z dosedanjimi prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja 100-odstotno kritje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Višino obveznega zdravstvenega prispevka določi minister, pristojen za zdravje. Obvezni zdravstveni prispevek odtegne od dohodka zavarovanca delodajalec ali izplačevalec prejemka (npr. ZPIZ, ZRSZ), v nekaterih primerih pa morajo zavarovanci obvezni zdravstveni prispevek nakazati sami na podlagi univerzalnega plačilnega naloga, ki jim ga pošlje ZZZS.

Več o obveznem zdravstvenem prispevku si lahko preberete na spletni strani <https://www.zzzs.si/>.

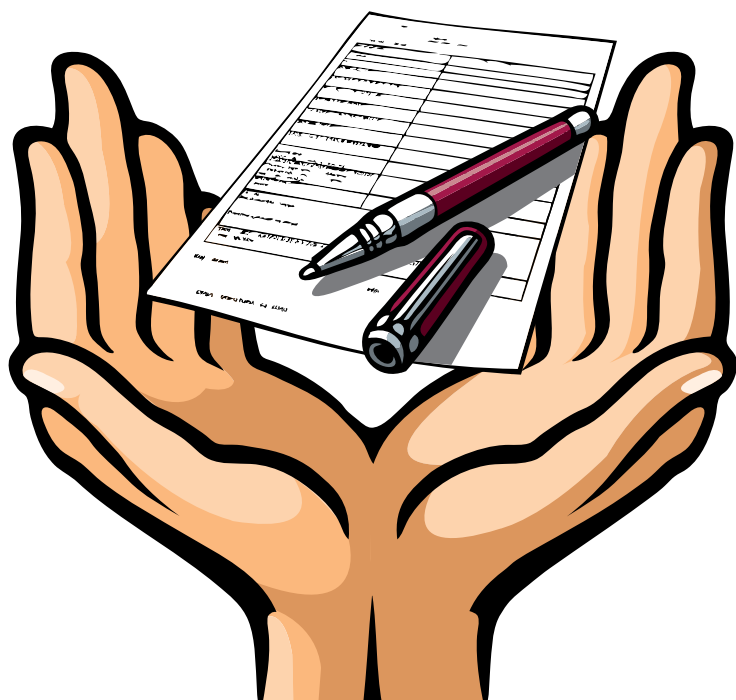
Obseg in vrste pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so določeni z ZZVZZ, podrobneje pa jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pravice do preventivnih zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

PROSTOVOLJNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

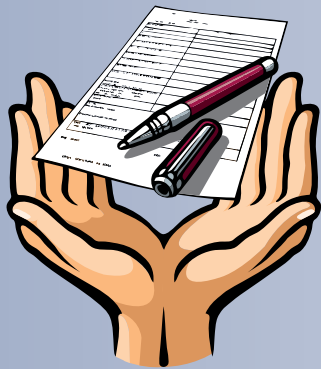
ZZVZZ opredeljuje tudi različne vrste prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, ki ga v Republiki Sloveniji izvajajo zasebne zavarovalnice. Pri njih se pozanimajte o vseh podrobnostih takih zavarovanj.

PRAVNE PODLAGE, KI OPREDELJUJEJO OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o prispevkih za socialno varnost,
- Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.



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 in po njih zavarovani družinski člani (otroci, zakonci 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 obveznega zdravstvenega 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 obvezno zdravstveno 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.

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.





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 poslovalne 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 Republike Slovenije za zaposlovanje
upokojenci in prejemniki preživnine po predpisih o preživilinskem 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 Republike Slovenije 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
oskrbovalci družinskega člana, upravičenci do delnega plačila za izgubljen dohodek po predpisih o dolgotrajni oskrbi	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



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

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

Pomembno je, da zavarovane osebe stalno skrbijo za urejeno obvezno 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.

Oseba brez urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja mora zdravstvene storitve plačati v celoti, razen v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Plačila so lahko v primeru bolnišničnega zdravljenja izjemno visoka.

Na podlagi 36. člena Zakona o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (ZIUZDS) se zavarovanim osebam iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14. in 20. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ in po njih zavarovanim družinskim članom, zakoncem

in staršem zadržijo njihove pravice do zdravstvenih storitev in denarnih dajatev iz obveznega zavarovanja v času, ko nimajo poravnanih obveznosti iz naslova prispevkov. Pravice se zadržijo tudi v primeru, da nimajo poravnanih obveznosti iz naslova obveznega zdravstvenega prispevka.

Te zavarovane osebe lahko v času, ko nimajo poravnanih obveznosti iz naslova prispevkov, uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno medicinsko pomoč in nujno zdravljenje. Ostale storitve si morajo zagotoviti z lastnimi sredstvi, ki pa jih ZZZS povrne, ko tudi sami poravnajo svoje obveznosti plačila prispevkov.

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 to ugotovi šele, ko uveljavlja zdravstvene storitve.

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 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 obveznega 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 vloži zavezanec za prijavo na predpisanim obrazcu pri kateri koli prijavno-odjavni službi ZZZS, ki deluje 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 ZZVZZ določene pogoje.

Zavezanci za prijavo morajo v 8 dneh prijaviti začetek 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, vložijo 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 vložijo prijavo, odjavo in spremembo v papirni obliki neposredno pri prijavnno-odjavni službi ZZSZ 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 zavarovančevo 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 dveh tujcem;
- 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 ZZSZ: <http://www.zzs.si> (poglavje »Kategorije zavarovanih oseb«).

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



POSTOPEK PREVERJANJA UREJENOSTI OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA Z MOBILNIM TELEFONOM

A. Pošiljanje SMS sporočila

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

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

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

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

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

B. Prejem in vsebina odgovora

Takoj (odvisno od mobilnega operaterja) boste prejeli SMS sporočilo s podatki o urejenosti obveznega 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 začne z: JM 032822733);
- **podatek o urejenosti obveznega zdravstvenega zavarovanja**.



Izgled oziroma položaj ZZZS številke na različnih karticah zdravstvenega zavarovanja.

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 zdravstvenega zavarovanja oziroma morebitne napake.

Podrobna navodila in pojasnila so zapisana na spletni strani.



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

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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, 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, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in s katero se dostopa do podatkov, ki so potrebni za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. 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 obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci zdravstvenih storitev, dobavitelji medicinskih pripomočkov in delavci ZZZS lahko zaradi preverjanja podatkov zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebno izkaznico ali drug osebni dokument.

Sliki kartic prikazujeta sprednjo stran različnih generacij kartic, ki so 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.

V mikroprocesorju kartice so elektronsko zapisani naslednji podatki:

- identifikacijska številka (ZZZS številka) imetnika kartice – zavarovane osebe,
- številka izvoda kartice in
- osebno ime imetnika kartice.

KARTICA JE KLJUČ ZA DOSTOP DO PODATKOV O ZAVAROVANI OSEBI

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

- zavarovani osebi (ime in priimek, naslov, spol, datum rojstva);
- zavezancih za prispevek (registracijska številka, naziv, naslov, vrsta plačnika prispevka);
- obveznem zdravstvenem zavarovanju (veljavnost zavarovanja);
- izbranih osebnih zdravnikih (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;
- upravičeni zadržanosti od dela;
- poškodbi pri delu;
- darovanju krvi.

To so podatki, ki jih v svojih podatkovnih zbirkah vodi ZZZS.

Na sprednji strani kartice so vidno izpisani:



Kartica, izdana pred 5. 11. 2008.

Kartica, izdana po 5. 11. 2008.



Podatki, ki so zapisani v evidencah ZZZS, so zavarovani pred nepooblaščenim dostopom tako, da jih lahko berejo le imetniki profesionalnih kartic (zdravstveni delavci in drugi pooblašteni delavci). Dostop do podatkov je praviloma mogoč samo s hkratno uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja in profesionalne kartice. Brez profesionalne kartice ni mogoče v nobenem primeru dostopati do podatkov. Brez vaše kartice je mogoč dostop do podatkov samo v izjemnih primerih, na primer takrat, ko kartica ne deluje ali ko se zavarovana oseba namesto s kartico izkazuje z začasnim pisnim potrdilom ali ko gre za nujno medicinsko pomoč ipd. 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 zakonodajo.

SAMODEJNA 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 veljavnosti 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 njeni uporabi. Med temi informacijami sta posebej pomembna podatka o datumu konca veljavnosti obstoječe in datumu začetka veljavnosti nove kartice. Na novi kartici je datum veljavnosti vidno izpisan.

DODATNE INFORMACIJE V ZVEZI S KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA:

- Kontaktni center ZZZS, tel. št. 01 30 77 300;
- avtomatski telefonski odzivnik ZZZS tel. št. 01 30 77 300, poglavje 3,
- spletni naslov www.zzs.si.

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.

ZZZS SVETUJE

- **Kartico (ali novo elektronsko osebno izkaznico) 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, ki vsebuje sliko (osebno izkaznico, potni list ...). Če ob obisku zdravnika ali pri dvigu zdravil ne boste imeli s seboj kartice oziroma potrdila, ki začasno nadomešča kartico ali nove elektronske osebne izkaznice, ste samoplačnik. Izjema so primeri nujne medicinske pomoči, v katerih vam zdravstveno osebo 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 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 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.zzs.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 po uspešnem naročilu oziroma plačilu računa, 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.**

UPORABA NOVE OSEBNE IZKAZNICE V SISTEMU KARTICE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Od aprila 2023 dalje je mogoče v sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja uporabiti tudi novo (biometrično) osebno izkaznico. To pomeni, da se lahko sami odločite, ali ob obisku zdravnika, lekarne, optika in drugih izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov uporabite le novo osebno izkaznico, kartico ali pa oba dokumenta.

ZZZS bo še naprej izdajal kartico in to iz več razlogov. Osebna izkaznica namreč ni obvezen dokument, prav tako nova osebna izkaznica za otroke do dopolnjenega 12. leta starosti ni elektronska, niti je ne morejo pridobiti vse zavarovane osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje (npr. tujci).

Postopek uveljavljanja zdravstvenih storitev je popolnoma enak, ne glede na to ali uporabite kartico ali novo osebno izkaznico.



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

ZZZS številko, ki je zapisana na vaši kartici, lahko na spletu ali z mobilnim telefonom preverite urejenost svojega obveznega 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 obveznega 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 zdravstvenega zavarovanja ali potrdilo o naročilu evropske kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma o morebitnih napakah.

Preverjanje urejenosti obveznega 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 kartice zdravstvenega zavarovanja«) **lahko naročite novo slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja ali preve-**



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

rite urejenost svojega obveznega 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.

Podatki o obveznem 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.,
- Pošta Slovenije d. o. o.,
- Halcom d. d.,
- Rekono d. o. o.

Dostop s službenim digitalnim potrdilom, ki je izdano na fizično osebo in podjetje, ni mogoč.

Do storitve je mogoče dostopati tudi preko sistema SI-PASS, kjer se je možno prijaviti z digitalnim potrdilom (osebno ali službeno) ali z mobilno identiteto smsPASS, s pomočjo katere je možen varen dostop z mobilnim telefonom. Preko sistema SI-PASS je možna prijava tudi z elektronsko osebo izkaznico – tako z uporabo čitalnika kartic kot z mobilno aplikacijo eOseba.

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, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu.



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 (v nadaljnjem besedilu Pravila OZZ). 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

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavljajo:

- pravice do zdravstvenih storitev in
- pravice do denarnih nadomestil.

Pravice do zdravstvenih storitev obsegajo:

- zdravstvene storitve osnovne zdravstvene dejavnosti,
- zobozdravstvene storitve,
- zdravstvene storitve pri institucionalnih izvajalcih ter
- zdravstvene storitve na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

Med pravice do zdravstvenih storitev štejemo še pravico do:

- storitev zdraviliškega zdravljenja,
- storitev skupinskih zdravstvenih programov,
- storitev prevoza z reševalnimi in drugimi vozili,
- storitev zdravljenja v tujini,
- pravico do zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na recept in
- pravico do medicinskih pripomočkov.

Pravice do denarnih nadomestil obsegajo:

- nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela,
- povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev in
- druga povračila stroškov

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in način njihovega uveljavljanja natančneje določajo Pravila OZZ, pravice do preventivnega zdravstvenega varstva pa Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

Med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sodijo:

- storitve estetskih posegov, razen če je poseg del zdravljenja po bolezni ali poškodbi ali če je glede na izvid ustreznega specialista potreben zaradi odprave funkcionalne prizadetosti organa, na katerem se poseg opravlja, ali posledične funkcionalne prizadetosti drugega organa;
- ambulantne storitve, ki so v okviru 24 urne nujne medicinske pomoči povezane z iztreznitvijo ob akutnem alkoholnem opoju;
- 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 alternativnega zdravljenja ali medicinske 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 Republiko Slovenijo, razen v primeru napotitve na zdravljenje v tujino zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Republiki Sloveniji (135.a člen Pravil OZZ) ali zaradi preseganja najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma razumnega časa, če zdravstvene storitve ni mogoče uveljaviti v okviru najdaljših dopustnih čakalnih dob oziroma v razumnem času pri vsaj enem izvajalcu v Republiki Sloveniji (135.b člen Pravil OZZ).

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

OBSEG PRAVIC

Obseg pravic je določen v ZZVZZ.

Obvezno zdravstveno zavarovanje obsega:

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

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem se zavarovanim osebam zagotavlja:

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

Zavarovanim osebam je z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v skladu s 23. členom ZZVZZ v naslednjih primerih:

1. preventivne zdravstvene storitve:

- sistematični in drugi preventivni zdravstveni pregledi na primarni ravni zdravstvene dejavnosti otrok, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, drugih odraslih oseb v skladu s programom, vključno za registrirane športnike, svetovanje pri načrtovanju družine in preventivni zdravstveni pregledi nosečnic, razen preventivnih zdravstvenih pregledov, ki jih zagotavlja delodajalec,
- zdravstvene storitve zgodnjega odkrivanja dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni na primarni ravni zdravstvene dejavnosti, vključno s presejalnimi testi, v skladu s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet,
- zdravstvene storitve za krepitev zdravja in spreminjanja nezdravega življenjskega sloga na primarni ravni zdravstvene dejavnosti,
- cepljenje in obvezna zaščita z zdravili v skladu z zakonom, ki ureja nalezljive bolezni;

2. zdravljenje, ki obsega diagnostične zdravstvene storitve (npr. pregled ali preiskava), terapevtske zdravstvene storitve (npr. ambulantne storitve, operativni



poseg), **zdravstvene storitve s področja reprodukcije** (npr. kontracepcija, zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo, porod, zdravljenje zmanjšane plodnosti, umetna oploditev, sterilizacija in umetna prekinitev nosečnosti) in **zdravstvene storitve v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam**;

3. **zdravljenje v tujini, v skladu z ZZVZZ;**
4. **medicinska rehabilitacija, vključno z zdraviliškim zdravljenjem;**
5. **zdravstvena nega**, razen če so zavarovani osebi v obveznem zavarovanju za dolgotrajno oskrbo priznane primerljive storitve zdravstvene nege, vezane na osnovna dnevna opravila;
6. **paliativna oskrba;**
7. **reševalni prevozi;**
 - nujni reševalni prevozi v okviru nujne medicinske pomoči,
 - nenujni reševalni prevozi, če je zavarovana oseba nepokretna ali za prevoz na in z dialize ali če zaradi zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo zdravstvenega delavca ali če bi bil prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom za njeno zdravje škodljiv;
8. **sobivanje enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja**, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti, z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškod-



be možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja, ne glede na starost, z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov;

9. **skupinski zdravstveni programi zaradi krepitev zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti**, ki so v koledarskem letu večkrat hospitalizirani ali vsaj dvakrat bolni;
10. **skupinski zdravstveni programi zaradi usposabljanja za obvladovanje zdravstvenega stanja otrok do 18. leta starosti** s cerebralno paralizo, živčno-mišičnimi boleznimi ali druge vrste gibalne oviranosti, poškodbo glave, otrok z juvenilnim revmatoidnim artritisom, s sladkorno boleznijo, fenilketonurijo, celiakijo ali prekomerno telesno težo ter otrok z motnjo avtističnega spektra, z razvojnimi zaostankom ali intelektualno manjzmožnostjo;
11. **skupinski zdravstveni programi za izboljševanje, ohranjanje ali preprečevanje poslabšanja zdravstvenega stanja oseb** z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, s paraplegijo, tetraplegijo, cerebralno paralizo, poškodbo glave, z najtežjo obliko hemiplegije ali generalizirane psoriaze, multiplo sklerozo, poliomielitisom, Parkinsonovo boleznijo ali težjo ali težko motnjo v duševnem razvoju ob določeni funkcionalni okvari.

Zdravstvene storitve iz 1., 2., 3. in 4. točke vključujejo tudi **zobozdravstvene storitve**. Zdravstvene storitve iz 1. do 6. točke vključujejo tudi **lekarniške storitve ter zdravila, živila za posebne zdravstvene namene in medicinske pripomočke**, ki se predpisujejo na listino ZZZS ali jih zagotavlja izvajalec zdravstvene dejavnosti sam v okviru zdravstvene storitve.

ZZZS lahko določi pogoj predhodnega zavarovanja do šest mesecev za pravice do zoboprotetičnih in medicinskih pripomočkov.

V skladu s sedmim odstavkom 23. člena ZZZVZ lahko ZZZS zavarovani osebi **izjemoma delno ali v celoti odobri plačilo ali povračilo stroškov zdravila, živila za posebne zdravstvene namene, prehranskega dopolnila, dermatološkega izdelka, medicinskega pripomočka ali zdravstvene storitve, do katere zavarovana oseba nima pra-**

vice iz obveznega zavarovanja, če ima zavarovana oseba bolezen ali poškodbo, ki so privedle do izjemnega zdravstvenega stanja, z izjemoma odobreno zdravstveno storitvijo pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev, bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja, preprečitev ali bistveno upočasnitev nadaljnjega poslabšanja zdravstvenega stanja, vključno z zagotavljanjem zdravstvene nege pri zavarovani osebi, in tega učinka ni mogoče zadovoljivo doseči z zdravstvenimi storitvami, do katerih ima pravico iz obveznega zavarovanja (v nadaljevanju: izjemna odobritev).

Zdravilo in živilo za posebne zdravstvene namene se pod pogoji iz sedmega odstavka 23. člena ZZZVZ lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer ZZZS upošteva tudi merila za razvrstitev iz 23.b člena ZZZVZ. **Prehransko dopolnilo** se pod pogoji iz sedmega odstavka 23. člena ZZZVZ lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča ustrezen izvajalec zdravstvene dejavnosti v Republiki Sloveniji ali v tujini, pri čemer ZZZS upošteva tudi, ali ima učinkovitost zdravila in ali na trgu v Republiki Sloveniji obstaja zdravilo s primerljivo učinkovino in jakostjo. **Dermatološki izdelek** se pod pogoji iz sedmega odstavka 23. člena ZZZVZ lahko izjemoma odobri, če ga na osnovi strokovnih virov priporoča izvajalec, ki opravlja zdravstveno dejavnost na terciarni ravni v Republiki Sloveniji ali tujini.

Ne glede na predpisane pogoje iz sedmega odstavka 23. člena ZZZVZ, se zavarovani osebi lahko izjemoma odobri medicinski pripomoček, če ima ta medicinski pripomoček enak ali podoben učinek kot zdravilo, ki je pravica iz obveznega zavarovanja, a v času zdravljenja v Republiki Sloveniji to zdravilo zaradi motenj v preskrbi ni dosegljivo in zdravila ni mogoče zamenjati z drugim zdravilom.

