

OBČASNIK

akti
&
navodila

14. 6. 2004

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK XII.

ŠTEVILKA 4/2004

Iz vsebine:

Uvodnik

- Predpisovanje zdravil za dopust 1

Navodila

- Novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja po 1. 6. 2004 2
- Informacija o načinih in postopkih uveljavljanja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji 6
- Information About the Methods and Proceedings for Claiming Health Services in the Republic of Slovenia 8

- Spremembe in dopolnitve navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev z veljavnostjo od 1. 6. 2004 10

Popravek

- Priloga III k Področnemu dogovoru za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč za leto 2004 19

Uradna objava

- Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 28. 2. 2004 20

Informacije

- Zaključki strokovnega posveta "Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil" 23

Uvodnik

Predpisovanje zdravil za dopust

Bliža se čas poletnih dopustov. Ljudje si želijo preživljati dopust čim bolj kakovostno in zmanjšati morebitna tveganja v povezavi z zdravjem. Poraba zdravil in izdatki zanje pred dopusti močno narastejo. To je razumljivo, saj si je zaradi dopustov in tudi dopustov izbranih osebnih zdravnikov potrebno zagotoviti nujna zdravila vnaprej. Pri boleznih kot so diabetes ali zvišan krvni tlak je nenadna opustitev zdravil lahko zelo nevarna. Del visokega porasta porabe zdravil pa gre tudi na račun zdravil, ki jih bolniki želijo za primere, ko bi se zgodilo kaj nepredvidenega. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da so zdravila na zeleni recept namenjena le bolnikom za zdravljenje bolezni. Primeri, kjer jih je mogoče predpisati za področje preventive, so natančno določeni. Za primere, ko si želimo zagotoviti le večjo varnost (npr. za primere alergij ali okužb) pa zdravil ni mogoče predpisati vnaprej v breme obveznega zavarovanja. Predpisovanje zdravil zdravim osebam vnaprej torej ni krito iz obveznega zavarovanja. Zdravnik sicer lahko prevzame tveganje, da predpiše svojemu bolniku npr. zdravilo proti alergiji oziroma si ga oseba kupi v lekarni brez recepta, nikakor pa to ni sprejemljivo za antibiotike in druga zdravila. Če pride do okužbe, ki zahteva pregled pri zdravniku, je potrebno glede na vzrok dobiti ustrezno in ne katerokoli zdravilo, ki ga imamo pri roki. Zdravnik predpiše antibiotik le takrat, ko je to nujno potrebno. Predpiše ga lahko le na osnovi pregleda bolnika in morebitnih laboratorijskih preiskav. Pri večini okužb antibiotik sploh ni potreben, saj so običajno virusnega izvora in zdravilo ne more pomagati. V kolikor pa gre za blago obolenje (prehlad, vnetje obnosnih votlin, vnetje ušesa, bronhitis), večinoma antibiotiki sploh niso potrebni. Če bi se zdravnik

vedarle odločil in izjemoma predpisal zdravilo na recept za potrebe potovanja oziroma dopusta, pa sme uporabiti le bel, samoplačniški recept.

Pomemben je tudi vidik shranjevanja zdravil. Na potovanjih lahko dosežejo temperature skrajne vrednosti (vročina v prtljažnikih, mraz v letalskem trupu). Če so jim zdravila izpostavljena, lahko pride do sprememb, zaradi katerih bi lahko prišlo do okvar v zdravilni učinkovini oziroma drugih sestavinah zdravil. Tudi zaradi tega je pomembno, da dobro pretehtamo, katera zdravila moramo imeti s seboj in tudi, kako jih hraniti. Na pomen varne in pravilne rabe zdravil so v zaključkih, ki jih objavljamo v tej številki, opozorili tudi udeleženci posveta "Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil".

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja torej ni mogoče predpisovati zdravil za dopust zdravim osebam. Mogoče je predpisati le zdravila, ki so potrebna za zdravljenje kroničnih bolezni, npr. sladkorne bolezni, zvišanega krvnega tlaka itd. Seveda pa je pred dopustom priporočljiv nakup zdravil, ki se dobijo v lekarnah brez recepta (npr. protibolečinska zdravila, zdravila za zdravljenje alergij, kapljice za nos, rehidracijsko sol itd.). Prav tako je smiselno imeti urejeno (mednarodno) zdravstveno zavarovanje, ki krije izdatke za zdravstvene storitve doma in po svetu. V primeru resnih težav pa je nujno poiskati zdravniško pomoč tam, kjer se težave pojavijo.

Prim. mag. Jurij Fürst, dr. med.,
vodja oddelka za zdravila

Navodila

Novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja po 1. 6. 2004

Uveljavitev nove evropske uredbe in uvedba evropske kartice zdravstvenega zavarovanja

Z vključitvijo Slovenije v Evropsko unijo 1. maja 2004 je v Sloveniji pričel veljati evropski pravni red tudi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, zaradi česar je bilo potrebno v mesecu maju zagotoviti polno izvajanje evropskih uredb ter tudi spremeniti in dopolniti "Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev". 1. 6. 2004 pa je bila sprejeta nova evropska uredba, ki pomembno spreminja postopek in način uveljavljanja zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v drugih državah članicah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora. Iz navedenih razlogov je bilo potrebno 1. 6. 2004 ponovno spremeniti in dopolniti "Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev".

1. Uvod

Datum 1. 5. 2004 je predstavljal pomemben mejnik, ko je Republika Slovenija postala polnopravna članica Evropske unije (v nadaljevanju: EU) in so tudi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja nastopile večje spremembe, in sicer tako za Zavod, za izvajalce zdravstvene dejavnosti in tudi za zavarovane osebe. Veljati je namreč začel evropski pravni red in torej tudi evropska zakonodaja na področju koordinacije sistemov socialne varnosti, predvsem Uredba (EGS) 1408/71 ter Uredba (EGS) 574/72 ter drugi primarni in sekundarni akti EU.

Večje spremembe tako za Zavod kot tudi za izvajalce ter zavarovane osebe pa se bodo na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja uveljavile s 1. 6. 2004, ko bo začela veljati Uredba (ES) št. 631/2004 Evropskega parlamenta in Sveta z dne 31. marca 2004 o spremembah Uredbe Sveta (EGS) 1408/71 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo v Skupnosti, ter Uredbe Sveta (EGS) 574/72 o postopku za izvajanje Uredbe (EGS) 1408/71 v zvezi s približevanjem pravic in poenostavitvijo postopkov (v nadaljevanju: nova Uredba), in sicer v delu, ki zadeva področje zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in uvedbo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, ki so jo nosilci zdravstvenega zavarovanja dolžni izdati zavarovanim osebam za uveljavljanje zdravstvenih storitev za čas začasnega bivanja v državah članicah EU in Evropskega gospodarskega prostora (EGP) (v nadaljevanju: države članice).

Bistvene spremembe, ki jih določa nova Uredba so naslednje:

- zavarovane osebe ene države članice bodo med začasnim bivanjem v drugi državi članici, kadar to zahteva njihovo zdravstveno stanje, upravičene do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici;

- uvedba evropske kartice zdravstvenega zavarovanja;
- tuja zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja neposredno pri zdravniku oziroma zdravstveni ustanovi brez predhodne zamenjave za ustrezno listino pri nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju začasnega bivanja.

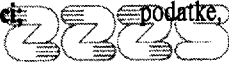
1.1. Sklepi upravne komisije za socialno varnost delavcev migrantov, s katerimi se določa način uveljavljanja in obseg zdravstvenih storitev

Na podlagi Sklepov upravne komisije za socialno varnost delavcev migrantov (v nadaljevanju: Upravne komisije) št. 189, 190, 191, 194, 195, 196, 197 in 198 bodo uveljavljene naslednje spremembe glede na dosedanje postopke.

Sklep št. 189

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja bo postopoma nadomestila obrazce, ki so bili določeni za izvajanje Uredbe (EGS) 1408/72 ter Uredbe (EGS) 574/72 in so bili namenjeni uveljavljanju zdravstvenih storitev za čas začasnega bivanja v drugi državi članici: obrazci E, 111, E 111B, E 110, E 119, E 128 in E 128 B.

Evropsko kartico bo lahko posamezna država članica lahko izdala kot samostojno kartico ali pa kot sestavni del hrbtni strani nacionalne kartice. V nujnih primerih, kot so kraja ali izguba kartice ali takojšnje odpotovanje v drugo državo članico, bo zavarovani osebi lahko izdan nadomestno potrdilo (certifikat) z omejenim obdobjem veljavnosti. Evropska kartica in certifikat bosta ustrezala enotnem vzorcu in bosta vsebovala naslednje podatke, ki morajo biti vidni:



- priimek imetnika kartice,
- ime imetnika kartice,
- datum rojstva,
- osebna identifikacijska številka imetnika kartice,
- identifikacijska številka in skrajšani naziv pristojnega nosilca,
- identifikacijska številka kartice in
- velja do... (veljavnost kartice).

Sklep št. 190

Določeni sta enotna oblika in vsebina evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ter certifikata skladno z enotnim vzorcem in poenotenimi tehničnimi specifikacijami.

Sklep št. 191

1. 6. 2004 bo evropska kartica zdravstvenega zavarovanja nadomestila obrazca E 111 in E 111B.

Obrazci E 111 in E 111B izdani pred 1. 5. 2004 veljajo najkasneje do 31. 12. 2004, če na njih navedeni datum veljavnosti prej ne poteče. Države članice, ki nimajo nacionalnih kartic imajo možnost uveljaviti prehodno obdobje, ki ne sme biti daljše kot do 31. 12. 2005. Te države bodo lahko do konca uveljavljenega prehodnega obdobja še naprej izdajale obrazce E 111 in E 111B.

Sklep št. 194

Določbe ustreznih členov nove Uredbe zagotavljajo zavarovanim osebam ene države članice med začasnim bivanjem v drugi državi članici zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, katerih cilj je, da se prepreči zavarovani osebi vrnitev v pristojno državo samo zaradi ustreznega zdravljenja.

Pri nujenju storitev se lahko upošteva le tiste zdravstvene dejavnike, ki vplivajo na zavarovano osebo med začasnim bivanjem vključno s podatki o že obstoječih boleznih. V takšnem primeru se lahko pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja obrne na nosilca zdravstvenega zavarovanja v kraju bivanja zavarovane osebe, kateri zaprosi izvajalca zdravstvene dejavnosti, ki je storitve nudil, za ustrezne podatke o okoliščinah, ki so bile odločilne, da je le-ta bolniku nudil določene storitve.

Upravna komisija je določila smernice za enotno uporabo člena 22(1)(a)(i) v zdravstvenih ustanovah držav članic.

Sklep št. 195

Ker določbe nove Uredbe določajo, da je vsaka zavarovana oseba, ki začasno biva v drugi državi članici in ne v pristojni državi, upravičena do storitev, ki so med bivanjem potrebne zaradi zdravstvenih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja, to pomeni, da mora pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja poravnati tudi stroške storitev, ki se zagotavljajo pri nosečnosti in porodu in so potrebne med začasnim bivanjem v drugi državi članici.

Sklep št. 196

Vsako nujno medicinsko zdravljenje, ki je dostopno samo v specializiranih zdravstvenih ustanovah (vključno s specializiranim osebjem in opremo) mora biti načeloma predmet predhodnega dogovora med zavarovano osebo in zdravstveno ustanovo, ki izvaja ustrezno zdravljenje, da bi se tako zagotovila dostopnost zdravljenja med začasnim bivanjem zavarovane osebe v drugi državi članici.

Takšen predhodni dogovor je potreben v primeru dializnega zdravljenja in zdravljenja z kisikom.

Sklep št. 197

Državam članicam, ki so navedene v nadaljevanju, se s 1.6.2004 odobri prehodno obdobje za uvedbo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja. Pristojni nosilci teh držav bodo do izteka prehodnega obdobja izdajali obrazce E 111 v skladu z vzorcem, določenim v sklepu št. 198.

Države, ki jim je odobreno prehodno obdobje najkasneje do 31. 12. 2005, so: Avstrija, Ciper, Islandija, Italija, Liechtenstein, Madžarska, Malta, Nizozemska, Poljska, Slovaška, Švica Združeno kraljestvo (Velika Britanija in Severna Irska) ter Portugalska, ki ji je odobreno prehodno obdobje do 28. februarja 2005, Latvija do 31. julija 2005 in Litva do 1. julija 2005.

Sklep št. 198

Navedeni sklep določa, da s 1.6.2004 evropska kartica zdravstvenega zavarovanja nadomesti vse obrazce za čas začasnega bivanja v drugi državi članici. To pomeni, da ne nadomesti le obrazca E 111 in E 111B, kot je določeno v sklepu št. 191, temveč tudi obrazce E 110, E 119, E 128 in E 128B.

1.2. Uvedba evropske kartice zdravstvenega zavarovanja in veljavnost obrazcev za uveljavljanje zdravstvenih storitev za čas začasnega bivanja v drugi državi članici

Glede na vse navedeno in po sedaj znanih podatkih bo s 1. 6. 2004 uvedlo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja od vseh 28 držav članic (sedanje in nove članice EU ter države EGP) le 13 držav: Belgija, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Luksemburg, Nemčija (kartico bo izdala le za 1% zavarovancev), Norveška, Slovenija, Španija in Švedska. Ostale države bodo uveljavile prehodno obdobje, kar pomeni, da bodo uvedle evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja kasneje, vendar najkasneje do 31. 12. 2005.

Glede na navedeno to pomeni, da bo 14 držav, ki jim je bilo odobreno prehodno obdobje svojim zavarovancem po 1. 6. 2004 vendar najkasneje do 31.12.2005 izdajalo "novi" obrazec E 111 (določen na podlagi Sklepa Upravne komisije št. 198).

V Republiki Sloveniji pa bodo veljali še naprej tudi bilateralni obrazci, ki so bili izdani pred 1. 5. 2004 (t. i. konvencijska potrdila), torej obrazci, ki so veljali na podlagi sklenjenih bilateralnih sporazumov o socialnem zavarovanju z državami, ki so s 1. 5. 2004 že bile oziroma so postale članice EU in katerih veljavnost še ni potekla: A/SI 3, SI/L 111, J-M-Z-1, SI 111, NL/SI 111, 111 I, B.Y.11.

