

vano tematiko tudi v reviji za potrošnike VIP ter na spletnem portalu ZPS (www.zps-zveza.si).

Na podlagi potreb, ki jih je ZPS ugotovila pri svojem svetovalnem delu, je za uporabnike zdravstvenih storitev pripravila tudi posebne publikacije. Tako je že leta 1998 izdala brošuro Prave in dolžnosti bolnikov, ki predstavlja dvanajst najpomembnejših splošnih pravic bolnikov, katerih spoštovanje lahko zahteva vsak bolnik v postopku obravnavanja s strani zdravstvenih delavcev oziroma drugih izvajalcev zdravstvenih storitev. Ponatis brošure, ki je zelo hitro pošla, je bil v letu 1999. Leta 1999 je ZPS pripravila tudi Zbornik organizacij za samopomoč bolnikov, leta 2000 pa še brošuro Preventivno zdravstveno varstvo žensk. Zaradi zapletenosti pritožnih postopkov je ZPS leta 1999 v pomoč bolnikom pripravila tudi zgibanko Pritožne poti v zdravstvu.

Struktura pritožb uporabnikov zdravstvenih storitev

Na podlagi dosedanjih izkušenj bi lahko ugotovili, da potreba po tovrstnem svetovanju iz leta v leto narašča. Bolniki postajajo namreč vedno bolj soodgovorni za svoje zdravje, želijo pa tudi dejavno sodelovati pri poteku zdravljenja oziroma pri vsakršnem obravnavanju s strani zdravnikov ter zdravstvene osebja.

Število uporabnikov svetovalnih storitev oziroma število pritožb v zvezi s pravicami bolnikov je težko količinsko opredeliti, saj v zadnjem obdobju SPZ nudi svetovanje zgolj uporabnikom z ljubljanskega področja, za kar je interes in s tem finančno podporo pokazala Mestna občina Ljubljana. Potreba po tovrstnem svetovanju pa je veliko večja, na kar kaže izjemno povečanje interesa po odmevnih medijskih dogodkih, povezanih z zdravstvom, zdravljenjem ter pravicami bolnikov, vendar pa zaradi omejenih finančnih sredstev ne moremo pomagati vsem, ki bi to želeli.

Če se nekoliko podrobneje ustavimo pri sami strukturi primerov, ki jih obravnava svetovalna pisarna, bi lahko ugotovili, da je večina primerov informativne narave. Uporabniki iščejo informacije o splošnih pravicah bolnikov, pravicah bolnikov iz zdravstvenega zavarovanja ter pritožnih poteh v zdravstvu. Glede primerov, ki bi jih lahko opredelili kot pritožbe v zvezi s kršitvami pravic bolnikov in neakovostno opravljenimi storitvami, pa bi na prvo mesto lahko postavili kršitev pravic bolnikov v zvezi z zobozdravstvom, tem pa sledijo kršitve splošnih pravic bolnikov ter pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Velik del primerov pa se nanaša tudi na neosveščenost posameznikov o možnih pritožnih poteh v zdravstvu, in sicer tako glede kršitev pravic s strani zdravnikov in zdravstvenega osebja kot tudi glede pravic bolnikov iz zdravstvenega zavarovanja.

Pritožbe v zvezi z zobozdravstvenimi storitvami

V zvezi z zobozdravstvenimi storitvami se največ pritožb nanaša na nepravilno oziroma neakovostno opravljene storitve. Tako ima veliko bolnikov težave z uveljavljanjem napak pri storitvah (npr. slabo izdelani zobozdravstveni pripomočki, bolečine zaradi nepravilno opravljenih storitev ipd.).

Nadalje se veliko pritožb nanaša na nepravilno finančno poslovanje zobozdravnikov zasebnikov, kar v praksi pomeni nepravilno izdajanje oziroma neizdajanje računov, kršitev pravice do seznanitve s stroški zdravljenja ipd.

