



Zdravstveno zavarovanje in socialna varnost bolnika *s kronično ledvično boleznijo*

Igor Rus

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 socialnoekonomske pravice spada tudi pravica do zdravja 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**.

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.

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je zavarovanim osebam zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev:

- v celoti (sistematski pregledi, nujna medicinska pomoč, poškodbe pri delu, poklicne in nalezljive bolezni),
- 95 odstotkov za intenzivno zdravljenje,
- 85 odstotkov za specialistične preglede,
- 75 odstotkov za nemedicinski del oskrbe v bolnišnicah,
- 60 odstotkov za nenujne prevoze,
- 50 odstotkov za zdravila z vmesne liste.

Razlika se plača iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja (Vzajemna, Adriatic ...) ali pa jo plača bolnik sam, če ni dodatno zavarovan.

Izbira osebnega zdravnika

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

Če osebni zdravnik bolezenskega stanja ne more več obvladati sam, ne zmore oziroma zna pomagati, napoti bolnika k ustreznemu specialistu z napotnico, ki pa je vsebinsko in časovno omejena.

Pravica do specialistično ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti

Vsaka zavarovana oseba ima pravico do zdravljenja v bolnišnici ali specialistični ambulanti, če potrebuje take zdravstvene storitve (diagnostika, zdravljenje ...), ki jih ni mogoče opravljati v drugih ustanovah. Med bivanjem v bolnišnici mora imeti zavarovana oseba omogočeno zdravljenje (zdravila, nastanitev, prehrano ...). Zdravil in pripomočkov zavarovani osebi ni treba nositi v bolnišnico. Zavarovana oseba lahko svojo pravico do specialista večinoma uveljavlja z napotnico, le v nekaterih primerih pa napotnice ne potrebuje (psihiater). Specialist je dolžan opraviti vse preiskave in storitve, za katere ga je pooblastil izbrani zdravnik. Slednji mora specialistu predložiti vse izvide in osnovne podatke o bolezni, zaradi katere zavarovana oseba išče pomoč, specialist pa je dolžan izbranemu zdravniku poslati rezultate preiskav.

Pravila o predpisovanju zdravil na recept

Na recept je mogoče predpisati zdravila pri **akutnih stanjih za največ 10 dni, pri kroničnih boleznih** oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba zdravila, pa do ponovnega kontrolnega pregleda pri zdravniku, vendar največ za **3 mesece**. Zdravila, predpisana na recept, je dovoljeno predpisovati le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam, ki lahko zdravila prevzamejo v kateri koli lekarni v Sloveniji, s katero ima ZZZS 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 ZZZS, če zdravnik ugotovi nujnost prevoza.

Pravica do tehničnih pripomočkov

Pravica do zdraviliškega zdravljenja

Pravilnik v 45. členu določa, kdaj imajo zavarovane osebe pravico do rehabilitacije v naravnih zdraviliščih. Tovrstno zdravljenje je utemeljeno in odobreno, le če ni kontraindikacij in če hkrati zagotavlja izpolnitev vsaj enega od naštetih pogojev:



- da za daljši čas bistveno izboljša zdravstveno stanje,
- da se povrnejo funkcijske in delovne sposobnosti,
- da se s tem zdravljenjem prepreči napredovanje bolezni oziroma slabšanje zdravstvenega stanja in da se zmanjša pogostnost zadržanosti z dela zaradi bolezni ali bolnišničnega zdravljenja.

Zdraviliško zdravljenje vključuje vse storitve, pripomočke in zdravila za izvajanje. Po navadi traja 14 dni za odrasle in 21 dni za otroke. Zavarovanec lahko za isto bolezen uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja le **enkrat na dve leti**, otroci pa enkrat letno.

Bolniški stalež

V primeru bolezni, poškodbe, poklicne bolezni, poškodbe pri delu ali nege je zavarovanec 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

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

ZZZS izda zavarovancu na podlagi zdravniškega pregleda listino, s katero lahko uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v tujini:

- če je napoten na delo v tujino oziroma študentom za predviden čas trajanja dela oziroma šolanja,
- če je na zasebnem potovanju (največ 3 mesece),
- če biva v tujini (največ za 1 leto).