Ne glede na to, s katerim od teh obrazcev oziroma evropsko kartico ali certifikatom bo tuja zavarovana oseba uveljavljala zdravstvene storitve velja sedaj v vseh pogledih evropski pravni red, in sicer tako kar zadeva način uveljavljanja, obseg zdravstvenih storitev kot tudi obračunavanje stroškov.

Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja je listina, ki potrjuje, da je imetnik navedene kartice zavarovan v drugi državi

članici in določa tudi obdobje upravičenosti do storitev. Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja je osebna kartica, kar pomeni, da ima vsaka zavarovana oseba svojo kartico, katera ne vsebuje drugih podatkov o imetniku razen tistih, ki so vidni na sami kartici.

Za izvajalce (zdravnike in zdravstvene ustanove) bodo s 1. 6. 2004 nastopile naslednje spremembe:

- tuje zavarovane osebe se bodo **neposredno obrnile na zdravnike in zdravstvene ustanove** v državah članicah.

Glede na vse navedeno bodo lahko tuje zavarovane osebe uveljavljale zdravstvene storitve pri izvajalcih z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja, certifikatom ali z novim obrazcem E 111¹ z oznako države, ki bo obrazec izdala in ki bo imel enake podatke, kot jih ima evropska kartica zdravstvenega zavarovanja in certifikat. Ta obrazec bodo izdajale izključno države, ki so uveljavile prehodno obdobje in s 1. 6. 2004 še ne bodo uvedle evropske kartice zdravstvenega zavarovanja.

Nadalje bodo lahko zavarovane osebe uveljavljale zdravstvene storitve z obrazci E 111, E 111B, E 110, E 119, E 128 in E 128B, ki so bili izdani pred 1. 6. 2004 in katerih veljavnost še ni potekla ter že navedenimi bilateralnimi obrazci (t.i. konvencijskimi potrdili), ki so bili izdani pred 1. 5. 2004 in katerih veljavnost še ni potekla.

- Z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja oziroma certifikatom bodo lahko po 1. 6. 2004 uveljavljale zdravstvene storitve zavarovane osebe naslednjih držav, ki bodo imele na kartici naslednje oznake:

- Belgija - BE
- Danska - DE
- Estonija - EE
- Finska - FI
- Francija - FR
- Grčija - EL
- Irska - IE
- Luksemburg - LU
- Nemčija - DE
- Norveška - NO
- Švedska - SE
- Slovenija - SI
- Španija - ES

- spremenil se bo obseg zdravstvenih storitev, do katerih bodo upravičene zavarovane osebe držav članic med začasnim bivanjem v drugi državi članici, in sicer bodo zavarovane osebe upravičene do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici.

2. Način in postopek uveljavljanja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji

Tuje zavarovane osebe iz držav članic Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora² se bodo po 1. 6. 2004 neposredno obrnile na zdravnike in zdravstvene ustanove, ki so del javne zdravstvene mreže v R Sloveniji.

Informacijo o načinih in postopkih uveljavljanja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji, ki je namenjena tujim zavarovanim osebam iz držav članic EU in EGP je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije posredoval organom za zvezo vseh držav članic EU in EGP) z namenom, da le-ti o tem obvestijo svoje zavarovane osebe (priloga 1: Informacija o načinih in postopkih uveljavljanja zdravstvenih storitev Republiki Sloveniji - slovenska in angleška različica).

Glede na to, da s 1. 6. 2004 sedanje papirnate obrazce nadomešča evropska kartica zdravstvenega zavarovanja, je potrebno opredeliti način in postopek ravnanja izvajalcev, in sicer tako glede identifikacije tuje zavarovane osebe, zagotovitve podatkov, ki so navedeni na kartici, kot tudi glede izjavljanja tuje zavarovane osebe, koliko časa se ima namen zadržati na območju Republike Slovenije. Prav tako je potrebno obrazložiti novo definicijo zdravstvenih storitev, do katerih so upravičene zavarovane osebe med začasnim bivanjem v drugi državi članici.

Dovolite, da poudarimo, da je glede na sklepe in priporočila Upravne komisije tudi v Sloveniji potrebno zagotoviti pri sprejemanju imetnikov evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, certifikata, obrazca E 111 ter drugih že navedenih obrazcev enak pristop kot v vseh drugih državah članicah, da bi se na ta način zagotovil čimbolj poenoten oziroma uravnotežen pristop do zavarovanih oseb v vseh državah članicah in da bi se nudile storitve, ki bi bile kar najbolj enakovredne. Glede na to posredujemo naslednja navodila, ki jih morajo izvajalci upoštevati in se po njih dosledno ravnati.

2.1. Sprejem in obravnava tuje zavarovane osebe

Da bi lahko zagotovili ustrezno obravnavo tuje zavarovane osebe je potrebno najprej od tuje zavarovane osebe pridobiti ustrezno veljavno listino, in sicer:

- evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja,
- certifikat ali
- obrazec E 111.

Izvajalec (zdravnik oziroma drug zdravstveni delavec), ki osebo sprejme na zdravljenje, mora zagotoviti izpolnitev potrdila o podatkih zavarovane osebe iz držav Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora, ki uveljavljajo zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji (priloga 2).

Pri tem je potrebno zagotoviti **natančen prepis vseh podatkov iz kartice, certifikata ali obrazca E 111** (novega obrazca E 111, ki vsebuje enak nabor podatkov, kot so navedeni na kartici in certifikatu).

¹ Novi obrazec E 111 bodo začele izdajati s 1. 6. 2004 države članice, ki zaradi prehodnega obdobja še ne bodo uvedle evropske kartice zdravstvenega zavarovanja. Novi obrazec E 111 bo nadomestil do sedaj veljavne obrazce E 111, E 111B, E 110, E 119, E 128 in E 128B.

² Zavarovane osebe iz Švice zaenkrat v R Sloveniji še ne morejo uveljavljati zdravstvenih storitev v skladu z evropskim pravnim redom ker med novimi državami članicami EU in Švice še ni podpisan ustrezen sporazum.

Nadalje je potrebno zagotoviti, da je oseba, ki želi s kartico uveljavljati zdravstvene storitve, hkrati tudi lastnik kartice. To se lahko ugotovi na način, da oseba predloži katerikoli osebni dokument (potni list, osebno izkaznico ali vozniško dovoljenje), na podlagi katerega zdravstveni delavec ugotovi identiteto osebe. Glede na to izvajalec ustrezno izpolni rubriko 7.

Izvajalec mora nadalje tujo zavarovano osebo vprašati, koliko časa namerava bivati v R Sloveniji in ta podatek navesti v rubriko 8. Izvajalec mora v rubriki 8 navesti datum ter potrditi s podpisom in žigom, da je bila identiteta bolnika preverjena in da so storitve, opravljene zaradi zdravstvenih težav osebe, v okviru navedenega trajanja bivanja medicinsko nujne.

Izpolnitev navedenega potrdila vedno zagotovi izvajalec, ki prvi sprejme tujo zavarovano osebo na zdravljenje. V večini primerov bo to splošni zdravnik, na katerega se bo obrnila tuja zavarovana oseba v primeru zdravstvenih težav oziroma zdravnik v urgentni službi bolnišnice.

2.2. Nudenje zdravstvenih storitev

Tuja zavarovana oseba ima v skladu z členom 22(1)(a)(i) Uredbe (ES) št. 631/2004 z dne 31. marca 2004, katera spreminja Uredbo (EGS) št. 1408/71 ter Uredbo(EGS) 574/72 v zvezi z vrsto pravic in poenostavitvijo postopkov v času začasnega bivanja v drugi državi članici **pravico do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitev in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici.**

Pri tem je potrebno upoštevati, da ne obstaja več razlikovanje med nujnimi zdravstvenimi storitvami in storitvami v obsegu obveznega zdravstvenega zavarovanja, temveč je potrebno vse tuje zavarovane osebe ne glede na to v kakšnem svojstvu se nahajajo v R Sloveniji v času začasnega bivanja (ni pomembno ali so turisti, napoteni delavci itd.) obravnavati enakovredno.

Pomembno je tudi, da izvajalec zdravstvene dejavnosti v R Sloveniji obravnava tujo zavarovano osebo, ki je imetnik evropske kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma druge ustrezne listine, na enak način in v skladu z enakim postopkom, kot velja za slovenske zavarovane osebe.

Ta nova definicija zdravstvenih storitev, do katerih so upravičene zavarovane osebe pa vsebuje tri pomembne dejavnike:

a) **Da je storitev nujna iz zdravstvenih razlogov.**

Osebi je potrebno nuditi takšne storitve, da se ji ni potrebno vrniti v pristojno državo zaradi potrebne obravnave. To pomeni, da se zdravstvene storitve nudi v takšnem obsegu, da se s tem zavarovani osebi omogoči, da nadaljuje bivanje, pri čemer je potrebno upoštevati načrtovano trajanje bivanja osebe.

Cilj navedene zdravstvene obravnave je, da se prepreči vrnitev tuje zavarovane osebe v pristojno državo samo iz razloga, da bi tam prejela potrebne storitve, ustrezne njenemu zdravstvenemu stanju in da se torej osebi, ki želi nadaljevati bivanje to omogoči tako, da se ji nudi takšne storitve, da bi lahko po vrnitvi v domovino nadaljevala zdravljenje pri svojem osebem zdravniku oziroma ustreznemu specialistu.

b) **Upoštevanje trajanja bivanja v Republiki Sloveniji.**

Izvajalci morajo na podlagi podane izjave tuje zavarovane osebe, koliko časa namerava bivati v Sloveniji, določiti vrsto kot tudi obseg zdravstvenih storitev, ki jih bodo nudili.

To pomeni, da morajo izvajalci pri oceni zdravstvenega stanja in določitvi storitev upoštevati, ali bo tuja zavarovana oseba bivala v Sloveniji krajše obdobje (npr. 14 dni) in ji v tem primeru nudili storitve, ki so nujne oziroma potrebne, da se osebo oskrbi do te mere in na način, da bo lahko po vrnitvi v pristojno državo nadaljevala zdravljenje, kot bi ga sicer začela že tam.

V primeru daljšega bivanja v R Sloveniji (npr. 6 mesecev) pa je potrebno osebi nuditi storitve, kot veljajo za slovensko zavarovano osebo in pri tem upoštevati tudi čakalne dobe, ki veljajo v R Sloveniji za slovenske zavarovane osebe. V primeru obravnave tuje zavarovane osebe se ne sme ravnati drugače kot v primeru slovenske zavarovane osebe.

Primer 1:

Oseba A je zavarovana v Nemčiji in bo na počitnicah v Sloveniji tri tedne. Drugi teden bivanja v Sloveniji si pri zajtrku poškoduje zob tako, da mu izpade plomba. Ker ima bolečine gre takoj k zdravniku, ki odloči, da je potrebno takoj narediti začasno plombo (zalivko), da se reši bolečine in prepreči nadaljnja škoda. Zdravnik ob tem tudi ugotovi, da bo potrebno poškodovan zob zavarovati tako, da bo potrebno namestiti na zob krono v obdobju treh mesecev.

V navedenem primeru potrebna zdravstvena storitev pomeni, da se naredi začasna plomba, ne zajema pa tudi vstavitve krone, kar se lahko odloži do vrnitve s počitnic v Nemčijo.

V primeru, da bi oseba A bivala v Sloveniji 5 mesecev, bi potrebna storitev zajemala tudi vstavitve krone.

Primer 2:

Oseba B, ki je zavarovana v Avstriji študira v Sloveniji 1 leto. Zadnji mesec študija v Sloveniji hudo pade in si zlomi nogo. V bolnici mora ostati tri tedne. Zdravnik mu ob odpustu iz bolnišnice predpiše fizioterapijo.

V navedenem primeru potrebna storitev obsega bolnišnično zdravljenje, ne pa tudi fizioterapije, ker jo bo lahko opravil po vrnitvi v Avstrijo.

V primeru, da bi se osebi B zgodila enaka nesreča v prvih mesecih enoletnega študija v Sloveniji, bi potrebna storitev obsegala bolnišnično zdravljenje in fizioterapijo.

c) **Narava pomoči**

Pri oceni zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe je potrebno upoštevati tiste zdravstvene dejavnike, ki vplivajo na zavarovano osebo med začasnim bivanjem v Sloveniji, in sicer tako trenutno zdravstveno stanje, kot tudi zdravstvene podatke iz preteklosti (podatke o že obstoječih, morebiti kroničnih boleznih). Vendar pa se zdravstvene storitve ne sme nuditi, če je mogoče ugotoviti, da je namen bivanja tuje zavarovane osebe zdravljenje v tujini. Načrtovano zdravljenje v tujini se lahko zagotovi le na podlagi obrazca E 112 in ne na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, certifikata ali drugih obrazcev serije E 100.

Dovolite, da še enkrat poudarimo, da morajo izvajalci pri sprejemanju imetnikov evropske kartice zdravstvenega zavarovanja uporabiti enak pristop, kot velja v enakih okoliščinah za slovenske zavarovane osebe. Ko se tuja zavarovana oseba obrne na izvajalca, mora zdravnik, ki je osebo sprejel, opredeliti njeno zdravstveno stanje in ji nato nuditi ustrezne zdravstvene storitve ne glede na to, da gre za osebo, ki je ne pozna in katera ne živi na njegovem območju. Obravnava jo torej kot vsako drugo osebo, ki se začasno nahaja izven kraja svojega stalnega prebivališča in za katero ni njen osebni oziroma običajni zdravnik.

Pri tem pa je potrebno še upoštevati, da nekatere storitve lahko "počakajo", da se oseba vrne domov. To velja za večino primerov zdravljenja zob ali nekatere dodatne preiskave. Če zdravnik lahko izbira med različnimi zdravstvenimi storitvami mora

pri tem upoštevati predvsem predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe.

Ob tem lahko zdravnik zaračuna tuji zavarovani osebi stroške doplačil za razliko do polne vrednosti tistih zdravstvenih storitev, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, in sicer na enak način in pod enakimi pogoji, kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

Zaradi vseh navedenih sprememb je potrebno spremeniti in dopolniti tudi »Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev«.

