3. Obvezno zdravstveno zavarovanje – oblikovanje in izvedba programov

3.1. Program zdravstvenih storitev in zdravstvene zmogljivosti

Večjih sprememb glede kadrov, prostorov, bolnišničnih postelj in drugih vidikov zdravstvenih zmogljivosti v Sloveniji tudi v preteklem letu ni bilo. Opozoriti pa je potrebno na dva pozitivna pojava. Prvič, omeniti velja uvedbo programov dnevne in enodnevne bolnišnice v vseh dejavnostih in primerih, ko ni potrebno, da bolnik biva v bolnišnici. Drugič pa je potrebno poudariti, da se je v preteklem letu v javnosti večkrat izpostavil problem pomanjkanja zdravnikov na določenih deficitarnih področjih. Primerjava naših zmogljivosti s stanjem v državah Evropske unije (tabela 6) kaže, da smo pri kadrih resnično na spodnjem robu evropskega poprečja. Ker pa je zaradi številnih racionalizacij v evropskih sistemih tudi pri kadrih prav v zadnjih letih opaziti močnejši obrat v smeri zmanjševanja zmogljivosti, manjše število zdravnikov ni nujno "slabost" našega sistema. Na področju bolnišnične dejavnosti se v Sloveniji glede kazalca o bolnišnično oskrbnih dnevih na 1.000 prebivalcev in poprečnih ležalnih dobah v primerjavi z državami Evropske unije obnašamo sorazmerno racionalno.

V preteklem letu se je v javnosti večkrat izpostavljal problem pomanjkanja zdravnikov na določenih deficitarnih področjih.

Po podatkih Inštituta za varovanje zdravja je imela Slovenija ob koncu leta 2001 10.286 bolniških postelj, kar predstavlja 5,16 postelje na 1000

Tabela 6

Primerjava kazalcev o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji z nekaterimi izbranimi evropskimi državami za leti 1992 in 2000.

država	št. splošnih zdr. na 1000 preb.		št. zobozdr. na 1000 preb.		št. farmacevtov** na 1000 preb.	
	1992	2000	1992	2000	1992	2000
Avstrija	1,2	1,3	0,4	0,5	0,5	0,6
Belgija	1,5	...	0,7	...	1,3	...
Češka	0,7	0,7	0,5	0,6	0,3	0,5
Danska	0,6	...	...	0,9	0,5	0,5
Finska	1,3	1,7	0,9	0,9	1,4	1,5
Grčija	...	...	1,0	...	0,8	...
Irska	0,5	0,5	0,4	...	0,6	...
Italija	0,9	...	0,4	0,6	1,0	1,1
Luksemburg	0,8	0,8	0,5	0,6	0,9	0,8
Madžarska	0,6	...	0,3	...	0,3	0,5
Nemčija	1,1	1,0	0,7	0,8	0,5	0,6
Nizozemska	0,4	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2
Poljska	...	...	0,4	...	0,4	0,6
Portugalska	0,7	...	0,2	...	0,6	...
Slovenija*	**0,5**	**0,6**	**0,5**	**0,6**	**...**	**0,5**
Španija	...	...	0,3	...	...	0,8
Švedska	0,5	0,6	1,0	0,9	0,6	0,6

Opomba: * – v podatku o številu splošnih zdravnikov na 1000 prebivalcev so vključeni tudi otroški in šolski zdravniki, BOD – bolnišnično oskrbni dnevi, ... – ni podatka.
** podatki se nanašajo na farmacevte, zaposlene v zdravstvu. Farmacevti, zaposleni v farmacevtskih podjetih, administraciji in razvoju niso vključeni.
Vir: Podatki OECD, 2002, vir za Slovenijo: Zdravstveni statistični letopis 1992, 2000.

Tabela 7
Število bolnišničnih postelj za program obveznega zdravstvenega zavarovanja v letih 2001 in 2002.

	število postelj po pogodbah 2001	2002	na 1000 prebivalcev[3] 2001	2002
– kirurgija	2.298	2.132	1,162	1,070
– internistika	2.643	2.590	1,337	1,300
– pediatrija	471	428	0,238	0,215
– ORL + MF kirurgija	205	161	0,104	0,081
– okulistika[1]	139	105	0,070	0,053
– ginekologija	882	818	0,446	0,411
– dermatologija	100	80	0,051	0,040
– onkologija	315	315	0,159	0,158
skupaj	**7.053**	**6.629**	**3,567**	**3,328**
– psihiatrija[2]	1.550	1.701	0,784	0,854
– rehabilitacija in invalidna mladina	267	214	0,135	0,107
– podaljšano bolnišnično zdravljenje	154	154	0,078	0,077
skupaj	**1971**	**2069**	**0,997**	**1,038**
VSE SKUPAJ	**9.024**	**8.698**	**4,564**	**4,366**

[1] okulistika + operacije sive mrene
[2] psihiatrija + dnevna oskrba + oskrba v tuji družini
[3] število prebivalcev na dan 30. 6. 2001 je 1.992.035
Vir: Zdravstveni statistični letopis 2001, IVZ
Opombe: Število posteljnih zmogljivosti je izračunano iz načrtovanih BOD ob upoštevanju 85 % zasedenosti postelj, razen pri internistiki (83 %) in pediatriji (80 %). Seštevek "vse skupaj" ne vključuje dnevne in enodnevne bolnišnice.