Če zavarovanec te listine nima, je upravičen do povračila stroškov le v primeru nujnega zdravljenja. V drugem odstavku 131. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je določeno, da zavarovana oseba, ki potrebuje zdravstvene storitve v določenih časovnih obdobjih, lahko uveljavlja te storitve v tujini, če pred odhodom pridobi soglasje zavoda. Zavod ji ob vrnitvi prizna stroške največ do višine povprečne cene takih zdravstvenih storitev v Sloveniji. Med take storitve spada predvsem **dializa**. Ko torej zavarovana oseba načrtuje ali potovanje ali obisk k sorodnikom v tujino, mora najprej zaprositi Zavod za zdravstveno zavarovanje za soglasje za opravljanje dialize v tujini, hkrati pa se mora tudi dogovoriti z ustreznim centrom v drugi državi za termine, ko bo opravljal dializo. Glede na to, da so tovrstni centri predvsem v turistični sezoni dodatno obremenjeni, saj zagotavljajo storitve svojim zavarovancem in tujim, ki stalno



ali začasno bivajo na njihovem območju, se je treba prej dogovoriti za ustrezno število in obliko dializ, ki jih oseba potrebuje. Postopek uveljavljanja pravice do dialize se razlikuje glede na to, ali zavarovana oseba potuje v državo članico EU ali v državo, s katero Republika Slovenija nima sklenjenega sporazuma o socialni varnosti. Če oseba potuje v t. i. **nekonvencijsko državo**, mora stroške dialize v tujini plačati sama, nato pa po vrnitvi v Slovenijo uveljavlja povračilo stroškov teh storitev. Zahtevek naslovi na pristojno območno enoto zavoda, obenem pa mora predložiti potrjen račun dializnega centra in soglasje zavoda. Vlogo območna enota ZZZS običajno reši v 8 dneh od vložitve zahtevka in na tekoči račun vlagatelja zahtevka nakaže znesek povračila največ **v višini povprečne cene dialize v Sloveniji**.

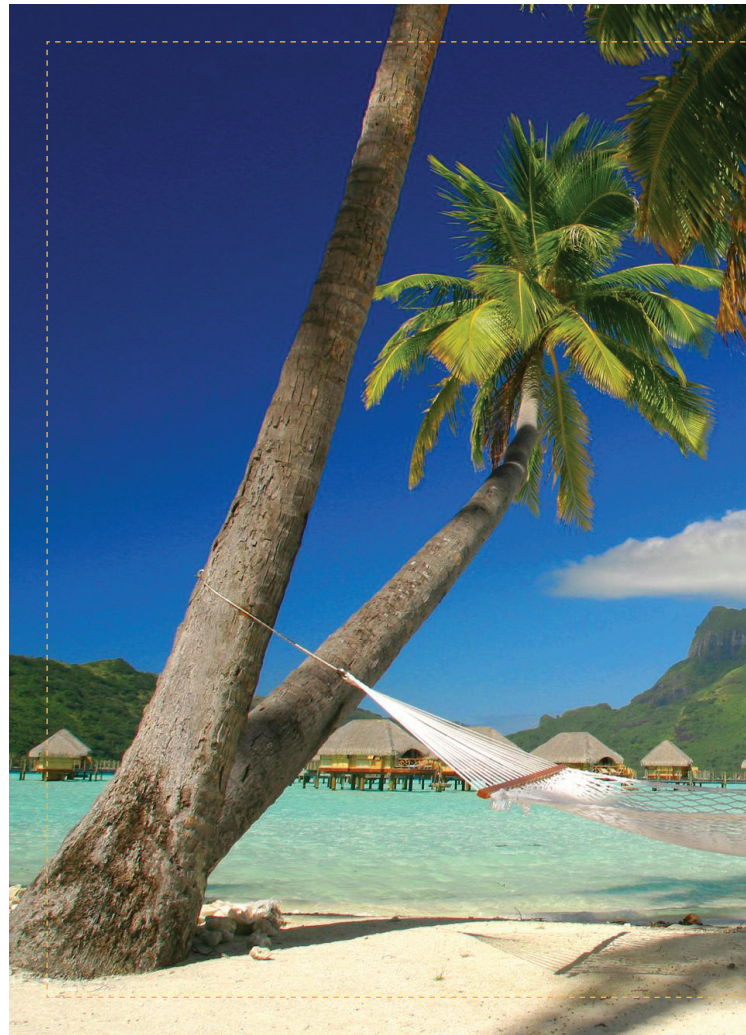
Če zavarovana oseba uveljavlja storitve dialize v državi, s katero ima Slovenija sklenjeno konvencijo o socialni varnosti (**EU** in ostale), je postopek pridobitve soglasja in tega, da se mora oseba sama dogovoriti za termine v dializnem centru v tujini, enak, le da v tem primeru storitve dialize uveljavlja z **obrazcem**. Če v drugi državi oseba navedene storitve uveljavlja brez ustreznega obrazca oziroma pri ustanovah ali zdravnikih, ki niso del javne zdravstvene mreže, dobi povrnjene stroške v višini povprečne cene teh storitev v Republiki Sloveniji.