Eva Godina Jalen, univ. dipl. prav.,
vodja oddelka za mednarodno zdravstveno zavarovanje
na direkciji ZZS

Priloga

Informacija o načinih in postopkih uveljavljanja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji

V skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je nosilec obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod). Zdravstveno zavarovanje izvaja deset območnih enot Zavoda, ki opravljajo naloge v okviru zakonske pristojnosti ter regijsko območje, kjer se nahajajo. Naslovi območnih enot Zavoda in podatki o kontaktnih osebah so navedeni v prilogi 1.

Zdravstvene storitve iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji se lahko uveljavljajo v okviru javne zdravstvene mreže in sicer v javnih zdravstvenih zavodih (zdravstveni domovi, bolnišnice, lekarne) in pri zdravnikih zasebnikih (splošni zdravniki, specialisti, zobozdravniki, lekarne), ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo. V primeru, če se zdravstvene storitve uveljavijo pri zdravnikih zasebnikih, ki z Zavodom nimajo sklenjene pogodbe je potrebno storitve v celoti plačati. Informacijo o izvajalcih, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo je mogoče najti na spletnih straneh Zavoda (<http://www.zzs.si>). Tuje zavarovane osebe, ki bodo začasno bivale v R Slovenije pa lahko navedene informacije dobijo tudi na območnih enotah oziroma izpostavah Zavoda.

Storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči so v celoti zagotovljene iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in torej v teh primerih ni nobenih doplačil. Poleg navedenih storitev so 100 % krite iz obveznega zavarovanja tudi še nekatere druge storitve, in sicer:

- sistematični in drugi preventivni pregledi ter zdravljenje in rehabilitacija otrok, šolske mladine in študentov, ki se redno šolajo,

- žensk v zvezi z nosečnostjo, preprečevanje,
- odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni,
- obvezna cepljenja, zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, razvitih oblik sladkorne bolezni,
- patronažni obiski,
- zdravljenje in nega na domu itd.

Druge potrebne storitve pa so zagotovljene v določenem odstotnem deležu in je tako potrebno za določene zdravstvene storitve doplačati razliko do polne cene, ki znaša v posameznih primerih od 5 % pa do 75 % vrednosti zdravstvene storitve oziroma medicinskega pripomočka.

Dovolite, da opredelimo nekatere zdravstvene storitve, ki jih je potrebno doplačati ter navedemo odstotne deleže doplačil:

- presaditve organov, najzahtevnejši operativni posegi ne glede na razlog, intenzivna terapija, dializa in druge najzahtevnejše diagnostične terapevtske in rehabilitacijske storitve - 5 % doplačilo;
- zdravstvene storitve s področja specialistično-ambulantne in bolnišnične dejavnosti, storitve s področja zdraviliškega zdravljenja, kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, razen za poškodbe izven dela, storitve s področja zdravljenja zob in ustne votline, ortopedski, ortotični, slušni in drugi medicinski pripomočki - 15 % doplačilo;
- specialistično-ambulantne, bolnišnične in zdraviliške storitve, kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja in nemedicinski del oskrbe v bolnišnici in zdravilišču, kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja ter ortopedski, ortotični in drugi

- pripomočki v zvezi z zdravljenjem poškodb izven dela - 25% doplačilo;
- zdravstvene storitve zdraviliškega zdravljenja in nemedicinska oskrba pri zdraviliškem zdravljenju (hotelski del bolnišnično-oskrbnega dne), ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja - 60 % doplačilo;
 - zobnoprostetično zdravljenje odraslih, očesni pripomočki za odrasle - 75% doplačilo.

Dostop do zdravstvenih storitev v R Sloveniji v času začasnega bivanja v tej državi

Zavarovanci držav Evropske unije bodo v času začasnega bivanja v R Sloveniji lahko z obrazcem E 111 z oznako države, ki je obrazec izdala ter po 1. 6. 2004 tudi z Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja uveljavljali zdravstvene storitve v javnih zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih zasebnikih, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom.

Zdravstvene storitve lahko uveljavljajo na primarni ravni v zdravstvenih domovih in pri splošnih zdravnikih, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom, pri specialistih in v bolnišnicah pa le na podlagi napotnice, ki jo izda splošni zdravnik. V nujnih primerih pa se lahko tuja zavarovana oseba tudi neposredno zgleda na urgentni službi najbližje bolnišnice.

Zdravljenje pri splošnem zdravniku

Tuji zavarovanci se bodo lahko z obrazcem E 111 oziroma Evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja zgledali pri zdravniku splošne prakse v javnem zdravstvenem zavodu ali pa pri zdravniku zasebniku, ki ima sklenjeno pogodbo z Zavodom. Tu bodo lahko uveljavili tudi laboratorijske, rentgenske, fizioterapevtske in druge potrebne diagnostične storitve, ki jih predpiše in izvede zdravnik na primarni ravni. V primeru, da tuja zavarovana oseba potrebuje storitve, ki jih ni mogoče zagotoviti na primarni ravni, lahko splošni zdravnik izda napotnico za specialistične storitve.

Zdravljenje pri specialistu

Zdravljenje pri specialistu bodo lahko uveljavili tuji zavarovanci v primeru, če jim bo splošni zdravnik izdal napotnico za nadaljnji pregled pri specialistu. S to napotnico bodo lahko uveljavljali zdravstvene storitve pri specialistih v javnih zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih zasebnikih, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo.

Zdravljenje pri zobozdravniku

V primeru, da bodo tuji zavarovanci potrebovali zobozdravstvene storitve jih bodo lahko uveljavili pri zobozdravnikih v zdravstvenih domovih ter zobozdravnikih zasebnikih, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo.

Zdravljenje v bolnišnici

V primeru, da bodo tuji zavarovanci potrebovali zdravljenje v bolnišnici, jih bo tja napotil po potrebi splošni zdravnik oziroma specialist, ki bo izdal potrebno napotnico. V primeru nujnosti pa se bodo zavarovanci lahko zgledali na urgentni službi bolnišnice, ki je najbližja kraju njihovega bivanja.

Reševalni prevozi

V primeru, da bodo tuji zavarovanci potrebovali nujni reševalni prevoz, jim bo ta zagotovljen brez doplačil na podlagi napotnice, ki jo bo izdal zdravnik, ki bo ocenil nujnost primera. V primeru nenujnega reševalnega prevoza pa je potrebno za takšen prevoz doplačati (doplačilo 70% vrednosti prevoza).

Zdravila

Tuji zavarovanci bodo lahko nabavili zdravila v lekarnah v Sloveniji in sicer na recept, ki jim ga bo v okviru zdravljenja predpisal splošni zdravnik oziroma specialist. Pri zdravljenju v bolnišnicah so zdravila zagotovljena v okviru zdravljenja.

V R Sloveniji so zdravila razvrščena na liste po določenih kriterijih. Za zdravila, ki so razvrščena na pozitivno listo je potrebno doplačati 25 % cene (razen za zdravljenje določenih oseb in stanj, opredeljenih v 1. točki prvega odstavka 23. člena zakona kjer je kritje 100 %). Za zdravila, ki so razvrščena na vmesno listo je pacientom potrebno doplačati 75 % vrednosti cene, zdravila razvrščena na negativno listo pa mora pacient plačati v celoti.

Povračilo stroškov zdravstvenih storitev

Tuji zavarovanci bodo uveljavljali zdravstvene storitve v R Sloveniji na podlagi Evropske kartice zdravstvenega zavarovanja oziroma obrazca E 111 v javnih zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih zasebnikih, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom. Če bodo predložili navedene dokumente jim ne bo potrebno plačati zdravstvenih storitev razen stroškov doplačil.

Če pa bodo tuji zavarovanci plačali stroške zdravstvenih storitev iz razloga, ker ne bodo imeli s seboj potrebnih dokumentov ali pa iz razloga, ker bodo zdravstvene storitve koristili pri zdravniku zasebniku, ki ne bo imel pogodbe z Zavodom, bodo lahko podali zahtevek za povračilo stroškov na podlagi člena 34.2 Uredbe sveta (EGS) 574/72 v svoji državi.

Zdravstvene storitve, za katere se je potrebno dogovoriti pred prihodom v R Slovenijo

Tuji zavarovanci, ki bodo potrebovali dializo, kisikovo terapijo ali druge zdravstvene storitve, za katere je potreben predhodni dogovor, bodo navedene storitve lahko uveljavljali v R Sloveniji na podlagi predhodnega dogovora z zdravstvenim zavodom, ki navedene storitve izvaja in ima pogodbo z Zavodom. Informacije o izvajalcih, ki izvajajo navedene storitve bodo tuje zavarovane osebe dobile na območnih enotah oziroma izpostavah Zavoda v kraju njihovega bivanja.

Še več informacij o zdravstvenem zavarovanju v R Sloveniji lahko dobite tudi na spletni strani <http://www.zzzs.si>.

Information About the Methods and Proceedings for Claiming Health Services in the Republic of Slovenia

Pursuant to the Health Care and Health Insurance Act, in the Republic of Slovenia it is the Health Insurance Institute of Slovenia (hereinafter: "the HIIS") that covers compulsory health insurance. Health insurance is carried out by ten regional units of the HIIS which perform the tasks falling within their legal competences and within the region in which they are located. The addresses of these HIIS regional units and the data on their contact persons are listed in Annex 1.

Medical services covered by the compulsory health insurance in the Republic of Slovenia may be claimed within the framework of a public health network, i.e. in public health institutions (health centres, hospitals, pharmacies), and from private doctors (general practitioners, specialists, dentists, pharmacists) who have concluded a contract with the HIIS. In the case medical services are claimed from private doctors who concluded no contract with the HIIS, the services must be paid for in full. The information about the providers who have concluded a contract with the HIIS is available on the HIIS web site (<http://www.zzs.si>). Foreign insured persons who will be temporarily staying in the Republic of Slovenia will get the above information also from the HIIS regional units or subsidiaries.

Services of urgent medical treatment and urgent medical assistance are entirely covered by the compulsory health insurance and therefore require no additional payments.

Beside the stated services also some other services are fully covered by the compulsory insurance, as follows:

systematic and other preventive medical checkups as well as medical treatment and rehabilitation of preschool children, schoolchildren and regularly registered students and of women in relation to their pregnancy; prevention, diagnosis and treatment of the HIV infection and of infectious diseases; obligatory vaccinations; treatment and rehabilitation of malign illnesses, muscular and neuromuscular diseases, paraplegia, quadriplegia, cerebral palsy, advanced forms of diabetes; nursing care visits; medical treatment and nursing at home, etc.

Other necessary services are only provided free of charge to a certain percentage, so that for some medical services the difference to the full price has to be paid which depends on individual cases and amounts to from 5 % to 75 % of the value of the medical service or appliance.

In the continuation some medical services that have to be additionally paid for and the percentages of such additional payments are stated:

- transplantations of organs, most demanding surgical operations irrespective of the reason for them, intensive therapy, dialysis and other most demanding therapeutic and rehabilitation services – 5 % additional payment;
- medical services in the field of specialist-outpatient and inpatient activities; services in the field of health resort treatment

- as the continuation of hospital treatment, with the exception of injuries that were not caused at work; services in the field of dental and oral cavity treatment; orthopaedic, orthotic, hearing and other medical appliances – 15 % additional payment;
- specialist-outpatient, inpatient and health resort services as continuation of hospital treatment, and the non-medical part of nursing in a hospital or health resort as continuation of hospital treatment, as well as orthopaedic, orthotic and other appliances related to the treatment of injuries that were not caused at work – 25 % additional payment;
- medical services of health resort treatment and non-medical nursing within health resort treatment (the hotel part of the hospitalization) which is not a continuation of hospital treatment – 60 % additional payment;
- dental prosthetic treatment of adults, ophthalmic appliances for adults – 75 % additional payment.

Access to medical services in the Republic of Slovenia during the temporary stay in this country

During their temporary stay in the Republic of Slovenia, insured persons from the EU member states will be able to claim medical services in public health institutions and from private doctors who have concluded a contract with the HIIS on the basis of the E 111 form with the mark of the country by which the form was issued, and after 1 June 2004 also on the basis of the European health insurance card.

Medical services may be only be claimed at the primary level in health centres and from general practitioners who have concluded a contract with the HIIS, while from specialists and in hospitals this may only be done on the basis of a doctor's referral issued by a general practitioner. In cases of emergency a foreign insured person may also go directly to the emergency service in the nearest hospital.

Medical treatment by a general practitioner

With the E 111 form or with the European health insurance card, foreign insured persons will be able to visit a general practitioner in a public health institution or a private doctor who concluded a contract with the HIIS. There, they will also be able to claim laboratory, X-ray, physiotherapy and other necessary diagnostic services prescribed and carried out by a doctor at the primary level. In the case the foreign insured person needs services which cannot be provided at the primary level, the general practitioner may issue a doctor's referral for specialist services.

Medical treatment by a specialist

Medical treatment by a specialist may be claimed by foreign insured persons in the case a doctor's referral is issued to them by the general practitioner for the further examination by a specialist.

With this referral they will also be able to claim medical services

by specialists in public health institutions and by private doctors who have concluded a contract with the HIIS.

Dental treatment by a dentist

In the case foreign insured persons need dental services, they will be able to claim them from dentists in health centres and from private dentists who have concluded a contract with the HIIS.

Hospital treatment

In the event foreign insured persons will need inpatient treatment, they will be referred to a hospital, as necessary, by a general practitioner or a specialist who will issue the required doctor's referral. In the case of emergency, insured persons will also be able to visit the emergency service of the hospital located nearest to their place of stay.

Ambulance transports

In the case foreign insured persons need an urgent ambulance transport, the latter will be ensured to them without any additional payments, on the basis of a doctor's referral issued by the doctor who will assess the emergency level of the case. In the event of an ambulance transport which is not urgent, such transport will have to be additionally paid for (additional payment amounting to 70 % of the value of the transport).

Medicinal products

Foreign insured persons will be able to acquire medicinal products from pharmacies in Slovenia based on a prescription issued within the framework of medical treatment by their general practitioner or specialist. In the event of inpatient treatment, medicinal products are ensured as an inherent part of the treatment.

In the Republic of Slovenia medicinal products are classified into lists pursuant to certain criteria. For the medicinal products classified onto the positive list, 25 % of the price must be additionally paid (except for the treatment of certain persons and condi-

tions defined in Article 23(1)(1) of the Act where the coverage is 100 %). Regarding the medicinal products classified onto the interim list, patients must additionally pay 75 % of the price value, while the medicinal products classified onto the negative list must be entirely paid for by the patient.