Ne glede na prvi odstavek 84. člena ZZZVZ o izjemni odobritvi na I. stopnji odloča uradna oseba na Direkciji ZZZS, na II. stopnji pa komisija, katere člane imenuje direktor ZZZS.

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.

Posamezne pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so podrobneje opisane naslednjih poglavjih te brošure.

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

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.



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 s kartico zdravstvenega zavarovanja ali biometrično osebno izkaznico pri izbranem osebnem zdravniku.

Samo v izjemnih primerih, ko gre za nujno zdravljenje ali nujno medicinsko pomoč, se lahko obrnete na katerega koli zdravnika. V tem primeru tudi ne potrebujete kartice zdravstvenega zavarovanja ali biometrične osebne izkaznice. Nujnost zdravstvene storitve presoja zdravnik, ki zdravstveno storitev opravi.

22

KAKO SI IZBERETE OSEBNEGA ZDRAVNIKA?

Osebnega zdravnika si izberete prosto med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost v javni zdravstveni mreži, in sicer tako, da pri zdravniku izpolnite ustrezno listino. Za otroka, 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**.

V čakalnici mora biti vidno objavljen seznam zdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov ordinacijski čas. Poimenski seznam zdravnikov, ki so lahko izbrani osebni zdravniki, ter še druge koristne podatke najdete na spletni strani zzzs.si.

Zdravnik lahko odkloni vašo izbiro, če pri njem evidentirano število zavarovanih oseb že presega število, ki ga določa dogovor oz. vladna uredba.

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 IZBRANEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA MOGOČE ZAMENJATI?

Osebnega zdravnika lahko zamenjate po preteku enega leta **brez navajanja** razloga za zamenjavo. To opravite tako, da pri novoizbranem zdravniku izpolnite listino **Izjava o izbiri**.

Zamenjava v prvem letu je možna izjemoma, če pride med vami in izbranim osebnim zdravnikom do nesporazumov ali nezaupanja, ali če se preselite v drug kraj. Zamenjava se opravi po enakem postopku, kot po enem letu, pri če-





mer se na listini *Izjava o izbiri* navede razlog za zamenjavo. Zamenjavo lahko zahteva tudi vaš izbrani osebni zdravnik. Ta zamenjava se opravi sporazumno ali na podlagi odločitve ZZZS. Ob zamenjavi bo vaš dosednji zdravnik poslal vašo medicinsko dokumentacijo novo izbranemu osebne- mu zdravniku. Novega osebnega zdravnika si boste morali izbrati tudi, če se vaš osebni zdravnik upokoji ali preneha s svojo dejavnostjo in v drugih primerih njegove trajne odsotnosti.

KATERE NALOGE IMA IZBRANI 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 ženski storitve:

s področja svetovanja o načrtovanju družine, o kontracepciji, v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodno dobo, pri zgodnjem odkrivanju raka na vratu maternice, vse preventivne preglede ter storitve diagnostike 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 s 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 daje navodila za vaše ravnanje v času 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 pristoj-

nim 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 idr.); izstavlja listine za uveljavljanje pravic, kot sta Nalog za prevoz in 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, zagotovi uresničevanje teh 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 za zgodnje odkrivanje kroničnih nenalezljivih bolezni in ocenjevanje tveganja zanje ter svetovanje za zdrav življenjski slog in krepitev duševnega zdravja; preventivni pregled se opravi od 30. leta starosti dalje vsakih 5 let. Pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, družinsko hiperlipidemijo oziroma dislipidemijo in pri bolnikih s sladkorno boleznijo se lahko opravi preventivni pregled že pred to starostjo;

obravnave za krepitev zdravja, ki obsegajo zdravstvenovzgojne in psihoedukativne delavnice ter individualna svetovanja za dolgotrajno spremembo življenjskega sloga oziroma za krepitev duševnega zdravja.

Če ima vaš izbrani osebni zdravnik **referenčno ambulantno** (ambulantno družinske medicine, ki je razširjena z diplomirano medicinsko sestro), diplomirana medicinska sestra prevzame vodenje parametrov stabilne kronične bolezni in preventivno dejavnost.



DRŽAVNI PRESEJALNI PROGRAMI

ZORA (zora.onko-i.si): državni presejalni program, v okviru katerega vsaka ženska, stara med 20 in 64 let, ki v zadnjih treh letih ni opravila pregleda z odvzemom brisa materničnega vratu, na dom prejme pisno vabilo na pregled. Ker rak materničnega vratu raste počasi, je mogoče s pregledi žensk na tri leta veliko večino nevarnih sprememb odkriti in zdraviti pravočasno.

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

SVIT (program-svit.si): državni program za zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki mogoča vsako drugo leto vsem ženskam in moškim med 50. in 74. letom starosti z vnaprejšnjim vabljenjem na odvzem blata pravočasno odkrivanje in odstranjevanje predrakavih sprememb.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

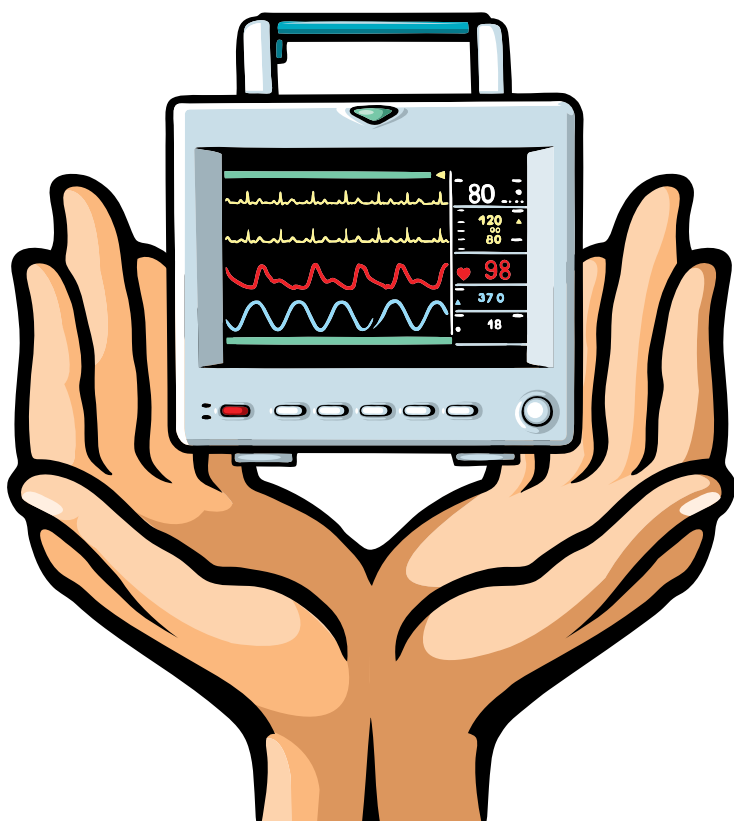
Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če pravice uveljavljate v skladu s Pravili obve-

znega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni treba doplačevati. V primeru **(do)plačila** vas mora izvajalec zdravstvene dejavnosti o tem vnaprej obvestiti in od vas pridobiti **pisno soglasje**, da se z (do)plačilom strinjate. Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

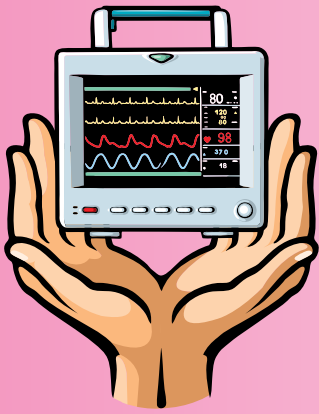
1. **pogodbene cene zdravstvene storitve**, če uveljavljate zdravstveno storitev v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, in ne gre za nujno storitev;
2. **cene zdravstvene storitve**, ki jo določi izvajalec, če jo uveljavljate:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali biometrične osebne izkaznice,
 - ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih, na primer 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,
 - v času, ki ne spada v standard (med 20. in 7. uro ob delavnikih ter ob sobotah, nedeljah in praznikih);
3. **dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno**, ko uveljavljate zdravstveno storitev pri osebni ginekologu na terciarni ravni (kliniki).

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,
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni,
- 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
- 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

Pravica do storitev specialistične ambulantne dejavnosti obsega:

- specialistične preglede,
- zahtevnejše storitve s področja diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, ki ne sodijo v osnovno zdravstveno dejavnost in se lahko opravijo na ambulantni način.

V okviru specialistično ambulantne dejavnosti ima ženska tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo, če izpolnjuje pogoje iz zakona, ki ureja zdravljenje neplodnosti in postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Potrebo po zdravstveni storitvi v specialistični ambulantni dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ugotovi vaš izbrani **osebni zdravnik** ali **napotni zdravnik**.

Osebni zdravnik je pristojen za izdajo napotnice za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju. Za isto zdravstveno stanje zavarovane osebe lahko izda napotnico le za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti. Napotnega zdravnika je dolžan seznaniti z vašim zdravstvenim stanjem, napotno diagnozo, vrsto zdravstvene storitve, strokovno obrazložitvijo in napotnici priložiti vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na vaše zdravstveno stanje, in je razlog za napotitev. Kot posredovanje zdravstvene dokumentacije se šteje tudi objava vaše dokumentacije v Centralnem registru podatkov o pacientih, kar se navede na napotnici.

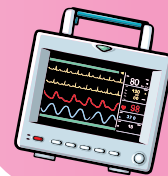
Osebni zdravnik lahko napotnico izda, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven zdravstvene dejavnosti.

Napotni zdravnik je na podlagi prejete napotnice pooblaščen, da zaradi zdravstvenega stanja, za katero je izdana napotnica, v skladu s svojo strokovno presojo opravi vse utemeljene zdravstvene storitve s svojega delovnega področja, pri čemer:

zagotovi vse potrebne storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila ali živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji,

napoti na drugo zdravstveno storitev, če meni, da je to potrebno in gre za zdravstvene storitve, ki jih sicer ne opravlja sam.





Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri specialistu praviloma uveljavljate le s kartico zdravstvenega zavarovanja ali biometrično osebno izkaznico.

KDAJ NAPOTNICA NI POTREBNA

Napotnica ni potrebna za:

- uveljavljanje nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja,
- preventivne zdravstvene storitve,
- pregled pri specialistu okulistu zaradi pregleda ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida,
- pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru,
- pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni,
- pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

KAKO DOLGO VELJA NAPOTNICA?

Napotnica velja do konca zdravljenja, to je, dokler je napotni zdravnik ne zaključi. To bo storil, ko bo izvedel vse potrebne zdravstvene storitve, povezane z zdravstvenim stanjem, za katere je bila izstavljena napotnica, vključno z morebitnimi operativnimi posegi in kontrolnimi pregledi.

Če napotnice ne bo **zaključil napotni zdravnik**, se bo napotnica **samodejno zaključila** (programsko) po preteku 2 let od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, razen če ste na ta dan vpisani na čakalni seznam na podlagi te napotnice ali napotnice, ki je izdana na njeni podlagi. To pomeni, da so bile vse potrebne zdravstvene storitve po tej napotnici dejansko že izvedene in da niso načrtovane nove.

Napotnica preneha veljati tudi v primerih, ki so določeni v zakonu o pacientovih pravicah, ki določa razloge za črtanje s čakalnega seznama.

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
cakalnedobe.ezdrav.si



na spletni strani ZZS
zzzs.si/izvajalci



Pri izbiri vam lahko z informacijami pomaga tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Pri izbiri bodite pozorni na čakalno dobo pri posameznem specialistu.

Na specialistično zdravstveno storitev se lahko naročite sami, ali vas naroči izvajalec, ki izdaja napotnico, in sicer

elektronsko (na portalu zVEM na spletni strani zvem.ezdrav.si, v sistemu eNaročanje na spletni strani narocanje.ezdrav.si, na spletnih straneh izvajalca ali po elektronski pošti), **telefonsko**, **po pošti** ali **osebno** v ordinaciji.

Izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti je treba **predložiti napotnico** s stopnjo nujnosti:

- nujno:** najpozneje naslednji dan,
- zelo hitro:** v 7 dneh,
- hitro ali redno:** v 21 dneh po njeni izdaji.

Če napotnica izvajalcu ni predložena v zgoraj navedenih rokih, **preneha veljati**.

Rok za predložitev napotnice začne teči naslednji dan po njeni izdaji, iztek roka na dela prost dan na roke ne vpliva. Kot predložitev napotnice šteje tudi klic ali prejeta pošta ali elektronsko sporočilo, na podlagi katerega izvajalec prevzame napotnico. Izvajalec vas uvrsti na čakalni seznam v roku pet dni po predložitvi napotnice oziroma v roku dveh dni po opravljeni triaži.

Roki za predložitev napotnice za porod ne veljajo.

Rok za predložitev napotnice **ne velja** za naročanje na **kontrolne preglede** (pri kontrolnem pregledu se upošteva le medicinska indikacija, pri čemer se stopnja nujnosti ne določa).

KAKO HITRO LAHKO PRIDETE DO USTREZNEGA SPECIALISTA? KAKŠNE SO DOPUSTNE ČAKALNE DOBE?

Pri uvrščanju na čakalni seznam se upošteva stopnja nujnosti, ki je zapisana na napotnici, oziroma stopnja nujnosti, določena pri triaži napotnice, ki jo opravi napotni izvajalec storitve.

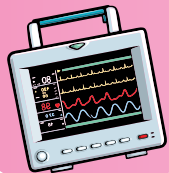
Stopnjo nujnosti v posameznem primeru določi zdravnik na podlagi uveljavljenih strokovnih standardov, sodobnih medicinskih smernic in priporočil, svoje strokovne presoje in v skladu z največjo zdravstveno koristjo za zavarovano osebo, pri čemer se upošteva razumen čas.

Stopnje nujnosti so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba
nujno	24 ur od predložitve napotnice
zelo hitro	30 dni od uvrstitve na čakalni seznam
hitro	90 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	manj kot 180 dni od uvrstitve na čakalni seznam

Izjeme glede najdaljše dopustne čakalne dobe so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba od uvrstitve na čakalni seznam
zelo hitro	ob sumu na maligno obolenje
hitro	za izdelavo zobnoprotečnega pripomočka
ali	za ortopedske operacije
redno	za operacije krčnih žil
redno	za oralno in maksilofacialno kirurgijo
redno	za prvi pregled na področju revmatologije



Ob sumu na **maligno bolezen** se določi stopnja nujnosti "zelo hitro" ali "nujno".

Stopnja nujnosti se določi **le za prvi pregled**.

Najdaljše dopustne čakalne dobe **ne veljajo za kontrolne preglede**.

Če želite, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu in če imate določen nadomestni termin, na kar boste posebej opozorjeni, takrat omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja.

Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti so dostopne na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje **cakalnedobe.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 pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer vas seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri tem izvajalcu. Če izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, vam izvajalec posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Sistem eNaročanje to informacijo zagotovi samodejno.

Če izvedbo zdravstvene storitve pri izvajalcu z dopustno čakalno dobo odklonite, vas pooblaščen oseba uvrsti na čakalni seznam in označi, da ste možnost izvedbe zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe zavrnil.

KDAJ MORATE ZA STORITVE PLAČATI ALI DOPLAČATI?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni treba doplačevati. V primeru **(do)plačila** vas mora izvajalec zdra-

vstvene dejavnosti 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 biometrične osebne izkaznice, če ne gre za nujno storitev, 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 storitev oziroma reševalni prevoz), pri specialistu brez napotnice, če ne gre za nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč oziroma druge primere, ko napotnica ni potrebna.
3. **dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno**, ko lahko 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) morate plačati, če: vam zdravstvene storitve opravi specialist ali zdravstveni zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZS, ali 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 vходу v ordinacijo.

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,
- uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto (www.zzs.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

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 ZZSZ 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 ZZSZ.

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://naro-canje.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 ZZSZ. 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 svoje.

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 oddelke 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 **premistitev** 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: obravnava 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.

PREMISTITEV 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: zavaro-vanec.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.

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,
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto,
- 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,
- 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 na portalu zVEM (zvem.ezdrav.si), v sistemu eNaročanje (narocanje.ezdrav.si), na spletnih straneh izvajalca ali po elektronski pošti),
- telefonsko, v okviru ordinacijskega časa,
- osebno med ordinacijskim časom,
- po pošti.





Ko je napotnica izdana, jo je treba predložiti izvajalcu zdravstvene dejavnosti v določenem roku:

- s stopnjo nujnosti **nujno** najpozneje naslednji dan;
- s stopnjo nujnosti **zelo hitro** v 7 dneh;
- s stopnjo nujnosti **hitro** in **redno** v 21 dneh.

Če napotnice izvajalcu ne predložite v zgoraj navedenih rokih, **preneha veljati**.

Rok za predložitev napotnice začne teči naslednji dan po njeni izdaji, iztek roka na dela prost dan na roke ne vpliva. Kot predložitev napotnice šteje tudi klic ali prejeta pošta ali elektronsko sporočilo, na podlagi katerega izvajalec prevzame napotnico. Izvajalec vas uvrsti na čakalni seznam v roku pet dni po predložitvi napotnice oziroma v roku dveh dni po opravljeni triaži.

Roki za predložitev napotnice za porod ne veljajo.

Rok za predložitev napotnice **ne velja** za naročanje na **kontrolne preglede** (pri kontrolnem pregledu se upošteva le medicinska indikacija, pri čemer se stopnja nujnosti ne določa).

KAKO HITRO LAHKO PRIDETE DO USTREZNEGA SPECIALISTA?

Pri **uvrščanju na čakalni seznam** se upošteva stopnja nujnosti, ki je zapisana na napotnici, oziroma stopnja nujnosti, določena pri triaži napotnice, ki jo opravi napotni izvajalec storitve.

Stopnjo nujnosti v posameznem primeru določi zdravnik na podlagi uveljavljenih strokovnih standardov, sodobnih medicinskih smernic in priporočil, svoje strokovne presoje in v skladu z največjo zdravstveno koristjo za zavarovano osebo, pri čemer se upošteva razumen čas.

Stopnje nujnosti so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba
nujno	24 ur od predložitve napotnice
zelo hitro	30 dni od uvrstitve na čakalni seznam
hitro	90 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	manj kot 180 dni od uvrstitve na čakalni seznam

Izjeme glede najdaljše dopustne čakalne dobe so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba od uvrstitve na čakalni seznam
zelo hitro	ob sumu na maligno obolenje 15 dni
hitro	za izdelavo protetičnih pripomočkov 180 dni po zaključeni sanaciji zobovja
ali	za ortopedske operacije 360 dni
redno	za operacije krčnih žil 360 dni
	za oralno in maksilofacialno kirurgijo 360 dni
redno	za prvi pregled na področju revmatologije 360 dni

Če želite, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu in če imate določen nadomestni

termin, na kar boste posebej opozorjeni, takrat omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja.

Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti so dostopne na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje **cakalnedobe.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.

KAKO DOLGO VELJA NAPOTNICA?

Napotnica velja do konca zdravljenja, to je, dokler je napotni zdravnik ne zaključi. To bo storil, ko bo opravil vse potrebne zdravstvene storitve, povezane z zdravstvenim stanjem, za katere je bila izstavljena napotnica, vključno z morebitnimi operativnimi posegi in kontrolnimi pregledi.

Če napotnice ne bo **zaključil napotni zdravnik**, se bo napotnica **samodejno zaključila** (programsko) po preteku 2 let od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, razen če ste na ta dan vpisani na čakalni seznam na podlagi te napotnice ali napotnice, ki je izdana na njeni podlagi. To pomeni, da so bile vse potrebne zdravstvene storitve po tej napotnici dejansko že izvedene in da niso načrtovane nove.

