

Podlaga za vse so človekove pravice, ki izhajajo iz pojmovanja človeka in njegove svobode. Ta koncept se je razvijal stoletja. Človekove pravice so nadideološka, nadpolitična in nadnarodna vrednota ter se nanašajo na več področij. Nekatere imajo značaj t. i. naravnih pravic in pripadajo posamezniku kot osebnosti zgolj in predvsem zato, ker je človek in ker pripada človeški vrsti, kot naravne pravice pa imajo prednost pred pravicami družine in države. Hkrati so okvir, v katerem posamezniki lahko iščemo srečo, vendar le če s tem ne ogrožamo podobnih in istih pravic drugih posameznikov. Poleg teh naravnih pravic so še druge – politične, državljanske, socialnoekonomske in kulturne. Med socialno ekonomske pravice spada tudi pravica do zdravljenja in zdravstvenega varstva.

10. novembra 1948 je bila v Združenih narodih sprejeta Deklaracija o človekovih pravicah, 4. decembra pa podpisana Evropska konvencija o človekovih pravicah. Od leta 1947 je nastalo več mednarodnih dokumentov, kot je Nürnberški kodeks, in ostalih pomembnih dokumentov, kot so Helsinška deklaracija, Deklaracija Združenih narodov o pravicah invalidnih oseb, Priporočilo Sveta Evrope glede pravic bolnikov in umirajočih, Priporočilo Sveta Evrope glede participacije bolnikov pri njihovem zdravljenju, Načela Združenih narodov o medicinski etiki, Sveta Evrope o zaščiti osebnih podatkov, Priporočila Sveta Evrope glede pravnih obveznosti zdravnikov do pacientov, pomembna pa je tudi Deklaracija Svetovne zdravstvene organizacije o pravicah pacientov. Podlaga za vse je že omenjeni Nürnberški kodeks, ki uzakonja svobodo in zavestno odločitev človeka kot bistveni sestavini odnosov v zdravstvu. Človek mora imeti svobodo odločitve brez nasilja, prevare, preganjanja in drugih oblik prisile.

Informirana in zavestna odločitev je predpogoj za katero koli zdravstveno obravnavo.

Splošno veljavne in priznane bolnikove pravice delimo na šest glavnih skupin:

1. pravica do enakega dostopa do zdravljenja,
2. pravica do ustreznega in strokovnega zdravljenja,
3. pravica do spoštovanja dostojanstva in nedotakljivosti osebe,
4. pravica do samoodločanja,
5. pravica do zadovoljivega informiranja,
6. pravica do podpore pri uveljavljanju pacientovih pravic.



Vsak posameznik ima torej pravico do spoštovanja človeškega dostojanstva, do samoodločanja, fizične in mentalne integritete, osebne varnosti, spoštovanja lastne zasebnosti, do spoštovanja lastnih moralnih in kulturnih vrednot ter religioznih in filozofskih prepričanj, do varovanja zdravja v skladu z ustreznimi ukrepi za preprečevanje bolezni in za zdravstveno varstvo ter do možnosti za doseg najvišje možne stopnje zdravja. Informacije o zdravstvenih storitvah in način njihove uporabe morajo biti na voljo javnosti, tako da se z njimi lahko seznanijo vsi prizadeti. Pacienti imajo pravico, da so povsem obveščeni o svojem zdravstvenem stanju, vključno z medicinskimi dejstvi o svojem stanju, o predlaganih medicinskih ukrepih, z možnimi tveganji in koristmi vsakega postopka, o alternativah k predlaganim postopkom, vključno z učinki opustitve zdravljenja, o diagnozi, prognozi in napredovanju zdravljenja.

Zakonske osnove pacientovih pravic v Republiki Sloveniji opredeljujeta Zakon o zdravstveni dejavnosti in Zakon o pacientovih pravicah.

Kaj je zdravstveno zavarovanje?