Reimbursement of costs of medical services

In the Republic of Slovenia, when visiting public health institutions and private doctors who have concluded a contract with the HIIS, foreign insured persons will claim medical services on the basis of the European health insurance card or of the E 111 form. If the stated documents are submitted, such persons will not have to pay for medical services, except for the costs of additional payments.

In the case foreign insured persons will have to pay for the costs of medical services because they will not have the necessary documents on hand or because they will claim medical services from a private doctor without a contract with the HIIS, they will be able to submit a request for the reimbursement of costs based on Article 34.2 of the Council Regulation (EGS) 574/72 in their native country.

Medical services which have to be agreed upon prior to the arrival to the Republic of Slovenia

Foreign insured persons who will need dialysis, oxygen therapy or any other medical services for which a preliminary agreement is necessary, will be able to claim the stated services in the Republic of Slovenia on the basis of a preliminary agreement with the health institute which provides such services and has concluded a contract with the HIIS. To foreign insured persons the information about the providers of the above services will be available in the HIIS regional units or subsidies located in their place of stay.

More information about health insurance in the Republic of Slovenia can be obtained from the webpage <http://www.zzs.si>.

Spremembe in dopolnitve navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev z veljavnostjo od 1. 6. 2004

V spremembah in dopolnitvah navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev z dne 8. 4. 2004 z veljavnostjo od 1. 5. 2004 dalje se spremeni in dopolni naslednje besedilo:

1. del: Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenosa finančnih sredstev

2. Izjeme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

V točki 2.6. Tuje zavarovane osebe se v prvi alineji zakonodaja EU pod točko "2. Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja:" dopolni oznake že navedenih držav z dvomestno šifro, v primerih ko je to potrebno, ki bo navedena na evropski kartici zdravstvenega zavarovanja, certifikatu ali obrazcu E 111, tako da besedilo glasi:

2.6. Tuje zavarovane osebe

2. Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja:

- zakonodaja EU

Avstrija - A (AT), Belgija - B (BE), Ciper - CY, Češka - CZ, Danska - DK, Estonija - EE, Finska - FIN (FI), Francija - F (FR), Grčija - GR (EL), Irska - IRL (IE), Italija - I (IT), Latvija - LV, Litva - LT, Luksemburg - L (LU), Madžarska - HU, Malta - MT, Nemčija - D (DE), Nizozemska - NL, Poljska - PL, Portugalska - P (PT), Slovaška - SK, Španija - E (ES), Švedska - S (SE), Velika Britanija in Severna Irska (Združeno kraljestvo) - GB (UK);

Islandija - IS, Liechtenstein - FL (LI), Norveška - N (NO).

V točki 2.6.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih se v celoti spremeni besedilo prve alineje tuje zavarovane osebe (zavarovalna podlaga 7777) in glasi:

2.6.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih

- tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih (zavarovalna podlaga 7777)

gre za tuje zavarovance in njihove družinske člane, ki začasno prebivajo v Sloveniji (na primer: turisti, študentje, napoteni na delo, napoteni na strokovno izpopolnjevanje, brezposelni iskalci zaposlitve, napoteni na zdravljenje itd).

- tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU

* Kako se izkazujejo in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev?

Te osebe za čas začasnega bivanja v Sloveniji iz razloga turističnega potovanja, študija, napotitve na delo ali strokovno izpopolnjevanje ter iskanja zaposlitve kot brezposelna oseba uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi naslednjih dokazil o zavarovanju:

- evropska kartica zdravstvenega zavarovanja - v nadaljevanju evropska kartica (priloga 1 - izgled evropske kartice, ki jo izdaja Zavod slovenskim zavarovanim osebam)

Evropska kartica je lahko izdana kot posamična kartica ali pa kot hrbtna stran nacionalne kartice določene države članice. Evropska kartica je osebna kartica, tako da ima vsaka tuja zavarovana oseba svojo kartico, ki ne vsebuje drugih podatkov o tuji zavarovani osebi, ki je imetnik kartice, razen tistih, ki so na kartici vidni. Z evropsko kartico tuja zavarovana oseba izkazuje, da je zavarovana v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je na kartici navedeno.

Na evropski kartici so navedeni naslednji podatki:

- zgoraj napis v jeziku države, ki kartico izdaja: evropska kartica zdravstvenega zavarovanja,
- v krogu, katerega tvori 12 zvezdic oznaka države, ki je kartico izdala,
- priimek tuje zavarovane osebe,
- ime tuje zavarovane osebe,
- datum rojstva,
- identifikacijska številka osebe,
- identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja,
- identifikacijska številka kartice,
- veljavnost z navedbo datuma, do kdaj kartica velja.



Priloga 1:

Vzorčni izvod sprednje strani evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, ki jo je izdal Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (sprednja stran je predpisana in enotna za vse države članice EU in EGP)

Z evropsko kartico uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev od 1. 6. 2004 dalje tuje zavarovane osebe iz naslednjih držav članic: Belgija - BE; Danska - DK; Estonija - EE; Finska - FI; Francija - FR; Grčija - EL; Irska - IE; Luksemburg - LU; Nemčija - DE; Norveška - NO; Španija - ES; Švedska - SE.

– **certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja** (priloga 2 - certifikat v slovenskem jeziku)

Certifikat je obrazec v papirnati obliki, napisan v jeziku države, ki obrazec izdaja in začasno nadomešča evropsko kartico. Certifikat se izda v izjemnih oziroma nujnih primerih in ga izdajajo le države članice, ki s 1. 6. 2004 uvedejo evropsko kartico.

Na certifikatu, ki je enojezičen in napisan v jeziku države, ki ga izdaja, so navedeni naslednji podatki:

- 1. naziv obrazca - zapis podatka ni obvezen,
- 2. država članica, izdajateljica - oznaka države, ki izdaja certifikat,
- podatki o tuji zavarovani osebi:
 - 3. priimek,
 - 4. ime,
 - 5. datum rojstva,
 - 6. identifikacijska številka osebe,
- podatki o pristojnem nosilcu:
 - 7. identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja,
- podatki o kartici:
 - 8. identifikacijska številka kartice,
 - 9. veljavnost,(certifikat je veljaven tudi če 8. in 9. točka nista izpolnjeni)
- datum veljavnosti certifikata:
 - a) od dne,
 - b) do dne,
- datum izstavitve certifikata:
 - c)
- podpis in žig nosilca:
 - d)

Certifikat, ki ga predloži tuja zavarovana oseba mora obvezno vsebovati podatke v točki 2., 3., 4., 5., 6., 7. ter točke a), b), c) in d). V primeru kakršnekoli pomanjkljivosti (na primer ni navedeno obdobje veljavnosti, ni naveden nosilec zavarovanja, manjka podpis ali žig nosilca) oziroma netočnosti podatkov na certifikatu tuja zavarovana oseba lahko uveljavlja nujne zdravstvene storitve, katere pa mora plačati sama, dokler ne predloži certifikata z vsemi zahtevanimi podatki. Za izstavitve certifikata z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali pristojna po sedežu izvajalca.

– **obrazec E 111** (priloga 3 - obrazec v slovenskem jeziku)

Z obrazcem E 111 - Potrdilo o pravici do storitev med začasnim bivanjem v drugi državi članici uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev tuje zavarovane osebe iz držav članic, ki s 1. 6. 2004 še ne bodo uvedle evropske kartice.

Na obrazcu, ki je enojezičen in napisan v jeziku države, ki obrazec izdaja, so navedeni naslednji podatki:

- oznaka obrazca E 111 in oznaka države, ki obrazec izdaja,

- podatki o tuji zavarovani osebi:
 - 1. priimek,
 - 2. ime,
 - 3. datum rojstva,
 - 4. identifikacijska številka osebe,
- podatki o pristojnem nosilcu zavarovanja:
 - 5. ime nosilca,
 - 6. identifikacijska številka nosilca,
- obdobje veljavnosti obrazca:
 - a) od,
 - b) do,
- datum izdaje obrazca:
 - c)
- podpis in žig nosilca:
 - d)

Obrazec, ki ga predloži tuja zavarovana oseba mora obvezno vsebovati vse podatke, ki se v obrazcu zahtevajo. V primeru kakršnekoli pomanjkljivosti (na primer ni navedeno obdobje veljavnosti, ni naveden nosilec zavarovanja, manjka podpis ali žig nosilca) oziroma netočnosti podatkov na obrazcu tuja zavarovana oseba lahko uveljavlja nujne zdravstvene storitve, katere pa mora plačati sama, dokler ne predloži obrazca z vsemi zahtevanimi podatki. Za izstavitve obrazca z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali po sedežu izvajalca.

Z obrazcem E 111 uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev tuje zavarovane osebe iz naslednjih držav članic: Avstrija - AT; Ciper - CY; Češka - CZ; Islandija - IS; Italija - IT; Latvija - LV; Liechtenstein - LI; Litva - LT; Madžarska - HU; Malta - MT; Nizozemska - NL; Poljska - PL; Portugalska - PT; Slovaška - SK; Združeno Kraljestvo - UK.

Z evropsko kartico, certifikatom ali obrazcem E 111 uveljavljajo tuje zavarovane osebe, kadar tako zahteva zdravstveno stanje, zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč vrsto storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v Sloveniji.

Temeljni kriteriji za presojo potrebnih zdravstvenih storitev so:

1. da je storitev potrebna iz zdravstvenih razlogov oziroma poslabšanja zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe, ki je nastalo med začasnim bivanjem v Sloveniji;
2. da je pri tem treba upoštevati predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji;
3. vrsto zdravstvenih storitev.

Med potrebne zdravstvene storitve sodijo, glede na zdravstveno stanje tuje zavarovane osebe storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, kot to določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja. Glede na dolžino bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji, bo moral zdravnik odločiti o nadaljnjem poteku zdravljenja in pri tem oceniti, katere zdravstvene storitve so še potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje zavarovane osebe v svojo državo oziroma katere storitve ji je glede na časnost bivanja v Sloveniji še potrebno zagotoviti.

Določene dodatne ali dolgotrajnejše preiskave običajno lahko počakajo, da se tuja zavarovana oseba vrne v svojo državo, nekaterih

Priloga 2:

Certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja

**CERTIFIKAT, KI ZAČASNO NADOMEŠČA
EVROPSKO KARTICO ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA**

*kot določa Priloga 2 k Sklepu št. 190 z dne 18. junija 2003, ki se nanaša na tehnične specifikacije Evropske kartice
zdravstvenega zavarovanja*

Naziv obrazca

Država članica, izdajateljica

1. E-

2. SI

Podatki o imetniku kartice

3. Priimek:

4. Ime:

5. Datum rojstva:

6. Identifikacijska številka osebe:

Podatki o pristojnem nosilcu

7. Identifikacijska številka nosilca:

Podatki o kartici

8. Identifikacijska številka kartice:

9. Veljavnost:

Datum veljavnosti certifikata

Datum izstavitve certifikata

a) Od dne:

c)

b) Do dne:

Podpis in žig nosilca

d)

Opombe in informacije

Vsa pravila, ki veljajo za vidne podatke, ki jih vsebuje Evropska kartica in ki se nanašajo na opis, na vrednosti, na dolžino in na opombe podatkovnih polj, se nanašajo tudi na certifikat.



Priloga 3a:

Obrazec E 111 "Potrdilo o pravici do storitev med začasnim bivanjem v drugi državi članici" - prednja stran

EVROPSKE SKUPNOSTI
Uredbe o socialni varnosti
EGP^(*)

Glej "navodila" na 2. strani

E 111 **SI** ⁽¹⁾

POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V DRŽAVI ČLANICI

Uredba 1408/71: člen 22.1.a.i; člen 22.a; člen 22.3; člen 31.a; člen 34.a; Uredba 574/72: člen 20.4; člen 21.1; člen 23; člen 31.1 in 3
OPOZORILO: TA DOKUMENT VELJA SAMO ZA NUJNO IN NEPREDVIDENO ZDRAVLJENJE, ZATO V NOBENEM PRIMERU NE VELJA ZA POTOVANJA, KATERIH NAMEN JE ZDRAVLJENJE V TUJINI

1	<input type="checkbox"/> Zaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Upokojenec (program za zaposlene osebe)	<input type="checkbox"/> Študent
	<input type="checkbox"/> Samozaposlena oseba	<input type="checkbox"/> Upokojenec (program za samozaposlene osebe)	<input type="checkbox"/> Druge zavarovane osebe (Priimek ^(1a) , Prejšnji priimki ^(1a) , D.N.I. ^(2a) , Naslov)
1.1 Identifikacijska številka ^(2b) : _____ Datum rojstva: _____			

2	Družinski člani ⁽³⁾				
2.1	Priimek ^(1a) :	Imena:	Prejšnji priimki:	Datum rojstva:	Identifikacijska št.: ^(2b)
2.2	Stalni naslov ⁽²⁾⁽⁴⁾ :				

3 Zgoraj navedene osebe imajo pravico do storitev iz naslova zavarovanja za primer bolezni in materinstva

3.1 ⁽⁵⁾ od _____ do vključno

3.2 ⁽⁵⁾ od _____

4	Pristojni nosilec				
4.1	Ime:				Šifra ⁽⁶⁾ :
4.2	Naslov ⁽²⁾ :				
4.3	Žig			4.4 Datum:	
					4.5 Podpis: _____
4.6	Velja od _____	do _____	4.10	Velja od _____	do _____
4.7	Žig	4.8 Datum:	4.11	Žig	4.12 Datum:
					4.9 Podpis: _____
					4.13 Podpis: _____

5	Pristojni francoski nosilec za nepoklicne bolezni samozaposlenih kmetov				
5.1	Ime:				Šifra ⁽⁶⁾ :
5.2	Naslov ⁽²⁾ :				
5.3	Žig			5.4 Datum:	
					5.5 Podpis: _____



Priloga 3b:

Obrazec E 111 "Potrdilo o pravici do storitev med začasnim bivanjem v drugi državi članici" - hrbtna stran

NAVODILA

E 111

Prosimo, da ta obrazec izpolnite z velikimi tiskanimi črkami in pišete le na označena polja. Obrazec obsega dve strani, od katerih ne sme manjkati nobena, četudi ne vsebuje ustreznih podatkov.

