

Informacije v lahkem branju

Informacije v lahkem branju



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si

Kazalo

Kaj je zdravstveno zavarovanje?	3
Kartica zdravstvenega zavarovanja	9
Prijava, odjava in sprememba obveznega zavarovanja	13
Izbira osebnega zdravnika	20
Pravice pri zobozdravniku	25
Pravica do zdravljenja v zdravilišču	33
Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili	37
Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene	41
Pravica do medicinskih pripomočkov	50
Zdravstvene storitve, ko začasno bivamo v tujini	58
Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini	67
Nadomestilo plače	74
Potni stroški	78
Začasna zadržanost od dela – bolniška	84
Pritožbeni postopki	89
Dodatne informacije	94

Kaj je zdravstveno zavarovanje?





**Zdravstveno zavarovanje je možnost,
da koristimo določene storitve iz zdravstva brez plačila.
Če zbolimo ali se poškodujemo,
nam za zdravljenje ni treba plačati.
Za nas bodo poskrbeli tudi,
če bomo imeli druge zdravstvene probleme.**

Da nam za zdravstvene storitve ni treba plačati,
moramo biti v obvezno zdravstveno zavarovanje prijavljeni.

Zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji
je za ljudi **obvezno**.

Vsak človek mora biti zdravstveno zavarovan.

Rečemo tudi,

da je človek v obvezno zdravstveno zavarovanje vključen.

Ljudem, ki so vključeni v obvezno zdravstveno zavarovanje,
rečemo **zavarovane osebe**.

Zavarovane osebe delimo na:

- zavarovance, ki so lahko moški in ženske, in
- njihove družinske člane.

Obveznost nekaterih ljudi,
ki so v zavarovanje vključeni, je,
da za zavarovanje plačajo denar.
Reče se, da **plačajo prispevek**.

Določeno je:

- Kateri ljudje morajo biti vključeni v zavarovanje.
- Kdo mora človeka prijaviti v obvezno zdravstveno zavarovanje.
- Kdo plačuje prispevek (ki je denar) za človeka, ki je zavarovan.
- Kakšno vrsto prispevka nekdo plačuje.
- Kako se določi in izračuna vrsta prispevka.
- Katere pravice in koliko pravic ima človek, ki je obvezno zdravstveno zavarovan.
- Drugo.

Zavarovanje plača tisti,
ki zagotavlja denar za preživetje.

Primer:

Delavcu obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje
njegov delodajalec, to je njegov šef.

Upokojencu obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje
Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

In podobno.



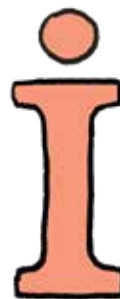
POMEMBNO

Zdravstveno zavarovani smo,
ko se **v zavarovanje prijavimo.**

Rečemo, da imamo pravico do zdravstvenih storitev.

Če zbolimo, se poškodujemo
ali imamo kake druge zdravstvene probleme,
zavarovalnica plača denar in
pokrije stroške zdravljenja.

To velja le, če smo ta čas zdravstveno zavarovani.



Poznamo več vrst zavarovanja.

Prvo je **obvezno zdravstveno zavarovanje.**

Obvezno zdravstveno zavarovanje spada pod

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
ima kratico ZZZS.

ZZZS pomeni **Z**avod za **Z**dravstveno **Z**avarovanje **S**lovenije.

V besedilu za

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
uporabljamo kratico ZZZS.

Ko smo zavarovani, imamo določene **pravice.**

Rečemo, da nam pravice pripadajo.

Več o pravicah boste izvedeli v naslednjih poglavjih.

Izvedeli boste:

- kako se **prijavimo v obvezno zavarovanje**,
kako **spremenimo zavarovanje** ali se **odjavimo iz zavarovanja**,
- o pravici do **izbire osebnega zdravnika**,
- o pravici do **zobozdravstvenih storitev**,
- o pravici do **zdraviliškega zdravljenja**,
- o pravici do **prevoza z reševalnimi in drugimi vozili**,
- o pravici do **zdravil in živil za posebne zdravstvene namene**,
- o pravici do **medicinskih pripomočkov**,
- o pravici do **zdravstvenih storitev v času začasnega bivanja v tujini**,
- o pravici do **načrtovanega zdravljenja v tujini**,
- o pravici do **nadomestila plače**,
- o pravici do **potnih stroškov**,
- o postopku ugotavljanja **začasne zadržanosti od dela – bolniške**,
- o pravici do **pritožbe**.

V zavarovanje se lahko človek prijavi.

To lahko stori sam zase ali ga prijavi kdo drug.

Kako se človek v zavarovanje prijavi,
boste izvedeli v naslednjih poglavjih.

Obvezno zdravstveno zavarovanje pa ne krije vseh storitev v zdravstvu. To pomeni, da je za nekatere storitve še vedno treba doplačati denar.

Obstaja še **prostovoljno zdravstveno zavarovanje**.

Prostovoljno zavarovanje imenujemo tudi

dopolnilno ali **dodatno** zavarovanje.

To sta 2 zelo različni vrsti zavarovanja.

Več o tem si lahko preberete:

[Kaj je zdravstveno zavarovanje? - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije \(zzzs.si\).](http://zzzs.si)

Dopolnilno ali dodatno zdravstveno zavarovanje pomeni, da za nekatere ali dodatne storitve plačamo **premijo**. Premija pomeni denar.

To storimo pri zavarovalnici, ki jo izberemo.

Ko plačamo premijo, nam ni treba plačati ali doplačati nekaterih storitev v zdravstvu.

To je v primeru, da obvezno zdravstveno zavarovanje ni dovolj.

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje lahko sklenemo pri zavarovalnicah:

- Generali zavarovalnica, d.d.
- Triglav, zdravstvena zavarovalnica, d. d.
- Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.

Kartica zdravstvenega zavarovanja





Kdor je zavarovan,
dobi kartico zdravstvenega zavarovanja.
Kartico dobi vsak,
ko si v Sloveniji
prvič uredi obvezno zdravstveno zavarovanje.
Za kartico ni treba plačati,
razen če jo izgubimo, poškodujemo ali uničimo.

Na kartici so:

- Podatki, ki jih vidimo in jih lahko preberemo:
ime in priimek človeka, ki je zavarovan,
številka njegovega zavarovanja,
številka kartice.
- Elektronsko zapisani pomembni podatki,
ki se ne vidijo na kartici.
Vidijo jih lahko le zdravstveni delavci,
ki jim kartico izročite.

Kartico pokažemo ko:

- gremo k zdravniku,
- dokazujemo in uveljavljamo svoje pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Nekaj nasvetov

Ko greste k zdravniku ali drugemu zdravstvenemu delavcu, imejte kartico vedno s seboj.



Na kartici so točni podatki, ki trenutno veljajo.

Pomembno je, da imate zavarovanje urejeno.

Poskrbite in bodite pozorni, da imate urejeno obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje.

Če ne boste imeli urejenega
obveznega ali prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja,
boste morali zdravstvene storitve doplačati ali plačati v celoti.
Razen v primeru nujne medicinske pomoči.
A o tem boste več izvedeli v nadaljevanju.

Kdaj morate naročiti novo kartico?

Če kartico zgubite.
Če se kartica poškoduje.
Če se spremenijo podatki,
ki se vidijo na kartici (na primer priimek).

Kje naročite novo kartico?

Kartico naročite na spletni strani
(<https://zavarovanec.zzzs.si>)
ali najbližji enoti ZZZS.
Rabili boste dokument: osebno izkaznico ali potni list.
Novo kartico boste prejeli po pošti v 14 dneh.
To sta 2 tedna.
Za ta čas pa boste prejeli pisno potrdilo,
ki za ta čas velja namesto kartice.

Kartica je osebni dokument.
Pazite nanjo.
Če kartico izgubite,
vam jo ukradejo ali
jo poškodujete,
boste novo kartico plačali sami.

Prijava, odjava in sprememba obveznega zavarovanja



Kaj je to obvezno zdravstveno zavarovanje,
smo izvedeli že v uvodu.

V obvezno zdravstveno zavarovanje se prijavimo.

Človek, ki je v zavarovanje prijavljen, je zavarovan.

Poleg človeka, ki je zavarovan,

so lahko zavarovani tudi njegovi družinski člani.

Rečemo, da so zavarovani po njem ali preko njega.

Družinski člani, ki so lahko zavarovani po zavarovancu, so:

- otroci,
- zakonec,
- zunajzakonski partner
- bratje, sestre, starši in vnuki, če jih zavarovanec preživlja.

Kdo se prijavi v obvezno zavarovanje?

Da se v zavarovanje prijavimo,
moramo imeti pogoje.

Pogoji so:

- Smo **v delovnem razmerju**.
To pomeni, da imamo službo in delodajalca.
- Opravljamo **samostojno dejavnost**.
To pomeni, da smo samostojni podjetnik.
Rečemo tudi privatnik različnih poklicev.
- Smo **kmet**.
- Smo **družbenik, če smo poslovodna oseba**.
To pomeni, da smo zagotovili denar
za podjetje in ga vodimo (smo direktor).
- Smo **prejemnik različnih socialnih dajatev**.
To pomeni, da od države
prejemamo neko socialno pomoč v obliki denarja.

- Imamo kak **drug dohodek**.
- Imamo **stalno prebivališče v Sloveniji**,
nimamo pa prej naštetih pogojev.

Ti pogoji so zapisani tudi v zakonu.

Zakon se imenuje:

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zakon najdemo na spletu:

[Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju \(ZZVZZ\) \(pisrs.si\)](http://pisrs.si).