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja ustrezno zdravstveno in socialno varnost v času bolezni ali poškodbe, ker pokriva stroške za tveganja v primerih, ko zbolimo, se poškodujemo ali imamo kakšne druge zdravstvene potrebe. Osnovna lastnost zdravstvenega zavarovanja je, da so pravice vsakega posameznika ali od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in na plačilo ustreznega prispevka (v obveznem zdravstvenem zavarovanju) ali premije (v prostovoljnem zdravstvenem zavarovanju).

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Zakon razdeljuje zavarovanje na obvezno in prostovoljno. Nosilec obveznega zavarovanja je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS), prostovoljnega pa izvajajo tudi druge zavarovalnice (Vzajemna, Adriatic, Triglav). Zavarovanci obveznega



zavarovanja so vsi državljani Republike Slovenije, zakon pa še podrobneje opredeljuje posamezne skupine (npr. brezposelni, družinski člani ...).

Prispevek za obvezno zavarovanje plačujejo delodajalci, delavci in kmetje.

Kartica zdravstvenega zavarovanja

Kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: kartica) je javna listina in identifikacijski dokument zavarovane osebe pri obveznem zdravstvenem zavarovanju. Izdajatelj kartice je ZZZS. Kartico brezplačno prejme vsak, ko si v Sloveniji prvič uredi obvezno zdravstveno zavarovanje. Zavarovana oseba svojo kartico predloži ob obisku pri zdravniku ali ob drugi priložnosti, ko dokazuje in uveljavlja svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja. Izvajaci zdravstvenih storitev, dobavitelji medicinskih pripomočkov in delavci ZZZS lahko zaradi preverjanja podatkov zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebno zkaznico ali drug osebni dokument.

Kartica omogoča enostaven in hiter prenos podatkov med zavarovanimi osebami, zavarovalnicami in izvajalci zdravstvenih storitev.

Kartico nosite vedno s seboj – posebno takrat, ko greste k zdravniku ali k drugemu zdravstvenemu delavcu. Izvajalci zdravstvenih storitev lahko zaradi preverjanja istovetnosti imetnika kartice zahtevajo od vas tudi drug osebni dokument (osebno izkaznico, potni list...). Če ob obisku zdravnika ali pri dvigu zdravil ne boste imeli s seboj kartice oziroma potrdila, ki začasno nadomešča kartico, ste v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja samoplačnik. Izjema so primeri nujne medicinske pomoči, v katerih vam zdravstveno osebje nudi potrebno storitev v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja tudi brez predložitve kartice.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti (100 %) in brez doplačil v naslednjih primerih:

1. sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, učencev, dijakov in študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci;

2. preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, v skladu s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet;
3. svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spreminjanje nezdravega življenjskega sloga;
4. zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo, otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov;
5. zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom;
6. preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje okužbe HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja;
7. obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa v skladu s programom;
8. zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze;
9. celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;
10. zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu;
11. zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam;
12. nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi;
13. patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v socialnovarstvenih zavodih;
14. zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz 4. do 13. točke tega odstavka, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz 1. do 13. točke tega odstavka;
15. zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju;
16. živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb s prirojenimi motnjami presnove;
17. sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let;
18. predhodni in obdobjni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez.



Obseg ostalih pravic do zdravstvenih storitev je določen v odstotku od vrednosti storitev, ki jih je na podlagi ZZVZZ določila Skupščina ZZZS v soglasju z Vlado Republike Slovenije. To pomeni, da se iz obveznega zdravstvenega zavarovanja financirajo storitve le v ustreznem odstotku od njihove cene, ki je različen glede na skupine stanj ali razloge za obravnavo (npr. poškodbe izven dela itd.). Razliko do polne vrednosti morajo plačati zavarovane osebe iz lastnih sredstev, lahko pa se za doplačilo zavarujejo s sklenitvijo prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru doplačilo krije zavarovalnica, pri kateri ima oseba sklenjeno takšno zavarovanje.