Glede pravice do izbire osebnega zobozdravnika kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je veliko pritožb glede pridobivanja informacij o zobozdravnikih s koncesijo, ki še nimajo zapolnjene kvote opredeljenih bolnikov. Imeli smo namreč že kar nekaj primerov, ko so bolniki želeli opraviti zobozdravstveno storitev pri zobozdravnikih s koncesijo, ti pa so jim zatrdili, da nimajo več prostih mest, zato so storitev opravili bolniku kot samoplačniku. Bolniki velikokrat niso vedeli, kako preveriti informacijo o zapolnjeni kvoti, v nekaterih

primerih pa so celo dobili informacijo, da zobozdravnik še ni imel zapolnjene kvote bolnikov, čeprav je trdil nasprotno.

Občasno se pojavljajo tudi vprašanja o dobi trajnosti zobozdravstvenih storitev oziroma pripomočkov (mostički, zalivke, prevleke) ter vprašanja v zvezi z obsegom zobozdravstvenih storitev, ki se krijejo iz zdravstvenega zavarovanja.

Kršitev splošnih pravic bolnikov

Primerom v zvezi s kršitvami pravic bolnikov iz zobozdravstva po pogostosti sledijo primeri kršitev splošnih pravic bolnikov. Med najpogostejše kršitve tako lahko uvrstimo kršitev pravice do proste izbire zdravnika, pravice do vpogleda v zdravstveno dokumentacijo, pravice do obveščeniosti ter soglasja v zvezi s predlaganimi medicinskimi posegi ter kršitev pravice do humanega odnosa med zdravljenjem. Seveda pa se pojavljajo tudi primeri v zvezi z nekakovostno opravljenimi storitvami ter povračilom škode, ki je bolniku s tem nastala.

V zadnjem času pa se je kar nekaj pritožb nanašalo na kršitev pravice do seznanitve s stroški zdravljenja, in sicer pri tistih bolnikih, ki niso dodatno zdravstveno zavarovani in morajo zato del stroškov za opravljene zdravstvene storitve plačati sami.

Na splošno pa bi iz primerov, ki smo jih obravnavali, lahko ugotovili, da se pripombe bolnikov zelo pogosto nanašajo na nezadostno informiranost o vsebini pravic bolnikov ter na nezadostno oziroma nezadovoljivo komunikacijo med njimi ter zdravstvenim osebjem.

Kršitev pravic bolnikov iz zdravstvenega zavarovanja

V zvezi s pravicami bolnikov iz zdravstvenega zavarovanja se največ vprašanj nanaša na sam obseg pravic, ki jih krije zdravstveno zavarovanje (npr. pravica do prevoza z reševalnimi vozili, obseg pregledov in storitev v nosečnosti, pravica do zdravstvene nege na domu, pravica do hišnih obiskov zdravnika, pravica do zdravil na recept, pravica do specialističnih pregledov ipd.). V praksi se je pojavilo tudi kar nekaj vprašanj v zvezi s pravico do povračila potnih stroškov ter načinom njenega uveljavljanja.

Kar nekaj vprašanj pa se je nanašalo tudi na način samega uveljavljanja pravic bolnikov iz zdravstvenega zavarovanja ter na pritožne postopke v zvezi s kršitvami teh pravic.

Pritožbene poti v zdravstvu

V zadnjem času smo pri svetovalnem delu zaznali občuten porast primerov v zvezi z možnimi pritožbenimi potmi v zdravstvu. Med uporabniki zdravstvenih storitev na splošno prevladuje mnenje, da so obstoječe poti premalo poznane. Prav tako kar nekaj uporabnikov meni, da je sistem za povprečnega uporabnika zdravstvenih storitev prezapleten. Tisti uporabniki, ki so že sami uporabili možnost pritožbe na različnih ravneh, pa so večinoma mnenja, da so pritožne poti velikokrat neučinkovite.

Breda Butala, pomočnica generalnega direktorja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, je prikazala »Postopke pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja«.