Napotnica preneha veljati tudi v primerih, ki so navedeni v zakonu o pacientovih pravicah, ki določa razloge za črtanje s čakalnega seznama.

KDAJ NAPOTNICA NI POTREBNA?

Napotnica ni potrebna za:

- uveljavljanje nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja,
- preventivne zdravstvene storitve,
- pregled pri specialistu okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida,
- pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru,
- pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni,
- pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

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).

- Nujna medicinska pomoč** vključuje oživljanje, ukrepe, potrebne za ohranjanje življenjskih funkcij, za preprečitev hudega poslabšanja zdravstvenega stanja ne nadno obolelih, poškodovanih in kronično bolnih.
- Nujno zdravljenje** vključuje:
 - takojšnje zdravljenje po nujenju nujne medicinske pomoči, če je to potrebno,

* Nujne storitve so opredeljene s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer kot nujna medicinska pomoč in kot nujno zdravljenje ter neodložljive zdravstvene storitve.



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

UVRSTITEV NA ČAKALNI SEZNAM

Ko izvajalec zdravstvene dejavnosti prejme vašo napotnico, vas **glede na stopnjo nujnosti** uvrsti na prvi prosti termin na čakalnem seznamu. To velja za vse zavarovane osebe, ki z napotnico uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev v javni zdravstveni mreži na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, kadar gre za storitev, za katero izvajalec vodi čakalni seznam.

Predhodno lahko izvajalec zdravstvene dejavnosti opravi triažo vaše napotnice, v okviru katere lahko spremeni stopnjo nujnosti.

Ob uvrstitvi v čakalni seznam se določi:

okviren termin ali

termin (to je čas, izražen z datumom, uro in minuto).

Če imate določen okvirni termin, se termin določi najpozneje 30. dan pred izvedbo zdravstvene storitve. Izvajalec zdra-

vstvene dejavnosti vas bo o okvirnem terminu ali terminu obvestil najpozneje v treh dneh od uvrstitve na čakalni seznam. V sistemu eNaročanje se sproti zagotavlja informacije o okvirnem terminu ali terminu in o morebitnih spremembah, pri čemer do teh podatkov dostopate na portalu zVEM.

PRESEGANJE NAJDALJŠE DOPUSTNE ČAKALNE DOBE

Če pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu **presega najdaljšo dopustno čakalno dobo**, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer vas seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri tem izvajalcu. Kadar izvajalec z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, vam izvajalec posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Če se naročate prek sistema eNaročanje, se informacijo iz prejšnjega stavka zagotovi v sistemu eNaročanje.

Če zdravstveno storitev pri izvajalcu z dopustno čakalno dobo **odklonite**, vas pooblaščen oseba za čakalni seznam uvrsti na čakalni seznam in označi, da ste možnost izvedbe zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe zavrnili.

PRESTAVITEV TERMINA

Če ste uvrščeni na čakalni seznam s stopnjo nujnosti hitro ali redno in imate določen okvirni termin, lahko ob določitvi točnega termina izrazite **željo za nadomestni termin**, ki je v 90 dneh od prvotno predlaganega. Izvajalec vam v tem primeru določi termin ali okvirni termin. To možnost lahko uveljavite **le enkrat** v okviru iste napotitve. Če se ne strinjate ne s prvotno predlaganim ne nadomestnim terminom, se to šteje kot vaša zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve in se vas črta s čakalnega seznama.

ODPOVED TERMINA IZ RAZLOGA NA STRANI IZVAJALCA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Če izvajalec zdravstvene dejavnosti zaradi **objektivnih razlogov**, kot so nadomeščanje začasno odsotnega zdravnika, izjemne okoliščine (npr. epidemija, naravna nesreča) ali



tehnični razlogi (npr. okvara opreme), ne more izvesti zdravstvenih storitev, vas bo v petih dneh od nastanka okoliščin prenaročil na prvi prosti termin, upoštevajoč stopnjo nujnosti, in vas o tem obvestil.

V tem primeru lahko, ne glede na že uveljavljano pravico do nadomestnega termina, ponovno zahtevate določitev nadomestnega termina.

Če izvajalec, pri katerem ste naročeni, **preneha s svojo dejavnostjo** (npr. prenehanje dovoljenja za opravljanje zdravstvene dejavnosti, odvzem koncesije), vas bo o tem obvestil. Izvajalec, ki od prvega prevzame zdravstveno dokumentacijo, vas uvrsti na čakalni seznam najpozneje v 30 dneh po začetku opravljanja zdravstvenih storitev oziroma zdravstvene dejavnosti, pri čemer se upošteva vrstni red po datumu uvrstitve na čakalni seznam pri prejšnjem izvajalcu.

ODPOVED TERMINA IZ RAZLOGA NA VAŠI (PACIENTOVI) STRANI

Brez navajanja razlogov lahko odpoveste termin zdravstvene storitve **najpozneje deset dni** pred njeno izvedbo, vendar **le enkrat** v okviru iste napotitve in le v okviru napotitve s 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, smrt vašega ožjega družinskega člana.

V primeru opravičene odsotnosti vam pooblaščen oseba za čakalni seznam določi nov termin ali vas uvrsti v čakalni seznam z določenim okvirnim terminom.

POSLEDICE NEOPRAVIČENE ODSOTNOSTI NA TERMIN ZDRAVSTVENE STORITVE

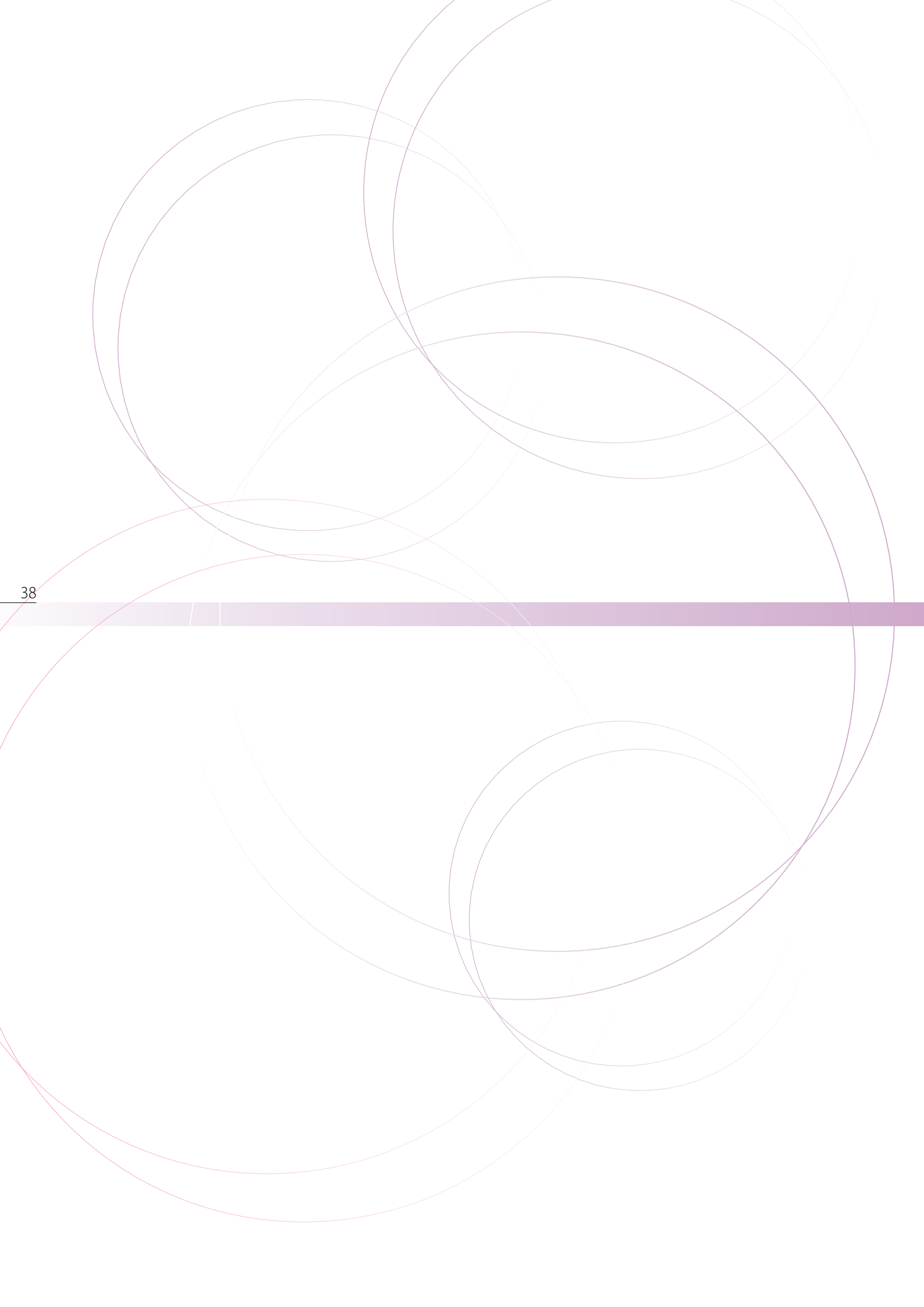
Če na zdravstveno storitev ne boste prišli oziroma odsotnosti ne boste opravičili iz dopustnih razlogov, vas izvajalec zdravstvene dejavnosti v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah zaradi neopravičene odsotnosti **črta s čakalnega seznama in napotnica preneha veljati**. V tem primeru se lahko v čakalni seznam za isto storitev uvrstite šele po poteku treh mesecev od termina, na katerem ste neopravičeno izostali. Le v primeru, da izvajalec ugotovi, da 30-dnevna omejitev neposredno ogroža vaše zdravstveno stanje ali zdravstveno obravnavo, se omejitev ne upošteva.

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

Ker se čakalne dobe na poseg, pregled ali preiskavo med posameznimi zdravniki ali izvajalci zdravstvene dejavnosti v Sloveniji lahko razlikujejo, vam priporočamo, da pred izbiro ustreznega zdravnika ali izvajalca preverite in primerjajte čakalne dobe pri drugih izvajalcih. Tako boste lahko izkoristili svojo pravico do proste izbire zdravnika ali izvajalca zdravstvene dejavnosti.

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,
- uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto,
- Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah,
- Navodilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z napotnico.





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 varovanja skrbi **izbrani osebni zobozdravnik**. Kadar potrebujete zobozdravstveno storitev, se obrnite na svojega izbranega osebnega zobozdravnika oziroma nadomestnega zobozdravnika ter predložite kartico zdravstvenega zavarovanja ali biometrično osebno izkaznico.

Samo v nujnih primerih, če vaš izbrani osebni zobozdravnik ni dosegljiv, se lahko obrnete na drugega zobozdravnika. Med **nujne zobozdravstvene storitve** štejejo predvsem huda vnetja in bolečine, krvavitve in poškodbe v predelu zob in ustne votline. V tem primeru tudi ne potrebujete kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma biometrične osebne izkaznice. Nujnost zobozdravstvene storitve presoja zobozdravnik, ki opravi storitev.

KAKO SI IZBERETE OSEBNEGA ZOBOZDRAVNIKA?

Osebnega zobozdravnika si izberete prosto med zobozdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo zobozdravstveno dejavnost v javni zdravstveni mreži, in sicer tako, da pri zobozdravniku izpolnite in **podpišete ustrezno listino**. Za otroka, ki še ni star 15 let, to opravijo starši, varuh ali skrbnik. Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine.

V čakalnici mora biti vidno objavljen seznam zobozdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov ordinacijski čas. Poimenski seznam zobozdravnikov, ki so lahko izbrani osebni zobozdravniki, ter še druge koristne podatke najdete na spletni strani **www.zzzs.si**.

Zobozdravnik lahko odkloni vašo izbiro, če pri njem evidentirano število zavarovanih oseb presega število, ki ga določa vladna uredba ali dogovor.

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





ALI JE IZBRANEGA OSEBNEGA ZOBOZDRAVNIKA MOGOČE ZAMENJATI?

Osebnega zobozdravnika lahko zamenjate po preteku enega leta brez navajanja razlogov za zamenjavo. To opravite tako, da pri novo izbranem zobozdravniku izpolnite in podpišete **listino o novi izbiri**.

Zamenjava v prvem letu je možna izjemoma, če pride med vami in izbranim osebnim zobozdravnikom do nesporazumov ali nezaupanja, ali če se preselite v drug kraj. Zamenjavo se opravi po enakem postopku kot po enem letu, pri čemer se na listini izjava o izbiri navede razlog za zamenjavo. Zamenjavo lahko zahteva tudi vaš izbrani osebni zobozdravnik. Ta se opravi sporazumno ali na podlagi odločitve ZZZS. Ob zamenjavi bo vaš dosednji zobozdravnik poslal vašo medicinsko dokumentacijo novo izbranemu osebnemu zobozdravniku. Novega osebnega zobozdravnika si boste morali izbrati tudi v primerih njegove trajne odsotnosti (upokojitev, prenehanje dejavnosti ...).

KAKŠNE SO VAŠE PRAVICE?

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

- preventivnih zobozdravstvenih storitev;
- letnega pregleda na vašo zahtevo;
- zdravljenja zob, zdravljenja vnetnih in drugih sprememb ustne sluznice ter oralnokirurških in maksilofacialnih operativnih 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.

Iz obveznega zdravstvenega zavarovanja imate pravico do naslednjih zobnoproteničnih storitev oziroma pripomočkov, če izpolnjujete naslednje pogoje:

prevleke, nazidka z zatičkom in vlite zalivke, če:

- okvarjene zobne krone ni mogoče zadovoljivo obnoviti s plombiranjem;
- je to potrebno zaradi dviga ugriza;
- biomehanske zahteve narekujejo izdelavo tega zobno-proteničnega pripomočka na podpornih, retencijskih zobeh za snemno protezo ali mostiček, ki sta pravica po tem členu;

mostička, če:

- manjkajo v vidnem sektorju do štirje zobje;
- manjkajo v eni vrzeli zapored najmanj trije zobje;
- biomehanske zahteve narekujejo izdelavo tega zobno-proteničnega pripomočka na podpornih, retencijskih zobeh za snemno protezo ali mostiček, ki sta pravica po tem členu;

delne proteze, če manjkajo:

najmanj trije zobje zapored in izdelava mostička iz prejšnje točke ni mogoča zaradi biomehanskih zahtev;

najmanj trije zobje zapored, ki so na koncu zobne vrste ali v vrzeli in ob tem še najmanj dva zoba v istem ali drugem kvadrantu v isti čeljusti (najmanj trije zobje na koncu zobne vrste lahko manjkajo na eni ali na drugi strani čeljusti, lahko pa manjkajo na obeh straneh);

zobje v več vrzelih in najmanj dve od njih predstavljata pravico do mostička po tem členu, a je cena za protezo nižja kot za mostiček, ki sta pravica po tem členu;

totalne proteze, če manjkajo vsi zobje v eni čeljusti;

mostička ali delne proteze, če manjka pet ali več zob v obeh stranskih sektorjih ene čeljusti, pri čemer modrostrniki niso všteti, in ob tem ni vsaj ene funkcionalne okluzijske enote na vsaki strani čeljusti.

Če ste **hkrati upravičeni** do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, vam pripada proteza, ki nadomesti vse vrzeli v čeljusti, ali zobnoprotenični fiksni pripomoček, vendar le v primeru, če je cena te storitve enaka ali nižja od cene zobnoproteničnih fiksnih pripomočkov.

V izjemnih primerih, ko po mnenju pristojnega konzilija izvajalca na terciarni ravni ni mogoče zagotoviti funkcionalno ustrezne rehabilitacije z mostički ali protezami, in pri določenih redkih zdravstvenih stanjih imate pravico do **zobno-protenične 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 (npr. resekcija čeljusti kot posledica tumorjev na področju glave ali vratu, oligodontija, če manjka šest ali več zob, pri čemer modrostrniki niso všteti, razvojne anomalije kosti – shize, nekatere obsežne resorpcije kosti ali atrofije alveolnega grebena spodnje oziroma zgornje čeljusti idr.);
- da pri zavarovani osebi niso podane kontraindikacije (npr. neustrezna ustna higiena, nesanirani zobje idr.).

Standardni material zobnoproteničnega pripomočka na vsadku in vrsta tega pripomočka sta odvisna od tega, ali izpolnjujete pogoje za zobni vsadek.

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 obvezno 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 v skladu z veljavno strokovno doktrino **opravi** ali na katere vas **napoti izbrani osebni zobozdravnik**. Te storitve morajo biti opravljene v pogodbeno do-



ločenem 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 ki jih opravi zobozdravnik, ki ni vaš izbrani osebni zobozdravnik oziroma nima pogodbe z ZZS, krije obvezno zavarovanje samo, če so bile nujne.

Standardni materiali za zobozdravstvene storitve in zobnoprotenične pripomočke, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so razvidni iz tabele. Ceno žlahtnih in polžlahtnih zlitin, ki predstavljajo standardne materiale, določi ZZS

Storitev oz. pripomoček	Standardni material
Zalivka	kompozitni material*
Zalivka	amalgam**
Konfekcijski zatiček	z vlakni ojačan kompozit, titan
Dvojna prevleka	žlahtna zlitina
Umetna dlesen mostička	kompozitni material
Proteza	akrilat
Delna proteza s kovinsko bazo	akrilat in kovinska baza iz kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi
Zobje v protezi	akrilat in kompozitni material
Zobni vsadek***	titan in titanova zlitina, ki vsebuje vsaj 85 % titana
Prevleka in mostiček na zobnem vsadku***	porcelan in kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi ali monolitna keramika
Zobna proteza na zobnih vsadkih	akrilat in kovinska baza iz kobaltkromove zlitine ali zlitine s primerljivimi lastnostmi
Snemni ortodontski aparat	akrilat
Nesnemni ortodontski aparat	konfekcijsko pripravljen kovinski in drug element

* – na vseh zobeh pri osebah do 26. leta starosti ter pri nosečnicah oziroma doječih materah, od 1. 7. 2026 pa na vseh zobeh tudi pri vseh zavarovanih osebah,
– na zobeh v vidnem sektorju pri osebah starejših od 26 let (velja le do 1. 7. 2026);

** na zobeh v stranskem (transkaninem) sektorju pri osebah starejših od 26 let (velja le do 1. 7. 2026) ali če je to nujno potrebno zaradi zdravstvenih razlogov (velja tudi po 1. 7. 2026);

*** če je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Od 1. 7. 2025 dalje

Storitev oz. pripomoček	Standardni material
Zalivka na mlečnem zobu	kompozitni material ali kompomer
Inlej, onlej in overlej	kompozitni material ali porcelan
Koreninski zatiček z nazidkom ali koreninska kapica z zatičkom	srebropaladijeva zlitina ali druga polžlahtna zlitina, kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi
Dograditev na konfekcijskem zatičku	kompozitni material
Prevleka in mostiček	kobaltkromova zlitina ali zlitina s primerljivimi lastnostmi, kompozitni material, porcelan ali monolitna keramika

Izvajalec vam je vedno dolžan nuditi zobnoprotenični pripomoček iz standardnih materialov, za kar vam ni treba doplačati. Lahko vam ponudi uporabo nadstandardnih ali drugih materialov, ob tem pa vam mora hkrati predstaviti njihove prednosti in višino doplačila. Če se s tem strinjate, morate podpisati pisno soglasje.