Zakon ima tudi kratico: ZZVZZ.

V tem zakonu, ZZVZZ, je določeno tudi:

- Kdo se mora obvezno zavarovati.
Reče se, kdo je zavarovana oseba
- Kdo mora zavarovano osebo prijaviti.
Reče se, kdo je zavezanec za prijavo.
- Kdo zavarovanje plača.
Reče se, kdo je zavezanec za plačilo prispevka.
- Koliko denarja plača za zavarovanje.
Reče se, kakšna je višina plačanega prispevka.
- Kakšna je vrsta prispevka.
Na primer, ali je to zavarovanje
za poškodbe pri delu in
poklicne bolezni za vse pravice ali pa
zavarovanje za bolezni in
poškodbe izven dela in za katere pravice.
Izven dela je za čas, ko nismo v službi.
- Določene so tudi pravice.

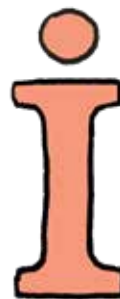
POMEMBNO

Družinski člani, ki so vključeni
v obvezno zdravstveno zavarovanje
preko zavarovanca,
prispevka ne plačujejo.

Kdor prijavi, ta plača.

**V zavarovanje osebo vedno prijavi tisti,
ki zavarovanje plača.**

To je določeno v zakonu.



So pa tudi izjeme.

Poglejmo si nekaj primerov.

Osebe, ki so **zaposlene**,

v zavarovanje na primer **prijavi** in **plača delodajalec**.

Delodajalci morajo zaposlenega
prijaviti prvi dan zaposlitve.

Pomembno je, da ga prijavijo,
preden začne delati na delovnem mestu.



Če oseba **dobiva socialni prejemek
od centra za socialno delo**,

lahko pravico do obveznega zdravstvenega zavarovanja
uveljavlja na centru za socialno delo.

Zavarovanje mu plača država.

Nekateri si zavarovanje plačajo **sami**.

Sami se tudi prijavijo v zavarovanje.

To so **kmetje, samostojni podjetniki**
in **privatniki različnih poklicev**.

To so tudi **ljudje, ki imajo stalno prebivališče v Sloveniji**
in si prispevke plačajo sami.

Za **družinske člane** pa velja tako:

- otroka prijavi eden od staršev,
- zakonca prijavi zakonec in podobno.

To je treba narediti 8 dni od začetka pogojev za zavarovanje.

Razen, ko se rodi otrok – **novorojenček**.

Rečemo, da je novorojenček izjema.

Prijavita ga oče ali mama.

Časa za prijavo imata 60 dni od dneva, ko se otrok rodi.

Mama ali oče ga morata

v obvezno zavarovanje prijaviti

v roku 2 mesecev.

Če se je otrok rodil 1. maja,

ga morata isto leto prijaviti do 30. junija.

Do takrat otrok še nima zdravstvene kartice na svoje ime.

Do takrat za otroka starši uporabljajo svojo kartico.

Po roku dveh mesecev

pa mora tudi otrok imeti svojo kartico,

mora biti prijavljen.

Prijava, odjava in sprememba zavarovanja

Prijave, odjave in spremembe ureja

prijavno-odjavna služba

ZZZS.

Prijave, odjave in spremembe je treba javiti ZZZS v 8 dneh.

Za prijavo v zavarovanje je določen postopek.

Kako se prijavimo?

Poslovneži,

ki so vpisani v Poslovni register Slovenije,

se prijavijo **v elektronski obliki**, preko spleta.

To naredijo na spletnem portalu

SPOT za podjetja in podjetnike.

Fizične osebe pa se prijavijo **v pisni obliki.**

Za to je poseben obrazec.

Reče se mu **obrazec M.**

Kupite ga lahko **v knjigarnah in papirnicah.**

Dobite ga tudi **na spletni strani.**

Na spletni strani ga lahko izpolnite

in si ga doma natisnete.

Natisne vam ga lahko tudi kdo drug.

Obrazec za prijavo pošljete po navadni pošti.

Na tak način naredimo tudi **odjavo in spremembe.**

Zraven obrazca je potrebno oddati

še dokumente in dokazila,

iz katerih se vidi, da oseba ima pogoje za zavarovanje.

Iz zavarovanja se lahko tudi odjavimo.
Tudi za to je poseben postopek.
Zavarovanje lahko
po posebnem postopku tudi spremenimo.

Ko smo zavarovani,
lahko koristimo storitve zdravstvenega zavarovanja.
Katere pravice iz zdravstvenega zavarovanja lahko koristimo,
bomo izvedeli v naslednjih poglavjih.

Izbira osebnega zdravnika



Ko smo obvezno zdravstveno zavarovani,
si lahko izberemo osebnega zdravnika.

Izberemo si lahko:

- **zdravnika splošne medicine,**
- **zobozdravnika.**

Ženske si lahko izberejo zdravnika **ginekologa**.

Otroci in mladi do 19 let

Zdravnik splošne medicine za otroke in mlade do 19 let je:

- specialist pediater,
- specialist šolske medicine oziroma družinske medicine.

Zobozdravnik za otroke in mlade do 19 let
skrbi za zobe otrok in mladine.

Odrasli

Zdravnik splošne medicine za starejše od 19 let je:

- specialist splošne medicine
oziroma družinske medicine ali
- specialist medicine dela prometa in športa.

Osebnega zdravnika si izberemo sami.

Izbiramo med zdravniki v zdravstvenem domu.

Izbiramo med zasebnimi zdravniki, ki imajo pogodbo z ZZZS.

Navadno si zdravnika izberemo v kraju, kjer živimo.

Zdravnika si lahko izberemo tudi v drugem kraju.

Takrat nimamo pravice do povračila potnih stroškov.

Razmislimo, kdo nam najbolj ustreza.

Kako izberemo osebnega zdravnika?

Pri izbranem zdravniku izpolnimo poseben dokument – listino.

Dokument podpišemo.

Za otroka, ki še ni star 15 let,
dokument izpolnijo in podpišejo njegovi starši.
Če otrok staršev nima,
dokument podpiše njegov varuh ali skrbnik.



Seznam zdravnikov

Seznam zdravnikov je napisan v čakalnici ali zdravstveni ordinaciji.
Seznam zdravnikov najdemo tudi na spletni strani ZZZS.

Pravica do menjave osebnega zdravnika

Če z osebnim zdravnikom nismo zadovoljni, imamo pravico, da ga zamenjamo.
Zamenjamo ga lahko po 1 letu.
To naredimo tako, da pri novem zdravniku izpolnimo in podpišemo poseben dokument – listino.
Pri tem nam ni treba povedati, zakaj bi radi menjali zdravnika.

Zdravnika lahko včasih zamenjamo tudi prej

Zdravnika lahko zamenjamo tudi prej kot po 1 letu.

To je takrat, kadar je naš izbrani zdravnik odsoten več kot 3 mesece skupaj.

To je, če je izbrani zdravnik šel na primer na delo v drug kraj.

Tega zdravnika lahko spet izberemo, ko se vrne na delo v naš kraj.

Novega zdravnika si izberemo tudi, če je naš zdravnik:

- se upokojil,
- umrl ali
- se zaposlil drugje.

Osebnega zdravnika lahko zamenjamo prej kot v 1 letu tudi, če:

- smo se z zdravnikom skregali in mu več ne zaupamo,
- nam to predlaga zdravnik,

to je, kadar mi sami ne spoštujemo navodil ali postopkov zdravljenja ali se do zdravnika nesramno obnašamo,

- se preselimo v drug kraj za dlje časa ali za stalno,
- Zdravniška zbornica ali Ministrstvo za zdravje ugotovita,

da postopki zdravljenja našega zdravnika niso strokovni in zdravniku ne zaupajo.

Postopek zamenjave je isti, kot če zamenjamo zdravnika po 1 letu.

Na posebnem dokumentu pa napišemo,
zakaj želimo zamenjati zdravnika.

Včasih tudi zdravnik zahteva zamenjavo.

Če zamenjavo zahteva zdravnik,
se ta naredi **sporazumno**.

To pomeni, da se mi in zdravnik
strinjamo z zamenjavo
ali pa o zamenjavi odloči ZZZS.

Ko si izberemo novega,
mora prejšnji zdravnik
poslati medicinsko dokumentacijo
novemu zdravniku.

Če se zdravnik in pacient
ne moreta dogovoriti o izbiri ali prekinitvi,
je potrebno dati pisno vlogo na ZZZS.
ZZZS nato v upravnem postopku
odloči in izda odločbo.

Pravice pri zobozdravniku





Ko smo zavarovani, imamo pravico do:

- **osebnega zobozdravnika** ali
- **zobozdravnika specialista.**

Zobozdravnik specialist je tisti zobozdravnik, za katerega potrebujemo **napotnico**.

Na primer paradontolog, ortodont, maksilofacialni kirurg in drugi.

Lahko gremo torej k osebnemu zobozdravniku. Lahko gremo tudi k zobozdravniku specialistu, če nas k njemu napoti naš osebni zobozdravnik.

Osebni zobozdravnik je tisti zobozdravnik, pri katerem imamo kartoteko.

Osebni zobozdravnik je tisti, h kateremu redno hodimo.

Pravico do zobozdravstvenih storitev
uveljavljamo.

To pomeni, da:

- se naročimo na pregled ali
- nas na pregled z napotnico napoti
naš zobozdravnik ali drug zdravnik.

Ko smo zavarovani, imamo tudi pravico,
da nas lahko pregleda drug zobozdravnik,
ki ni naš osebni zobozdravnik.