POSTOPKI UVELJAVLJANJA PRAVIC IZ OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

Breda Butala

Iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja so zavarovanim osebam na podlagi določil zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/

96, 29/98, 6/99, 99/01, 60/02) zagotovljene pravice do zdravstvenih storitev in do denarnih dajatev. Med pravice do zdravstvenih storitev sodijo pravice do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti, zobozdravstvene dejavnosti, storitve specialistično ambulantne, bolnišnične in terciarne zdravstvene dejavnosti, pravica do obnovitvene rehabilitacije, do zdraviliškega zdravljenja, pravica do zdravil, predpisanih na recept, do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili, pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov, kakor tudi pravica do zdravstvenih storitev med potovanjem in bivanjem v tujini in pravica do zdravljenja v tujini. Med pravice do denarnih dajatev pa sodijo nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pravica do pogrebnine in posmrtnine ter povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev.

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. V okviru tega si izbere osebnega zdravnika, in sicer zaradi uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev v osnovni zdravstveni dejavnosti. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 18/03) poznajo 4 vrste osebnih zdravnikov, in sicer osebnega zdravnika v osnovni dejavnosti, osebnega ginekologa, zobozdravnika in pediatra. Osebnih zdravnikov za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je lahko specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma specialist splošne (družinske) medicine ali zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem iz zdravstvenega varstva žensk, otrok in mladine. Za zavarovane osebe, starejše od 19 let, je osebni zdravnik lahko zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik s podiplomskim študijem socialne medicine.

Osebnih zdravnikov je pristojen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti 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 ti utemeljeni. Pooblaščen je za ugotavljanje začasnih nezmožnosti od dela do 30 dni, napotovanje zavarovane osebe k imenovanemu zdravniku in na invalidsko komisijo, za napotovanje k zdravniku specialistu na ambulantno ali bolnišnično obravnavo na ustrezni ravni oz. na konziliarne preglede k drugemu zdravniku na isti ravni. V njegovo pristojnost pa sodi tudi predpisovanje zdravil na recept, predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov pri zdravljenju na domu, napotovanje na nadaljnje specialistične preglede oz. v bolnišnico. Del svojih pooblastil lahko prenese na zdravnika specialista. Prav tako osebni zdravnik odreja prevoze z reševalnimi in drugimi vozili in potrjuje njihovo nujnost, razen v primeru, ko gre za odpust zavarovane osebe iz bolnišnice. Njegova pristojnost je tudi izdaja ustreznih obrazcev za povračilo potnih stroškov in drugih potrdil v skladu s Pravili in ki se nanašajo na uveljavljanje posameznih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Osebnih zdravnikov je tudi tisti, ki zbira in hrani dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe, o njenem zdravljenju pri drugih izvajalcih, o zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodbe ter zaradi nege, o predpisanih zdravilih na recept, prejetih medicinsko-tehničnih pripomočkih in o zdravljenju na domu.

Zavarovana oseba si osebnega zdravnika izbere prostovoljno med zdravniki, ki izpolnjujejo ustrezne pogoje. Z izpolnitvijo obrazca o izbiri ga pooblasti za izvajanje vseh opravil in pristojnosti, ki sodijo v njegov delokrog. Po preteku enega leta zavarovana oseba lahko izbere novega osebnega zdravnika na način, da pri novo izbranem zdravniku izpolni obrazec o izbiri. S tem je prekinjena tudi prejšnja izbira, saj je novo izbrani osebni zdravnik o tem dolžan obvestiti prejšnjega, na ta način pa tudi pridobi medicinsko dokumentacijo zavarovane osebe, ki jo je prejšnji zdravnik novo izbranemu dolžan poslati. Pred pretekom enoletnega roka pa je zamenjava izbire možna v primerih, ko pride med zavarovano osebo in zdravnikom

do nesporazumov, zaradi katerih je zavarovana oseba izgubila v zdravnika zaupanje, če predlaga zamenjavo osebnih zdravnikov, ki zaradi neprimernega odnosa zavarovane osebe ne more uspešno in odgovorno opravljati nalog osebnega zdravnika v primeru, če se zavarovana oseba za daljše obdobje ali za stalno preseli v drug kraj, kakor tudi če Zdravniška zbornica ali Ministrstvo za zdravje na zahtevo zavarovane osebe, njenih svojcev ali delodajalca ugotovi, da postopki diagnostike, zdravljenja oz. rehabilitacije niso bili v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami, in to je razlog za nezaupanje zavarovane osebe do zdravnika.