Kadar iz zdravstvenih razlogov strokovno ni utemeljena uporaba standardnega materiala, ste upravičeni do drugega ustreznega materiala. Za zdravstveni razlog se šteje izkazana alergija na standardni material ali drug neželeni učinek.

Izbrani osebni zobozdravnik oziroma specialist, ki izdelava **zobnoprotenični pripomoček**, zagotavlja sledljivost uporabljenih kovin ali drugih uporabljenih materialov in v dokumentaciji za varovane osebe hrani tudi certifikat za uporabljen 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 zobnoproteničnih pripomočkov na svoj račun.

Trajnostna doba je čas, po izteku katerega imate pravico do novega zobnoproteničnega pripomočka, če zdravnik ugotovi, da je zobnoprotenični pripomoček, ki ste ga prejeli kot pravico, postal funkcionalno neustrezen.



Garancijski rok in trajnostna doba zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetičnih pripomočkov začneta teči *od dneva opravljene zobozdravstvene storitve oziroma od dneva, ko prejmete zobnoprostetični pripomoček*. Če postane zobnoprostetični pripomoček po izteku garancijske dobe in pred iztekom trajnostne dobe funkcionalno neustrezen, ima zavarovana oseba v tem obdobju pravico do:

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

Garancijski roki in trajnostne dobe zobozdravstvenih storitev in zobnoprostetičnih pripomočkov.

Storitev oz. pripomoček	Garancijski rok	Trajnostna doba
Zalivka	9 mesecev	3 leta
Zalivka na mlečnem zobu	6 mesecev	9 mesecev
Inlejš, onlejš in overlejš Koreninski zatiček z nadzidkom Konfekcijski zatiček in dograditev Prevleka Mostiček Delna proteza z ulito kovinsko bazo	1 leto	7 let
Koreninska kapica z zatičkom Totalna proteza z akrilno bazo	1 leto	5 let
Delna proteza z akrilno bazo	1 leto	3 leta
Opornica	6 mesecev	3 leta

Garancijski rok zobnega vsadka znaša najmanj dve leti oziroma toliko kot garancijski rok za zobnoprostetični pripomoček na zobnem vsadku.

KDAJ MORATE STORITVE (DO)PLAČATI?

Za standardne storitve in materiale vam kot zavarovani osebi ne smejo posebej zaračunati doplačil.

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

zobozdravstveno storitev po pogodbeni ceni, če jo uveljavljate v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov za obvezno zavarovanje in ne gre za nujno storitev;

zobozdravstveno storitev po ceni, ki jo določi izvajalec zdravstvene dejavnosti, če jo uveljavljate:

brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali biometrične osebnostne izkaznice, če ne gre za nujno storitev, pri zobozdravniku, ki ni izbrani osebni zobozdravnik, razen v primeru nujne storitve, v času, ki ne spada v standard (od 20. do 7. ure ob delavnikih ter ob sobotah, nedeljah in praznikih), ker gre za popravilo, prilagoditev ali nov zobnoprostetični pripomoček, ker je prejšnji izgubljen, odtujen ali z neustreznim ravnanjem uničen ali poškodovan, ker gre za zobnoprostetični pripomoček, ki ga zahtevate pred ali po izteku trajnostne dobe ter niso izpolnjeni pogoji za pridobitev novega;

del cene zobozdravstvene storitve, ko uveljavljate:

ortodontsko zdravljenje z nesnemnim ortodontskim aparatom, do katerega nimate pravice, če imate pravico do ortodontskega zdravljenja s snemnim ortodontskim aparatom, zobozdravstveno storitev ali zobnoprostetični pripomoček v drugačnem ali višjem standardu, popravilo in prilagoditev zobnoprostetičnega 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.

LISTINA PREDLOG ZOBNOPROTETIČNE REHABILITACIJE

Pred začetkom izdelave zobnoprostetičnega pripomočka vam mora izvajalec predstaviti možne rešitve in materiale ter pojasniti, katere rešitve in materiale bo krilo obvezno zdravstveno zavarovanje oziroma katere si boste s svojim soglasjem plačali sami. Vse to mora zapisati na listino **Pre-**



dlog zobnoprostetične rehabilitacije (Predlog), ki jo morate podpisati.

Predlog ni potreben pri:

popravlilih in prilagoditvah zobnoprostetičnih pripomočkov, ki jih ima zavarovana oseba že od prej, izdelavi največ treh posamičnih prevlek v obdobju enega leta, razen če so posamične prevleke del mostička, ki ni pravica, zobnoprostetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov, zobnoprostetičnih pripomočkov, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja.

Zobozdravnik izpolni Predlog v dveh izvodih, od katerih enega zadrži zase, drugega pa preda vam. Predlagamo, da ne podpisujete ne izpolnjenih obrazcev. Zobozdravnik **posreduje Predlog na ZZSZ**, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom (vami) dogovorjeni zobno protetični pripomoček (proteza, mostiček ...), pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Če ni, ZZSZ na hrbtni strani Predloga na vede razlog zavrnitve.

Po končanem zdravljenju oziroma opravljenih storitvah vam je izbrani osebni zobozdravnik dolžan izstaviti **račun** za stori-

tve, pripomočke oziroma materiale, ki jih obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije. Če vam računa ne izstavi, ga zahtevajte sami. Znesek na računu se mora ujemati z zneskom na Predlogu, morebitna odstopanja je izvajalec dolžan utemeljiti in od vas pridobiti novo pisno soglasje za doplačilo.

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 ZZSZ na tel. številki 01 30 77 300.

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,
- uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto,
- Sklep o določitvi cen standardnih materialov za zobozdravstvene storitve,
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZSZ.



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

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

Čiščenje zobnega kamna: odstranjevanje zobnih oblog.

Delovni nalog za zobnoprostetične storitve: javna listina ZZS, s katero zobozdravnik naroča izdelavo zobnoprostetičnega pripomočka v zobotehničnem laboratoriju. V listini je med drugim točno opredeljen pripomoček in material, iz katerega bo ta narejen.

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

Destruirana zobna krona: zobna krona, ki je ni mogoče obnoviti z zalivko (plombo).

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

Doplačilo: znesek, ki ga morate poravnati pri zobozdravniku, če želite, da se zobnoprostetični pripomoček izvede iz nadstandardnega materiala ali če uveljavljate storitev, ki je delno pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, delno pa samoplačniška.

Garancijska doba: doba, v okviru katere zobozdravnik opravi morebitno potrebno popravilo opravljene storitve na svoje stroške ali stroške ustanove, v kateri dela.

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

Inlej, onlej in overlej: so vrste zalivk, ki so izdelane indirektno, v zobnem laboratoriju na mavčnem modelu zob in so precej bolj obstojne kot klasične zalivke. Uporabljajo se v primerih, kjer je zobna gniloba ali poškodba zoba tako obsežna, da je ni mogoče popraviti s klasično zalivko. Inlej, onlej in overlej se pripravijo tako, da vam zobozdravnik ob prvem obisku odstrani zobni karies in vzame odtis. Tehnik nato izdelava keramičen ali kompozitni pripomoček in ga ob naslednjem obisku zacementira na mesto zobne okvare. Razlika med inlejem, onlejem in overlejem je predvsem v velikosti. Onlej je obsežnejši in se uporabi, ko je treba nadomestiti tudi zobni vršek, overlej pa obsega še dodatno stransko ploskev zoba.

Karies: zobna gniloba, bolezenska razgradnja trdih zobnih tkiv.

Kaviteta: votlina v zobu, ki je nastala zaradi kariesa ali zaradi določenih postopkov s strani zobozdravnika, ki jo zapolni z zalivko.

Kompozit: plastičen material oziroma umetna smola (BIS-GMA, bis-gamamethylmetacrylate) v barvi zob, ki so mu dodana polnila za boljšo trdnost.

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.

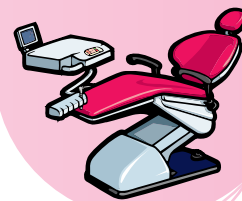


Krona: del zoba nad dlesnijo.

Kvadrant: izraz, ki označuje 1/4 čeljusti. Čeljusti so razdeljene na zgornjo desno četrtino, zgornjo levo četrtino, spodnjo levo četrtino ter spodnjo desno četrtino.

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

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



Obvezno zdravstveno zavarovanje: zdravstveno zavarovanje je v Sloveniji obvezno za vse osebe, ki izpolnjujejo z zakonom predpisane pogoje. Za zavarovance je predpisana obveznost plačevanja prispevkov. Obvezno zdravstveno zavarovanje v skladu z zakonom omogoča zavarovanim osebam uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev, zdravil, medicinskih pripomočkov ter do denarnih nadomestil, kot sta nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem pravic do zdravstvenih storitev. Obvezno zdravstveno zavarovanje izvaja ZZZS.

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.

Osební zobozdravnik: zobozdravnik, ki je sklenil pogodbo z ZZZS, ali je zaposlen v ustanovi, ki je sklenila tovrstno pogodbo in si ga zavarovana oseba izbere.

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

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

Poliranje: postopek odstranjevanja plaka, umazanih oblog na zobeh z uporabo abrazivnih past za poliranje ter postopek, s katerim se naredi gladko in sijajno površino zalivke, proteze, prevleke ...

Polnjenje korenine zoba: zaključni del postopka zdravljenja obolelega zoba.

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

Posteriozni zobje: zobje za podočnikom, ličniki in kočniki.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja: temeljni podzakonski akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz 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 ZZZS.

Predlog zobnoprotenične rehabilitacije: javna listina ZZZS, ki jo izpolni zobozdravnik in podpiše pacient. Listina se nato posreduje pooblaščenim osebam ZZZS, ki ugotovi, ali je načrtovani in s pacientom dogovorjeni zobnoprotenični pripomoček (proteza, mostiček itd.) pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. ZZZS listino vrne zobozdravniku in na hrbtni strani označi, ali je ZZZS plačnik predlaganih storitev. Če je predlog zobnoprotenične rehabilitacije zavrnjen, je to tudi obrazloženo. Pacient ima pravico do vpogleda v listino, ki skupaj z delovnim nalogom predstavlja vsebinsko celoto. Zobozdravnik pacientu pred pričetkom protetične oskrbe izroči kopijo predloga in po zaključenem delu kopijo delovnega naloga.

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

Proteza: zobnoprotenični snemni izdelek, s katerim se nadomestijo manjkajoči zobje:

s totalno snemno protezo se nadomestijo vsi zobje v eni čeljusti,

z delno snemno protezo se nadomestijo zobje v eni čeljusti.

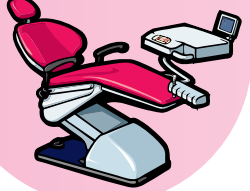


1. Totalna proteza

2. Delna snemna proteza

Račun: računovodska listina z navedbo zneska za prodan material in/ali opravljeno storitev, pri čemer je jasno navedena opravljena storitev in/ali uporabljen material.

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



Samoplačniška storitev: storitev, ki jo morate plačati, ker ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, na primer:

storitev, ki ni nujna,
storitev, ki jo opravi zobozdravnik, ki ni vaš osebni zobozdravnik,
storitev, ki jo opravi zobozdravnik ali zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZZS,
storitev, ki jo z vašim soglasjem zobozdravnik opravi izven pogodbeno dogovorjenega delovnega časa (čas, ki ga je zakupil ZZZS in je objavljen na vidnem mestu),
storitev, ki jo 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 uveljavljen 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 ZZZS. 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.

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

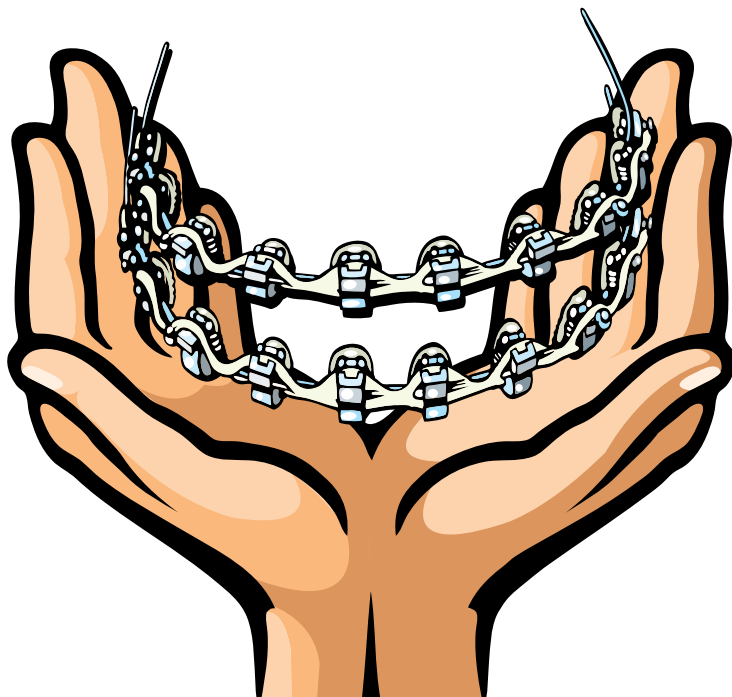
Zavarovana oseba: oseba, ki je obvezno zdravstveno zavarovana v Republiki Sloveniji.

Zobni kamen: trda, kalciju podobna snov, ki nastane z mineralizacijo plaka in se nabira na zobeh, protezah in mostičkih.

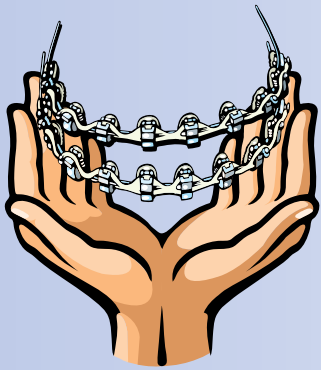
Zobni plak: mehka lepljiva snov iz ostankov hrane in bakterij, ki se formira na zobeh. Je vzrok nastanka zobne gnilobe in bolezni dlesni.

Zobnoprótetični pripomoček: v laboratoriju izdelan pripomoček, s katerim se nadomesti manjkajoči del zoba ali manjkajoči zobje.

ZZZS: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Izvajalec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji.



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 želeno smer. V ta namen uporabljamo snemne in nesnemne (fiksne) ortodontske aparate. Prvi s pomočjo mišičnih 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 izboljššan zunanji videz, skratka boljše oralno zdravje in višjo kakovost življenja. Uravnani zobje pomenijo tudi manjše tveganje za nastanek kariesa in bolezni obzobnih tkiv.

KDAJ JE NAJBOLJ PRIMEREN ČAS ZA PRIČETEK ORTODONTSKEGA ZDRAVLJENJA?

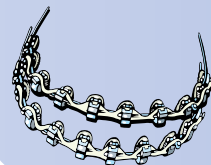
O najbolj ugodnem času za pričetek ortodontskega zdravljenja se odloči ortodont glede na vrsto nepravilnosti in razvojno stopnjo zobovja. Včasih je treba pričeti že v mlečnem zobovju, največkrat pa ko izrastejo stalni zobje (razen modrostnikov). Seveda pa je mogoče ortodontsko zdravljenje tudi pri odraslih.

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 opazimo, da postajajo spodnji sekalci sčasoma na tesnem.
- Nepravilna rast in razvoj. Rastna disharmonija in nenavado 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 higiene,
- 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 doktrinskih opredelitvah ortodontske stroke pri osebi prisotna srednja, težja ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti. Pravico do takšnega zdravljenja imajo tudi zavarovane osebe po tej starostni dobi, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj 2 leti, preden je oseba dopolnila 18. 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 ugotov-

ljena 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 ZZS 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,
- dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto,
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZS.



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: zmanjšajo pogostnost zapletov, izboljšajo kakovost življenja in podaljšajo preživetje. Omogočajo hitrejšo vrnitev v delovno okolje. Prehranska podpora oziroma terapija je integralni del zdravljenja bolezni. Obvezno zdravstveno zavarovanje krije zdravila in živila za posebne zdravstvene namene na recept, ki so razvrščena na pozitivno listo in objavljena v Centralni bazi zdravil na spletnem naslovu: <http://www.cbz.si>.

Zdravila v slovenskih lekarnah so kakovostna, varna in učinkovita, kar zagotavljajo proizvajalci zdravil in Javna agencija Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke.

ZDRAVILA NA ZELENI RECEPT V BREME OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Predpis zdravila

Zdravnik predpisuje zdravila v skladu z veljavnimi predpisi, strokovnimi smernicami, povzetkom glavnih značilnosti zdravila, v smiselni kombinacijah, najprimernejših odmerkih in za primerno obdobje zdravljenja. Pri tem upošteva tudi stroškovni vidik.

Zdravila na recept vam lahko predpiše izbrani osebni zdravnik ali zdravnik, ki ga nadomešča, napotni zdravnik, ki ga je osebni zdravnik za predpisovanje zdravil pooblastil z napotnico, zdravnik v okviru nujne medicinske pomoči, kadar gre za obravnavo nujnega stanja, zdraviliški zdravnik v času zdraviliškega zdravljenja in zdravnik ob odpustu iz bolnišnice.

Nekatera zdravila imajo omejitve predpisovanja. To pomeni, da jih je mogoče predpisati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja le pod določenimi pogoji. Vsi zdravniki, ki priporočajo ali predpisujejo zdravila, so dolžni te omejitve upoštevati. Omejitve so raznovrstne: nekatera zdravila sme zdravnik predpisati le v primeru, ko bolnik zdravila prve izbire ne prenaša ali ima neželene učinke, nekatera so namenjena le otrokom, ali le za določen čas zdravljenja, nekatera zdravila smejo uvesti le zdravniki določenih specialnosti. Če boste zdravilo želeli kljub omejitvi, ki je ne izpolnujete, vam ga bo zdravnik predpisal na samoplačniški recept. Omejitev predpisovanja za vsako posamezno zdravilo je navedena v Centralni bazi zdravil.

Zdravnik vas bo ob predpisu zdravila seznanil s pravilnim jemanjem in morebitnimi težavami, ki se lahko pojavijo.

Magistralna zdravila

Magistralna zdravila so zdravila, ki jih izdelajo v lekarni po zdravniškem receptu za posameznega bolnika, kadar za doseganje terapevtskega učinka na trgu ni industrijsko proizvedenega ali galenske izdelanega zdravila s primerljivo učinkovino v ustrezni jakosti ali farmacevtski obliki.

Živila za posebne zdravstvene namene na zeleni recept

Zdravnik vam lahko živila za posebne zdravstvene namene (medicinska hrana) predpiše v skladu z določili Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in omejitvami predpisovanja. Ta pravica se nanaša na naslednje tri skupine živil:

1. Živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za trajno zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove. Po postavitvi diagnoze na pediatrični kliniki in uvedbi zdravljenja jih lahko predpisuje izbrani osebni zdravnik. Na recept se smejo predpisati v količini za največ tri mesece, na obnovljivi recept za obdobje enega leta.
2. Živila za otroke s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami neprenašanja hrane. Določeno imajo najvišjo priznano vrednost, ki se opredeli za vsako živilo posebej. To pomeni, da je obvezno doplačilo razlike od najvišje priznane vrednosti do polne cene ne glede na status zavarovane osebe. Predpisuje jih lahko izbrani osebni zdravnik na podlagi mnenja kolegija pediatrične klinike UKC Ljubljana, konzilija Kliničnega oddelka za pediatrijo UKC



Maribor ali konzilija pediatričnega oddelka druge bolnišnice. Na recept se sme predpisati količina za največ tri mesece, na obnovljivi recept za obdobje enega leta.