A le v primeru, če potrebujemo **nujne** storitve.

Nujno je, ko imamo hude bolečine
ali močne krvavitve, ki se ne ustavijo.

Nujno je, ko imamo hudo poškodbo zoba,
gnojno vnetje zoba in podobno.

POMEMBNO

Za nenujne storitve moramo plačati,

če jih ne uveljavljamo

pri svojem ali napotnem zobozdravniku.

Nenujno je na primer brušenje zobnega kamna.



Zavarovana oseba

lahko uveljavlja pravice

do zdravljenja zobnih in ustnih bolezni:

- **Pravica do pregleda.**

Pregled lahko zahtevamo enkrat na leto.

- **Zdravljenje zob:**

polnitev zoba,

nadgrajevanje zoba,

rentgensko slikanje za pregled in

ugotavljanje stanja zobovja ali kosti čeljustnic,

zdravljenje vnetih in drugih sprememb ustne sluznice ter

operacije in posegi za ta namen.

Rečemo jim oralnokirurške maksilofacialne storitve.

- **Zobne prevleke, zobne proteze** in podobno.

Temu rečemo zobnoprostetični pripomočki.

- **Kontrolni pregled** 6 mesecev po končanem konzervativnem ali zobnoprostetičnem zdravljenju.

- **Obturatorji,**

ki zapirajo kako prirojeno ali pridobljeno odprtino v ustih, ter **opornice** pri paradontopatijah.

Kakšne so te storitve,

se lahko pozanimamo pri svojem zobozdravniku.

Pravico do zobozdravnika imajo tudi:

- otroci, ki še ne hodijo v šolo,
- vsi učenci in
- študenti do 26. leta starosti.

Otroci, učenci, študenti imajo pravico do:

- Preventivnih zobozdravstvenih pregledov.
- Čiščenja zobnih oblog.
- Osebe do 18. leta imajo pravico do ortodonta oziroma pravico do izdelave ortodontskega aparata. To je, če imajo srednjo, težjo ali težko obliko nepravilnosti zob ali čeljusti.
- Tudi osebe po tej starosti imajo to pravico, a so za to točno določeni pogoji.

Kaj so še naše pravice?

Zobozdravnik včasih naredi:

zalivke, krone, prevleke, mostičke in podobno.

Preden to naredi, nam mora povedati, kateri material bo uporabil.

Pri obveznem zavarovanju

dobimo najcenejši material za zalivke.

To velja tudi za prevleke, krone, mostičke in proteze.

Rečemo, da dobimo **standardni** material.

Vsak človek lahko zahteva tudi drug material, ki mu bo bolj ustrezal.

Rečemo, da je upravičen do drugega materiala.

Če zavarovana oseba želi drug material, mora zobozdravnik povedati,

koliko denarja bo morala doplačati.

Oseba mora to potrditi tako, da se podpiše.

Če pa je oseba na material alergična,
je upravičena do materiala, ki ji ustreza.
Takrat ga ni treba doplačati.

Preden zobozdravnik začne z delom
zalivk, plomb, mostičkov in podobno,
mora biti oseba zavarovana vsaj 6 mesecev.
To je pogoj, da osebi ni treba plačati.
Ta pogoj pa ne velja,
če se je oseba
poškodovala pri delu ali zbolela zaradi poklica.
Takrat osebi ni treba doplačati.

Katere so zobnoprostetične storitve,
do katerih ima zavarovana oseba pravico?

- Prevleka
- Nazidek z zatičkom
- Vlite zalivke
- Mostiček
- Delna proteza
- Totalna proteza
- Zobni vsadki

Mora pa oseba izpolnjevati točno določene pogoje.
Ti so natančno zapisani v

Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Preden zobozdravnik ali protetik
začne delati nekatere
zahtevnejše zobnoprostetične pripomočke,
mora o tem obvestiti ZZZS.
Poslati jim mora načrt,
kako bo naredil zobnoprostetični pripomoček.
Vsak zobnoprostetični pripomoček
ima garancijsko dobo.
Od dneva, ko je zobnoprostetični pripomoček narejen,
prične teči garancijska doba.
Odvisno od pripomočka.
Če je v času garancijske dobe treba kaj popraviti,
je zobozdravnik dolžan to popraviti brez plačila.

Ko je garancijske dobe konec,
izdelavo novega pripomočka plača ZZZS.
ZZZS plača popravilo tudi,
kadar med garancijo pride do kakih sprememb,
na primer, da pripomoček ne ustreza več.

Če pa se pripomoček uniči, poškoduje ali izgubi
in je za to kriva oseba sama,
ga mora tudi sama popraviti in
plačati popravilo ali plačati novega.

Po nekem času
lahko zamenjamo zobozdravstvene pripomočke
na račun ZZZS.

To je pri vsakem pripomočku različno.
Rečemo, da ima pripomoček trajnostno dobo.

Včasih se nam lahko godi krivica.
Če menimo, da nimamo vseh pravic
ali bi radi uveljavljali pravico brez doplačila,
moramo dati pisno vlogo
pri ZZZS.

Ko bodo odločili o naši pravici,
nam bodo o tem poslali odločbo.

Pravica do zdravljenja v zdravilišču





Ko smo zavarovani, je naša pravica,
da se zdravimo v zdravilišču.

V zdravilišču se zdravimo zaradi bolezni ali poškodbe.

Bolezni in poškodbe za zdravljenje v zdravilišču
so zapisane v pravilih, ki trenutno veljajo.

O tej pravici odloča ZZZS.

Zdraviliško zdravljenje predlaga zdravnik.

To je lahko zdravnik,
ki nas zdravi v bolnici,
ali naš osebni zdravnik.

Zdravnik nas predlaga za zdraviliško zdravljenje.

Zraven mora dati **medicinsko dokumentacijo**.

Medicinska dokumentacija
so papirji od bolezni ali poškodbe.



Zdravnik oceni,
kako se nam bo stanje
po zdravljenju v zdravilišču izboljšalo.
Dokazati mora tudi,
da nam zdravljenje ne bo škodovalo.
To bi se lahko zgodilo zaradi kakih drugih naših bolezni.
Zdravnik vso dokumentacijo pošlje ZZZS.
ZZZS nam pošlje odločbo.
Odločbo dobimo v 8 ali 5 dneh.

V odločbi napišejo, ali bomo lahko šli na zdravljenje.

Če zdravljenje odobrijo, v odločbi piše:

- Kakšna je vrsta zdravljenja.
 - Kakšna je oblika zdravljenja.
 - Kako dolgo bo zdravljenje trajalo.
 - Odločijo se tudi o zdravilišču.
- Če je mogoče, upoštevajo našo željo.

Zdravljenje v zdravilišču traja 10 ali 14 dni.
To je 2 tedna.
Včasih se podaljša do 21 dni. To so 3 tedni.
To je takrat,
če bi se nam zdravje po 21 dneh zelo izboljšalo.

Če zdravljenja ne odobrijo,
v odločbi napišejo, zakaj ne.

Po zdravljenju se včasih bolezen spet poslabša.
Če se to zgodi,
lahko spet gremo na zdravljenje v zdravilišče.
Za isto stvar nam zdravljenje pripada vsaki 2 leti.
Otrokom za isto stvar zdravljenje pripada vsako leto.
Imeti moramo pogoje.
O pogojih vedno odloča ZZZS.

Včasih na zdravljenje ne moremo iti.
Mogoče ravno takrat zbolimo.
Mogoče imamo kake druge upravičene razloge.
Če se to zgodi, moramo obvestiti ZZZS.
Če se oni strinjajo, lahko gremo v zdravilišče kasneje.
Vseeno moramo iti v roku 3 mesecev.

Pravica do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili





Ko smo zavarovani,
imamo pravico do prevoza z reševalnim vozilom.
To je takrat, kadar smo zelo bolni.
Do zdravnika je daleč in
moramo do njega potovati.
Na primer,
ko bolnik k zdravniku ne more
z vozilom, avtobusom ali vlakom.

Prevoz lahko koristimo od stalnega prebivališča.
To je od tam, kjer živimo.
Prevoz lahko koristimo do
najbližjega ustreznega zdravnika in nazaj.

Imamo pravico do **nujnega** in **nenujnega** prevoza.

Kaj je nujni prevoz, je zapisano.

Nujno je, ko mora človek dobiti zdravniško pomoč takoj.

To je na primer, če je treba človeka reševati
z gora, morja, iz voda, jam.

Kaj je nenujni prevoz, je zapisano.

Nenujni prevoz je,

kadar bi lahko

prevoz z avtobusom ali vlakom človeku škodil.

Nenujni prevoz je,

če je oseba nepokretna in se ne more gibati.

Nenujni prevoz je tudi,

kadar gre nepokretna oseba na dializo in nazaj.

Nenujni prevoz je tudi takrat,

kadar mora zraven bolnika iti zdravstveni delavec.

Nenujni prevoz je tudi, ko se osebo premesti:

- v drugo bolnišnico,
- iz bolnišnice v zdravilišče,
- iz bolnišnice ali zdravilišča na dom ali
- od specialista na dom.

Da je prevoz z reševalnim vozilom nujen,
določi naš zdravnik.
Ali pa zdravnik specialist.
Nujni prevoz lahko odobri tudi zdravnik,
ki je reševal ali sodeloval pri reševanju.
Ali pa zdravnik, ki nas je sprejel na zdravljenje.
Za nenujni prevoz zdravnik napiše poseben papir.
Reče se, da izda listino.