Po zadnjih podatkih je število za osebnega zdravnika opredeljenih zavarovanih oseb naslednje:

- osnovna zdravstvena dejavnost 1.889.396 zavarovanih oseb,
- zobozdravstvo 1.307.584 zavarovanih oseb,
- ginekologija 587.581 zavarovanih oseb.

Kot navedeno, je ena od pristojnosti osebnega zdravnika tudi napotovanje zavarovane osebe k imenovanemu zdravniku oz. na invalidsko komisijo. Imenovani zdravnik je organ Zavoda, ki skladno z določilom zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju odloča o:

- začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- upravičenosti zdravljenja v tujini.

O svoji odločitvi imenovani zdravnik, ki ga imenuje upravni odbor Zavoda, izda sklep. Pritožba zoper sklep ne zadrži njegove izvršitve. V primeru, da se zavarovana oseba, zavarovavec ali delodajalec s sklepom imenovanega zdravnika ne strinja, lahko vložita pritožbo na zdravstveno komisijo. Tudi zdravstveno komisijo imenuje upravni odbor Zavoda, sestavljata pa jo dva zdravnika in pravnik. Pritožbo vložita v roku 15 dni po prejemu sklepa imenovanega zdravnika. Komisija o svoji odločitvi izda sklep, ki je dokončen. Zoper sklep je moč vložiti tožbo na Delovno in socialno sodišče v Ljubljani.

Za postopke uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ne sodijo v pristojnost imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije, pa zakon določa, da na I. stopnji o njih odloča območna enota, na II. stopnji pa Direkcija Zavoda. Med te pravice sodi pravica do nadomestila, pogrebnina, posmrtnina, povračilo potnih stroškov, pridobitev, sprememba ali izguba lastnosti zavarovane osebe, prosta izbira zdravnika in druge pravice, ki jih opredeljuje zakon, kakor tudi druge zahteve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zoper izdano odločbo Direkcije lahko zavarovavec, zavarovana oseba ali delodajalec vložijo tožbo na Delovno in socialno sodišče v Ljubljani.

V preteklem letu so zdravniške komisije I. stopnje (do uveljavitve Sprememb in dopolnitev zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, to je do 1. 1. 2003 so o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja na I. stopnji odločale zdravniške komisije Zavoda kot izvedenski organi, na II. stopnji pa zdravniška komisija II. stopnje) izdale 359.738 mnenj. Od tega je bilo 262.881 mnenj podanih v zvezi z začasno nezmožnostjo za delo, 38.133 mnenj v zvezi s pravico do napotitve na zdraviliško zdravljenje, preostala pa so bila namenjena podaji mnenj o drugih pravicah, ki so sodile v pristojnost izvedenskih organov Zavoda. Zdravniški komisiji II. stopnje, ki sta delovali v Ljubljani in Mariboru, sta v istem obdobju na osnovi vloženih zahtev zavarovanih oseb, zavarovancev oz. delodajalcev za presojo podanih mnenj zdravni-

ške komisije I. stopnje podali 9835 mnenj, od tega je bilo največ mnenj podanih v zvezi z začasno nezmožnostjo za delo nad 30 dni, in sicer 6234. Ker je do 1. januarja zakon določal, da je zoper podano mnenje zdravniške komisije II. stopnje moč vložiti zahtevo za izdajo odločbe na posebno enoto na sedežu Zavoda, je tako Direkcija v letu 2002 prejela 1853 zahtev za izdajo odločb, od tega največ, to je 1154 v zvezi z ugotavljanjem začasne nezmožnosti za delo nad 30 dni.