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 neobhodna in lahko bistveno izboljša kakovost življenja in uspeh zdravljenja (npr. bolniki s Crohnovo boleznijo, onkološki bolniki ...). Določeno imajo najvišjo priznano vrednost. Doplačati je treba razliko od najvišje priznane vrednosti do polne cene živil. Predpisujejo jih lahko le zdravniki z dodatnimi znanji iz klinične prehrane. Teh živil se v breme zdravstvenega zavarovanja ne sme predpisovati za trajno prehranjevanje. Na recept se sme predpisati količina za največ mesec dni, na obnovljivi recept za obdobje treh mesecev

Zdravila na obnovljivi recept

Obnovljivi recept omogoča izdajo zdravila za daljše obdobje. Predpisati ga ni možno za nekatera psihotropna (npr. pomirjevala, uspavalila) in opioidna protibolečinska zdravila. Zdravnik določi najprimernejšo količino zdravila ob enem dvigu in številu ponovitev. 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 30 dni 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 prejemati dalje.

Če vam je zdravilo predpisano na papirnat obnovljiv recept, boste morali vse prevzeme opraviti v isti lekarni.

Financiranje zdravil

Obvezno zdravstveno zavarovanje krije ceno recepta v celoti za zdravila s pozitivne (P) liste.

Za zdravila, ki so vključena v skupino medsebojno zamenljivih zdravil ali terapevtsko skupino zdravil, je določena najvišja priznana vrednost. To pomeni, da krije obvezno zdravstveno zavarovanje le najvišjo priznano vrednost, razliko do polne cene pa je treba doplačati. Če zdravil ne želite doplačati, se o tem dogovorite z zdravnikom ob predpisu recepta. Le zdravnik lahko zdravilo iz terapevtske skupine zdravil, za katero je potrebno doplačilo, zamenja s podobnim zdravilom brez doplačila. V lekarni pa vam lahko farmacevt doplačljivo medsebojno zamenljivo zdravilo zamenja z zdravilom brez doplačila.

Izdaja zdravil v lekarni in delna izdaja

Zdravila na recept lahko prevzamete v kateri koli lekarni v Sloveniji, ki ima pogodbo z ZZS.

Zdravila, predpisana na recept, je treba dvigniti v lekarni najkasneje v 30 dneh po predpisu, opioidna protibolečinska in nekatera psihotropna zdravila v 5 dneh, protimikrobna zdravila v 3 dneh od predpisa recepta.

Farmacevt vas bo ob izdaji zdravila poučil o pravilnem jemanju. 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 prehranska dopolnila, ki ste jih kupili v lekarni brez recepta.

Če vam lekarna izda le del predpisane količine zdravila, ker ga ni več na zalogi (delna izdaja), morate preostalo količino prevzeti v isti lekarni. To velja tako za papirnat kot elektronski recept.

Podatki o prejetih zdravilih

Vsa zdravila, ki jih prejmete iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, se zapišejo v elektronsko bazo ZZS in so vidna vsem pooblaščenim zdravnikom in farmaceutom z vašo kartico zdravstvenega zavarovanja preko varne računalniške povezave. Z ustreznim certifikatom lahko do podatkov o svojih zdravilih dostopate tudi sami preko spletnega portala zVEM.

Deficitarnost zdravil

V primeru, da je v slovenskih lekarnah motena oskrba z vašim zdravilom (deficitarnost zdravila), potrebujete za nakup zdravila v tujini zelen papirnat recept. Na recept mora biti predpisano zdravilo, ki ga prejimate v slovenski lekarni bodisi z lastniškim imenom bodisi splošnim imenom in ne zdravilo, ki ga kupite v tujini. Na podlagi zelenega papirnatega recepta in računa lahko uveljavljate povračilo stroškov zdravila. Deficitarnost ne velja za zdravila, ki so vključena v seznam medsebojno zamenljivih zdravil ali v terapevtsko skupino zdravil, razen če vam iz zdravstvenih razlogov ni mogoče zamenjati zdravila z drugim zdravilom, kar pa mora zdravnik ustrezno označiti na receptu. Do povračila stroškov zdravila ste upravičeni, če je zdravilo izdano v skladu z določili, ki veljajo za dvig zdravila v slovenski lekarni (nakup zdravila v času veljavnosti recepta, kupljena količina zdravila ustreza predpisani količini). V tem primeru vam ZZS povrne stroške vrednosti zdravila do višine dejanskih stroškov v državi, v kateri je kupljeno. Informacije in obrazce za povračila najdete na spletni strani ZZS za zavarovane osebe (Denarna nadomestila, Druga povračila stroškov, Nakup zdravil).

Zdravila za potovanja

Za morebitne zdravstvene težave, ki bi se lahko pojavile na počitnicah oziroma na potovanju, zdravnik ne sme vnaprej predpisati zdravil na zeleni recept oziroma v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primeru zdravstvenih težav na dopustu se obrnite na tamkajšnjo zdravstveno službo. Na ZZS si lahko naročite evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (Naročilo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja (evropska kartica). Če se odpravite na področja, kjer obstaja nevarnost hudih nalezljivih bolezni, se obrnite na eno od ambulant za cepljenje in potovalno medicino Nacionalnega inštituta za javno zdravje, kjer vam bodo na samoplačniški recept predpisali vsa zdravila, ki jih boste potrebovali za preprečevanje nalezljivih bolezni.

ZDRAVILA NA SAMOPLAČNIŠKI RECEPT

Samoplačniški recept boste prejeli v naslednjih primerih:

- če obiščete samoplačniško ambulanto, ki nima koncesije za delo v okviru mreže javne zdravstvene službe,
- če zdravnik predpiše zdravilo, ki ni razvrščeno na pozitivno listo zdravil,



če zdravnik predpiše zdravilo, razvrščeno na pozitivno listo, vendar niso izpolnjeni pogoji iz Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in omejitve predpisovanja, če ste zdravilo izgubili, če ste ga zaradi neustreznega ravnanja uničili, pokvarili ali poškodovali, če ste zdravila pozabili doma ob odhodu na dopust, če ste obiskali službo za nujno medicinsko pomoč, vendar ni šlo za nujno stanje, če potrebujete magistralno zdravilo za nego obolenje kože, če želite zdravila za potovanje, ki niso del zdravljenja.

SODELOVANJE PRI ZDRAVLJENJU

Z dobrim sodelovanjem boste pomembno prispevali k uspešnemu poteku zdravljenja. Vedno skrbno preberite navodilo za uporabo, priloženo zdravilu in upoštevajte napotke, ki jih prejmete od zdravnika in farmacevta.

NEKAJ NASVETOV, KI VAM BODO V POMOČ

Vodite natančen seznam vseh zdravil, tudi tistih, ki jih vzamete le občasno, npr. proti bolečinam, za spanje. Vpišite tudi prehranska dopolnila, če jih jemljete. Uporabite lahko obrazec Moj seznam zdravil, ki je objavljen na spletni strani ZZZS. Pokažite ga ob vsakem pregledu pri zdravniku. Imejte en izvod seznama vedno pri sebi, to je zlasti v nujnih stanjih lahko v veliko pomoč. Pri pripravi seznama vam lahko pomaga farmacevt. Posebej označite zdravila, ki jih imate predpisana na obnovljivi recept. Z vodenjem seznama zdravil z lastniškimi in splošnimi imeni lahko preprečite podvojeno jemanje zdravil. Splošno ime je napisano na vsaki škatlici zdravila pod lastniškim imenom.

Ob prejemu vsakega novega zdravila se o uporabi natančno posvetujte s farmacevtom v lekarni in se pripravite, da zdravila z enako učinkovino že nimate doma.

Če redno jemljete več zdravil, svetujemo, da jih dvigujete v isti – vaši izbrani lekarni.

Seznam zdravil, ki ste jih prejeli v lekarni, lahko najdete na spletni strani ZZZS (e-Storitve ZZZS) ali na spletnem portalu zVEM, kar vam omogoča, da jih kadarkoli preverite. Zavarovanim osebam, vključenim v program brezšivne skrbi (izpolnjevanje vključitvenih kriterijev), klinični farmacevt v bolnišnici ali farmacevt s pridobljeno kompetenco Pregled uporabe zdravil v zunanji lekarni v okviru izvedene storitve pripravi osebno kartico zdravil (seznam vseh zdravil z natančnejšimi navodili), ki jo farmacevt v lekarni ob spremembah zdravil posodablja. Vidna je zavarovani osebi in pooblaščenemu zdravstvenemu osebju v spletnem portalu zVEM.

Pri izdaji zdravil bodite pozorni, ali vam je bilo predpisano in vročeno pravilno zdravilo. Če je v sistemu e-recepta predpisano napačno zdravilo ali podvojen recept, lahko napako odpravi zdravnik, ki ga je predpisal, ali osebni zdravnik. Farmacevt v lekarni lahko izdajo podvojenih ali napačno predpisanih receptov zavrne.

Opazujte svoje zdravstveno stanje (še posebej ob uvedbi novega zdravila) in o morebitnih neželenih učinkih in težavah pri jemanju zdravil obvestite osebne zdravnika, ki vas bo lahko napotil v ambulantno farmacevta svetovalca. Če se iz kakršnegakoli razloga odločite, da boste spremenili oziroma prekinili zdravljenje z zdravili, ste o tem dolžni obvestiti zdravnika. V primeru težav, povezanih z zdravilom, bo zdravnik poskušal predpisati za vas primernejše zdravilo.

V Sloveniji zavržemo ogromno količino neporabljenih zdravil. Zato naročajte le zdravila v količini pakiranja, ki jih potrebujete v naslednjem obdobju.

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,
- 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 ambulantni vašega osebnega zdravnika ali v vaši lekarni oziroma ga pridobite preko spletnih strani ZZZS (www.zzs.si/egradiva; zbirka podatkov/tiskana in druga promocijska gradiva za varno in pravilno rabo zdravil); vodenje teh evidenc je izrednega pomena za vaše uspešno zdravljenje z zdravili in obenem dokazuje, da se zavedate svoje odgovornosti za lastno zdravje. Za vas je najbolje, da obe evi-

denci 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 najsodobnejših zdravil, pomembno skrajšali čakalne dobe in bolnikom omogočili bolj kakovostno zdravljenje.



Premišljeno z zdravili.

Za vaše zdravje gre.

Moj seznam zdravil



ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

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

Napomembnejše 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 razpisanju, predpisovanju in odpiranju zdravil za uporabo v humani medicini, Pravilnik o pogojih za opravljanje lekarniške dejavnosti, Uredba o ravnanju z odpadnimi zdravili, Pravilnik o razpisanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, Sklep o letnih izdatkih za razpisovanje zdravil na žilo.

Priročnik služi za Zaved za zdravstveno zavarovanje Slovenije v sodelovanju s partnerji za varno in pravilno rabo zdravil: Ministrstvo za zdravje RS, Zavarovalnica Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Inštitut za varovanje zdravja RS in Slovensko zdravniško društvo.

Spoštovani uporabnik zdravil.

Pred seboj imate pripomoček, ki bo prispeval k večji preglednosti vašega zdravljenja s predpisanimi zdravili. Uporabo seznama zdravil priporoča tako vaš zdravnik kot tudi farmacevt, saj lahko s pravišnim 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 tabelaričnega seznama zdravil. Najprej izpolnite osebne podatke, ime osebnega zdravnika ter telefonsko številko in ustanovo, v kateri je zaposlen. Vpišite tudi ime lekarni, kjer najpogosteje dvigujete predpisana zdravila, telefonsko številko in naslov. Vsi ti podatki vam lahko zelo koristijo, če bi se pojavila kakršnakoli vprašanja v zvezi z vašim zdravjem ali jemanjem zdravil.

Nato v tabelarični 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 prepišete 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 prepišete z embalaže zdravila.

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

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

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

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

Naslov:



Premišljeno z zdravili.



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, zdravstveni negi in paliativni oskrbi. 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 ZZS, naročilnico zavarovani osebi pošlje ZZS. 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 medicinski pripomočki za kompresijsko zdravljenje. Večina skupin je razdeljena tudi v podskupine. Posamezne vrste in podskupine medicinskih pripomočkov so podrobneje opredeljene v šifrantu ZZS, celoten seznam 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 zdravstveno zavarovane, zagotavljati brez doplačila tiste artikole (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 navedena 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, za katerega je določen cenovni standard ali pogodbeni cena, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ne zagotavlja funkcionalne ustreznosti, ima zavarovana oseba na podlagi predhodne odobritve ZZZS pravico do medicinskega pripomočka z enakim namenom uporabe in podobnimi lastnostmi v vrednosti cene funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka. Pred nakupom lahko predlog za predhodno odobritev funkcionalno ustreznega medicinskega pripomočka na območno enoto ZZZS poda zdravnik ali zavarovana oseba sama skupaj z medicinsko dokumentacijo in predračuni za predlagani medicinski pripomoček (predračuni niso obvezni, če predlog posreduje zdravnik). ZZZS odobri najcenejši medicinski pripomoček na osnovi pogajanj o ceni z najmanj 3 pogodbenimi dobavitelji oziroma z vsemi, če je dobaviteljev manj kot 3. ZZZS odloči o upravičenosti z odločbo. Če je predlog utemeljen, ZZZS izpolnjeno naročilnico, odločbo in kopije predračunov pošlje zavarovani osebi. Če predlog ni utemeljen, ZZZS odločbo in naročilnico pošlje zavarovani osebi, ki v primeru, če ne vloži pritožbe, lahko uveljavi pravico do standardnega medicinskega pripomočka.

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 pogoji o predhodnem zavarovanju ne velja v primerih poškodbe pri delu in poklicne bolezni.

KDO LAHKO PREDPIŠE MEDICINSKI PRIPOMOČEK

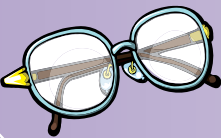
Medicinske pripomočke potrošnega značaja predpisuje izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe, ostale medicinske pripomočke pa zdravnik specialist s svojega delovnega področja. Za določene medicinske pripomočke, ki jih predpisuje izbrani osebni zdravnik, lahko ta pooblastilo za predpisovanje prenese na diplomirane medicinske sestre. Seznam medicinskih pripomočkov, za katere je možen prenos pooblastila, določi upravni odbor ZZZS. 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.

V primeru stabilnih kroničnih zdravstvenih stanj, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba medicinskih pripomočkov, lahko pooblaščen zdravnik za določene medicinske pripomočke izda obnovljivo naročilnico (za obdobje 1 leta). Seznam medicinskih pripomočkov, za katere se lahko izda obnovljiva naročilnica, določi upravni odbor ZZZS (npr. pripomočki pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča, vse vrste stom, nekateri MP pri sladkorni bolezni, kanile).

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, or-



toze), 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

Gre za poenostavljeno uveljavljanje pravic za zavarovane osebe in razbremenitev dela pooblaščenih zdravnikov (predvsem izbranih osebnih zdravnikov). Zdravnik (po novem lahko tudi diplomirana medicinska sestra) pri inkontinenci ne predpisuje posameznih vrst medicinskih pripomočkov, ampak le podskupino – stopnjo inkontinence (npr. težka stopnja inkontinence), količino medicinskih pripomočkov, do katerih je upravičena zavarovana oseba v okviru navedene stopnje inkontinence na dan (največ 4 kose oziroma v določenih primerih s pridruženimi težkimi stanji največ 5 kosov) ter obdobje, za katero predpisuje medicinske pripomočke (praviloma za 3 mesece, možen pa je tudi predpis na obnovljivo letno naročilnico). Zavarovana oseba si lahko pri pogodbenem dobavitelju ZZZS sama izbere kombinacijo vrst medicinskih pripomočkov v okviru stopnje inkontinence in števila kosov na dan, ki jih je opredelil zdravnik. To pomeni, da lahko zavarovana oseba sama izbere, npr. pri težki stopnji inkontinence, koliko predlog, koliko hlačnih predlog (plen) in koliko posteljnih podlog bo prejela. Pri tem pa veljajo določene omejitve, ki jih opredeljujejo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. največ 2 kosa mobilnih hlačk 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 zavodih in so upravičene do inkontinenčnih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V teh primerih domovi starejših občanov oziroma drugi socialni zavodi na osnovi posebnega predhodnega pisnega pooblastila zavarovane osebe izberejo praviloma enega 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 48,20 evra).

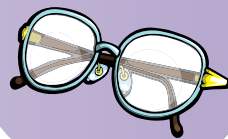
UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV ALI PRED IZTEKOM DOBE TRAJANJA

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 imenovanega zdravnika 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 določenem deležu prevzame stroške vzdrževanja in popravil večine vozil, nekaterih pripomočkov za sluh in govor (tudi za izdane slušne aparate od novembra 2023 dalje), brajeve vrstice, predvajalnika zvočnih zapisov, koncentradorjev kisika in nekaterih drugih dihalnih aparatov (CPAP, BIPAP, ventilator), protez in ortoz. ZZZS poravnava stroške popravil in vzdrževanja medicinskih pripomočkov, oboje do 50 % cene, ki je bila za ta medicinski

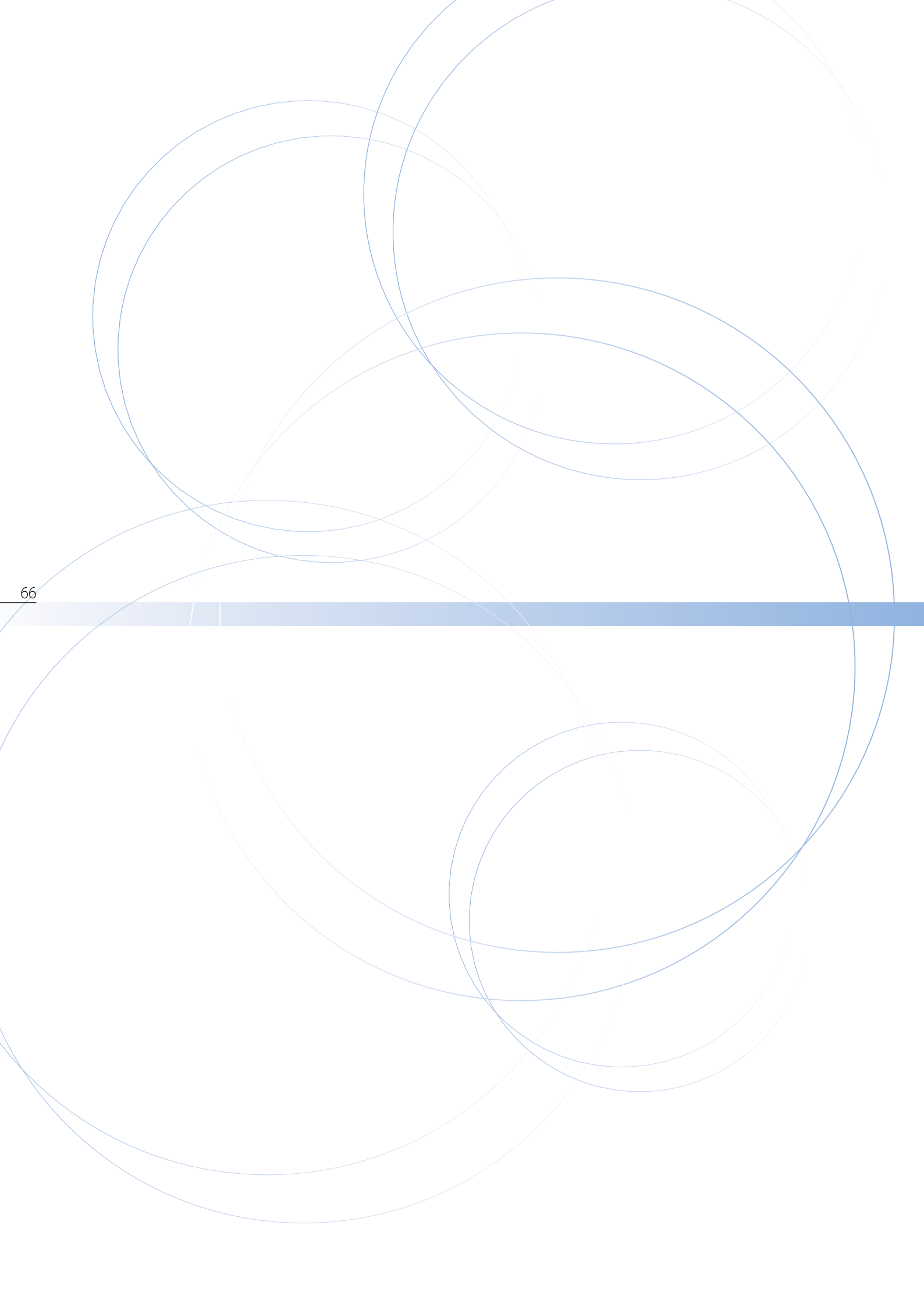
pripomoček krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v primeru popravil protez udov pa je maksimalni znesek 60 % cene posameznega dela te proteze. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do popravila in/ali vzdrževanja s pisno vlogo in predračunom dobavitelja, ki je medicinski pripomoček izdal. Potrdilo o upravičenosti do servisa izda območna enota ZZZS. Predhodna odobritev ni potrebna v primerih popravil in vzdrževanja izdanih slušnih aparatov do novembra 2023 (dobavitelji so jih dolžni zagotavljati v svoje breme) 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,
- Sklep o medicinskih pripomočkih, zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost na obnovljivo naročilnico,
- Sklep o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih lahko izbrani osebni zdravnik prenese pooblastilo za predpisovanje na druge zdravstvene delavce,
- Dogovor o preskrbi z medicinskimi pripomočki.