Včasih moramo
prevoz z reševalnim vozilom plačati sami.
To je takrat, ko tak prevoz naročimo sami.
Ali pa ga za nas naroči kdo drug,
ki ni zdravnik.
Tak prevoz morda ni bil potreben zaradi našega zdravja.
Zdravnik, ki nas je sprejel,
pa potem mogoče ugotovi,
da je bil prevoz potreben.
Če je bil za nas prevoz potreben,
to potrdi s pismom.
V takem primeru moramo
na ZZS dati Vlogo za povračilo stroškov.
Mogoče bomo dobili denar nazaj.

Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene





Zdravila in živila za poseben zdravstveni namen
dobimo na recept.

Ko smo obvezno zavarovani,
nam jih ni treba plačati.

Ali pa plačamo le del denarja.

Predpiše nam jih osebni zdravnik.

Ali zdravnik specialist.

Zdravila

Zdravil na recept je več vrst.

Za zdravila na recept imamo več vrst seznamov.

Seznamu se reče tudi **lista**.

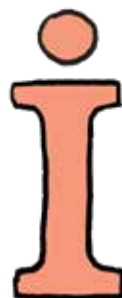
Poznamo:

- pozitivno listo,
- vmesno listo,
- seznam medsebojno izmenljivih zdravil,
- seznam terapevtskih zdravil,
- nerazvrščena zdravila.

Zdravila plača zavarovalnica ali pa mi sami.
Odvisno, na katerem seznamu je zdravilo.
Nekatera zdravila **plačamo sami**.
To so **nerazvrščena zdravila**.
Teh zdravil ni na nobenem seznamu.
Zdravstveno zavarovanje jih ne plača.
Tudi ta zdravila predpiše zdravnik,
ampak jih plačamo sami.
Reče se, da so to **samoplačniška zdravila**.
Rečemo, da zdravnik napiše **beli recept**.
Za nekatera zdravila, ki jih plačamo sami,
pa ne potrebujemo recepta.

POMEMBNO

Zdravnik napiše recept za zdravilo.
Na recept napiše ime zdravila.
ZZSZ zdravilo plača v celoti ali le del.
Drugi del plača
naša prostovoljna zdravstvena zavarovalnica
ali pa sami.
Lahko pa vse plačamo sami.
To je odvisno od tega,
na katerem seznamu je zdravilo in
če imamo prostovoljno zavarovanje.



Zdravnik nam pove:

- kako jemljemo zdravilo,
- kakšne težave se lahko ob tem pojavijo.

Težavam rečemo stranski učinki.

Če jemljemo več zdravil hkrati,
bo zdravnik povedal in napisal tudi:

- seznam zdravil in
- navodilo, kako jih jemati.

Obnovljivi recept

Zdravnik nam lahko napiše tudi obnovljivi recept.

To je recept, ki velja za 1 leto.

Na tak recept lahko dvignemo v lekarni
zdravila 4-krat na leto.

To je na vsake 3 mesece.

Ko tak recept dobimo,
moramo prvo zdravilo dvigniti v roku 1 meseca.

Za vsa zdravila ni takega recepta.

To ni možno na primer za:

- pomirjevala,
- uspavala in
- protibolečinska zdravila z opiodi.

Kdaj ali zakaj moramo nekatera zdravila doplačati?

Zdravnik napiše na recept ime zdravila.

Pomembno je, kaj napiše.

Na recept lahko napiše splošno ime zdravila.

V lekarni bomo brez doplačila
dobili najcenejše zdravilo na trgu.
Vsa zdravila, ki imajo splošno ime, imajo isti učinek.
Če bomo želeli drugo zdravilo/zdravilo s točno določenim
imenom,
ki bo podobno, a z drugim učinkom,
bomo morda morali doplačati.

Za nekatera zdravila je treba doplačati

Včasih nam zdravnik predpiše zdravilo,
za katero je treba doplačati.
Prej nas mora vprašati, ali se s tem strinjamo.
Reče se, da moramo dati svoje soglasje.
Če ne želimo doplačati tega zdravila,
bo zdravnik predpisal **enakovredno zdravilo**,
ki ga ne bo treba doplačati.
Enakovredno zdravilo
ima enak učinek pri zdravljenju,
a drugačno ime.

Primer:

Neko zdravilo,
ki nam ga je zdravnik napisal na recept,
moramo v lekarni doplačati.
Farmacevt nam lahko
zamenja zdravilo za tako,
ki ga ni treba doplačati.
Deluje pa na enak način, zdravi iste stvari.
S tem se moramo strinjati.



Nekatera zdravila in živila
lahko zdravnik napiše na recept brez doplačila.
To so posebni primeri,
ki so natančno določeni.

Beli recept nam bo zdravnik napisal
tudi v naslednjih primerih:

- če obiščemo samoplačniško ambulanto
- če zdravnik predpiše zdravilo, ki ni na listi zdravil,
- če zdravnik predpiše zdravilo, ki je na listi zdravil,
vendar ne izpolnjujemo vseh pogojev,
- če smo zdravila izgubili ali pozabili doma,
ko smo šli na dopust,
- če smo uničili ovojnino,
če smo obiskali službo za nujno medicinsko pomoč,
pa v resnici ni šlo za nujno stanje.

Samoplačniška ambulanta pomeni,
da storitev v tej ambulanti ne plačuje ZZZS.

Ovojnina je embalaža ali ovitek.

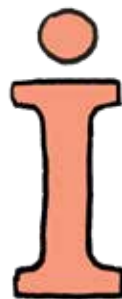
Služba za nujno medicinsko pomoč je urgencia.

Za zdravila, ki jih zdravnik napiše na beli recept, ne moremo uveljavljati povračila stroškov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Razen izjeme.

Izjema je, kadar so ta zdravila za zdravljenje hude bolezni, pa jih ni mogoče dobiti v Sloveniji.

Torej v Sloveniji ni primernega zdravila za zamenjavo.



Kje lahko dobimo zdravila v Sloveniji?

Zdravila lahko dobimo v katerikoli lekarni v Sloveniji.

Pomembno je,

da ima lekarna pogodbo z ZZSZ.

Farmacevt, ki dela v lekarni, nam bo povedal:

- kako jemljemo zdravilo, rečemo, da nas pouči,
- kako razporedimo jemanje zdravil, na primer pri obrokih in podobno.

Tudi vi ga lahko vprašate za nasvet:

na primer, kako jemati prehranske dodatke

ali zdravila, ki ste jih v lekarni kupili brez recepta.

Živila na recept

Zdravnik vam lahko na recept predpiše tudi živila.

Reče se, da so to

živila za posebne zdravstvene namene.

Recept napiše pooblaščen zdravnik.

Plača pa jih ZZZS.

Tudi za to so posebej določena in zapisana pravila.

Za živila na recept imamo **3 skupine**:

1. Živila za posebne zdravstvene namene.

Na primer za ljudi, ki imajo motnje v presnovi.

Teh živil ni treba plačati.

Morajo pa biti izpolnjeni točno določeni pogoji.

Določeni so tudi razlogi,

zakaj oseba taka živila potrebuje.

ZZZS jih plača v celoti.

2. Živila za otroke,

ki imajo hude alergije na hrano ali

hrano zelo slabo prenašajo.

Za ta živila je včasih treba nekaj doplačati.

Najprej dajo mnenje na Pediatrični kliniki v Ljubljani.

Potem jih predpiše osebni otroški zdravnik.

3. Živila za bolnike,

ki se jim je kronična bolezen zelo poslabšala.

Mogoče so hudo telesno izčrpani.

Včasih so izčrpani od zdravljenj in terapij.

Za te osebe so taka živila nujna.
Izboljšajo kakovost življenja
in uspeh zdravljenja.
Zavarovalnica plača denar
do določene cene živila.
Na primer, predpisan je določen znesek za prašek.
Če prašek za bolnika stane več,
mora oseba sama doplačati denar.
To je v pravilniku določeno
za vsako živilo posebej.
Ta živila predpišejo zdravniki specialisti,
strokovnjaki za določeno področje.
Predpišejo jih lahko tudi
osebni zdravniki in pediatri.

Pravica do medicinskih pripomočkov



Medicinski pripomočki so potrebni
za zdravljenje in **medicinsko rehabilitacijo**.
Medicinski pripomočki nam
pomagajo pri gibanju in vsakdanjem življenju.
Ljudem izboljšajo življenje.
Medicinska rehabilitacija je pomoč,
da si oseba spet popravi zdravje.
Da se usposobi za normalno življenje.

Kdor je obvezno zdravstveno zavarovan,
ima pravico do naslednjih medicinskih pripomočkov:

- Proteze udov.

To so proteze za roke ali dlani.

To so proteze za noge ali stopala.

- Estetske proteze.

Rečemo jim obrazne proteze.

Te proteze se najbolj vidijo.

To so proteze za nos ali uho.

- Ortoze za stabiliziranje udov in hrbtenice.

To so opornice.

Uporabljajo se za pravilno držo.

Poznamo jih več vrst.

Na primer za hrbtenico.

Ali kolenska opornica in podobno.

- Ortopedska obutev.

To so ortopedski čevlji.

Ortopedski čevlji se naredijo
po meri vsakega posameznika.

Potrebujejo jih ljudje,
ki imajo na primer eno nogo krajšo od druge.

- Vozički ter ostali pripomočki za gibanje, stojo, sedenje.

To so pripomočki za ljudi,
ki ne morejo hoditi.

Na primer invalidski voziček na ročni pogon,
električni skuter,
električni voziček,
hodulja in podobno.
Vozičkov je več vrst.