Določene pravice se nekaterim zavarovanim osebam iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo v primeru nujnega zdravljenja v celoti in brez doplačila oziroma brez sklenjenega prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Gre za invalide in druge osebe, ki jim je po posebnih predpisih priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij, za invalide, ki imajo več kot 70 % telesno okvaro po pokojninskem in invalidskem zavarovanju, za osebe, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu, za osebe, starejše od 75 let in za zavarovance, ki so v tekočem koledarskem letu že vplačali določen znesek na račun doplačil. Poudariti je treba, da navedeno polno kritje zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za te zavarovane osebe velja samo za nujno zdravljenje.

Izbira osebnega zdravnika

Osebnega zdravnika si izberete prosto med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi pogodbe z ZZZS. Izbiro opravite 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.

Vedno, kadar potrebujete zdravstveno storitev, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika in predložite kartico zdravstvenega zavarovanja. Samo v izjemnih primerih, ko gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, se



lahko obrnete na katerega koli zdravnika, v tem primeru tudi ne potrebujete kartice zdravstvenega zavarovanja. Nujnost zdravstvene storitve presoja zdravnik, ki storitev izvede.

Vsaka zavarovana oseba ima pravico do izbire štirih osebnih zdravnikov:

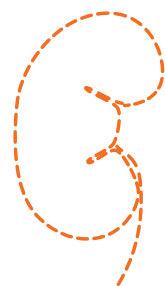
- izbranega splošnega zdravnika,
- izbranega pediatra za otroka,
- izbranega ginekologa (ženske),
- izbranega zobozdravnika.

To pomeni, da vsak podpiše predpisane obrazce za svoje izbrane zdravnike, vanje pa ima vpogled tudi zavarovalnica. Zdravnika izberemo za najmanj eno leto, če pa ga želimo zamenjati prej, lahko to storimo s posredovanjem prošnje na zdravniško komisijo ZZZS.

Osnovna zdravstvena dejavnost

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

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



veljavnost napotnice osebnega zdravnika, če ugotovi, da boste na podlagi napotnice potrebovali zdravstvene storitve tudi po preteku obdobja veljavnosti napotnice, ki ga je na napotnici označil osebni zdravnik.

Pravica do specialistično ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene 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.

Med pravice do bolnišničnega zdravljenja štejejo tudi zdravstvene storitve in nega v zvezi s porodom.

Standard nastanitve in prehrane v bolnišnicah, klinikah in inštitutih je nastanitev v večposteljni sobi s praviloma najmanj tremi obroki hrane dnevno. V primerih izolacije je standard po strokovni presoji lahko drugačen. Standardi zdravstvenih storitev v vseh zdravstvenih dejavnostih so doktrinarne strokovno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje pacienta v skladu s presojjo njegovega osebnega ali napotnega zdravnika. Pacientu so, glede na njegovo zdravstveno stanje, zagotovljene tudi pravice do najzahtevnejših storitev, ki jih opravljajo le klinike in inštituti (terciarne storitve).

Oblika bolnišnične obravnave

Glede na obliko nujenih storitev bolnišnično obravnavo delimo na:

- akutno bolnišnično obravnavo in
- neakutno bolnišnično obravnavo.

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

Neakutna bolnišnična obravnava je zdravstvena oskrba po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju. Neakutna bolnišnična obravnava se izvaja na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo, ločeno od oseb, ki so v akutni bolnišnični obravnavi. Obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo.

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

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

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

Pravila o predpisovanju zdravil na recept



Zdravila so nepogrešljiva pri zdravljenju številnih bolezni. Izboljšajo preživetje in zmanjšujejo pogostnost resnih zapletov pri kroničnih boleznih, omogočajo zdravljenje hudih okužb in drugih nujnih stanj, izboljšujejo kakovost življenja in omogočajo hitrejšo vrnitev v delovno okolje. Prehransko zdravljenje je integralni del zdravljenja bolezni. Zato obvezno zdravstveno zavarovanje v določenih primerih zagotavlja tudi živila za posebne zdravstvene namene.