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 tudi sicer 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 ZZZS 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 izstavitvi predloga imenovanemu zdravniku ZZZS 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 ZDRAVILIŠKO 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, in v nekaterih primerih, ko pregled 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 ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE UPRAVIČENO

1. Vnetne revmatične in sistemske 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;
- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;

- zlomi velikih dolgih kosti z izjemo zlomov zapestja, zlomi hrbtenice in večje poškodbe medenice; izjemo ma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- osteotomija velikih kosti ali petnice zaradi korekcije položaja sklepov s težjo funkcionalno prizadetostjo priležnega velikega sklepa;
- 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, z njeno tudi transplantacijo srca.

6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil:

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

7. Kožne bolezni:

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili;
- sklerodemija s prizadetostjo kože na sklepih ali na prsnem košu po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;
- obsežne resekcije kože in podkožja zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo regionalnih bezgavk.

8. Bolezni prebavil:

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

**9. Bolezni dihal:**

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinu-mu, z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %);
- idiopatska ali družinska pljučna arterijska hipertenzija in kronična trombembolična 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 se zdraviliško zdravljenje lahko odobri tudi pri naslednjih zdravstvenih stanjih:

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, splošna težja telesna prizadetost ali kognitivna prizadetost, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna 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 nejevanje 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 poškodb, 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,
- Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- 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 Prilogi 19 Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njihovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024.

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								B	
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-topolsica.si	A	A	A	A					
Terme resort http://www.rimske-terme.si	B	B	B	B		B	B		B
Unitur d. o. o. – Terme Zreče http://www.unitur.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: ZZS), 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 namestitve 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 ZZS 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

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)”

se želi zdraviti, mora biti seznanjena z možnostmi, ki jih ponujajo zdravilišča. Osební oziroma pooblaščení 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 naštetí standardi, ki jih opravljajo posamezna zdravilišča, in sicer »A« pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotenih 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 ZZS. 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 infarkti ter živčno-mišičnimi boleznimi
Standard tip 5	Bolezni ter stanja po operacijah srca in ožilja
Standard tip 6	Ginekološke bolezni, stanja po operativnih posegih v mali medenici, testisih in prsih
Standard tip 7	Kožne bolezni
Standard tip 8	Gastroenterološke in endokrine bolezni, stanja po operacijah
Standard tip 9	Obolenja dihal

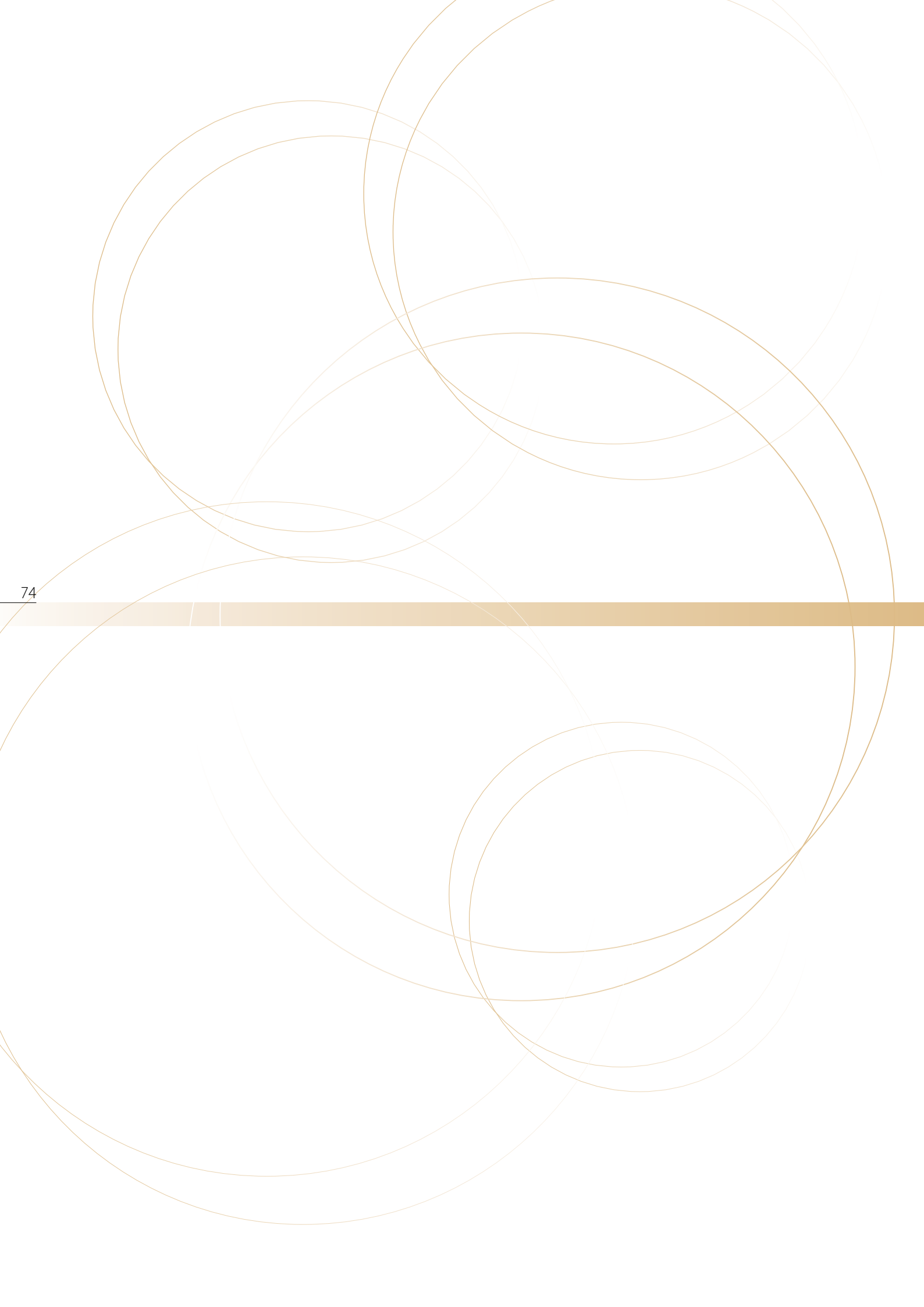
LEGENDA

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

B – pomeni, da zdravilišče ne zagotavlja namestitve zavarovanih oseb na negovalni oddelek, a je usposobljeno za rehabilitacijo zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda – SEKUNDARNA DEJAVNOST ZDRAVILIŠČA. Za standardni tip 6: zdravilišče je usposobljeno za rehabilitacijo vseh zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda, razen za stanja po popolni odstranitvi maternice, jajcevodov in jajčnikov 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 za pogodbeno leto,
- pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in ZZS.





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, Združenem kraljestvu 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.

76

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 Združeno kraljestvo, 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 Melilla 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.

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 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 kar-



tici priložiti tudi potni list. V nekaterih državah se morate pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev zgledati 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, Švica in Združeno kraljestvo), in države, s katerimi so sklenjeni meddržavni sporazumi o socialnem zavarovanju, so objavljeni na spletni strani, <https://zaveza-nec.zzs.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 vrnitvi v domovino lahko pri ZZS 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 ZZS na vašo pobudo, ali pa zanj zaprosijo tuji nosilci zdravstvenega zavarovanja v kraju stalnega bivanja. To potrdilo pošlje ZZS v potrditev pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v državo stalnega bivanja.

Pristojna območna enota ZZS izda:

Za države članice EU in EGP ter Švico:

- S1 – Dokazilo o upravičenosti do zdravstvenih storitev v državi, v kateri niste zavarovani.

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 ZZS, ki v primeru upravičenosti izda določeno potrdilo na podlagi pravnega reda EU oziroma meddržavnega sporazuma.

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 pravico 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 ZZS z mobilnim telefonom ali pri območnih enotah in izpostavah ZZS:

- 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. Upokoјencem 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 ZZS 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 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

EVROPSKA KARTICA NE POKRIVA:

- stroškov zdravstvenih storitev, ki jih nudijo zdravniki in zdravstvene ustanove, ki niso del javne, državne zdravstvene mreže,
- 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 doplačil (participacije), ki ste jih morali plačati pri uveljavljanju zdravstvenih storitev v tujini,
- stroškov zdravljenja oziroma poroda v tujih državah, če je bil namen bivanja zavarovane osebe v tujini zdravljenje oziroma porod.

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 ZZS številka

(npr. SMS za osebo z ZZS 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.

ZZS izdela listino in jo pošlje zavarovani osebi po pošti na naslov za vročanje, če ta ni opredeljen pa na naslov stalnega prebivališča v Sloveniji.

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 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 ZZS. Za uveljavljanje povračila je treba predložiti medicinsko dokumentacijo in račune, na osnovi katerih se v upravičenem primeru opravi povračilo stroškov v višini, kot jih prizna tuji 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 pomoči 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 do-



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 vrnitvijo 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.

pisom oziroma certifikat pristojnemu nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja, kjer vam bodo izdali obrazec oziroma potrdilo za uveljavljanje zdravstvenih storitev. V nujnih primerih se lahko z evropsko kartico zglosite neposredno pri zdravniku ali zdravstveni ustanovi, ki je del javne, državne zdravstvene mreže.

Spretni 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 računov bo ZZSZ 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, Švici in Združenem kraljestvu v skladu 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 ZZSZ.

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 ZZSZ lahko predložite vlogo za povračilo stroškov in račune (priložena mora biti tudi medicinska dokumentacija, recepti za zdravila ...). V postopku povračila bo ZZSZ v **upravičenih primerih povrnil stroške, kot bi jih priznal tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja (za države EU EGP, Švico, Združeno kraljestvo 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, temveč 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. ZZSZ 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 hrvaškim zavodom za zdravstveno zavarovanje, zato mora zavarovana oseba kljub predložitvi evropske kartice zdravstvene storitve plačati sama. ZZSZ 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
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 Države Evropskega gospodarskega prostora: Islandija, Lihtenštajn, Norveška Švica	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.
Države, s katerimi ima Slovenija sklenjen meddržavni sporazum: Bosna in Hercegovina, Črna gora, Severna Makedonija, Srbija	Meddržavni sporazum o socialnem zavarovanju	Nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč**	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. 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.
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	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		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 ZZSZ 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 ZZZS,
- z mobilnim telefonom ali
- na območnih enotah in izpostavah ZZZS.

V primeru, da morate nemudoma odpotovati in zato potrebujete dokument za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini takoj, na območni enoti ali izpostavi ZZZS zaprosite za CERTIFIKAT, ki začasno 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.

PRED ODHODOM V TUJINO POMISLITE TUDI NA SVOJE ZDRAVJE!

Na potovanju v tujini 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 ovir, pomoč svojcem ...). To zavarovanje vam priporočamo – ne glede na državo začasnega bivanja – če se nameravate v tujini ukvarjati z dejavnostmi, pri katerih je možnost, da boste potrebovali zdravstvene storitve, večja (npr. smučanje, pohodništvo, potapljanje, kolesarstvo).

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 ZZZS ob vrnitvi domov na osnovi predložene medicinske dokumentacije in računov povrnil stroške v višini, kot bi jih priznal tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja. Stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki jih boste plačali v državah, s katerimi Slovenija nima sklenjenih meddržavnih sporazumov, pa vam bo ZZZS v upravičenih primerih povrnil v višini povprečne cene teh storitev v Sloveniji. V primerih zahtevkov zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravstvenih storitev v tujini ZZZS upošteva le 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 ZZZS 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 ozemlja 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 Melilla ter za Majorko in Kanarske otoke.

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,
- 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 nadaljnjega 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.

ZZS krije zavarovani osebi stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. V utemeljenih primerih obvezno zdravstveno zavarovanje krije tudi potne stroške in stroške





nastanitve. Po opravljenem zdravljenju v tujini zavarovana oseba na pristojno območno enoto ZZZS vloži vlogo za povračilo potnih stroškov. Če 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 ZZZVZZ

V skladu s 44. b členom ZZZVZZ 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 ZZZS, Območna enota Ljubljana, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana, vlogo za napotitev na zdravljenje v tujino zaradi predolgh čakalnih dob v skladu s 44. b členom ZZZVZZ. 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 ZZZS drugo dokumentacijo, ki je potrebna v postopku odločanja.

Kadar je podana vloga za zdravljenje v tujini zaradi predolgh 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, Švici ali Združenem kraljestvu. Pred odobritvijo zdravljenja ZZZS zaprosi kliniko ali inštitut za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, potrebi po vrsti prevoza in o najbližjem ustreznem izvajalcu, ki bi lahko zagotovil predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU. Po pridobitvi mnenja pristojne klinike ali inštituta se celotna dokumentacija posreduje uradni osebi ZZZS, ki izda odločbo.

Kadar je ugotovljeno, da je v Sloveniji vsaj en izvajalec, ki lahko opravi zdravljenje **v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe oziroma, da čakalna doba ni presežena**, ZZZS na 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 ZZZS, ki izda odločbo.

V primeru odobritve zdravljenja v tujini zaradi dolgh 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 dolgh 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.



na. ZZS povrne zavarovani osebi stroške iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovana oseba v primeru uveljavljanja pravice do načrtovanega zdravljenja v drugi državi, kjer velja pravni red EU, prejme listino S2, s katero 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 prenočitve 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. 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 prenočitve 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 ZZVZZ.

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 dosedanjem zdravljenju v Sloveniji;
- če je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, dokumentacijo, iz katere je razvidno, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam;
- če je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam, dokumentacijo, iz katere je razviden določen datum zdravljenja v Republiki Sloveniji in pri katerem izvajalcu;
- 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 ZZVZZ, je postopek odobritve enak kot v primeru vložitve vloge za odobritev zdravljenja v tujini v skladu s 44. b členom ZZVZZ. V postopku odobritve se torej ugotavlja, **ali je najdaljša dopustna čakalna doba za določeno storitev presežena** in ali v Sloveniji ni drugega izvajalca, ki bi lahko zagotovil storitve v okviru najdaljše dopustne čakalne dobe 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;
- račun 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.

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 potrebna. 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:

- napotnico oziroma drugo dokumentacijo, če se lahko specialistična ambulantna zdravstvena storitev opravi brez napotnice v javni zdravstveni mreži v Sloveniji;
- ustrezno dokumentacijo o opravljeni zdravstveni storitvi;
- račun 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.

ZZZS v postopku ugotovi, ali je zavarovana oseba uveljavljala v drugi državi članici nebolnišnično (ambulantno) storitev. 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.

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 tuji-

ni, nato pa uveljavljati povračilo stroškov v znesku storitve 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

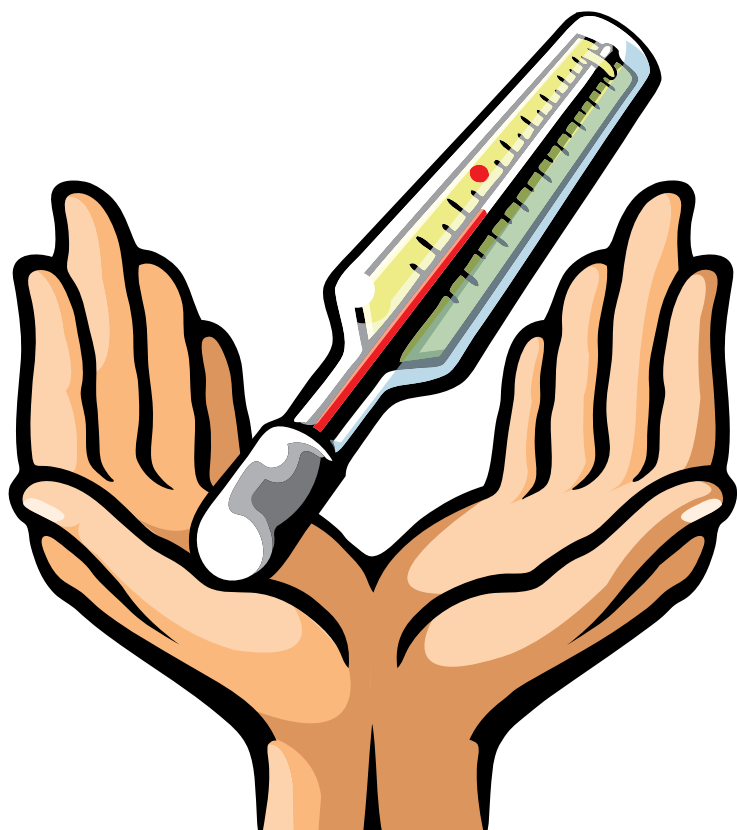
Na podlagi Direktive 2011/24/EU in ZZVZZ je bila v Sloveniji, v okviru ZZZS, ustanovljena Nacionalna kontaktna točka za čezmejno zdravstveno varstvo. Njen namen je zagotavljati informacije o čezmejnem zdravstvenem varstvu tako slovenskim zavarovanim osebam, ki bi želele na zdravljenje v tujino, kot tudi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

Nacionalna kontaktna točka zagotavlja informacije:

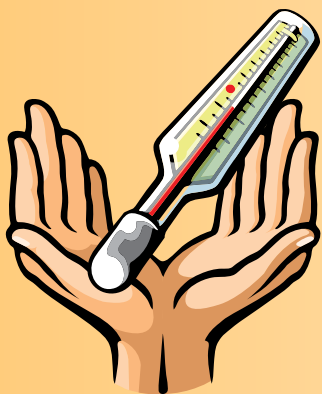
- na svoji spletni strani www.zzzs.si,
- po elektronski pošti nkt@zzzs.si in
- s kontaktnim centrom (tel. št. 01 30 77 300).

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, 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, rejniki in kmetje, če so zavarovani za to pravico.

88

POGOJI, KI JIH JE TREBA IZPOLNJEVATI ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE

Zavarovancu pripada nadomestilo plače za delovne dni oziroma delovne ure, ko je upravičeno zadržan od dela.