Ta obrazec mora izpolniti pristojni nosilec ali, kadar je to primerno, nosilec v kraju stalnega prebivališča upokojenca ali družinskega člana delavca in ga poslati dotični osebi ali nosilcu v kraju začasnega prebivališča, če je obrazec izpolnjen na njegovo zahtevo. Ta obrazec ni potreben, če osebačasno biva v Združenem kraljestvu.

Informacija za zavarovano osebo in njene družinske člane:

a) S tem dokumentom si lahko:

- zaposlena ali samozaposlena oseba študent ali druga zavarovana oseba in njihovi družinski člani, navedeni v točki 2, ki časno živijo v državi članici, ki ni pristojna država, v primeru takojšnje potrebe in
- upokojenec in njegovi družinski člani, navedeni v točki 2, ki časno živijo v državi članici, ki ni država, kjer običajno prebivajo.

pridobijo pravico do storitev pri nosilcih zavarovanja v državi začasnega prebivališča, in sicer za primer bolezni (vključno kroničnih bolezni in bolezni, ki so obstajale že prej) ali materinstva in časno za primer nesreče pri delu ali poklicne bolezni.

b) Ko mora ena izmed dotičnih oseb uveljavljati storitve vključno z bolnišničnim zdravljenjem, mora predložiti ta obrazec nosilcu zavarovanja v državi, kjer časno prebiva, in sicer:

v Belgiji: na »mutualité« (lokalni sklad za zdravstveno zavarovanje) po svoji izbiri;

na Danskem: na pristojni »amtskommune« (lokalna uprava), v Kopenhagnu na »magistrat« (občinska uprava) in v Frederiksbergu na »kommunalbestyrelse« (občinska uprava). Pomoč zdravnika, zobozdravnika ali farmacevta lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjene nosilce. Obrazec je treba predložiti ob vsakem uveljavljanju storitev. Podrobni podatki o razpoložljivih zdravnikih in zobozdravnikih so na voljo na lokalnih »social- og sundhedsforvaltning« (socialni in zdravstveni organ);

v Nemčiji: na bolniško blagajno, ki jo dotična oseba izbere;

v Grčiji: običajno na regionalno ali lokalno izpostavo Zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki dotični osebi izda »zdravstveno knjižico«, brez katere ni mogoče uveljavljati storitev;

v Španiji: na zdravstveno in bolnišnično službo španskega socialno varstvenega zdravstvenega sistema. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;

v Franciji: na »Caisse primaire d'assurance-maladie« (lokalna blagajna zdravstvenega zavarovanja);

na Irskem: na Health Board (Odbor za zdravstvo) v kraju, kjer uveljavljate storitev;

v Italiji: na »Unità sanitaria locale« (USL, lokalna zdravstvena enota), ki je krajevno pristojna; za pomorščake in posadko potniških letal na »Ministero della Sanità - Ufficio di sanità marittima o aerea« (Ministrstvo za zdravstvo, Zdravstveni urad za morarico in letalstvo, odgovoren za zadevno območje);

v Luksemburgu: na »Caisse de maladie des ouvriers« (bolniška blagajna za delavce);

na Nizozemskem: na »ANOV Verzekeringen«, Utrecht; pomoč zdravnika, zobozdravnika ali farmacevta lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na ANOV Verzekeringen, če mora oseba v bolnišnico, bo sprejemi list in obrazec E 111 poslan s strani bolnice na ANOV Verzekeringen;

v Avstriji: na »Gebietskrankenkasse« (Območna bolniška blagajna);

na Portugalskem: za kontinentalno Portugalsko: na »Administração Regional de Saúde« (Regionalna zdravstvena uprava) v kraju začasnega prebivališča; za Madeiro: na »Direcção Regional de Saúde Pública« (Regionalna uprava za javno zdravje) v Funchalu; za Azore: na »Direcção Regional de Saúde« (Regionalna zdravstvena uprava) v Angra do Heroísmo;

na Finskem: na lokalno izpostavo »kansaneläkelaitos« (Zavod za socialno zavarovanje), če zahtevate povračilo stroškov zdravstvenih storitev uveljavljenih v zasebnem sektorju. Na podlagi predložitve tega potrdila lahko storitve izvajajo v občinskih zdravstvenih centrih in javnih bolnišnicah;

na Švedskem: na »försäkringskassan« (Urad za socialno zavarovanje); zdravniško pomoč (bolnišnično, zdravniško, zobozdravniško itd) lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjeno ustanovo;

na Islandiji: na »Tryggingastofnun ríkisins« (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;

v Liechtensteinu: na »Amt für Volkswirtschaft« (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;

na Norveškem: na »lokale trygdekontor« (lokalni urad za zavarovanje); zdravniško pomoč lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjeno ustanovo. Ko zahtevate pomoč, morate predložiti ta obrazec;

v Sloveniji: na območno enoto »Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)« pristojno po kraju začasnega prebivališča.

OPOMBE

(*) EGP, Pogodba o evropskem gospodarskem prostoru, Priloga VI, Socialno varstvo. Za namene te pogodbe velja ta obrazec tudi za Islandijo, Liechtenstein in Norveško.

(1) Oznaka države, kateri pripada ustanova, ki izpolni obrazec: B = Belgija, DK = Danska, D = Nemčija, GR = Grčija, E = Španija, F = Francija, IRL = Irska, I = Italija, L = Luksemburg, NL = Nizozemska, P = Portugalska, GB = Združeno kraljestvo, A = Avstrija, FIN = Finska, IS = Islandija, FL = Liechtenstein, N = Norveška, S = Švedska, SI = Slovenija.

(2) Pri španskih državljanih navedite obe rojstni imeni.

Pri portugalskih državljanih navedite vsa imena (imena, priimek, dekliniški priimek), in sicer po vrstnem redu glede na osebno stanje, kakor so zapisana v osebni izkaznici ali v potnem listu.

(3) Ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država.

(4) Če obstaja, navedite pri španskih državljanih številko, zapisano na nacionalni osebni izkaznici (D.N.I.), četudi osebna izkaznica ni več veljavna. V nasprotnem primeru zapišite "Ne obstaja".

(5) Če je mogoče, navedite pri italijanskih državljanih številko zavarovanja in/ali "codice fiscale".

(6) Navedite le tiste družinske člane, ki odhajajo časno v drugo državo članico.

(7) Izpolnite le, če se naslov družinskih članov razlikuje od naslova delavca ali upokojenca.

(8) Ti dve trditvi se medsebojno izključujeta. Podatke navedite le za ustrezno trditve in označite kvadrate s križcem.

(9) Izpolnite, kadar podatek obstaja.



pa zaradi začasnosti bivanja ali predvidenega odhoda domov tudi ni mogoče izvesti. Če bo šlo za zdravljenje tuje zavarovane osebe, ki bo v Sloveniji ostala dalj časa na primer napoteni na delo, študenti in druge osebe, jim bo potrebno glede na njihovo zdravstveno stanje, potrebe zdravljenja in trajanje bivanja v Sloveniji zagotoviti tudi druge storitve, da se jim samo zaradi zdravljenja ne bo potrebno vrniti v svojo državo še pred koncem načrtovanega bivanja v Sloveniji.

Tuje zavarovane osebe so torej upravičene do tistih storitev, ki omogočajo da oseba nadaljuje svoje načrtovano bivanje v Sloveniji in da se ji samo zaradi tega, da bi se ustrezno zdravila v svoji državi, ni potrebno predčasno vrniti.

Za tuje zavarovane osebe veljajo enaki pogoji in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev kot za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

Z nobenim od navedenih dokazil o zavarovanju tuja zavarovana oseba ne more uveljavljati zdravstvenih storitev, če je prišla v Slovenijo z namenom, da se tukaj zdravi oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Na podlagi evropske kartice, certifikata ali obrazca E 111 tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v navedenem obsegu neposredno pri izvajalcih s predložitvijo enega od navedenih dokazil o zavarovanju. Dokazilo o zavarovanju se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.

Zaradi zagotovitve podatkov o tuji zavarovani osebi, nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana, obdobja veljavnosti izdanega dokazila ter predvidene dobe bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji mora izvajalec ob prvem obisku tuje zavarovane osebe zagotoviti izpolnitev obrazca "Potrdilo o podatkih zavarovane osebe iz držav Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora, pri uveljavljanju zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji (priloga 4 - obrazec).

V obrazec se vpišejo naslednji podatki:

1. dokazila o zavarovanju
 - izpolni se okvirček pred navedbo dokazila o zavarovanju:
 - evropska kartica zdravstvenega zavarovanja
 - certifikat
 - obrazec E 111,
 2. oznaka države, ki je izdala dokazilo o zavarovanju,
 3. podatki o tuji zavarovani osebi:
 - priimek,
 - ime,
 - datum rojstva,
 - identifikacijska številka osebe,
 4. podatki o pristojnem nosilcu:
 - ime nosilca (naveden je le na obrazcu E 111),
 - identifikacijska številka nosilca,
 5. podatki o kartici:
 - identifikacijska številka kartice,
 6. podatki o veljavnosti:
 - datum veljavnosti do,
 - datum veljavnosti od ——— do
- (podatek se vpiše, če tuja zavarovana oseba predloži certifikat

ali obrazec E 111),

7. preverjanje identitete tuje zavarovane osebe

– označi se okvirček pred:

- potni list
- osebna izkaznica
- vozniško dovoljenje,

- 8.1 izjava tuje zavarovane osebe o obdobju nameravanega bivanja v Sloveniji

vpiše se datum do kdaj namerava tuja zavarovana oseba bivati v Sloveniji,

- 8.2. zapis, da je identiteta osebe preverjena,

- 8.3. storitve, opravljene zaradi zdravstvenih težav osebe, so v okviru navedenega trajanja bivanja medicinsko nujne oziroma potrebne,

- 8.4. datum,

- 8.5. žig in podpis izvajalca.

Izpolnitev obrazca zagotovi izvajalec, ki prvi sprejme tujo zavarovano osebo, največkrat bo to zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti, v nujnih primerih (poškodbe, nenadna obolenja) pa tudi pristojna služba ob sprejemu tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. Izvajalec pošlje potrdilo območni enoti Zavoda, pristojni po kraju sedeža izvajalca, najkasneje ob izstavitvi računa za tujo zavarovano osebo.

Navedeni obseg pravic do zdravstvenih storitev in način uveljavljanja je zagotovljen tudi tujim zavarovanim osebam iz držav Avstrija, Belgija, Italija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, katerim je bil pred 1. 5. 2004 izdan obrazec po meddržavni pogodbi (konvencijsko potrdilo A/SI 3, B.Y. 11, 111 I, SI/L 111, SI 111, NL/SI 111), na podlagi katerega je območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe izdala Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane.

Enak obseg pravic in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev je zagotovljen tudi tujim zavarovanim osebam, katerim so bili pred 1. 6. 2004 izdani obrazci E 111, E 111B, E 110, E 119, E 128 in E 128 B, na podlagi katerih je območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe izdala Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane.

Potrdila o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane ostanejo v veljavi do datuma izteka veljavnosti, ki je na potrdilu naveden. Sprememba je v novi definiciji obsega pravic do zdravstvenih storitev in načinu uveljavljanja te pravice, ne glede na to, da je na potrdilu navedena pravica do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Za te tuje zavarovane osebe ni potrebno izpolniti že navedenega obrazca (glej priloga 4), potrebno je upoštevati le kriterije za zagotavljanje potrebnih zdravstvenih storitev.

Ravno tako pa je navedeni obseg pravic in način uveljavljanja zagotovljen tudi tujim zavarovanim osebam iz držav Avstrija, Belgija, Italija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska, katerim je bil pred 1. 5. 2004 izdan obrazec po meddržavni pogodbi (konvencijsko potrdilo): A/SI 3, B.Y. 11, 111 I, SI/L 111, SI 111, NL/SI 111), pa le-tega niso predložili na območni enoti Zavoda pristojni po kraju začasnega bivanja osebe. Ta tuja zavarovana

Priloga 4:

Obrazec "Potrdilo o podatkih zavarovane osebe iz držav Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora pri uveljavljanju zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji"

POTRDILO O PODATKIH

zavarovane osebe iz držav Evropske unije in držav Evropskega gospodarskega prostora,

ki uveljavljajo zdravstvene storitve med začasnim bivanjem v Republiki Sloveniji

1. Dokazila o zavarovanju

- Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja Obrazec E 111
 Certifikat

Iz dokazila o zavarovanju prepisite sledeče potrebne podatke:

2. Oznaka države članice, ki je dokazilo o zavarovanju izdala

3. Podatki o tuji zavarovani osebi

- 3.1. Priimek
 3.2. Ime(na)
 3.3. Datum rojstva
 3.4. Identifikacijska številka osebe

4. Podatki o pristojnem nosilcu

- 4.1. Ime nosilca (podatek iz obrazca E 111)

 4.2. Identifikacijska številka nosilca

5. Podatki o kartici

- 5.1. Identifikacijska številka kartice

6. Podatki o veljavnosti

- 6.1. Datum veljavnosti

7. Preveri se identiteta osebe na podlagi naslednjih dokumentov

- Potni list Osebna izkaznica Vozniško dovoljenje

- 8.1. Tuja zavarovana oseba izjavi, da se namerava v Republiki Sloveniji zadržati do in da ni pripotoval/a z namenom zdravljenja.
 8.2. Identiteta osebe/pacienta je preverjena.
 8.3. Storitve, opravljene zaradi zdravstvenih težav osebe, so v okviru navedenega trajanja bivanja in medicinsko nujne oziroma potrebne.
 8.4. Datum 8.5 Žig in podpis izvajalca storitev

oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev neposredno pri izvajalcu s predložitvijo enega od navedenih obrazcev, ob pogoju, da je obrazec še veljaven oziroma da datum veljavnosti še ni potekel.

Enak obseg pravic in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev je zagotovljen tudi tujim zavarovanim osebam, katerim so bili pred 1. 6. 2004 izdani obrazci E 111, E 111B, E 110, E 119, E 128 in E 128 B pa le-tega niso predložili na območni enoti Zavoda pristojni po kraju začasnega bivanja osebe. Ta tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev neposredno pri izvajalcu s predložitvijo enega od navedenih obrazcev, ob pogoju, da je obrazec še veljaven oziroma da datum veljavnosti še ni potekel.