- Električni stimulatorji in ostali aparati za podporo pri dihanju.

Eni ljudje ne morejo sami dihati.

To je zaradi bolezni ali težkih nesreč.

Pomagajo si z napravami,
naprimer z napravo za dodajanje kisika.
Taka naprava je tudi koncentrator kisika.

- Pripomočki za nego na bolnikovem domu,
na primer postelje z dodatki,
sanitarni pripomočki, blazine proti preležaninam.

To so pripomočki, kot so:

bolniška postelja, sobno dvigalo,
hodulja in podobno.

To so tudi pripomočki,
ki jih invalid potrebuje
za osebno nego v kopalnici ali stranišču.

Na primer stol za tuširanje,
nastavek za WC-školjko in podobno.

Te pripomočke si lahko tudi izposodimo.

- Kilni pasovi.

Kilni pas je pas za oporo
trebušne stene pred operacijo.

- Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča in blata.

Nekateri ljudje ne morejo zadržati urina.

Za vsakodnevno življenje potrebujejo plenice.

Ali pa dobijo vrečke za urin.

- Pripomočki pri stomi.

Stoma je odprtina,
skozi katero se blato ali urin odvaja v posebno vrečko.

Ko je vrečka polna do polovice, se jo izprazni ali zamenja.

- Pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni.

Sladkorna bolezen je kronična bolezen.

Ljudje se zdravijo z dieto, s tabletami ali inzulinom.

Vsak dan si merijo sladkor v krvi.

Za merjenje sladkorja obstajajo posebni aparati.

- Kanile.

Kanila je umetna cevka za dihanje.

Preko kanile bolnik diha.

- Pripomočki za slepe in slabovidne.

Slepi ljudje potrebujejo posebne pripomočke.

Za hojo potrebujejo palico za slepe.

Pri branju si pomagajo s prsti.

Pisavi, ki se bere s prsti, rečemo Braillova pisava.

- Pripomočki za izboljšanje vida.

To so na primer očala.

Ali kontaktne leče za oči.

- Pripomočki za sluh in govor.

To so slušni aparati.

Slušnih aparatov je več vrst.

- Obvezilni material in ostali medicinski pripomočki.

To so kompresije/komprese, povoji in podobno.

Kompresam rečemo tudi gaze.

Tak material so na primer tudi lepilni traki.

Obstajajo različni sezname medicinskih pripomočkov.

Vsak medicinski pripomoček ima svojo šifro.

Šifra je številka.

Zdravnik na naročilnico za medicinski pripomoček vpiše

šifro oziroma številko.

Ta številka pove,

za kateri medicinski pripomoček gre.

Medicinski pripomoček navadno sami prevzamemo v lekarni ali specializirani prodajalni.

Pri tem moramo imeti s seboj naročilnico zdravnika.

Podrobnosti najdete na spletu:

[Podrobnosti - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije \(zzzs.si\)](http://zzzs.si).

Obstaja nekaj posebnih pravic.

Posebne pravice imajo na primer slepi.

Slepi imajo pravico do psa vodiča.

Vsak medicinski pripomoček ima določeno:

- ceno,
- zdravstveno stanje, kateremu je namenjen,
- dobo trajanja.

Za pripomočke, ki jih zagotavlja ZZZS v lekarnah in specializiranih prodajalnah, ni treba plačati.

Kdor želi druge pripomočke, mora doplačati sam.

Če nam pripomoček zaradi zdravstvenega stanja ne ustreza, lahko dobimo takšnega, ki je ustrezen.

Če res rabimo nov ali drug pripomoček,
vedno ugotovi pooblaščen zdravnik.
Ali nam nov pripomoček pripada
pred iztekom dobe trajanja,
pa odloča ZZZS.

Vsak medicinski pripomoček
ima določeno dobo trajanja.
Na primer invalidski voziček
ima dobo trajanja 5 let.
To pomeni,
da imate po 5 letih pravico do novega vozička.

Med tem časom,
dokler pripomoček uporabljate,
imate pravico tudi do **prilagoditve** pripomočka.
Enkrat na leto lahko voziček peljete na servis.
Servis uredite tam, kjer ste voziček dobili.

Kdaj imamo pravico do novega pripomočka?

Preden se doba trajanja pripomočka izteče,
imate pravico do novega medicinskega pripomočka.
ZZZS mora potrditi,
da se je spremenilo vaša zdravstveno stanje.
Pravico do novega ustreznega pripomočka imate tudi,
če je pripomoček v okvari.
Ali pa če to ugotovi zdravnik.
Ko uveljavljate pravico do pripomočka,
morate biti pred tem od 3 do 6 mesecev

prijavljeni v obvezno zdravstveno zavarovanje.
Razen v primeru poškodbe pri delu ali poklicne bolezni.

Poglejmo si še nekaj izrazov,
ki jih pogosto uporabljamo.

Funkcionalni pripomoček pomeni, da je uporaben.

Da ustreza svojemu namenu in uporabi.

Da se lahko uporablja v praksi.

Funkcionalni pripomoček pomeni,
da je uporaben
za določeno zdravstveno stanje.
Da ustreza svojemu namenu in uporabi.
Lekarna in specializirana prodajalna
mora imeti takšnega v pogodbi,
torej ga prejmete brez doplačila.

Nadstandardni pripomoček
je pripomoček v višjem standardu.
Če ga želite,
podpišete posebno izjavo
v lekarni ali specializirani prodajalni.
V tem primeru morate doplačati razliko
med zneskom, ki vam ga prizna
zdravstveno zavarovanje,
in dejansko ceno.

Zdravstvene storitve, ko začasno bivamo v tujini



Včasih začasno bivamo v tujini.

Rečemo, da v tujino potujemo za krajši čas.

V tujino gremo zaradi:

- študija
- potovanja in drugo.

V tujini smo za nek določen čas.

V času, ko smo v tujini,

imamo pravico do zdravljenja

in zdravstvenih storitev.

Te zdravstvene storitve so:

- **potrebno zdravljenje ali nujno zdravljenje in nujna medicinska pomoč.**

Potrebno zdravljenje nam zagotavlja več pravic v EU državah.

Nujno zdravljenje pa nam zagotavlja nekaj manj pravic v drugih državah, s katerimi ima Slovenija sklenjen meddržavni sporazum.

Pravica do zdravstvenih storitev v tujini se razlikuje od države do države.

V vseh državah ni enako.

Preden gremo v določeno državo, moramo urediti par stvari.

Poglejmo si nekaj primerov.



Države Evropske unije, Evropski gospodarski prostor, Švica

Ko gremo

v države članice Evropske unije in

Evropskega gospodarskega prostora ali

v Švico, moramo imeti

evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja.

Kaj je evropska kartica zdravstvenega zavarovanja in

kako jo dobimo,

pišemo na strani 64.



Če zbolimo ali se poškodujemo,

gremo k zdravniku ali v zdravstveno ustanovo.

Zdravniki in zdravstvene ustanove morajo biti

del javne, državne zdravstvene mreže.

Javna, državna zdravstvena mreža pomeni,

da ustanova omogoča

zdravstveno storitev za vse državljane.

Poiščemo take zdravstvene ustanove,

ki vsem državljanom zagotavljajo enake storitve.

To so na primer zdravstveni domovi, bolnišnice.

To so reševalne postaje in klinike.

V javni zdravstveni mreži so lahko tudi

zdravniki zasebniki.

Tam lahko uveljavljamo storitve zaradi zdravja.

Ob obisku jim moramo predložiti svojo

evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja.

Samo tako lahko uveljavljamo zdravstvene storitve

na brezplačen način ali z manjšim doplačilom.

Zdravniki v tujini upoštevajo tudi:

- kakšno zdravstveno storitev potrebujemo,
- kako dolgo približno bomo v tujini ali tuji državi.

Bosna in Hercegovina, Črna gora, Srbija

V Bosni in Hercegovini, Črni gori ali Srbiji

je treba najprej poiskati zdravstveno zavarovalnico.

Ta je običajno v kraju, kjer takrat bivamo.

Tam pokažemo:

- evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja in
- **spremni dopis** s podatki, ki so na naši evropski kartici.

Če je naše zdravljenje nujno,
najprej poiščemo zdravnika in ne zavarovalnice.
Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja in dopis damo
zdravniku ali zdravstveni ustanovi.
Zdravniki in zdravstvene ustanove morajo biti
del javne, državne zdravstvene mreže.

Severna Makedonija

Malo drugače je v Severni Makedoniji.

Pravico do nujnega zdravljenja
in nujne medicinske pomoči
uveljavljamo pri zdravniku ali v zdravstveni ustanovi.
To je prav tam.

Ni nam treba najprej obiskati zavarovalnice v kraju,
kjer začasno bivamo,
kot to velja v Bosni in Hercegovini, Črni gori in Srbiji.
Razen, če je nujno, seveda.

Moramo pa imeti:

- evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja in
- spremni dopis s podatki,
ki so na naši evropski kartici.

Avstralija

V Avstraliji potrebujemo:

- evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja,
- potni list.

Potnemu listu rečemo tudi pasoš.

Pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči uveljavljamo pri zdravnikih ali v zdravstvenih ustanovah, ki so del javne, državne zdravstvene mreže.

Če smo v Avstraliji stroške zdravljenja plačali sami, prav tako dobimo denar nazaj.

V kraju, kjer v Avstraliji bivamo, poiščemo organizacijo **Medicare**.

V Medicare damo

vlogo za zahtevek za povračilo stroškov.

Medicare

so nosilci zdravstvenega zavarovanja v Avstraliji.