V Sloveniji imamo enega zdravnika na 440 prebivalcev, enega zobozdravnika na 1.648 prebivalcev ter enega farmacevta na 3.337 prebivalcev.

prebivalcev. Navedene posteljne zmogljivosti pa niso v celoti namenjene potrebam obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavod se je v pogodbah z bolnišnicami za pogodbeno leto 2002 dogovoril za program, za izvedbo katerega je potrebnih 8.698 postelj (tabela 7). Podatek ne vključuje postelj za dnevno in enodnevno bolnišnico. S splošnimi in posebnimi socialnimi zavodi, ki izvajajo zdravstveno nego ostarelih oziroma kronično obolelih oseb, pa se je Zavod dogovoril za 16.646 postelj. Poleg teh postelj se je Zavod dogovarjal tudi za programe rehabilitacije v naravnih zdraviliščih – za 793 postelj.

Zavod je objavil razpis za povečanje programa zdrastvenih storitev z dolgimi čakalnimi dobami: srčnožilna obolenja, periferne arterijske bolezni, ortopedske operacije, operacije sive mrene in golše.

V javnih zdravstvenih zavodih je bilo ob koncu leta 2001 po podatkih Inštituta za varovanje zdravja zaposlenih 35.950 zdravstvenih delavcev in sodelavcev. Od tega je bilo 4.526 zdravnikov (med njimi 2.896 specialistov), 1.209 zobozdravnikov ter 597 farmacevtov v zasebnih in javnih lekarnah. Podatki kažejo, da imamo v Sloveniji enega zdravnika na 440 prebivalcev, enega zobozdravnika na 1.648 prebivalcev ter enega farmacevta na 3.337 prebivalcev. Ti podatki zajemajo vse zdravstvene kadre, torej tudi tiste, ki izvajajo dejavnost izven programa obveznega zdravstvenega zavarovanja.

3.1.1. Partnersko dogovarjanje v letu 2002

Partnersko dogovarjanje za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2002 (v nadaljevanju: Dogovor 2002) se je začelo 1. oktobra 2001. Partnerji so se do konca leta 2001 sestali petkrat. Ker niso uspeli uskladiti vseh določil Dogovora 2002, je januarja 2002 o 50 spornih vprašanjih odločala arbitraža. Arbitraža je uskladila 23 spornih vprašanj, preostalih 27 pa je posredovala v odločitev Vladi Republike Slovenije. Vlada je o teh predlogih odločila na seji 23. maja 2002 in s tem določila končno besedilo Dogovora

2002. Tako so pogajanja za Dogovor 2002 partnerji zaključili v dobrih dveh mesecih, Vlada Republike Slovenije pa je za razrešitev spornih vprašanjih potrebovala štiri mesece od zadnjega naroka arbitraže. Zaradi tega so partnerji lahko šele v poletnih in jesenskih mesecih oblikovali področne dogovore, Zavod pa je sklepal pogodbe v zadnjih mesecih leta.

Značilnosti Dogovora 2002

V Dogovoru 2002 so se partnerji dogovorili za nespremenjen obseg programa glede na leto 2001 v večini zdravstvenih dejavnosti. Povečanje obsega je bilo dogovorjeno le za nekatere prioritetne programe kot so programi z dolgimi čakalnimi dobami (program zdravljenja obolenj srca in ožilja, operacije na odprtem srcu, operacije sive mrene, ortopedske operacije, operacije golše in operacije perifernih arterijskih bolezni), poleg tega pa tudi za nujne širitve programov kot so podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravljenje bolnikov z rakom, preiskave z magnetno resonanco, program nujne medicinske pomoči, zdravljenje odvisnosti od drog, program zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih itn. ter za boljše vrednotenje nekaterih programov. Vrednost vseh dodatnih programov, načrtovanih po Dogovoru 2002, je znašala 3.806,4 milijona tolarjev.

Jeseni leta 2002 so partnerji oblikovali besedilo aneksa št. 1 k Dogovoru 2002, katerega končno besedilo je določila Vlada Republike Slovenije na seji 4. 12. 2002. Vlada je s svojim sklepom dodatno povečala obseg in vrednotenje določenih programov kot so program nujne medicinske pomoči, zdravljenje odvisnosti od drog, program preprečevanja raka materničnega vratu in programe z dolgimi čakalnimi dobami v višini 1.743,2 milijona tolarjev. Zaradi pozne sklenitve aneksa se bo realizacija nekaterih dodatnih programov v celoti prenesla v leto 2003.