V tem primeru izvajalec pošlje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca fotokopijo enega od navedenih obrazcev in ni potrebno izpolniti še posebnega obrazca (glej priloga 4), potrebno je upoštevati le kriterije za zagotavljanje potrebnih zdravstvenih storitev.

Razen navedenih dokazil o zavarovanju, pa navajamo še dva obrazca v papirnati obliki, s katerima lahko tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev:

– **obrazec E 112 in obrazec E 123**

Obrazec E 112 – Potrdilo o pravici do storitev in dajatev v primeru bolezni in materinstva po nastanku zavarovalnega primera. Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru bivanja v Sloveniji ali kadar je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje v Slovenijo. Obrazec se uporablja tudi za odobritev analiz in pošiljanje bioloških vzorcev za testiranje. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom bivanja in v tej zvezi uveljavljanja zdravstvenih storitev, se mora taka oseba oglasiti na območni enoti ali izpostavi Zavoda, kjer prebiva, katera izda Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane. Z navedenim potrdilom tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v obsegu, ki je na potrdilu naveden.

V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo ali da je obrazec poslan skupaj z biološkimi vzorci, ga mora izvajalec poslati območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane.

Obrazec E 123 – Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za nesreče pri delu in poklicne bolezni. Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni z namenom bivanja v Sloveniji ali napotitve na zdravljenje. Postopek uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca E 112 za namen bivanja oziroma napotitve na zdravljenje.

– tuje zavarovane osebe po meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih

* Kako se izkazujejo in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev?

Te osebe praviloma uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi "Potrdila o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane" v nadaljevanju: potrdilo (priloga 5). To potrdilo tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe, na podlagi dokazila o zavarovanju, ki ga je izdal pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja v državi, v kateri je oseba zdravstveno zavarovana ali na podlagi drugega dokazila, kot je dogovorjeno z meddržavno pogodbo. V večini primerov imajo ti zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da je po meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz potrdila.

V primeru, da tuja zavarovana oseba nima potrdila, potrebuje pa storitve nujnega zdravljenja, je izvajalec dolžan zagotoviti zdravstvene storitve že na podlagi dokazila o zavarovanju.

Dokazila o zavarovanju so naslednja:

– *meddržavna pogodba*

– za Hrvaško: dvojezični obrazci HR/SLO 3, HR/SLO 4, HR/SLO 5

– za Makedonijo: dvojezični obrazci RM/SI 3, RM/SI 4, RM/SI 5

– za Romunijo: dvojezični obrazec Y/R 11

– za Bolgarijo: potrdilo o zavarovanju (npr. zdravstvena izkaznica ali zdravstvena kartica)

– za Švico: potrdilo o zavarovanju, velja le za primer poškodbe aktivnega zavarovanca

– *posebni sporazum*

– obrazci niso predpisani – obvezna predložitev že navedenega potrdila

Izvajalec dokazilo o zavarovanju takoj pošlje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca, ki izda potrdilo in s tem prevzame plačilo stroškov.

V kolikor tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi nima dokazila o zavarovanju v svoji državi, mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. V primeru, da gre za bolnišnično zdravljenje, se na podlagi obvestila o sprejemu na bolnišnično zdravljenje, katerega je izvajalec dolžan takoj poslati pristojni območni enoti Zavoda, lahko zahteva od pristojnega tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja naknadna izdaja dokazila o zavarovanju. Za pridobitev dokazila o zavarovanju je pomembno, da bolnišnica takoj obvesti območno enoto Zavoda o sprejemu tuje zavarovane osebe na zdravljenje z navedbo vseh zahtevanih podatkov.

Za tuje zavarovane osebe iz R Hrvaške je potrebno priložiti še fotokopijo hrvaške zdravstvene kartice.

Besedilo druge alineje v podtočki 2.6.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih – obmejni delavec (zavarovalna podlaga 9000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 9077) ostane nespremenjeno.

Doda se nova tretja alineja, ki glasi:

– zaposlena ali samozaposlena oseba (zavarovalna podlaga 9100) in njeni družinski člani (zavarovalna podlaga 9177)

Priloga 5:

Obrazec "Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegov družinske člane"

Potrdilo velja

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

od _____ do _____

Območna enota _____

Pravica do zdravstvenih storitev se uveljavlja
na podlagi sporazuma o socialni varnosti -
- socialnem zavarovanju

z/s _____

Številka: _____

Reg. številka: _____

Datum: _____

Zavarovalna podlaga 7777

**POTRDILO O PRAVICI DO ZDRAVSTVENIH STORITEV
ZA TUJEGA ZAVAROVANCA IN NJEGOVE DRUŽINSKE ČLANE**

Zavarovanec(ka)

Priimek

Ime

Datum rojstva

Naslov začasnega prebivališča (v R Sloveniji)

Naslov stalnega prebivališča (v tujini)

ima pravico do zdravstvenih storitev na podlagi potrdila št. _____ z dne _____
ki ga je izdal pristojni tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja (naziv)

Družinski član(i)

Priimek

Ime

Datum rojstva

Sorodstveno razmerje

S tem potrdilom zgoraj navedeni uveljavlja(jo) zdravstvene storitve pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v R Sloveniji:

Pečat

Podpis

(1) Potrdilo se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.

(2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora območno enoto, ki je izdala potrdilo, takoj obvestiti o sprejemu na bolnišnično zdravljenje, kakor tudi o zaključku tega zdravljenja na obrazcu, ki je za ta namen predpisan z Navodili o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev.

(3) Območno enoto, ki je izdala potrdilo, je potrebno tudi obvestiti o pričetku začasne zadržanosti od dela za aktivnega tujega zavarovanca, kakor tudi o datumu zaključka začasne zadržanosti od dela. Za obvestilo se uporablja listina Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.

(4) Za upravitvene zdravstvene storitve se izstavi račun, kot je določeno v Navodilu o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev.

gre za zaposleno ali samozaposleno osebo, ki ni obmejni delavec in je zavarovana v eni državi članici EU in njene družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

- * Kako se izkazujejo?
S kartico zdravstvenega zavarovanja.

2. del: Izvedbeno navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Uvod

4. Priloge k računom, zahtevkom in poročilom ter specifikacija računov, zahtevkov in poročil

4.2.1.1. Splošni podatki

alineja ZZZS številka se spremeni in glasi:
– ZZZS številka (v primeru tujih zavarovanih oseb po zakonodaji EU se ta podatek vpiše le pri zavarovalni podlagi 9000, 9077, 9100 in 9177.

6. Obračunavanje zdravstvenih storitev v posebnih primerih

6.1.1. Kategorija zavarovanja - tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi

V prvem odstavku se za piko postavi vejica in doda: 9100, 9177, tako da prvi odstavek glasi:

Zbirne in individualne račune je potrebno izstavljati za tuje zavarovane osebe, ki sodijo v kategorijo zavarovanja 4 - tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi in imajo zavarovalno podlago 7777, 9000, 9077, 9100, 9177.

Ostalo besedilo ostane nespremenjeno.

Priloge

Šifrant 5:

Kategorija zavarovanja

4 tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi

Podlage zavarovanja se dopolni z novima podlagama in glasi:
7777, 9000, 9077, 9100, 9177

Vanja Kobentar, univ. dipl. prav.,
vodja oddelka za mednarodno zdravstveno zavarovanje
na Območni enoti Ljubljana

Popravek

V Občasniku št. 3/2004 so bil v Prilogi III 'Razvrstitev zdravilišč po standardih, kijih opravljajo' k Področnemu dogovoru za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč za leto 2004 napačno objavljeni standardi za zdravilišča Terme Zreče, Terme Ptuj, Terme Portorož in Terme Topolšica ter besedilo za standard tip 6.

Priloga se za navedeni zdravilišči popravi tako, da pravilno glasi:

TERME PTUJ B = standard 2, 3

..

TERME PORTOROŽ B = standard 1, 2, 3, 7

TERME ZREČE A= standard 1, 2, 3 in
9 (maj – oktober)
B= standard 6

TERME TOPOLŠICA A= standard 1, 2, 3 in
4 (center za multiplo sklerozo)

standard tip 6 - ginekološke bolezni, stanja po operativnih posegih v mali medenici, testisih in prsih

Uradna objava

Število opredeljenih zavarovanih oseb
za izbranega zdravnika na dan 28. 2. 2004

V tabelah so prikazani podatki o številu opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika (splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer ter dispanzer za ženske) in za izbranega zobozdravnika (zobozdravstvo za odrasle in zobozdravstvo za mladino) na dan 28. 2. 2004.

Tabela 1 prikazuje podatke za splošno ambulanto, otroški in šolski dispanzer. Tabela 2 prikazuje podatke za dispanzer za ženske. V tabeli 3 so prikazani podatki za zobozdravstveno dejavnost za odrasle, v tabeli 4 pa podatki za mladinsko zobozdravstvo, in sicer:

1. Število prebivalcev oziroma prebivalk (dispanzer za ženske), ki so hkrati zavarovane osebe na dan 31. 12. 2002. Vir so

podatki, ki jih vodi Zavod.

- Število zdravnikov, ginekologov in zobozdravnikov iz ur po pogodbah za leto 2003. Podatki za otroške in šolske zdravnike se nanašajo samo na kurativno dejavnost, pri splošnih zdravnikih pa niso upoštevani nosilci dejavnosti, ki so plačani v pavšalu (splošne ambulante v domovih za starejše občane).
- Število oseb na zdravnika, ginekologa oziroma zobozdravnika (stolpec 1 deljeno s stolpcem 2).
- Število opredeljenih zavarovanih oseb oziroma žensk na dan 28. 2. 2004.
- Delež opredeljenih zavarovanih oseb (delež nad 100 % pomeni, da so opredeljene zavarovane osebe prebivalci tudi drugih izpostav).
- Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika, ginekologa oziroma zobozdravnika.

Tabela 1. Gravitacijsko območje osnovne zdravstvene dejavnosti in število zdravnikov iz ur (otroški in šolski dispanzer, splošne ambulante).

	preb. zav. osebe	št. zdravnikov iz ur na dan 1.1.2004			preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.	
	1	otroški	šolski	splošni	na zdravnika	28. 2. 2004	opredelj.	na zdravnika	
	1	2	3	4	5	6	7	8	
	1	2	3	4	5	6	7	8	
ZZZS V CELOTI	1.935.651	117,57	125,90	818,51	1061,98	1.823	1.896.859	98,00	1.786
OE CELJE	190.703	9,51	9,81	85,17	104,49	1.825	183.757	96,36	1.759
Celje-sedež	61.414	3,40	3,81	30,82	38,03	1.615	66.026	107,51	1.736
Laško	18.191	1,12	1,33	6,81	9,26	1.964	14.976	82,33	1.617
Slovenske Konjice	21.851	1,33	1,36	9,23	11,92	1.833	21.316	97,55	1.788
Šentjur	19.274	0,74	0,87	7,70	9,31	2.070	18.239	94,63	1.959
Šmarje	31.406	0,79	0,73	16,22	17,74	1.770	29.388	93,57	1.657
Žalec	38.567	2,13	1,71	14,39	18,23	2.116	33.812	87,67	1.855
OE KOPER	135.605	6,94	9,44	57,80	74,18	1.828	129.063	95,18	1.740
Ilirska Bistrica	13.770	0,80	1,03	5,72	7,55	1.824	13.121	95,29	1.738
Izola	14.540	0,69	1,34	5,09	7,12	2.042	13.180	90,65	1.851
Koper-sedež	47.338	2,71	3,10	21,32	27,13	1.745	47.254	99,82	1.742
Piran	16.830	1,07	1,33	7,12	9,52	1.768	15.796	93,85	1.659
Postojna	20.035	0,97	1,48	9,00	11,45	1.750	19.917	99,41	1.739
Sežana	23.092	0,70	1,16	9,55	11,41	2.024	19.796	85,73	1.735
OE KRANJ	193.428	11,01	10,70	79,85	101,56	1.905	183.896	95,07	1.811
Jesenice	30.324	1,80	2,03	13,00	16,83	1.802	28.176	92,92	1.674
Kranj-sedež	73.973	3,90	3,45	30,25	37,60	1.967	70.985	95,96	1.888
Radovljica	33.800	2,49	1,30	15,50	19,29	1.752	31.421	92,96	1.629
Škofja Loka	40.384	2,30	2,92	14,70	19,92	2.027	39.827	98,62	1.999
Tržič	14.947	0,52	1,00	6,40	7,92	1.887	13.487	90,23	1.703
OE KRŠKO	67.272	3,76	3,37	27,77	34,90	1.928	64.871	96,43	1.859
Brežice	22.662	1,12	1,03	9,20	11,35	1.997	21.786	96,13	1.919
Krško-sedež	27.387	1,84	1,34	11,50	14,68	1.866	26.746	97,66	1.822
Sevnica	17.223	0,80	1,00	7,07	8,87	1.942	16.339	94,87	1.842
OE LJUBLJANA	591.995	43,10	42,47	243,15	328,72	1.801	599.231	101,22	1.823
Cerknica	15.747	0,83	0,95	6,40	8,18	1.925	14.492	92,03	1.772
Domžale	49.071	3,00	3,26	16,60	22,86	2.147	45.028	91,76	1.970
Grosuplje	32.762	2,09	1,67	10,16	13,92	2.354	28.712	87,64	2.063
Hrastnik	10.151	0,83	0,88	4,00	5,71	1.778	9.381	92,41	1.643
Idrija	16.985	0,91	0,90	6,57	8,38	2.027	15.727	92,59	1.877
Kamnik	30.864	1,97	2,26	10,76	14,99	2.059	29.434	95,37	1.964
Kočevje	17.031	1,20	1,35	6,94	9,49	1.795	16.695	98,03	1.759
Litija	19.195	1,30	1,52	7,32	10,14	1.893	17.637	91,88	1.739
Lj.-sedež	319.628	24,83	23,35	146,15	194,33	1.645	347.936	108,86	1.790
Logatec	11.336	0,78	0,79	3,85	5,42	2.092	10.061	88,75	1.856
Ribnica	13.063	0,90	0,94	4,90	6,74	1.938	11.998	91,85	1.780
Trbovlje	17.994	1,68	1,53	8,65	9,86	1.825	16.993	94,44	1.723