Pomagali nam bodo.

V primeru, da tega ne storimo, nam ZZSZ stroškov ne more povrniti.

Ostale države

Če zbolimo ali imamo nesrečo v ostalih državah po svetu, imamo pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Storitve moramo najprej plačati sami.

Ko se vrnemo iz teh držav,
nam bo ZZZS vrnil denar,
ki smo ga porabili za te storitve.
Rečemo, da nam bo povrnil denar za storitve ali stroške.
ZZZS nam bo vrnil toliko denarja,
kot povprečno stanejo te storitve v Sloveniji.
Ko se vrnemo iz tujine,
na ZZZS nesemo ali pošljemo:

- zahtevek za povračilo stroškov,
 - originalne račune in
 - medicinsko dokumentacijo,
- ki smo jo dobili pri zdravljenju v tujini.



Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja

To je posebna kartica.

S to kartico imamo pravico
do zdravstvenih storitev v tujini.

Pravico uveljavljamo pri zdravnikih
in v zdravstvenih ustanovah v državah Evropske unije,
Evropskega gospodarskega prostora in Švici.

Pogoj je, da so zdravniki in zdravstvene ustanove del javne, državne zdravstvene mreže.
Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja naročimo.
Naročimo jo:

- na spletni strani www.zzzs.si ali
- prek mobilnega telefona ali
- pri ZZZS.

Kako do evropske kartice prek mobilnega telefona?

Pošljemo SMS-sporočilo.

Sporočilo pošljemo na telefonsko številko: 031 771 009.

V sporočilo napišemo EUKZZ.

Med velikimi tiskanimi črkami EUKZZ ne sme biti presledkov.

Potem vpišemo 9-mestno številko zavarovane osebe.

9-mestna številka zavarovane osebe je napisana na naši slovenski kartici zdravstvenega zavarovanja.

Kako do evropske kartice pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije?

Osebno

Evropsko kartico lahko osebno naročimo na ZZZS.

To pomeni, da gremo na ZZZS.

Zraven moramo imeti

slovensko kartico zdravstvenega zavarovanja,
ki je veljavna.

To pomeni,
da imamo urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje.
Evropska kartica za zdravstveno zavarovanje je brezplačna.
To pomeni, da nam kartice ni potrebno plačati.
Kartico dobimo po pošti na naš naslov.
Dobimo jo v 4 delovnih dneh od takrat,
ko smo jo naročili.

EMŠO pomeni Enotna Matična Številka Občana.
EMŠO je naša osebna številka,
s katero v Republiki Sloveniji potrdimo, kdo smo.

Po spletu

Kartico lahko naročimo tudi po spletu:

[ZZZS - Naročilo kartice zdravstvenega zavarovanja.](#)

Vpisati moramo **ime in priimek**,

EMŠO in **davčno številko** ali EMŠO in **ZZZS številko**.

Označiti moramo še, **zakaj naročamo novo kartico**.

Na koncu vpišemo svoj **elektronski naslov**

in **kliknemo na gumb – Potrdi**.

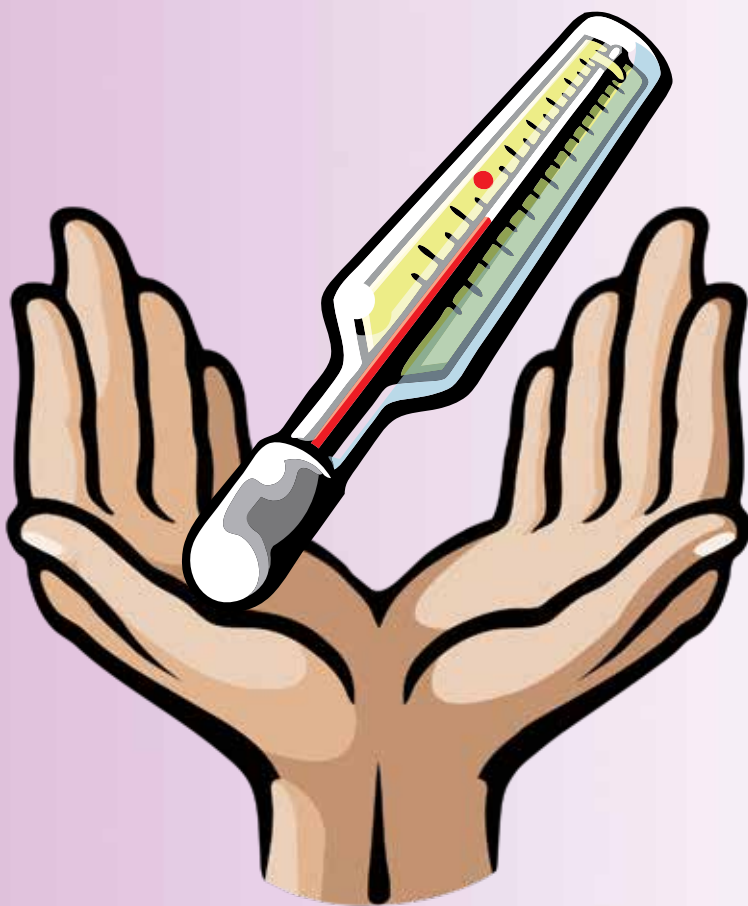
Na elektronski naslov bomo dobili sporočilo,

ki ga moramo **potrditi v roku 2 ur**.

Na isti elektronski naslov bomo dobili potrdilo,

ki začasno nadomešča kartico.

Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini





Pravica do načrtovanega zdravljenja v tujini pomeni, da imamo v tujini pravico do:

- pregleda,
- preiskave ali
- zdravljenja.

V primeru, da smo se v tujini že zdravili in tam za zdravstvene storitve plačali svoj denar, pa nam bodo ta denar vrnili.

Do zdravljenja v tujini imamo pravico, a zdravljenje v tujini mora biti načrtovano.

Načrtovano zdravljenje v tujini nam plača obvezno zdravstveno zavarovanje v 3 primerih:

- Kadar v Sloveniji nimamo več možnosti zdravljenja.
Reče se, da smo izčrpali vse možnosti.
- Kadar na zdravljenje predolgo čakamo.
Reče se, da smo presegli najdaljšo čakalno dobo ali pa razumni čas.
- Kadar gremo na zdravljenje v drugo državo članico Evropske unije in imamo za to napotnico.

Poglejmo si te primere bolj natančno.

**1. Pravica do zdravljenja v tujini,
kadar v Sloveniji nimamo več možnosti zdravljenja.
Ko smo izčrpali vse možnosti.**

To pravico imamo,

ko smo v Sloveniji poskusili vse možnosti zdravljenja
in ko pričakujemo, da:

- se nam bo zdravje po zdravljenju v tujini
- zagotovo izboljšalo,
- bomo z zdravljenjem v tujini preprečili,
- da bi še bolj zboleli.

Za napotitev na zdravljenje v tujino
ali pa za povrnitev stroškov zdravljenja
damo posebno vlogo.

To vlogo damo na ZZZS.

ZZZS prosi konzilij ustrezne klinike ali različne zdravnike,
da napišejo **mnenje**.

Na podlagi mnenja različnih zdravnikov
ZZZS napiše odločbo.

V odločbi odloči,

ali nam bodo odobrili vlogo za zdravljenje v tujini.

V odločbi ZZZS odloči tudi o stroških
za pot, bivanje in spremstvo.

Kaj je to konzilij?

Konzilij je posvet

2 ali več zdravnikov.

Posvetujejo se glede diagnoze in zdravljenja bolnika.

Kaj je to mnenje?

V mnenju je napisano:

- kakšno zdravljenje potrebujemo,
- ali v Sloveniji imamo možnost zdravljenja ali je nimamo več,
- kakšne so možnosti, da se nam zdravje v tujini izboljša oziroma ali lahko preprečimo poslabšanje,
- kje v tujini bi nas lahko zdravili ali pregledali,
- kakšno prevozno sredstvo je potrebno za naš pregled v tujini in
- ali potrebujemo spremstvo.

2. Pravica do zdravljenja v tujini,

kadar na zdravljenje predolgo čakamo.

Ko smo presegli najdaljšo čakalno dobo ali pa razumni čas.

V Sloveniji je za zdravljenje določena čakalna doba.

Čakalna doba pomeni,

kdaj bomo na vrsti za zdravljenje.

Čakalna doba je lahko za nas v Sloveniji predolga.

Kaj so predolge čakalne dobe,

je določeno v posebnem pravilniku.

V takem primeru imamo pravico do:

- pregleda, preiskave in zdravljenja v tujini ter
- povračila potnih stroškov za zdravljenje.

Tudi v tem primeru je potrebno dati vlogo na ZZZS.

V postopku ugotavljajo,

ali je bila presežena najdaljša čakalna doba.

Ugotavljajo, ali v Sloveniji ni drugega izvajalca,

ki bi lahko v **razumnem času** opravil zdravljenje.

V primeru, da je tako,

se zdravljenje odobri v:

- državi Evropske unije ali
- državi Evropskega gospodarskega prostora ali
- Švici.

Razumni čas pomeni čas,
v katerem se nam zaradi čakanja zdravstveno
stanje še ni poslabšalo.

Lahko pa čakalna doba ni presežena.

Ugotovi se, da je v Sloveniji vsaj 1 izvajalec,

ki lahko opravi zdravljenje v okviru najdaljše

dopustne čakalne dobe.

Takrat ZZZS ugotavlja, ali je presežen razumni čas.

Razumni čas je zdravljenje v času,

ko se zdravstveno stanje bolnika še ne poslabša.