Kdo vam sme predpisati zdravila na zeleni recept

Le vaš izbrani osebni zdravnik in napotni zdravnik (specialist), ki ga je osebni zdravnik za predpisovanje zdravil pooblastil z napotnico, izjemoma pa tudi zdravnik, ki nadomešča vašega izbranega osebnega zdravnika, in zdravnik v okviru nujne medicinske pomoči, kadar gre za obravnavo nujnega stanja.

Zdravila na recept z lastniškim imenom

Zdravila, ki jih potrebujete za zdravljenje in so razvrščena na listo zdravil, lahko zdravnik predpiše na zeleni recept z lastniškim (zaščitenim) imenom. Račun zanje deloma ali v celoti krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Če imate sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje, vam to krije razliko do polne cene zdravila. Zdravnik vas bo ob predpisu vsakega zdravila seznanil s pravilnim jemanjem in morebitnimi težavami, ki se lahko pojavijo. Če prejimate več zdravil, vam bo napisal tudi natančen seznam vseh zdravil in navodilo, kako jih je treba jemati.

Zdravila na recept s splošnim imenom

Zdravnik vam lahko predpiše na recept zdravilo s splošnim (nezaščitenim) imenom. Vsa zdravila, ki imajo isto splošno ime, imajo isti učinek. Pomembno je, da zaradi lastne varnosti hkrati ne uporabljate dveh zdravil z enakim nezaščitenim imenom, ki se razlikujeta le v lastniškem imenu. Splošno ime zdravila je vedno napisano na vsakem omotu (škatlici) zdravila pod lastniškim imenom. Ob prejemu vsakega novega zdravila, ki ga še ne poznate, se o uporabi natančno posvetujte s farmacevtom v lekarni in se prepričajte, da zdravila z isto učinkovino še nimate doma. Če ste v dvomih, vzemite škatlico zdravila in se ponovno prepričajte v najbližji lekarni. Če so vam predpisali zdravilo s splošnim imenom, vam farmacevt v lekarni izda najcenejše razvrščeno zdravilo, ki je na trgu. Če bi želeli drugo zdravilo z višjo ceno, morate doplačati razliko nad najcenejšim razvrščenim zdravilom, ki je na trgu.

Zdravila na obnovljivi recept

Obnovljivi recept je elektronski ali papirnati recept, na katerem zdravnik doda navodilo lekarniškem farmacevtu o izdaji zdravila za daljše obdobje. Zdravnik označi na receptu količino zdravila ob enkratni izdaji in število ponovitev. Predpiše ga izbrani osebni zdravnik ali izjemoma specialist v bolnišnici ali v specialistični ambulanti. Zdravnik vas bo posebej obvestil o predpisu zdravila za daljši čas in vas kot doslej opozoril na morebitne neželene učinke predpisanega zdravila in o ustreznem ravnanju, če se pojavijo. Obnovljivega recepta ni možno predpisati za nekatera psihotropna zdravila (npr. pomirjevala, uspavala) in opioidna protibolečinska zdravila. Obnovljivi recept velja največ za obdobje enega leta od predpisa zdravila oziroma do zadnje izdaje. Po tem obdobju boste morali ponovno k zdravniku, tudi če na obnovljivi recept ni bila izdana celotna količina. Prvo količino zdravila morate dvigniti v roku enega meseca od predpisa zdravila. Farmacevt vas bo ob zadnji izdaji opozoril, da se je veljavnost obnovljivega recepta iztekla in da morate obiskati zdravnika, če želite zdravilo prejemati dalje. Z obnovljivim receptom predvsem razbremenimo zdravnika v tistih primerih, ko je potrebno le predpisati recept brez pregleda. Seveda želimo tudi vam prihraniti čas in odvečne poti. K zdravniku se boste vračali le v primeru morebitnih novih zdravstvenih težav in seveda po preteku veljavnosti obnovljivega recepta. Z uvedbo elektronskega recepta lahko dvignete zdravilo v katerikoli lekarni v Sloveniji, s katero ima ZZS sklenjeno pogodbo.

Pravica do reševalnih in drugih prevozov

Nujni prevozi – v primeru življenjsko ogrožajočega položaja (nujnost mora oceniti zdravnik).