Nadomestilo 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, sobivanja v bolnišnici ali zdravilišču ob bolnem otroku, izolacije in spremljanja, ki ju odredi osebni zdravnik, posledic dajanja krvi in zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni, nastale pri izvajanju aktivnosti iz 18. člena ZZVZZ. Prav tako vam pripada nadomestilo v primeru darovanja krvi, in sicer na dan, ko delavec ali samostojni zavezanec daruje kri.

Če je razlog zadržanosti bolezen ali poklicna bolezen, poškodba izven dela, poškodba pri delu ali poškodba po tretji osebi izven dela, gre nadomestilo **od vključno 31. delovnega dne** v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Do 30. 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. Izjeme od tega pravila so določene v Zakonu o delovnih razmerjih, in sicer:

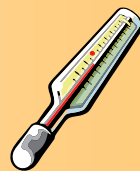
- v primeru recidiva če gre za ponovno zadržanost od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, če je predhodna zadržanost od dela trajala do 30 delov-

nih dni in če prekinitev 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 30 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 preneha delovno razmerje med trajanjem zadržanosti od dela, 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, pripada nadomestilo tudi po prenehanju delovnega razmerja, in sicer dokler zavarovanec ni spet zmožen za delo. Samostojni zavezanci niso upravičeni do nadomestila za začasno zadržanost od dela po prenehanju statusa.

Pravica do nadomestila zaradi nege 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. Zavarovanec ima pravico do nadomestila plače za nego ožjega družinskega člana, če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela.



TRAJANJE PRAVICE

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.

PODALJŠANJE PRAVICE

Kadar to terja zdravstveno stanje ožjega družinskega člana, lahko pristojni imenovani zdravnik ZZZS izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila, vendar največ do 40 koledarskih dni za nego otroka 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 ZZZS lahko izjemoma podaljša trajanje pravice do nadomestila za nego otroka, in sicer v primerih, ko je taka odsotnost potrebna zaradi nenačnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Taka odsotnost ne more biti daljša od 6 mesecev.

Na predlog strokovnega kolegija za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra v Ljubljani ali Mariboru lahko imenovani zdravnik ZZZS 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 ZZZS odobri tudi pravico do nadomestila plače enemu od staršev, ko je tak otrok v bolnišnici. To pravico lahko uveljavlja eden od staršev do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica. 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 ZZZS ali zdravstvene komisije ZZZS, kadar osebni ali pooblaščen zdravnik ali nadzorni organ ugotovi, da se ne ravnete 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 ZZZS onemogočite opraviti kontrolni obisk, ali če odklonite ali neopravičeno odložite predlagano zdravljenje bolezni oziroma poškodbe, ki bi ga ZZZS 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, oziroma ne višje od dvainpolkratnika zadnje znane povprečne mesečne bruto plače v Republiki Sloveniji, kot jo ugotovi Statistični urad Republike Slovenije..

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
– 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,

Razlog obravnave		Izplačilo v breme		Višina nadomestila v breme ZZSZ (v deležu od osnove)				
Šifra	Razlog	Delodajalca	ZZSZ			(vojaški invalidi in civilni invalidi vojne)		
				do 90	nad 90	do 90	nad 90	
01	Bolezen	od 1. do 30. delovnega dne**	od 31. delovnega dne dalje**	80 %	90 %	90 %	100 %	
02	Poškodba izven dela	(od marca 2022 do decembra 2023 je veljalo od 1. do 20. delovnega dne)	(od marca 2022 do decembra 2023 je veljalo od 21. delovnega dne dalje)	70 %	80 %	90 %	100 %	
03	Poklicna bolezen			100 %	100 %	100 %	100 %	
04	Poškodba pri delu (v to kategorijo sodijo tudi poškodbe pri delu, povzročene po tretji osebi)	od 1. do 30. delovnega dne	od 31. delovnega dne dalje	100 %	100 %	100 %	100 %	
05	Poškodba po tretji osebi izven dela	od 1. do 30. delovnega dne** (od marca 2022 do decembra 2023 je veljalo od 1. do 20. delovnega dne)	od 31. delovnega dne dalje** (od marca 2022 do decembra 2023 je veljalo od 21. delovnega dne dalje)	70 %	80 %	90 %	100 %	
06	Nega	X	od 1. delovnega dne dalje	80 %	80 %	100 %	100 %	
07	Transplantacija (darovanje in posledice darovanja živega tkiva in organov v korist druge osebe, posedice dajanja krvi)	X	od 1. delovnega dne dalje	100 %	100 %	100 %	100 %	
08	Izolacija	X	od 1. delovnega dne dalje	90 %	100 %	90 %	100 %	
09	Spremljanje (v to kategorijo sodi tudi spremljanje otroka do 18. leta starosti, ki je napoten na zdravljenje v tujino)	X	od 1. delovnega dne dalje	70 %	80 %	90 %	100 %	
11	Poškodba, nastala pri aktivnostih iz 18. člena zakona	X	od 1. delovnega dne dalje	100 %	100 %	100 %	100 %	
12*	Darovanje krvi	X	✓	100 %	X	100 %	X	
16*	Sobivanje z otrokom	X	od 1. delovnega dne dalje	80 %	80 %	100 %	100 %	

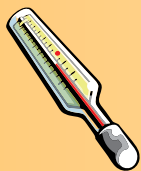
* Dogovorjena šifra razloga za darovanje krvi (za zadržanosti do vključno decembra 2023 je papirno potrdilo, od januarja 2024 dalje pa ePODK) in za sobivanje z otrokom (papirno potrdilo pogodbenega izvajalca); za ostale razloge se izdaja eBOL

** V primeru 137. člena ZDR – recidiv ali 80/120 dni – je za ugotavljanje zadržanosti od dela od 1. koledarskega dne dalje pristojen imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija nadomestilo pa se izplačuje v breme ZZSZ:

a) Od prvega delovnega dne v primeru recidiva – ko gre za eno ali več zaporednih odsotnosti z dela, pri katerih je od prejšnje zadržanosti poteklo manj kot 10 delovnih dni in kjer je bila prejšnja zadržanost krajša od 30 delovnih dni (od vključno 1. 1. 2024 dalje) oziroma krajša od 20 delovnih dni (od 1. 3. 2022 do 31. 12. 2023) oziroma krajša od 30 delovnih dni (do vključno 28. 2. 2022);

b) Od 81. delovnega dne v koledarskem letu (če gre za leto 2022 ali naslednja leta) oziroma od 121. delovnega dne v koledarskem letu (če gre za leto 2021 ali prejšnja leta)

	Pristojnost za ugotavljanje zadržanosti od dela (v koledarskih dnevih)		Čas trajanja zadržanosti od dela	Pristojnost za izdajo potrdila
	Izbrani osebni zdravnik	Imenovani zdravnik / zdravstvena komisija		
	od 1. do 30. dne**	od 31. dne dalje**	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	osebni zdravnik na podlagi pregleda zavarovanca oz. odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije
	od 1. do 30. dne**	od 31. dne dalje**		
	od 1. do 30. dne	od 31. dne dalje		
	od 1. do 30. dne	od 31. dne dalje		
	od 1. do 30. dne**	od 31. dne dalje**		
	od 1. do 10. dne: – za otroka od 7 let starosti od 1. do 20. dne: – za otroka do 7 let starosti – za starejšega zmer- no, težje ali težko prizadetega otroka	od 11. dne dalje: – za otroka od 7 let starosti od 21. dne dalje: – za otroka do 7 let starosti – za starejšega zmer- no, težje ali težko prizadetega otroka	do največ 20 koledarskih dni: – za otoka od 7 let starosti – za zakonca do največ 40 koledarskih dni: – za otroka do 7 let starosti – za starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka IZJEMOMA: do največ 6 mesecev za nego otroka zaradi nenadnega hudega poslabšanja zdravstvenega stanja in nad 6 mesecev za nego otroka zaradi težjih rakastih obolenj, težjih možganskih okvar in v drugih primerih poslabšanja zdravstvenega stanja	osebni zdravnik na podlagi pregleda otroka oz. predloga osebnega zdravnika zakonca ali otroka starega nad 15 let (če je sam pristojen za odločanje o negi) oz. na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije (za nego otroka potrdilo izpolni njegov osebni pediater, ki je o tem dolžan najkasneje v 3 dneh obvestiti osebnega zdravnika zavarovanca, ki uveljavlja pravico do nege otroka)
	X	od 1. dne dalje	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	osebni zdravnik na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije
	od 1. do 30. dne	od 31. dne dalje	do prenehanje potrebe za izolacijo oz. najdalj za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	osebni zdravnik na predlog zdravnika, ki je odredil izolacijo, oz. na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije
	od 1. do 30. dne	od 31. dne dalje	dejanski čas trajanja spremstva oz. najdalj za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	osebni zdravnik na podlagi potrdila o potrebi po spremstvu druge zavarovane osebe
	X	od 1. dne dalje	za čas, ki ga z odločbo odmeri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	osebni zdravnik na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije (potrdilo se v primeru takšne poškodbe izpolni le zavarovanim osebam z zavarovalnimi podlagami, ki jim zagotavljajo pravico do nadomestila plače)
	X	X	dan odvzema krvi	izvajalec, pri katerem je zavarovanec daroval kri
	X	X	za čas sobivanja	bolnišnica oz. zdravilišče, kjer je upravičena oseba sobivala



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, nadomestila, izplačana v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja, in dohodki, ki se v skladu z drugimi predpisi ne vštevajo v osnovo za obračun nadomestil.

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 elektronskega bolniškega lista, elektronskega potrdila o darovanju krvi ali potrdila o sobivanju. ZZS povrne delodajalcu izplačana nadomestila, ko od njega dobi refundacijski zahtevki. Vsi zahtevki za refundacijo nadomestil plač, ki jih vlagajo poslovni subjekti, vpisani v Poslovni register Slovenije, morajo biti vloženi elektronsko, v sistemu SPOT. Papirni zahtevki so možni samo v določenih primerih, ki so opisani na spletni strani <https://zavezanec.zzs.si/>.

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 zapadlo neizplačano nadomestilo plače neposredno 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 vloži delodajalec. Če tega ne stori, lahko zahtevo vloži tudi delavec.

Rok za vložitev zahteve

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

Delavec vloži 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.

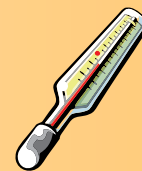
Zahteva za izplačilo mora biti vložena v 3 letih od dne, ko bi moral delodajalec izplačati delavcu nadomestilo plače, sicer terjatev zastara.

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, ZZZS opravi obračun nadomestila in ga izplača v roku 15 dni od prejema popolne dokumentacije, o čemer obvesti delodajalca in delavca.

ZZZS delavcu izplača nadomestilo plače, zmanjšano za davke in prispevke, ki jih ZZZS plača ob njihovem izplačilu na ustrezne račune Finančne uprave RS (v nadaljnjem besedilu FURS). Hkrati ZZZS 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 ZZZS (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.«

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

Osebni zdravnik elektronskega bolniškega lista ne izda samodejno, 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. Zato delodajalcu ne bo dosegljiv na informacijskem sistemu SPOT in obračun nadomestila plače s strani delodajalca ne bo mogoč. 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. Zavarovanci lahko preverijo, ali je bil izdan njihov elektronski bolniški list na portalu zVEM, z mobilno aplikacijo zVEM ali na portalu moj.zzzs.si

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 zavarovanja, posreduje na ZZZS posebno pisno vlogo, ki ji ni treba prilagati izpisanega elektronskega bolniškega lista ali elektronskega potrdila o darovanju krvi. V primeru sobivanja z otrokom je obvezna priloga potrdilo o sobivanju.

Natančna navodila za pripravo obračunov nadomestil plač so opisana v Pravilniku o uveljavljanju izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zahtevo delodajalca, ki je objavljen na spletni strani zavezanec.zzzs.si.

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.

94

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 Pediatrice 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 predolgi čakalni dobi v Sloveniji (44. b člen ZZVZZ) ali zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji (44. a člen ZZVZZ).

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 zdravnika 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).

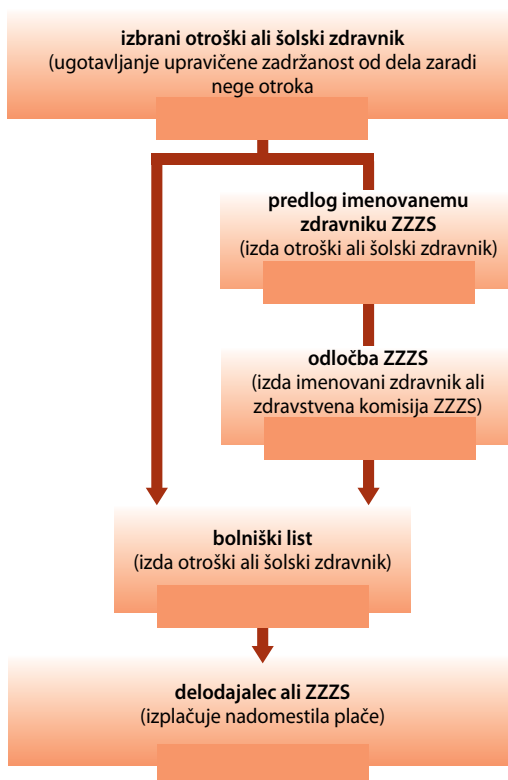
Če upravičenec posreduje lažne izjave ali listine, je kazensko in materialno odgovoren. Morebiti že izplačano nadomestilo pa je dolžan vrniti.

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 zakonom 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 prejemajo 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 dnom);

- **do 18. leta otrokove starosti** (17,99 leta oziroma do vključno dneva pred 18. rojstnim dnom) **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 za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na





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 rakastih obolenj, težjih možganskih okvar in v drugih primerih poslabšanja zdravstvenega stanja (na predlog strokovnega kolegija pediatrične klinike); — v času hospitalizacije otroka zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih posebno hudih poslabšanj zdravstvenega stanja (na predlog strokovnega kolegija pediatrične klinike).	
Spremistvo	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 izvajalcu zdravstvenih storitev.	Kdorkoli	Dejanski čas trajanja spremitva 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 ZZZS
	/	Potrdilo bolnišnice oziroma zdravilišča	Bolnišnica oziroma zdravilišče	80 %	Od 1. delovnega dne
	Pediater — 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. Imenovani zdravnik — 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
	Pediater — od 1. do vključno 30. koledarskega dne zadržanosti od dela. Imenovani zdravnik — od vključno 31. koledarskega dne zadržanosti od dela dalje.	Elektronski bolniški list	Pediater	70 %	Od 1. delovnega dne



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 zmožnosti 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: ZZVS) 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 odo-

breno 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;
- kilometrini, 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). Od 1. 1. 2025 znaša minimalna plača 1.277,72 evra, kar pomeni, da je lastni prispevek 38,33 evra.

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.

* Spremljevalca lahko odobri vaš osebni zdravnik, od njega pooblaščen zdravnik, imenovani zdravnik ZZVS ali Zdravstvena komisija ZZVS, 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.



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 napotitve 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 ZZS. Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je treba priložiti:

- predpisano listino "Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva", ki jo izda osebni ali napotni zdravnik, če uveljavljate povračilo stroškov zase in za spremljevalca, oziroma dokazilo o spremstvu, če bo spremljevalec sam za sebe uveljavil povračilo nastalih stroškov; izvirnik 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 odprt 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 napotni zdravnik, oziroma vašo izjavo o spremstvu, ko ne boste uveljavili povračila stroškov tudi za spremljevalca; izvirnik 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 odprt račun, na katerega se nakaže povračilo stroškov.

PRIMERI OBRAČUNOV POTNIH STROŠKOV

(opozorilo: podatki so spremenljivi in veljajo na dan 13. 2. 2025)

mesečni odbitek oziroma lastni prispevek	38,33 evra
dnevnic za potovanje, ki traja več kot 12 ur	26,28 evra
kilometrini (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:

$$150 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 300 \times 0,15 \text{ evra} = 45 \text{ evrov} - 38,33 \text{ evra (lastni prispevek)} \\ \Rightarrow \text{povračilo znaša 6,67 evra.}$$

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:

$$50 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 100 \times 0,15 \text{ evra} = 15 \text{ evrov} - 38,33 \text{ evra (lastni prispevek)} \Rightarrow \text{povračilo se ne opravi, ker je odbitek (lastni prispevek) višji od kilometrine.}$$

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 38,33 evra), spremljevalec pa dobi strošek vozne karte povrnen 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 dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za 24-urno odsotnost in znaša 26,28 evra (podatek na dan 13. 2. 2025).

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 dnevnice za prehrano za 24-urno odsotnost, ki znaša 26,28 evra (podatek na dan 13. 2. 2025.)

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



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

Pravico do povračila potnih stroškov zaradi potovanja na zdravljenje v tujino 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, na Islandiji, v Lihtenštajnu, na Norveškem, v Švici ali Združenem kraljestvu** 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). Od 1. 1. 2025 znaša minimalna plača 1.277,72 evra, kar pomeni, da je lastni prispevek 38,33 evra

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

Stroškov nastanitve za nočitev v tujini se povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša dvakratna vrednost dnevnic, 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: izvirnik 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. izvirnik 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. 2. 2025.)

Mesečni odbitek oziroma lastni prispevek (3 % minimalne plače)	38,33 evra
Dnevnic za potovanje, ki traja od 14 do 24 ur	dnevnic 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
Kilometrini (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:

$$500 \text{ km} \times 2 \text{ (obe smeri)} = 1000 \times 0,15 \text{ evra} \\ = 150 \text{ evrov} - 38,33 \text{ evra (lastni prispevek)} \\ = 111,67 \text{ evra.}$$

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, taks, avtobus ...).

Povračilo v višini, kot izhaja iz predložene vozne karte. Od stroška vozne karte se odšteje lastni prispevek (trenutno 38,33 evra), spremljevalec pa dobi strošek vozne karte povrnjen v celoti.