O tem, kaj je za posameznega bolnika razumni čas,

dasta mnenje ustrezna klinika ali inštitut.

3. Pravica do zdravljenja v tujini, kadar gremo na zdravljenje v drugo državo članico Evropske unije in imamo za to napotnico.

V ambulantni ali pri zdravniku specialistu se lahko zdravimo tudi v drugi državi članici EU.

Za zdravljenje v drugi državi članici EU moramo praviloma imeti napotnico.

Napotnico dobimo pri zdravniku, ki nas zdravi v Sloveniji.

Za zdravljenje v drugi državi članici EU imamo pravico, da nam povrnejo stroške zdravljenja.

Stroške takega zdravljenja najprej plačamo sami.

Nato zahtevamo pri ZZZS, da nam stroške povrne.

A stroške nam vrnejo v višini cene takega zdravljenja v Sloveniji.

Stroškov za prevoz do kraja zdravljenja in stroškov za bivanje na ZZZS ne povrnejo.

Povračilo stroškov lahko zahtevamo tudi za zdravila ali medicinske pripomočke, ki jih kupimo v drugi državi članici EU.

Zdravnik v Sloveniji nam mora prej napisati recept za zdravilo ali naročilnico za medicinski pripomoček.

Nato pa lahko zahtevamo, da nam povrnejo stroške.

Stroške nam vrnejo v višini cene takega zdravila ali medicinskega pripomočka v Sloveniji.

Evropska unija ima 27 držav članic.

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,
Slovenija, Španija, Švedska.

Nadomestilo plače





Ljudje, ki so obvezno zdravstveno zavarovani, imajo določene pravice.

Ena od teh pravic je **nadomestilo plače**.

Nadomestilo plače je denar.

Nadomestilo plače dobimo v primeru,

če smo **začasno zadržani od dela**.

To pomeni, da nas neko obdobje ni v službi,

ker smo bolni ali smo se poškodovali.

Rečemo, da smo na bolniški.

O bolniški več pišemo nadaljevanju.

Nadomestilo plače lahko dobijo zavarovanci, če so:

- Zaposleni.
Reče se, da so v delovnem razmerju.
- Samostojni podjetniki različnih poklicev.
To so lastniki zasebnih podjetij, privatniki.
- Kmetje, ki so obvezno pokojninsko in invalidsko zavarovani.
- Kmetje, ki so prostovoljno vključeni v pokojninsko in invalidsko zavarovanje in so zavarovani za to pravico.
- Vrhunski športniki in šahisti.

Do nadomestila plače imamo pri ZZZS od prvega dne dalje najpogosteje pravico:

- če negujemo **ožjega družinskega člana**,
- če bivamo **z otrokom** v zdravstvenem zavodu, kjer se zdravi,
- če smo **v izolaciji** ali če koga **spremljamo**, ker nam tako odredi zdravnik,
- če darujemo drugemu človeku svoj **organ ali tkivo**,
- tisti dan, ko **darujemo kri** kot prostovoljec,
- če imamo zaradi darovanja krvi **posledice**.

V teh primerih imamo bolniško nadomestilo od prvega delovnega dne dalje.

Plača nam ga ZZZS.

V drugih primerih nam ZZZS plača bolniško nadomestilo šele od 30. delovnega dne naprej.

Pred tem pa nam bolniško plačuje delodajalec.

Kdo so **ožji družinski člani**,
je točno določeno.
To sta zakonec in otrok ter drugo.

Za čas, ko smo zadržani od dela,
torej lahko dobimo nadomestilo plače.

Nadomestilo plače je denar.

Koliko denarja dobimo, je odvisno od:

- naše povprečne mesečne plače,
- vzroka, zakaj smo začasno zadržani od dela.

Zaposlenim nadomestilo plače plačuje delodajalec.
Delodajalec je oseba,
ki zaposluje delavce.
Delodajalec lahko zahteva,
da mu ZZZS vrne denar,
ki ga je plačal delavcu za nadomestilo plače.

Primer:

Delavec je obvezno zdravstveno zavarovan.
Zbolel je.
Od dela je zadržan.
Moral bi prejeti nadomestilo plače.
Delodajalec delavcu denarja ne izplača pravi čas.
Delavec nadomestila plače ni dobil pravočasno.
Če se to zgodi, lahko delavec ali delodajalec zahtevata,
da ZZZS denar plača kar delavcu.

Potni stroški



Zavarovana oseba ima pravico,
da ji povrnejo prevozne stroške.
Prevozne stroške nam povrnejo
do zdravnika ali zdravljenja v drugem kraju.
Pri tem se šteje
najkrajša pot do najbližjega zdravnika.

Prevozni stroški so stroški,
ki jih imamo ob prevozu.

To je na primer:

- cena vozne karte do zdravnika ali
- koliko bencina porabimo do zdravnika.

Da nam stroške vrnejo,
moramo dati **zahtevek**.

Rečemo,

da damo zahtevek za povračilo prevoznih stroškov.

Zraven priložimo listino, ki jo izpolni zdravnik.

Listini se reče:

Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov-spremljanja.

Na listini pišeta:

- dan in
- čas, ko smo bili na pregledu ali zdravljenju v drugem kraju.

To mora potrditi tudi zdravnik,
ki nas je pregledal ali zdravil.

Koliko denarja nam bo ZZZS za pot vrnil,
je potrebno izračunati.

Odvisno je od naslednjega:

- Ali k zdravniku potujemo z javnim prevozom.

To je z avtobusom ali vlakom.

Takrat moramo dati karto ali vozovnico.

- Ali k zdravniku potujemo z avtomobilom.

Izračuna se poraba bencina.

Pri vseh povračilih stroškov oziroma denarja
so določena pravila, ki jih moramo upoštevati.

Pomembno je vedeti,

da nam ne bodo povrnili vseh stroškov.

Pri stroških za vožnjo moramo tudi sami
prispevati nekaj denarja.

Pravila za povračilo stroškov so posebej za:

- vožnjo,
- hrano ali
- spanje in bivanje.

Primeri:

Pravico do vračila potnih stroškov
ima tudi naš spremljevalec, če ga imamo.

Spremljevalcu se računa pot
od našega bivališča do najbližjega zdravnika.
Spremljevalca mora odobriti naš osebni zdravnik.



Če gremo k zdravniku,
ki ni najbližji našemu domu,
nam ZZZS
ne povrne stroškov prevoza v celoti.
Povrne nam toliko, kot da bi šli k zdravniku,
ki je najbližji našemu domu.

Včasih od ZZZS
dobimo napotnico za zdravnika ali bolnišnico v tujini.
Tudi v tem primeru imamo pravico,
da nam povrnejo prevozne stroške do kraja,
ki ga imamo zapisanega v naši odločbi.
Tudi za to je poseben izračun.

Še nekaj pravic, ki nam pripadajo

Včasih gremo k zdravniku in smo dolgo od doma.
Na primer, da moramo k zdravniku,
ki je daleč od našega doma.
Od doma smo več kot 12 ur.
12 ur je pol dneva.
Takrat imamo pravico,
da nam povrnejo denar za hrano.
Temu povračilu rečemo tudi dnevnic.

Dnevnic se izračuna po določenih pravilih.

Višina dnevnic je odvisna od števila ur in dni, ko smo bili
od doma.

Trenutna višina dnevnic je 16 evrov.

Včasih gremo k zdravniku ali na zdravljenje v tujino.

Tja nas pošlje ZZZS.

V takem primeru imamo pravico,

da nam povrnejo stroške.

To so stroški spanja in bivanja v tujini.

Rečemo tudi,

da so to stroški nastanitve.

Vrnejo nam stroške do dveh dnevnic.

Včasih spanje in bivanje

spadata k zdravstveni storitvi v tujini.

Takrat nam teh stroškov ni potrebno plačati.

Včasih k zdravniku ali na zdravljenje

potujemo v drug kraj Slovenije.

Zgodi se, da moramo v drugem kraju v Sloveniji

tudi prenočiti in prenočitev plačati.

Če se to zgodi, imamo pravico,

da nam povrnejo stroške nočitve.

Paziti moramo le, da:

- shranimo račun za nočitev, ki ga potem pokažemo,
- za nočitev ne izberemo dragega hotela ali sobe.

Če za nočitev plačamo več,

kot so vredne 3 dnevnice,

nam višjih stroškov ne bodo povrnili.

Lahko smo napoteni na pregled ali zdravljenje v tujino.

Če smo od doma več kot pol dneva,

imamo pravico do povračila stroškov.

V tem primeru je to povračilo stroškov hrane.

To je toliko, kot znaša dnevnic za tujino.

Razen, če nam za hrano v tujini ni treba plačati,
ker to spada k zdravstveni storitvi v tujini.

Če imamo pri bivanju v drugem kraju

v Sloveniji ali v tujini zraven spremljevalca,

ima tudi spremljevalec pravico do povračila za stroške:

- hrane in
- bivanja.

Tudi otroci imajo pravico do povračila stroškov
hrane in bivanja v drugem kraju.

Otroku do 7. leta starosti

se stroški hrane in bivanja

izplačajo v polovični višini za odraslega.

Velja za Slovenijo in tujino.

Začasna zadržanost od dela – bolniška





Včasih smo začasno zadržani od dela.
To pomeni, da nas neko obdobje ni v službi.
Lahko smo bolni ali smo se poškodovali.
Takrat imamo pravico do nadomestila.
Nadomestilo je denar.
O tem smo izvedeli v prejšnjem poglavju.
Več o tem pišemo na strani 75.