	preb. zav.	št. zdravnikov iz ur na dan 1.1.2004				preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	otroški	šolski	splošni	SKUPAJ	na zdravnika	28. 2. 2004	opredelj. na zdravnika	
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vrhnika	21.211	1,62	1,69	6,75	10,06	2.108	18.910	89,15	1.880
Zagorje	16.957	1,16	1,38	6,10	8,64	1.963	16.227	95,69	1.878
OE MARIBOR	302.494	19,00	20,05	129,18	168,23	1.798	297.069	98,21	1.766
Lenart	16.881	0,73	0,80	7,50	9,03	1.869	17.260	102,25	1.911
Maribor-sedež	171.989	12,14	13,02	79,81	104,97	1.638	175.454	102,01	1.671
Ormož	16.714	0,96	1,00	6,60	8,56	1.953	15.111	90,41	1.765
Ptuj	64.411	3,69	3,71	22,12	29,52	2.182	58.731	91,18	1.990
Slovenska Bistrica	32.499	1,48	1,52	13,15	16,15	2.012	30.513	93,89	1.889
OE MURSKA SOBOTA	116.066	7,21	7,46	52,08	66,75	1.739	112.758	97,15	1.689
Gornja Radgona	19.671	1,29	1,40	8,60	11,29	1.742	18.716	95,15	1.658
Lendava	22.979	1,23	1,23	9,17	11,63	1.976	20.140	87,65	1.732
Ljutomer	17.248	1,18	1,15	6,89	9,22	1.871	16.856	97,73	1.828
Murska Sobota-sedež	56.168	3,51	3,68	27,42	34,61	1.623	57.046	101,56	1.648
OE NOVA GORICA	99.605	4,47	6,09	42,68	53,24	1.871	95.287	95,66	1.790
Ajdovščina	22.901	0,87	1,88	9,03	11,78	1.944	22.782	99,48	1.934
Nova Gorica-sedež	57.439	2,62	2,82	24,87	30,31	1.895	54.327	94,58	1.792
Tolmin	19.265	0,98	1,39	8,78	11,15	1.728	18.178	94,36	1.630
OE NOVO MESTO	105.604	5,62	6,57	41,25	53,44	1.976	100.647	95,31	1.883
Črnomelj	18.176	0,91	1,00	7,96	9,87	1.842	17.558	96,60	1.779
Metlika	8.439	0,33	0,42	3,44	4,19	2.014	8.035	95,21	1.918
Novo mesto-sedež	60.624	3,65	4,26	22,66	30,57	1.983	58.574	96,62	1.916
Trebnje	18.365	0,73	0,89	7,19	8,81	2.085	16.480	89,74	1.871
OE RAVNE	132.879	6,95	9,94	59,58	76,47	1.738	130.280	98,04	1.704
Mozirje	16.356	0,67	0,89	7,05	8,61	1.900	15.451	94,47	1.795
Radlje	16.273	0,58	1,27	7,00	8,85	1.839	15.099	92,79	1.706
Ravne-sedež	34.418	1,35	1,89	15,62	18,86	1.825	33.755	98,07	1.790
Slovenj Gradec	21.293	1,42	1,35	7,65	10,42	2.043	19.667	92,36	1.887
Velenje	44.539	2,93	4,54	22,26	29,73	1.498	46.308	103,97	1.558

Tabela 2. Gravitacijsko območje osnovne zdravstvene dejavnosti in število ginekologov iz ur (dispanzer za ženske).

	preb. zav.	št. gin. iz ur	preb. zav.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	1. 1. 04	os. na gin.	28. 2. 04	opred.	na gin.
	1	2	3	4	5	6
ZZS V CELOTI	877.470	129,30	6.786	620.156	70,68	4.796
OE CELJE	86.065	11,31	7.610	57.268	66,54	5.063
Celje-sedež	28.230	5,31	5.316	27.564	97,64	5.191
Laško	8.276	0,90	9.196	4.791	57,89	5.323
Sl. Konjice	9.534	1,00	9.534	4.560	47,83	4.560
Šentjur	8.574	0,90	9.527	4.400	51,32	4.889
Šmarje	13.967	1,20	11.639	5.463	39,11	4.553
Žalec	17.484	2,00	8.742	10.490	60,00	5.245
OE KOPER	61.872	7,90	7.832	41.826	67,60	5.294
Ilirska Bistrica	6.324	0,70	9.034	4.535	71,71	6.479
Izola	6.645	2,00	3.323	12.153	182,89	6.077
Koper-sedež	21.686	2,00	10.843	9.648	44,49	4.824
Piran	7.885	0,90	8.761	4.168	52,86	4.631
Postojna	8.917	1,30	6.859	7.096	79,58	5.458
Sežana	10.415	1,00	10.415	4.226	40,58	4.226
OE KRANJ	86.951	11,60	7.496	58.320	67,07	5.028
Jesenice	13.701	2,00	6.851	9.412	68,70	4.706
Kranj-sedež	33.420	4,80	6.963	23.382	69,96	4.871
Radovljica	15.566	1,80	8.648	9.693	62,27	5.385
Škofja Loka	17.467	2,40	7.278	13.064	74,79	5.443
Tržič	6.797	0,60	11.328	2.769	40,74	4.615
OE KRŠKO	30.091	3,70	8.133	17.854	59,33	4.825
Brežice	10.379	1,70	6.105	8.423	81,15	4.955
Krško-sedež	12.093	1,00	12.093	4.902	40,54	4.902
Sevnica	7.619	1,00	7.619	4.529	59,44	4.529
OE LJUBLJANA	269.297	43,80	6.148	202.935	75,36	4.633
Cerknica	6.892	0,60	11.487	3.144	45,62	5.240
Domžale	21.813	2,80	7.790	13.244	60,72	4.730
Grosuplje	14.141	1,50	9.427	6.685	47,27	4.457
Hrastnik	4.781	0,80	5.976	3.238	67,73	4.048
Idrija	7.560	0,80	9.450	3.593	47,53	4.491
Kamnik	13.737	2,00	6.869	9.038	65,79	4.519
Kočevje	7.677	1,00	7.677	5.141	66,97	5.141
OE N. GORICA	45.214	6,90	6.553	31.410	69,47	4.552
Ajdovščina	10.005	1,00	10.005	5.025	50,22	5.025
N. Gorica-sedež	26.350	4,40	5.989	20.163	76,52	4.583
Tolmin	8.859	1,50	5.906	6.222	70,23	4.148
OE N. MESTO	46.334	6,30	7.355	33.083	71,40	5.251
Črnomelj	8.070	1,00	8.070	4.519	56,00	4.519
Metlika	3.796	0,30	12.653	1.391	36,64	4.637
N. mesto-sedež	26.504	4,20	6.310	22.672	85,54	5.398
Trebnje	7.964	0,80	9.955	4.501	56,52	5.626
OE RAVNE	58.613	9,53	6.150	42.653	72,77	4.476
Mozirje	7.182	0,70	10.260	3.089	43,01	4.413
Radlje	7.174	1,00	7.174	4.025	56,11	4.025
Ravne-sedež	15.259	1,90	8.031	8.819	57,80	4.642
Slovenj Gradec	9.400	2,00	4.700	9.798	104,23	4.899
Velenje	19.598	3,93	4.987	16.922	86,35	4.306

Tabela 3. Gravitacijsko območje zobozdravstvene dejavnosti in število zobozdravnikov iz ur (zobozdravstvo za odrasle)

	preb. zav. št. zob. iz ur		preb. zav. os. na zob.	št. opred. 28. 2. 04	% opred.	št. opred. na zob.
	1. 10. 03	2				
ZZS V CELOTI	1.545.417	617,46	2.5031.123.498	72,70	1,820	
OE CELJE	151.456	64,20	2.359118.036	77,93	1.839	
Celje-sedež	49.719	25,07	1.983 41.913	84,30	1.672	
Laško	14.412	6,40	2.252 9.708	67,36	1.517	
Sl. Konjice	16.811	7,20	2.335 15.273	90,85	2.121	
Šentjur	15.115	4,02	3.760 9.243	61,15	2.299	
Šmarje	24.645	10,77	2.288 20.432	82,91	1.897	
Žalec	30.754	10,74	2.864 21.467	69,80	1.999	
OE KOPER	111.484	41,38	2.694 74.607	66,92	1.803	
Ilirska Bistrica	11.368	4,10	2.773 6.761	59,47	1.649	
Izola	11.969	4,49	2.666 8.672	72,45	1.931	
Koper-sedež	39.054	13,95	2.800 27.854	71,32	1.997	
Piran	13.955	5,00	2.791 8.733	62,58	1.747	
Postojna	16.046	7,62	2.106 11.145	69,46	1.463	
Sežana	19.092	6,22	3.069 11.442	59,93	1.840	
OE KRANJ	152.014	54,52	2.788 104.229	68,57	1.912	
Jesenice	24.365	8,80	2.769 12.532	51,43	1.424	
Kranj-sedež	58.322	20,70	2.817 41.884	71,82	2.023	
Radovljica	27.031	10,42	2.594 22.417	82,93	2.151	
Škofja Loka	30.448	11,00	2.768 22.317	73,30	2.029	
Tržič	11.848	3,60	3.291 5.079	42,87	1.411	
OE KRŠKO	53.303	19,74	2.700 39.787	74,64	2.016	
Brežice	18.264	6,10	2.994 13.775	75,42	2.258	
Krško-sedež	21.571	8,83	2.443 16.739	77,60	1.896	
Sevnica	13.468	4,81	2.800 9.273	68,85	1.928	
OE LJUBLJANA	472.644	192,51	2.455 342.604	72,49	1.780	
Čerknica	12.298	4,50	2.733 8.037	65,35	1.786	
Domžale	37.855	13,63	2.777 24.473	64,65	1.796	
Grosuplje	24.945	8,90	2.803 14.577	58,44	1.638	
Hrastnik	8.260	4,11	2.010 5.965	72,22	1.451	
Idrija	13.457	4,20	3.204 7.946	59,05	1.892	
Kamnik	24.074	8,16	2.950 15.018	62,38	1.840	
Kočevje	13.653	5,70	2.395 10.577	77,47	1.856	
Litija	14.896	4,90	3.040 9.077	60,94	1.852	
Lj.- sedež	259.945	113,55	2.289 205.810	79,17	1.813	
Logatec	8.490	2,70	3.144 4.659	54,88	1.726	
Ribnica	9.922	4,37	2.270 6.860	69,14	1.570	
Trbovlje	14.786	6,00	2.464 10.633	71,91	1.772	
Vrhnika	16.660	5,79	2.877 8.886	53,34	1.535	
Zagorje	13.403	6,00	2.234 10.086	75,25	1.681	
OE MARIBOR	244.671	98,53	2.483 173.238	70,80	1.758	
Lenart	12.950	3,92	3.304 6.647	51,33	1.696	
Maribor-sedež	141.930	61,70	2.300 103.565	72,97	1.679	
Ormož	13.145	5,08	2.588 8.003	60,88	1.575	
Ptuj	50.969	19,20	2.655 39.073	76,66	2.035	
Sl. Bistrica	25.677	8,63	2.975 15.950	62,12	1.848	
OE M. SOBOTA	93.140	39,40	2.364 71.809	77,10	1.823	
Gornja Radgona	15.660	6,85	2.286 14.540	92,85	2.123	
Lendava	18.490	7,10	2.604 12.070	65,28	1.700	
Ljutomer	13.712	5,40	2.539 10.786	78,66	1.997	
M. Sobota-sedež	45.278	20,05	2.258 34.413	76,00	1.716	
OE N. GORICA	80.551	32,84	2.453 54.995	68,27	1.675	
Ajdovščina	17.833	6,76	2.638 12.215	68,50	1.807	
N. Gorica-sedež	47.147	19,40	2.430 32.662	69,28	1.684	
Tolmin	15.571	6,68	2.331 10.118	64,98	1.515	
OE N. MESTO	81.595	30,80	2.649 60.811	74,53	1.974	
Črnomelj	14.309	5,20	2.752 11.310	79,04	2.175	
Metlika	6.652	2,70	2.464 5.241	78,79	1.941	
N. mesto-sedež	46.656	18,02	2.589 34.997	75,01	1.942	
Trebnje	13.978	4,88	2.864 9.263	66,27	1.898	
OE RAVNE	104.559	43,54	2.401 83.382	79,75	1.915	
Mozirje	12.734	5,00	2.547 8.974	70,47	1.795	
Radlje	12.827	5,38	2.384 9.413	73,38	1.750	
Ravne-sedež	27.402	12,20	2.246 20.643	75,33	1.692	
Slovenj Gradec	16.501	6,53	2.527 14.076	85,30	2.155	
Velenje	35.095	14,43	2.432 30.276	86,27	2.098	