Zavarovane osebe in delodajalci se lahko pritožijo na Zavod tudi v primeru, ko niso zadovoljni z delom delavcev Zavoda in izvajalcev zdravstvenih storitev. Takih pritožb je bilo v letu 2002 vloženi 170. Po analizi se je večina teh pritožb nanašala na delo izvedenskih organov Zavoda, to je zdravniških komisij I. in II. stopnje, kar je glede na naravo dela teh organov, ki odločajo o posameznih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja, tudi razumljivo. Drugi večji sklop pritožb pa se je nanašal predvsem na uvajanje zakonske spremembe v zvezi z zadržanjem pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določenim kategorijam zavarovancev in po njih zavarovanih družinskih članov za čas, ko nimajo plačanih prispevkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako je bil vzrok pritožbam zakonska sprememba, ki je za obdobje 6 mesecev ukinita pravico do pogrebne in posmrtnine in jo nato ponovno uvedla v sistem na način, da le-te ni bilo moč uveljavljati retrogradno. Nekaj pritožb se je nanašalo tudi na delo izvajalcev, in sicer predvsem na dolge čakalne dobe, način naročanja, kakor tudi na način izstavljanja posameznih listin, potrebnih za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primerih pritožb Zavod preveri navedbe in v primeru ugotovljenih kršitev ukrepa v obliki izvedbe nadzora. Pri tem pa je potrebno opozoriti, da v večini primerov prihaja do nerazumevanja oz. nepoznavanja določene ureditve, zato v teh primerih Zavod posreduje zavarovani osebi, zavarovancu ali delodajalcu ustrezne pisne obrazložitve, v nekaterih primerih pa jih preusmeri tudi na druge pristojne organe.

Brane Mežnar, predsednik razsodišča Zdravniške zbornice Slovenije, je predstavil postopke tega organa in izkušnje v preteklih letih.

REŠEVANJE PRITOŽB BOLNIKOV V ZDRAVNIŠKI ZBORNICI SLOVENIJE

Brane Mežnar

Zdravniška zbornica Slovenije (ZZS) je na osnovi zakonskih pooblastil med drugim prevzela tudi del odgovornosti preverjanja strokovnega dela zdravnikov in njihovega etičnega in deontološkega ravnanja in obnašanja pri opravljanju svojega poklica. Slovenski zdravniki, stanovsko povezani v ZZS, smo sami postavili zahtevne standarde in merila, s katerimi presojava domnevne kršitve in pritožbe, ki so na posameznih področjih zahtevnejši in strožji od primerljivih (zdravniški kodeks, pravilniki zbornice) in od ZKP. Imamo učinkovit in pregleden sistem pritožbenih poti, s katerim omogočamo praktično vsakomur, pravni in fizični osebi, da se lahko na ZZS pritoži, zahteva pojasnilo ali celo neposredno prijavi zdravnika, ki je domnevno nestrokovno ravnal ali kršil moralno-etična načela zdravniškega poklica. Izhajamo iz dveh temeljnih načel:

- zaščita pravic in interesov bolnika (zavarovanca in uporabnika zdravstvenih storitev);
- zaščita zdravnika kot izvajalca zdravniških storitev, kadar je pritožba ali prijava neutemeljena.

Potrebno pa je poudariti, da ZZS presoja izključno ravnanje in delo posameznega zdravnika, ki mu sicer podeljuje licenco za opravljanje zdravniškega dela, ne pa dela drugih zdravstvenih delavcev ali posledic slabe organizacije dela zavodov, ob-

jektivne odgovornosti vodstev, odgovornih in vodilnih delavcev zdravnikov, če le-ti pri domnevni kršitvi ne opravljajo zdravniškega dela. Naj omenim, da ZZS v okviru pritožbenih poti ne daje ali posreduje izvedenskih mnenj na zahtevo pritožnika, prav tako ne presoja pritožb na izvedenska mnenja zdravnikov izvedencev, ki jih ni predlagala ali pooblastila zbornica.