Nenujni prevozi – potrdi jih izbrani zdravnik z listino za naročilo prevoza:

- ob prevozu nepokretnih zavarovanih oseb do zdravnika in nazaj,
- ko je prevoz z javnimi prevoznimi sredstvi lahko škodljiv,
- za prevoze z zdravniškim spremstvom,
- za prevoze na dializo in z nje.

Če prevoz naroči zavarovana oseba sama, ga plača sama. Stroške lahko dobi povrnjene od ZZS, če zdravnik ugotovi nujnost prevoza.



Zdraviliško zdravljenje

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju je le tisto zdravljenje, ki predstavlja zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo, pri kateri se souporablja 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. 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.

Bolniški stalež

V primeru bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, poškodbe pri delu ali nege je zavarovanelec upravičen do nadomestila osebnega dohodka. Prvih 30 dni nadomestilo izplača delodajalec na podlagi listine, ki jo izda izbrani zdravnik. Od 31. dne zadržanosti naprej pa nadomestilo krije ZZZS. Po 30. dnevu mora izbrani zdravnik poslati na zdravniško komisijo predlog za podaljšanje bolniškega staleža. ZZZS povrne delodajalcu sredstva za nadomestilo osebnega dohodka, le če je priloženo ustrezno mnenje te komisije.

Pravica do zdravljenja v tujini

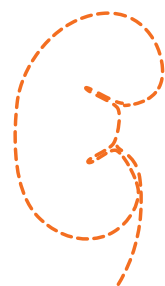
Zavarovane osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Sloveniji, imajo v času začasnega bivanja v tujini zagotovljene pravice do nujnih oziroma potrebnih zdravstvenih storitev. Postopek uveljavljanja in obseg pravice do zdravstvenih storitev je odvisen od tega, v kateri državi potrebujete zdravstvene storitve in ali uveljavljate zdravstvene storitve med začasnim ali stalnim bivanjem v tujini. Slovenija ima namreč z nekaterimi

državami sklenjene meddržavne sporazume o socialnem zavarovanju, v državah članicah Evropske unije, Evropskega gospodarskega prostora in v Švici pa velja evropski pravni red. Priporočamo vam, da si pred odhodom v tujino uredite zdravstveno zavarovanje in pridobite potrebne informacije o uveljavljanju in obsegu zdravstvenih storitev med začasnim ali stalnim bivanjem v tujini. Zavarovanec je upravičen do zdravljenja v tujini, če mu tega ne moremo omogočiti v Sloveniji, vendar pa bi vodilo k izboljšanju njegovega zdravstvenega stanja. Upravičenost zdravljenja v tujini ugotavlja zdravniška komisija.

Pravice do zdravstvenih storitev 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, 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 pri zdravnikih, ki so del javne, državne zdravstvene mreže. Zdravstvene storitve v teh državah uveljavljate z evropsko kartico skupaj s spremnim dopisom, v Avstraliji je treba k evropski kartici priložiti tudi potni list. V nekaterih državah se morate pred uveljavljanjem zdravstvenih storitev zglasiti 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. V teh državah evropska kartica ne velja, zato svetujemo sklenitev komercialnega zavarovanja z medicinsko asistenco v tujini.



Kaj je treba urediti pred odhodom na začasno bivanje v tujino

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

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.



Za dobro LEDVIC

Druga dopolnjena elektronska izdaja

Izdajatelj:

Slovensko nefrološko društvo – Slovensko zdravniško društvo
Zveza društev ledvičnih bolnikov Slovenije

Urednica: Jelka Lindič

Souredniki: Damjan Kovač, Andrej Škoberne, Nebojša Vasič

Oblikovanje: Tanja's Design, tanjas-design.si

Knjižice izobraževalnega programa Za dobro ledvic so namenjene laični javnosti
in uporabi v zdravstvenih ustanovah. Spremembe vsebine niso dovoljene.

Ljubljana, 2023

www.zadobroledvic.si