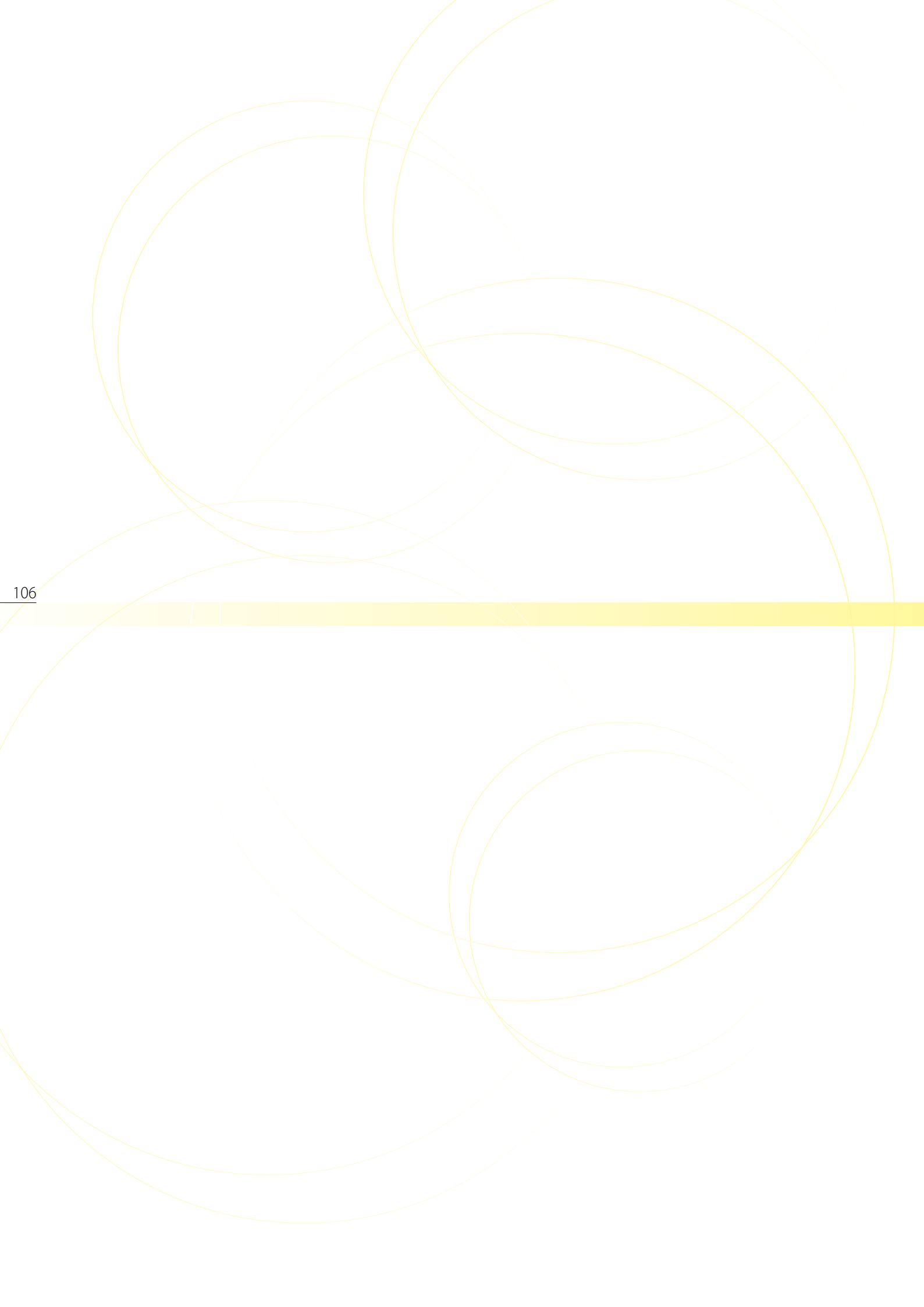
Primer 3: odsotnost iz kraja prebivališča 26 ur ter nočitev, če prehrana in bivanje nista zagotovljena v okviru zdravstvene storitve.

Ena dnevnic 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 13. 2. 2025).

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

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,
- Uredba o povračilu stroškov za službena potovanja v tujino.





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.

108

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 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 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 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 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 glede 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 ZZZS glede na sedež izbranega osebnega zdravnika. Ne glede na vloženo zahtevo se mora zavarovanec ravnan 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 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.

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 v 5 delovnih dneh od vročitve odločbe. Pritožba se vložijo 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 vložijo 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 odločitve.

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, 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. 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 zavrne. Imenovani zdravnik ZZZS izda odločbo najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritoži v 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 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 ZZZS, ki o tem izda odločbo, in sicer najkasneje v 8 dneh po prejemu predloga izbranega osebnega zdravnika. Imenovani zdravnik ZZZS pri tem upošteva določbe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki določajo trajnostne dobe pripomočkov, in sklep o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček. Na osnovi odločbe imenovanega zdravnika ZZZS in izdane naročilnice uveljavlja zavarovana oseba pravico do pripomočka pri pogodbenem dobavitelju ali izposojevalnici. Zavarovana oseba se lahko zoper odločbo imenovanega zdravnika ZZZS pritoži v 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 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.

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

zdravnikov ustrezne klinike oziroma inštituta o tem, ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, pregleda ali preiskave bolezni oziroma stanja zavarovane osebe ali je z zdravljenjem, pregledom ali preiskavo v tujini mogoče pričakovati ozdravitev, 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 15 dneh od vročitve. Pritožbo obravnava Direkcija ZZZS, ki o svoji odločitvi izda odločbo najpozneje v 60 dneh po prejemu pritožbe. Zoper to odločbo lahko zavarovana oseba v 30 dneh po prejemu vložijo tožbo pri Delovnem in socialnem sodišču v Ljubljani.

Zavarovana oseba ima tudi pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red EU, oziroma do povračila stroškov teh storitev, tudi če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, 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 ZZZS

Pooblaščene 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 30 dneh od prejema popolnega zahtevka. V primeru, da se zavarovana oseba z odločitvijo območne enote ZZZS ne strinja, lahko zoper odločbo vložijo pritožbo na Direkcijo ZZZS v Ljubljani. Pritožbo lahko vložijo



v 15 dneh od vročitve odločbe, in sicer pisno ali ustno na zapisnik pri območni enoti ZZZS, ki jo je izdala. O pritožbi mora Direkcija ZZZS odločiti najpozneje v 60 dneh od dneva prejema popolne pritožbe. Zoper 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 paci-

entovih 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.

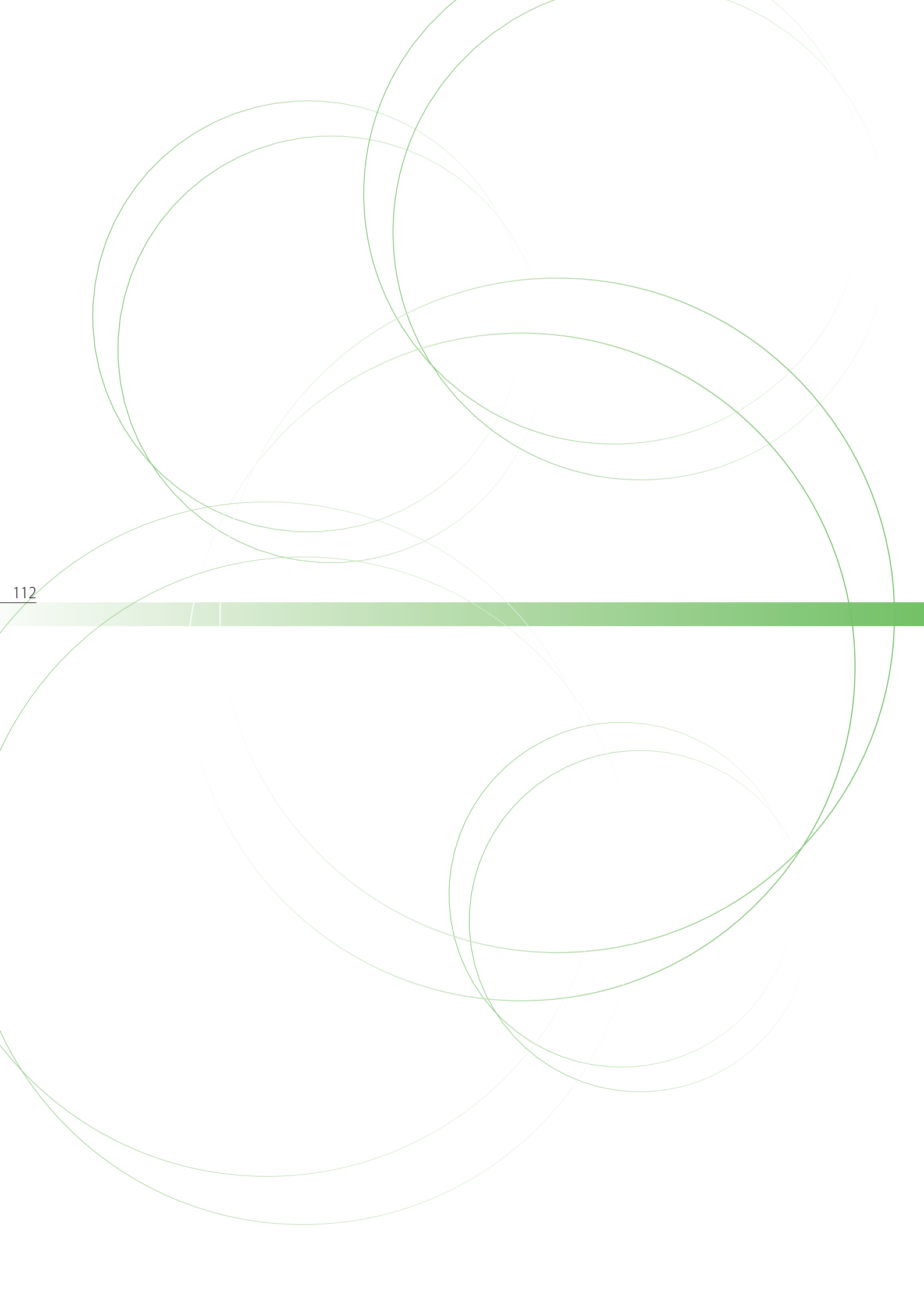
PRAVICA DO BREZPLAČNE POMOČI PRI URESNIČEVANJU PACIENTOVIH PRAVIC

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 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>**, multimedijem kontaktne centru na tel. št. **01 30 77 300** in na območnih enotah ter izpostavah Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

enota Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije	Naslov	Elektronski naslov
Območna enota Celje	Gregorčičeva 5a, 3000 Celje	OECE@ZZZS.SI
Izpostava Laško	Kidričeva ulica 5, 3270 Laško	
Izpostava Slovenske Konjice	Mestni trg 17, 3210 Slovenske Konjice	
Izpostava Šentjur pri Celju	Mestni trg 2, 3230 Šentjur pri Celju	
Izpostava Šmarje pri Jelšah	Rogaška ulica 25, 3240 Šmarje pri Jelšah	
Izpostava Žalec	Šlandrov trg 7, 3310 Žalec	
Območna enota Koper	Martinčev trg 2, 6000 Koper	OEKP@ZZZS.SI
Izpostava Ilirska Bistrica	Bazoviška cesta 25a, 6250 Ilirska Bistrica	
Izpostava Izola	Ulica oktobrske revolucije 11, 6310 Izola	
Izpostava Piran	Obala 114, 6320 Portorož	
Izpostava Postojna	Tržaška cesta 1, 6230 Postojna	
Izpostava Sežana	Partizanska cesta 66d, 6210 Sežana	
Območna enota Kranj	Zlato polje 2, 4000 Kranj	OEKR@ZZZS.SI
Izpostava Jesenice	Cesta maršala Tita 78, 4270 Jesenice	
Izpostava Radovljica	Kranjska cesta 13, 4240 Radovljica	
Izpostava Škofja Loka	Stara cesta 12, 4220 Škofja Loka	
Izpostava Tržič	Blejska cesta 10, 4290 Tržič	
Območna enota Krško	Bohoričeva ulica 9, 8270 Krško	OEKK@ZZZS.SI
Izpostava Brežice	Trdinova ulica 1, 8250 Brežice	
Izpostava Sevnica	Trg svobode 12, 8290 Sevnica	



Območna enota Ljubljana	Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana	OELJ@ZZZS.SI
Izpostava Cerknica	Cesta 4. maja 24, 1380 Cerknica	
Izpostava Domžale	Ljubljanska cesta 70, 1230 Domžale	
Izpostava Grosuplje	Kolodvorska cesta 4, 1290 Grosuplje	
Izpostava Hrastnik	Log 10, 1430 Hrastnik	
Izpostava Idrija	Kosovelova ulica 8, 5280 Idrija	
Izpostava Kamnik	Ljubljanska cesta 1, 1241 Kamnik	
Izpostava Kočevje	Ljubljanska cesta 25a, 1330 Kočevje	
Izpostava Litija	Ponoviška cesta 3, 1270 Litija	
Izpostava Logatec	Tržaška cesta 50a, 1370 Logatec	
Izpostava Ribnica	Majnikova ulica 1, 1310 Ribnica	
Izpostava Trbovlje	Mestni trg 5a, 1420 Trbovlje	
Izpostava Vrhnika	Trg Karla Grabeljška 1, 1360 Vrhnika	
Izpostava Zagorje	Ulica talcev 4a, 1410 Zagorje ob Savi	
Območna enota Maribor	Sodna ulica 15, 2000 Maribor	OEMB@ZZZS.SI
Izpostava Lenart	Kraigherjeva ulica 19b, 2230 Lenart	
Izpostava Ormož	Ptujska cesta 25, 2270 Ormož	
Izpostava Ptuj	Vodnikova ulica 2, 2250 Ptuj	
Izpostava Slovenska Bistrica	Partizanska ulica 21a, 2310 Slovenska Bistrica	
Območna enota Murska Sobota	Slovenska ulica 48, 9000 Murska Sobota	OEMS@ZZZS.SI
Izpostava Gornja Radgona	Partizanska cesta 20, 9250 Gornja Radgona	
Izpostava Lendava	Kranjčeva ulica 4, 9220 Lendava	
Izpostava Ljutomer	Slavka Osterca ulica 14, 9240 Ljutomer	
Območna enota Nova Gorica	Gradnikove brigade 1, 5000 Nova Gorica	OENG@ZZZS.SI
Izpostava Ajdovščina	Gregorčičeva ulica 22, 5270 Ajdovščina	
Izpostava Tolmin	Trg Maršala Tita 8, 5220 Tolmin	
Območna enota Novo mesto	Prešernov trg 7, 8000 Novo mesto	OENM@ZZZS.SI
Izpostava Črnomelj	Kolodvorska cesta 17, 8340 Črnomelj	
Izpostava Metlika	Naselje Borisa Kidriča 12, 8330 Metlika	
Izpostava Trebnje	Rimska cesta 10a, 8210 Trebnje	
Območna enota Ravne na Koroškem	Ob Suhi 11b, 2390 Ravne na Koroškem	OERV@ZZZS.SI
Izpostava Mozirje	Šmihelska cesta 2, 3330 Mozirje	
Izpostava Radlje ob Dravi	Mariborska cesta 37, 2360 Radlje ob Dravi	
Izpostava Slovenj Gradec	Partizanska pot 16a, 2380 Slovenj Gradec	
Izpostava Velenje	Trg mladosti 1, 3320 Velenje	
Direkcija	Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana	DI@ZZZS.SI



Kontaktni center ZZZS
01 30 77 300





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

1. Pravni red Republike Slovenije

ZAKONI:

- Zakon minimalni plači (Uradni list RS, št. 13/10 in naslednji),
- Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13 – ZDR-1 in naslednji),
- Zakon o dodatnih interventnih ukrepih za zagotovitev dostopnosti v zdravstvu (Uradni list RS, št. 112/24),
- Zakon o interventnih ukrepih na področju zdravstva, dela in sociale ter z zdravstvom povezanih vsebin (Uradni list RS, št. 136/23),
- Zakon o lekarniški dejavnosti (Uradni list RS, št. 85/16 in naslednji),
- Zakon o medicinskih pripomočkih (Uradni list RS, št. 98/09),
- Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 in naslednji),
- Zakon o prispevkih za socialno varnost (Uradni list RS, št. 5/96),
- Zakon o socialnem vključevanju invalidov (Uradni list RS, št. 30/18),
- Zakon o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 114/06 in naslednji),
- Zakon o zdravilih (Uradni list RS, št. 17/14),
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
- Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12 in naslednji).

PODZAKONSKI AKTI:

- Navodilo izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o izdaji naročilnice za medicinski pripomoček in reverza za medicinski pripomoček (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o izdaji naročilnice za medicinski pripomoček za izboljšanje vida (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na Naročilnico za medicinski pripomoček (www.zzzs.si/egradiva),

- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače, (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o zagotavljanju medicinskih pripomočkov za inkontinenco v socialnih in drugih zavodih na mesečno zbirno naročilnico (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo o zagotavljanju slušnih aparatov (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev fizioterapije z delovnim nalogom za fizioterapijo (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z Napotnico (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravice do zobno-protetične rehabilitacije z listinama predlog zobno-protetične rehabilitacije in delovni nalog za zobno-protetične storitve (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva (www.zzzs.si/egradiva),
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v obveznem zdravstvenem zavarovanju (www.zzzs.si/egradiva),
- Odredba o seznamu zdravstvenih storitev, za katere se zahteva predhodna odobritev (Uradni list RS, št. 6/14),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
- Pravilnik o evropski kartici zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 56/04 in nadaljnji),
- 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 naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 60/24),
- Pravilnik o natančnejših pogojih in natančnejšem postopku o izjemni odobritvi zdravlila, živila za posebne zdravstvene namene, prehranskega dopolnila, dermatolo-



škega izdelka, medicinskega pripomočka ali zdravstvene storitve (www.zzzs.si/egradiva),

- Pravilnik o obrazcih prijav podatkov o pokojninskem in invalidskem ter zdravstvenem zavarovanju, zavarovanju za dolgotrajno oskrbo, zavarovanju za starševsko varstvo in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 135/23 in naslednji),
- Pravilnik o obrazcu in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 97/23 in naslednji),
- Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov (Uradni list RS, št. 53/24),
- 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 razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Uradni list RS, št. 86/08 in naslednji),
- Pravilnik o seznamu in izhodiščih za vrednosti medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 4/20),
- Pravilnik o uveljavljanju izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na zahtevo delodajalca (Uradni list RS, št. 99/23),
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 19/98 in naslednji),
- Sklep o določitvi cenovnih standardov medicinskih pripomočkov (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 (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o določitvi nazivov in šifer medicinskih pripomočkov in bolezni in zdravstvenih stanj, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinski pripomoček (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih je potrebna timska obravnava zavarovane osebe (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o določitvi seznama medicinskih pripomočkov, pri katerih lahko izbrani osebni zdravnik prenese pooblastilo za predpisovanje na druge zdravstvene delavce, (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o določitvi seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik Zavoda (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o medicinskih pripomočkih, zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost na obnovljivo naročilnico, (www.zzzs.si/egradiva),
- Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 61/21 in naslednji),
- Uredba o povračilu stroškov za službena potovanja v tujino (Uradni list RS, št. 76/19 in naslednji).

DRUGO:

- Dogovor o preskrbi z medicinskimi pripomočki (www.zzzs.si/egradiva),
- Dogovor o programih zdravstvenih storitev za posamezno leto (www.zzzs.si/egradiva),
- Pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in ZZZS.
- Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto (www.zzzs.si/egradiva).

2. Pravni red Evropske unije in meddržavni sporazumi

- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma 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 Republiko Srbijo o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 5/10),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Bosno in Hercegovino (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08),
- Administrativni dogovor o izvajanju Sporazuma o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 2/11),
- Administrativni sporazum o izvajanju Sporazuma o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 21/00),
- Direktiva 2011/24/EU o uveljavljanju pravic pacientov pri čezmejnem zdravstvenem varstvu,
- Sporazum med Republiko Slovenijo in Črno goro o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 9/11),
- Sporazum med Republiko Slovenijo in Republiko Srbijo o socialnem zavarovanju (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 5/10),
- Sporazum o izstopu Združenega kraljestva Velike Britanije in Severne Irske iz Evropske unije in Evropske skupnosti za atomsko energijo, (Uradni list Evropske unije C 66/1, 19. 2. 2019),
- Sporazum o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Bosno in Hercegovino (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/08),
- Sporazum o socialnem zavarovanju med Republiko Slovenijo in Republiko Makedonijo (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 10/00),
- Sporazum o trgovini in sodelovanju med EU in Združenim kraljestvom, (Uradni list Evropske unije, L 149, 30. 4. 2021),
- Sporazum o zagotavljanju zdravstvenega varstva med Vlado Republike Slovenije in Vlado Avstralije (Uradni list RS – Mednarodne pogodbe, št. 2/11),
- Uredba (ES) 883/2004 Evropskega parlamenta in Sveta o koordinaciji sistemov socialne varnosti,
- Uredba (ES) št. 987/2009 (OJ L 284/2009).