Ko smo zadržani od dela,
rečemo, da imamo **bolniško**.
Ko smo v bolniški, nismo sposobni za delo.
Takrat ne hodimo v službo in ne delamo.
O bolniški odloči naš osebni zdravnik.
Osebni zdravnik nam lahko odobri
bolniško za največ 30 delovnih dni.
To je približno za 1 mesec in pol.

Včasih zdravnik oceni,
da po 30 dneh še nismo sposobni za delo.
V tem primeru mora zdravnik predlagati,
da se naša bolniška podaljša.

Zdravnik
predlog o podaljšanju bolniške
pošlje na ZZZS.

ZZZS odloči
o naši bolniški **za več kot 30 delovnih dni**.
Pregledajo našo medicinsko dokumentacijo.

Lahko se odločijo, da:

- smo sposobni za delo in gremo v službo,
- še nismo sposobni za delo in ostanemo na bolniški.

Sami lahko zahtevamo še en zdravniški pregled.

ZZZS izda odločbo o naši bolniški.
Mi se moramo te odločbe držati.

Če se mi ali naš delodajalec z odločbo ne strinjamo,
se lahko na odločbo pritožimo.

Kako se lahko pritožimo,
piše v odločbi.

A odločbe se moramo vseeno držati.

O naši pritožbi odloča zdravstvena komisija ZZZS.
Ta komisija nas lahko pregleda.

Pregleda nas lahko, če:

- smo pregled zahtevali v pritožbi,
 - zdravstvena komisija oceni,
- da je pregled potreben.

Nato zdravstvena komisija napiše **ново одлоѭбо**.
V novi odločbi odločijo o naši pritožbi.

Če se mi ali naš delodajalec
ne strinjamo z odločitvijo zdravstvene komisije,
imamo pravico do sodnega varstva.

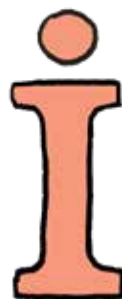
Sodno varstvo je pravica,
da od sodišča zahtevamo,
da ocenijo naš primer.

Varstvo zahtevamo tako, da
vložimo tožbo na **delovno in socialno sodišče**.

Pravno varstvo lahko zahtevamo takrat,
ko menimo, da nam je bila kršena pravica.

POMEMBNO

Zgoraj smo opisali, kako se pritožimo
na odločitev o bolniški s strani ZZZS.
Imamo pa tudi pravico do presoje
našega osebnega zdravnika.



Na primer naš osebni zdravnik je ocenil,
da smo sposobni za delo in
nam bolniška do 30 dni ne pripada.
Če se mi ali naš delodajalec
s takšno oceno zdravnika ne strinjamo,
lahko zahtevamo, da o tem odloča ZZZS.
To lahko storimo v 3 dneh po tem,
ko nas je ocenil naš zdravnik.
Zahtevo damo pri osebnem zdravniku ali ZZZS.
Dokler ZZZS ne odloči, se držimo,
kar je ocenil osebni zdravnik.
Odločitev ZZZS pa velja za naprej.

Pritožbeni postopki



Če smo zavarovana oseba,
se lahko glede svojih pravic pritožimo na ZZZS.
O možnosti pritožbe smo že pisali v različnih poglavjih.
Pritožimo se lahko ustno ali pisno.
Rečemo, da damo **zahtevek za pritožbo**.

Glede česa se lahko pritožimo?

Pritožimo se lahko o:

- pravici do nadomestila plače,
- pravici do povračila potnih stroškov,
- pravici do izbire zdravnika ter
- drugih pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

O naši pritožbi odloča najprej
območna enota ZZZS.
O pritožbi morajo odločiti v 30 dneh,
ko so od nas prejeli zahtevek.
To je približno v 1 mesecu.

Naša **območna enota** je tista,
pod katero spada kraj,
kjer smo doma.
Območnih enot je več.
Območne enote so po različnih krajih v Sloveniji.

Če se z odločitvijo ZZZS ne strinjamo,
imamo pravico do **pravnega varstva**.
To piše tudi v naši odločbi.

Kdaj se še lahko pritožimo?

Pritožimo se lahko,

če nismo zadovoljni z delom zdravstvenega zavoda.

Take pritožbe rešujejo zavodi sami.

O pritožbi odloča

poseben organ zdravstvenega zavoda ali njegovo vodstvo.

Pritožbo torej napišemo **zdravstvenemu zavodu**.

O naši pritožbi odloči zdravstveni zavod.

Pritožimo se lahko tudi,

če zdravnik ali zdravstveni zavod kršita

naše pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

To naredimo tako,

da damo pritožbo **na ZZZS**.

Kot zavarovana oseba lahko menimo, da:

- je prišlo do napake pri zdravljenju ali
- so kršili strokovna pravila.

Tudi na to se lahko pritožimo.

Pritožbo damo **na pristojno zdravniško zbornico**.

Pritožbo lahko damo tudi **na Ministrstvo za zdravje**.



Koga lahko vprašamo glede našega zdravja ali naših pravic?

Včasih imamo kakšna vprašanja.

Zanima nas glede našega zdravja.

Zanima nas glede naših pravic, ki jih imamo kot pacienti.

Morda nas zanima glede čakalnih dob.

Z odgovori nam lahko pomagajo:

- naš zdravnik,
- zdravstveni zavod ali
- zastopnik pacientovih pravic.

Prav je, da kot pacienti poznamo svoje pravice.

Prav je, da vemo, kako pravice varujemo.

Da vemo, kaj storiti,

če so nam pravice **kršene**.

Ko želimo **uveljaviti** svoje pravice,

nam svetuje in pomaga

zastopnik pacientovih pravic.

Zastopnikov pacientovih pravic je več.

Imamo jih po različnih krajih v Sloveniji.

Najdemo jih tudi na spletu:

<https://www.nijz.si/sl/zastopniki-pacientovih-pravic>.

Pomoči zastopnika pacientovih pravic ni treba plačati.

Kar povemo zastopniku pacientovih pravic,

je **zaupno**.

To pomeni,

da zastopnik pacientovih pravic

o naših težavah ne pove drugim.

Dodatne informacije



Kje lahko izvemo več o obveznem zdravstvenem zavarovanju?

Splet

Dodatne informacije o obveznem zdravstvenem zavarovanju najdemo na spletni strani
<http://www.zzzs.si>.

Telefon

Lahko pokličemo avtomatski telefonski odzivnik
na tel. št.: 01 307 73 00.
Oglasila se nam bo tajnica.
Povedala nam bo,
katero številko moramo pritisniti.
To številko pritisnemo na tipkovnici našega telefona.
Odvisno, kaj nas zanima.
Na primer, če želimo več izvedeti o potnih stroških,
bomo morali na svoji tipkovnici telefona
pritisnili številko 6.

Enote ZZZS

Lahko gremo na katerikoli ZZZS.
Rečemo, da gremo na območno enoto ali izpostavo
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
Te enote so po vsej Sloveniji.
Vsaka enota ima tudi svojo telefonsko številko.
Pokličimo jih.
Povedali nam bodo, kar nas zanima.

- ZZZS, Območna enota Celje,
tel. št.: 03 420 20 00
- ZZZS, Območna enota Koper,
tel. št.: 05 668 72 00
- ZZZS, Območna enota Krško,
tel. št.: 07 490 24 90
- ZZZS, Območna enota Kranj,
tel. št.: 04 237 01 00
- ZZZS, Območna enota Ljubljana,
tel. št.: 01 307 72 00
- ZZZS, Območna enota Maribor,
tel. št.: 02 290 93 00
- ZZZS, Območna enota Murska Sobota,
tel. št.: 02 536 15 50
- ZZZS, Območna enota Nova Gorica,
tel. št.: 05 338 10 00
- ZZZS, Območna enota Novo mesto,
tel. št.: 07 393 35 00
- ZZZS, Območna enota Ravne na Koroškem,
tel. št.: 02 821 01 00

Prostovoljno zdravstveno zavarovanje in zavarovalnice

Če želimo izvedeti več o prostovoljnem

zdravstvenem zavarovanju,

pa lahko pokličemo zavarovalnice:

- GENERALI zavarovalnica, d. d.,
www.generalisi.si, tel. št.: 080 81 10,
- TRIGLAV, zdravstvena zavarovalnica, d. d.,
www.triglavzdravje.si, tel. št.: 080 26 64,
- VZAJEMNA zdravstvena zavarovalnica, d. v. z.,
www.vzajemna.si, tel. št.: 080 20 60.

Kolofon

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE,

Informacije v lahkem branju

Založnik in izdajatelj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,

Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja: doc. dr. Tatjana Mlakar, generalna direktorica

Urednik: Damjan Kos

V lahko branje priredili: Saša Lesjak, Estera Slatinšek,

Tatjana Strmčnik (Zavod Risa)

Pri prirejanju so pomagali bralci Zavoda Risa

Strokovni sodelavec pri prirejanju: Damjan Kos

Oblikovanje: Jan Vasiljević

Naslovnica in ilustracije: Peter Gaber

Ostale ilustracije: Lahko je brati (www.lahkojebrati.si/slike) in

Arhiv Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Elektronska izdaja, junij 2021

© Ljubljana, ZZZS, junij 2021

Kataložni zapis o publikaciji (CIP) pripravili v Narodni in univerzitetni
knjižnici v Ljubljani

COBISS.SI-ID 66541059

ISBN 978-961-6327-33-6 (PDF)

Slovenski znak za lahko berljive in razumljive informacije



Četrta stopnja lahkega branja



Več informacij na spletni strani: www.lahkojebrati.si