Kadar torej zavarovana oseba uveljavlja storitve v skladu s sporazumom, tako da v drugi državi predloži ustrezen obrazec, ji stroškov storitev ni treba plačati, plačati pa mora stroške participacije, kadar je ta določena. Naj ob tem poudarimo, da po vrnitvi v Slovenijo oseba ne more uveljavljati povračila stroškov iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Državi, s katerima so dogovorjeni obrazci za uveljavljanje širšega obsega zdravstvenih storitev oziroma se lahko uveljavlja storitve dialize na podlagi predložitve konvencijskega obrazca, sta Republika Hrvaška in Republika Makedonija.

V državah članicah EU so storitve dialize med nujnimi zdravstvenimi storitvami in se lahko uveljavljajo **z EU-kartico zdravstvenega zavarovanja**. V tem primeru soglasje ZZZS ni potrebno.

Ker največ slovenskih zavarovancev odhaja na dopust na Hrvaško, sledi natančnejši opis koriščenja storitev dialize v tej državi. Od 1. februarja 1988 veljata med Slovenijo in **Hrvaško** sporazum o socialnem zavarovanju ter administrativni sporazum o izvajanju sporazuma o socialnem zavarovanju, ki določata obseg pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev in način uveljavljanja





teh pravic med bivanjem v drugi državi pogodbenici. V 2. odstavku 12. člena sporazuma je določeno, da mora zavarovanec, če je že nastal zavarovalni primer, pred začasno spremembo prebivališča pridobiti soglasje pristojnega nosilca. Soglasje je lahko odklonjeno, lahko pa se izda tudi naknadno. Soglasje se izda na nosilca, in sicer na obrazcu SLO/HR 4 («Soglasje za odhod v R Hrvaško zaradi zdravljenja po nastanku zavarovalnega primera») na podlagi dokumentacije, ki jo je vlagatelj zahtevka predložil na pristojni območni enoti Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

V 3. odstavku 12. člena je določeno, da storitve nudi zavarovancu pomožni nosilec v breme pristojnega nosilca. Pomožni nosilec je dolžan zagotoviti osebi, zavarovani po pravnih predpisih druge države pogodbenice, storitve, kot da gre za njegovega zavarovanca. Trajanje pravice se določa po pravnih predpisih pristojnega nosilca, obseg, vrsta in način nudenja storitev pa po pravnih predpisih pomožnega nosilca. To pomeni, da je zavarovana oseba Republike Slovenije dolžna na pristojnem področnem uradu HZZO zamenjati obrazec SLO/HR 4 za bolniški list, nato pa lahko z navedenim potrdilom uveljavlja storitve

dialize v enem od centrov, ki imajo sklenjeno pogodbo s hrvaškim zavodom. Na podlagi bolniškega lista so centri za dializo dolžni slovenskim zavarovancem nuditi zdravstvene storitve in ne zahtevati neposrednega plačila od njih razen participacije.

Naj opozorimo, da je 1. julija 2005 začel v Republiki Hrvaški veljati nov zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki je uvedel tudi **doplačila** k stroškom zdravstvenih storitev. To pomeni, da morajo hrvaški zavarovanci, ki niso zavarovani, za doplačila plačati stroške soudeležbe (participacije) k stroškom zdravstvenih storitev. Glede na to, da so slovenski zavarovanci izenačeni s hrvaškimi, morajo tudi oni plačati stroške soudeležbe pri storitvah, kjer je ta določena. Za dializo je določeno, da je treba doplačati stroške participacije v višini 15 odstotkov vrednosti storitve. Pri tem je treba poudariti, da po vrnitvi v Republiko Slovenijo slovenski zavarovanci ne morejo uveljavljati povračila stroškov navedene participacije iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj so pri uveljavljanju zdravstvenih storitev na Hrvaškem izenačeni s hrvaškimi zavarovanci.