Pritožbe obravnavajo štirje zbornični organi, vsak v skladu s pooblastili, ki jih predvideva Statut ZZS, ustrezen pravilnik ali drugi predpisi in navodila. Odbor za strokovnomedicinska vprašanja (OSM) presoja in obravnava pritožbe zoper domnevno nestrokovno ravnanje zdravnika, Odbor za pravnoetična vprašanja (OPE) obravnava pritožbe pri domnevnih kršitvah zdravniškega kodeksa (ravnanje zdravnika v odnosu zdravnik-bolnik, zdravnik-zdravnik, zdravnik-družba oz. država ter drugih občutljivih razmerjih zdravnika pri opravljanju poklica). Tožilec ZZS je samostojen organ, ki na podlagi prijave vloži obtožnico, predlaga pripravljalni postopek ali odstopi od nadaljevanja postopka s pisnim sklepom. Rzsodišče ZZS je prav tako neodvisen in samostojen organ, ki na prvi in drugi stopnji na osnovi obtožnice odloča o kršitvah in izreka ustrezne ukrepe, kot najstrožje začasni in trajni odvzem licence za opravljanje zdravniškega dela. Pritožba ali prijava mora biti pisna, s kratkim opisom dogodka. Poda jo lahko vsaka pravna ali fizična oseba. Prijavitelj mora biti znan, ker praviloma anonimnih prijav ne obravnavamo, po presoji jih glede na vsebino le preverimo. Vsako pritožbo ali prijavo protokoliramo, strokovna služba jo z vednostjo predsednikov omenjenih štirih organov usmeri, kamor po vsebini spada. Odbora (OSM in OPE) pisno obvestita pritožnika. V primeru utemeljene pritožbe predlagata tožilcu nadaljevanje postopka pred rzsodiščem, lahko pa predlagata odvzem licence IO ZZS. Rzsodišče izreka disciplinske ali varstvene ukrepe, kot jih predpisuje Pravilnik o delu Rzsodišča, možna je tudi poravnava, če so zato izpolnjeni predpisani pogoji.

ZZS je bila ustanovljena pred dobrimi desetimi leti. V prvi polovici delovanja, med letoma 1992 in 1998, smo na področju prijav in pritožb opazovali vsako leto naraščanje števila. Analiza je pokazala, da je bila le tretjina prijav ustreznih in smo v takih primerih zahtevali presojanje zdravnikovega ravnanja, kar tretjina se je pritoževala zaradi nezdravnikov (drugo medicinsko osebje, administracija, vodilne in odgovorne osebe). Tudi zadnja tretjina ni bila v pristojnosti ZZS, ker so bile pritožbe zaradi nezadovoljstva ali nestrinjanja pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja (pristojnost ZZZS) ali s področja pokojninsko-invalidskega zavarovanja (pristojnost SPIZ), dela invalidskih komisij in izvedenskih mnenj. V zbornici smo temu problemu posvetili precej naporov in s selekcijo pritožb in prijav, spremembami pravilnikov, reorganizacijo strokovnih služb, pojasnjevanjem in obveščanjem javnosti in medijev dosegli, da se je v zadnjih letih (1998-2003) stanje umirjalo in se število prijav in pritožb že nekaj let ne spremeni bistveno.

OSM obravnava letno približno sto primerov različnih pritožb in prijav (leta 2002 - 105 primerov), 85% je bilo strokovne narave, 15% druge vsebine. OPE letno obravnava približno sedemdeset primerov (leta 2002 - 71 pritožb), od tega je bilo 59 primerov komunikacijske narave na ravni zdravnik-bolnik, ostalo so bili konflikti in nesporazumi med kolegi. Rzsodišče se ukvarja letno s 10 do 12 primeri prijav, po preverjanju med pripravljalnim postopkom (zbiranje medicinske dokumentacije, zaslišanem prič in domnevnega kršitelja, po potrebi tudi izvedencev) opravi na podlagi obtožnice tožilca tri do pet primerov kršitev na obravnavi, ki se končajo z izrekom ukrepa ali oprostivijo.

Menim, da je način uveljavljanja pritožbenih poti v ZZS razmeroma enostaven, učinkovit in hiter način preverjanja utemeljenosti pritožb in prijav v zvezi z delom zdravnika, ki zakrožuje in dopolnjuje obstoječe možnosti pritožb: zdravstve-