Tabela 4. Gravitacijsko območje zobozdravstvene dejavnosti in število zobozdravnikov iz ur (zobozdravstvo za mladino)

	preb. zav. št. zob. iz ur		preb. zav. os. na zob.	št. opred. 28. 2. 04	% opred.	št. opred. na zob.
	1. 10. 03	2				
ZZS V CELOTI	390.234	302,48	1.290 290.478	74,44	960	
OE CELJE	39.247	23,90	1.642 30.260	77,10	1.266	
Celje-sedež	11.695	10,47	1.117 10.114	86,48	966	
Laško	3.779	1,30	2.907 2.617	69,25	2.013	
Sl. Konjice	5.040	2,62	1.924 3.828	75,95	1.461	
Šentjur	4.159	1,00	4.159 3.343	80,38	3.343	
Šmarje	6.761	3,31	2.043 4.729	69,95	1.429	
Žalec	7.813	5,20	1.503 5.629	72,05	1.083	
OE KOPER	24.121	20,23	1.192 16.951	70,27	838	
Ilirska Bistrica	2.402	2,10	1.144 1.726	71,86	822	
Izola	2.571	1,90	1.353 1.791	69,66	943	
Koper-sedež	8.284	7,00	1.183 6.490	78,34	927	
Piran	2.875	2,88	998 2.247	78,16	780	
Postojna	3.989	3,05	1.308 2.266	56,81	743	
Sežana	4.000	3,30	1.212 2.431	60,78	737	
OE KRANJ	41.414	28,50	1.453 30.844	74,48	1.082	
Jesenice	5.959	4,20	1.419 4.092	68,67	974	
Kranj-sedež	15.651	11,20	1.397 11.652	74,45	1.040	
Radovljica	6.769	3,70	1.829 5.098	75,31	1.378	
Škofja Loka	9.936	7,00	1.419 8.047	80,99	1.150	
Tržič	3.099	2,40	1.291 1.955	63,08	815	
OE KRŠKO	13.969	8,57	1.630 10.336	73,99	1.206	
Brežice	4.398	2,49	1.766 3.180	72,31	1.277	
Krško-sedež	5.816	3,68	1.580 4.520	77,72	1.228	
Sevnica	3.755	2,40	1.565 2.636	70,20	1.098	
OE LJUBLJANA	119.351	107,06	1.115 93.811	78,60	876	
Čerknica	3.449	2,50	1.380 2.525	73,21	1.010	
Domžale	11.216	7,36	1.524 8.535	76,10	1.160	
Grosuplje	7.817	4,60	1.699 5.120	65,50	1.113	
Hrastnik	1.891	2,00	946 1.427	75,46	714	
Idrija	3.528	3,35	1.053 2.935	83,19	876	
Kamnik	6.790	5,00	1.358 4.487	66,08	897	
Kočevje	3.378	2,27	1.488 2.115	62,61	932	
Litija	4.299	3,00	1.433 2.877	66,92	959	
Lj.- sedež	59.683	63,70	937 51.289	85,94	805	
Logatec	2.846	1,85	1.538 1.865	65,53	1.008	
Ribnica	3.141	2,00	1.571 2.135	67,97	1.068	
Trbovlje	3.208	3,00	1.069 2.513	78,34	838	
Vrhnika	4.551	3,05	1.492 3.310	72,73	1.085	
Zagorje	3.554	3,38	1.051 2.678	75,35	792	
OE MARIBOR	57.823	47,36	1.221 40.077	69,31	846	
Lenart	3.931	1,27	3.095 954	24,27	751	
Maribor-sedež	30.059	28,61	1.051 22.646	75,34	792	
Ormož	3.569	1,02	3.499 2.392	67,02	2.345	
Ptuj	13.442	11,81	1.138 9.961	74,10	843	
Sl. Bistrica	6.822	4,65	1.467 4.124	60,45	887	
OE M. SOBOTA	22.926	14,10	1.626 14.914	65,05	1.058	
Gornja Radgona	4.011	3,00	1.337 3.067	76,46	1.022	
Lendava	4.489	3,00	1.496 2.884	64,25	961	
Ljutomer	3.536	2,15	1.645 2.099	59,36	976	
M. Sobota-sedež	10.890	5,95	1.830 6.864	63,03	1.154	
OE N. GORICA	19.054	17,60	1.083 14.885	78,12	846	
Ajdovščina	5.068	3,69	1.373 3.958	78,10	1.073	
N. Gorica-sedež	10.292	10,60	971 8.239	80,05	777	
Tolmin	3.694	3,31	1.116 2.688	72,77	812	
OE N. MESTO	24.009	15,76	1.523 17.089	71,18	1.084	
Črnomelj	3.867	2,80	1.381 3.000	77,58	1.071	
Metlika	1.787	1,00	1.787 1.032	57,75	1.032	
N. mesto-sedež	13.968	9,46	1.477 10.030	71,81	1.060	
Trebnje	4.387	2,50	1.755 3.027	69,00	1.211	
OE RAVNE	28.320	19,40	1.460 21.311	75,25	1.099	
Mozirje	3.622	2,00	1.811 2.356	65,05	1.178	
Radlje	3.446	2,26	1.525 2.075	60,21	918	
Ravne-sedež	7.016	3,94	1.781 5.039	71,82	1.279	
Slovenj Gradec	4.792	3,05	1.571 3.757	78,40	1.232	
Velenje	9.444	8,15	1.159 8.084	85,60	992	

Informacije

Zaključki strokovnega posveta "Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil"

Na pobudo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije in v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje, Lekarniško zbornico Slovenije in Zdravniško zbornico Slovenije je bil v Jakopičevi dvorani Zavoda v Ljubljani 18. 5. 2004 izveden strokovni posvet "Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil". Osnovni namen posveta je bil **pridobiti mnenja** vodilnih oziroma ključnih **strokovnjakov** iz vrst zdravnikov, farmacevtov, zdravstvenih ekonomistov, družboslovcev in drugih strok, pa tudi predstavnikov gospodarske in civilne sfere o stanju in razvojnih izzivih pri ravnanju z zdravili v Sloveniji.

Posveta se je udeležilo 150 udeležencev, in sicer predstavniki Ministrstva za zdravje, Agencije za zdravila, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Zdravniškega društva Slovenije, Lekarniškega društva Slovenije, Inštituta za varovanje zdravja R Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov, Združenj domačih in tujih farmacevtskih proizvajalcev pri Gospodarski zbornici Slovenije, Urada za varstvo potrošnikov, Zveze potrošnikov Slovenije, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, izvajalcev prostovoljnega zavarovanja, in drugi vabljeni udeleženci.

Prvi del posveta je bil posvečen predstavitvi določenih značilnosti in gibanj pri predpisovanju in porabi zdravil v Sloveniji. Poleg navad in ocen racionalnosti ravnanja zdravnikov in farmacevtov pri predpisovanju in izdajanju zdravil so bili v ospredju predvsem podatki o ravnanju prebivalcev z zdravili. S tem v zvezi podatki opozarjajo, da predstavljajo neporabljena ali zavržena zdravila tudi v Sloveniji veliko tveganje za zdravje prebivalstva, hkrati pa tudi veliko ekonomsko škodo. V drugem delu posveta so bili predstavljeni sistemski vzvodi za kakovostno in racionalno ravnanje z zdravili, še posebej vloga države, zdravnikov in farmacevtov za pravilno uporabo zdravil. Posvet so zaključili prispevki o osnovnih razvojnih izzivih za celovito obvladovanje področja zdravil, kjer so bile v ospredju zamisli o integriranem informacijskem sistemu o zdravilih.

Celovit prikaz problematike varne in pravilne uporabe zdravil je vzpodbudil izčrpno razpravo, v kateri je sodelovala dobra četrtina udeležencev. Udeleženci posveta so podprli zamisel, da v Sloveniji na partnerski način izvedemo ustrezne ukrepe in aktivnosti za uveljavitev bolj varne in pravilne uporabe zdravil. Sprejeli so naslednje ugotovitve, priporočila in zaključke:

- Raziskave v Sloveniji potrjujejo primerljive izsledke raziskav po svetu, ki kažejo, da se **iz različnih razlogov kot neporabljena zavrže med 10 in 20 % vseh zdravil**, ki se predpišejo v breme zdravstvenega zavarovanja.
- **Ekonomska škoda, ki nastaja zaradi neporabljenih ali zavrženih zdravil, je velika**, saj na osnovi teh ocen znaša zgolj iz naslova javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja v Sloveniji med 5,8 in 11,6 milijarde tolarjev. Avtorji prispevkov na posvetu so ta podatek natančneje zaokrožili na okoli 6 milijard letnih izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Potrebno je **doseči boljše ravnanje prebivalcev z zdravili**, ki bo usklajeno s strokovno doktrinarnimi načeli varne in pravilne rabe zdravil. Z bolj odgovornim ravnanjem prebivalcev z zdravili bi lahko izboljšali zdravje in kakovost življenja prebivalcev, hkrati pa bistveno zmanjšamo ekonomsko škodo zaradi neporabljenih in zavrženih zdravil, kakor tudi škodo, ki nastaja posredno kot posledica uničevanja teh zdravil.
- Za bolj odgovorno ravnanje prebivalcev z zdravili je potrebno **izvesti nacionalno promocijsko akcijo**, v kateri bodo sodelovali vsi **partnerji** na področju zdravil s **ciljem verodostojno informirati, izobraževati in vzgajati prebivalce za varno in pravilno uporabo zdravil ter varno in strokovno ravnanje z neporabljenimi zdravili**.
- **Partnerji za varno in pravilno rabo zdravil so predstavniki vseh ključnih členov v verigi od proizvodnje do uporabe zdravil**. Gre za predstavnike Ministrstva za zdravje, zdravnikov in farmacevtov oziroma zdravniške in lekarniške zbornice ter obeh društev, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, kot tudi predstavnike proizvajalcev in distributerjev zdravil ter predvsem tudi predstavnike zavarovanih oseb, bolnikov oziroma uporabnikov zdravil.
- Z vidika racionalne farmakoterapije so **ključna ravnanja in aktivnosti zdravnikov ter farmacevtov**, zato bi bilo po vzoru skandinavskih držav potrebno zagotoviti stalne finančne vire (npr. v višini 1 % skupne vrednosti prometa z zdravili) in jih usmerjati v kakovostno, neprekinjeno in neodvisno informiranje in izobraževanje zdravnikov ter farmacevtov.
- **Temeljnega pomena za pravilno uporabo zdravil je svetovanje bolniku, ki ga opravlja (izbrani oz. družinski) zdravnik**. Osnoven izziv pri tem je obvladovati izjemno količino

Informacije

strokovnih informacij, za kar je nujno čimprej zagotoviti ustrezne načine neodvisnega informiranja zdravnikov oziroma ekspertne sisteme za informacijsko podporo za racionalno predpisovanje zdravil. Poseben izziv pa predstavlja tudi razbremenitev zdravnikov in omogočanje ustreznega razpoložljivega časa za kakovosten pregled bolnika, predpisovanje zdravila in svetovanje bolnikom.

- **Ključna** za kakovostno, učinkovito in varno uporabo zdravil **je tudi vloga farmacevta**, ki bolnikom ob ustreznih strokovnih pojasnilih in nasvetih zdravila izdaja, ali od njih sprejema tudi neporabljena zdravila. Poseben izziv za pravilno ravnanje z zdravili predstavljajo prizadevanja za okrepljeno farmacevtsko skrb za izbrane skupine bolnikov, ki bi lahko pomembno dopolnila celotno zdravstveno oskrbo bolnikov predvsem pri odpravljanju problemov povezanih z nepravilno uporabo zdravil. Natančnejšo vsebino, način in obseg farmacevtske skrbi je potrebno uskladiti z medicinsko stroko in partnerji v sistemu zdravstvenega varstva.
- Za varno in pravilno uporabo zdravil je bistveno učinkovito **sodelovanje med zdravniki in farmacevti na primarni in ostalih ravneh izvajanja zdravstvene dejavnosti**. Posebnega pomena pri tem je nadaljnje uveljavljanje vloge kliničnih farmacevtov v zdravstvenih timih kot pomemben dejavnik optimizacije kliničnih izidov.
- Nacionalni projekt promocije zdravju prijazne rabe zdravil bo **vzpodbuda za druge razvojne projekte**, ki bodo omogočili uveljavljanje bolj varne, kakovostne in učinkovite uporabe zdravil. Pri tem je ponovno ključno sodelovanje **partnerjev**, ki se v **usklajeni akciji** usmerjajo k istemu skupnemu cilju: **zdravju prijazne rabe zdravil**.
- Za varno in pravilno rabo zdravil je potrebno poleg informativnih, izobraževalnih in vzgojnih aktivnosti **vzpostaviti tudi informacijske podlage, ki bodo podpirale in krepile vlogo partnerjev** za varno in pravilno rabo zdravil.

Pri tem naj bi se uveljavilo razvojno načelo, da naj bi vsak partner prispeva k temu skupnemu napredku po svojih možnostih oziroma z lastnimi (kadrovskimi, finančnimi in drugimi) viri.

- Partnerji se zavezujejo za **vzpostavitev informacijske podpore za zapis izdanih zdravil na recept in elektronski recept na kartico zdravstvenega zavarovanja** s ciljem odpraviti nekatere vrzeli pri predpisovanju in izdajanju zdravil (odsotnost informacij o zdravilih predpisanih ali izdanih s strani drugih zdravstvenih delavcev, podvajanje zdravil in terapij, stranski učinki interakcij med zdravili idr.).
- Partnerji se zavezujejo za **vzpostavitev integriranega informacijskega sistema - nacionalno računalniško bazo podatkov o zdravilih**, ki jo upravljajo in uporabljajo skladno s svojimi pristojnostmi vsi partnerji na področju zdravil.
- Partnerji sodelujejo pri pripravi vsebinskih in informacijskih podlag za **vedbo orodij, ki bodo zdravnikom in farmacevtom v strokovno pomoč pri predpisovanju in izdaji zdravil** ter pri svetovanju bolnikom.
- **Prihranki akcije bodo namenjeni pokrivanju izdatkov za preudarno uvajanje novih**, bistveno učinkovitejših a praviloma tudi do nekajkrat dražjih zdravil v sistem zdravstvenega zavarovanja.
- **Temeljni cilj vseh projektov za varno in pravilno rabo zdravil** je izboljšanje ravnanj z zdravili v korist in zadovoljstvo **zavarovancev oziroma bolnikov**.
- **S povzetkom prispevkov in zaključki strokovnega posveta se seznanjajo celotno javnost**, strokovno javnost pa se seznanjajo s objavami v Receptu, Občasniku ZZS in drugih strokovnih periodičnih glasilih.

Boris Kramberger,
Jurij Fürst

OBČASNIK ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Založnik in izdajatelj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Miklošičeva 24, Ljubljana
Za izdajatelja: Borut Miklavčič, generalni direktor
Uredništvo: Breda Butala, Boris Kramberger (urednik),
Sladjana Jelisavčić, Janko Štok, Martin Toth,
Tajnica uredništva: Bojana Kušar, tel.: (01) 30 77 434
fax: (01) 23 12 182
Grafična zasnova: Marko Pentek, Medija, d.o.o.
Računalniško staviljenje in prelom: Danila Perhavec
Tisk: Mond Grafika, Ljubljana

OBČASNIK izhaja po potrebi in občasno v dveh različnih izdajah

- **akti & navodila**, ki je namenjena predvsem izvajalcem
- javnim zdravstvenim zavodom in zasebnikom
- **novice & obvestila**, ki je namenjena obveščanju delavcev ZZS

Vzorčni izvod OBČASNIKA dobivajo vse službe ZZS in vsi izvajalci brezplačno.

Ostale izvođe lahko pisno naročite na naslov:

ZZS - za uredništvo, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana

Naklada: 3000 izvodov