Skupna vrednost vseh dodatnih programov, načrtovanih z Dogovorom 2002 in aneksom št. 1, je znašala 5.549,6 milijona tolarjev.

Od tega je bilo v letu 2002 realizirano le 1.922,6 milijona tolarjev. Razlika v višini 3.627 milijonov tolarjev bo zato prenesena in plačana naslednje leto ter vključena v rebalans finančnega načrta Zavoda za leto 2003.

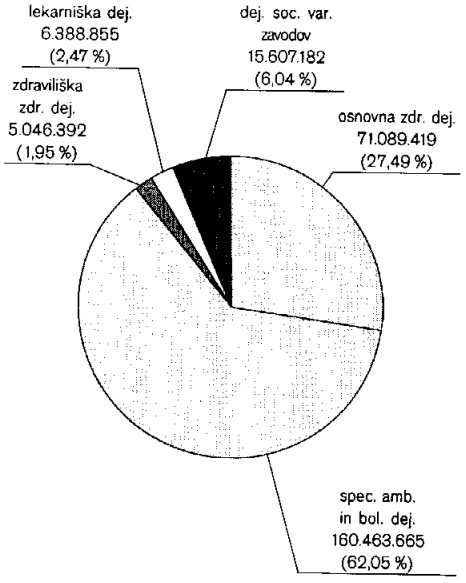
Z Dogovorom 2002 so bile uveljavljene spremembe modelov financiranja, ki so uvedle vzpodbude za dejavnost splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske, z namenom vzpodbujati preventivno delo in racionalno opravljanje dela.

Novosti v modelih financiranja in vzpodbude za učinkovitejše izvajanje programov

V letu 2002 je začelo veljati več novosti v različnih zdravstvenih dejavnostih, bodisi v modelih financiranja ali v vzpodbudah za izvajalce.

V dejavnosti splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev je bil v letu 2002 prvič uresničen model vzpodbud, ki so ga partnerji formalno sprejeli že leto poprej. Vzpodbude delujejo tako, da ne "silijo" izvajalcev k izvajanju storitev zaradi doseganja norme, zahtevajo pa izvedbo preventivnih programov in racionalno ravnanje pri napotitvah na sekundarno raven. Pri izvajalcih, ki zastavljenih ciljev niso dosegli, so se sredstva celotne vrednosti programa zmanjšala v razponu do 8 % in prerazporedila izvajalcem, ki so te cilje dosegli.

V dejavnosti dispanzerjev za ženske je v letu 2002 dokončno začel veljati kombiniran storitveno-glavarinski model financiranja, ki se je testno v poenostavljeni obliki uporabljal že od sredine leta 2000 dalje. V letu



Slika 1
Vrednosti programa zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih za leto 2002 (v tisoč tolarjih, cene iz decembra 2001 za obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila).

2002 je bil tudi ta model dopolnjen s podobnim modelom vzpodbud, kot velja v splošnih ambulantah, pri čemer je izplačilo 8 % celotne vrednosti programa odvisno izključno od izvedbe preventivnega programa.

V dejavnosti reševalnih prevozov so partnerji z Dogovorom za leto 2002 formalno sprejeli model vzpodbud za izvajanje prevozov več oseb hkrati. V praksi pa bodo te vzpodbude začele veljati v letu 2003.

V specialistično ambulantni dejavnosti pedopsihiatrije se je v letu 2002 testno uvedel nov seznam storitev za beleženje opravljenega dela. V tem letu so se testirali podatki o številu točk, ki jih po novem seznamu lahko zbere pedopsihiatrična specialistična ambulanta. Ne glede na to pa v vseh specialističnih ambulantah, tudi pedopsihiatričnih, že od leta 2000 dalje velja, da je plačilo vezano tudi na število obiskov.

Na področju bolnišnične dejavnosti pa so partnerji Področnega dogovora za bolnišnice določili enotno ceno za osem storitev: abortus, artroskopijo kolena, kiretažo (metroragijo), tonsilektomijo in/ali adenektomijo, katarakto, hernio – enostransko, hernio – dvostransko in laparaskopsko holicestektomijo kot vzpodbudo za izvajalce, da bi v večji meri organizirali izvajanje programa v obliki dnevne ali enodnevne bolnišnice.

Vrednost programa

Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) za pogodbeno leto 2002 je znašala v cenah iz decembra 2001, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, 258.595.513 tisoč tolarjev. Razdelitev programa po dejavnostih prikazuje slika 1.

Prikaz deleža vkalkuliranih sredstev za plače in materialne stroške po posameznih dejavnostih (tabela 8) pokaže, da se je delež sredstev za plače v primerjavi z letom 2001 znižal v specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti, lekarniški dejavnosti in dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, povečal pa se je v osnovni dejavnosti. Razlog je v tem, da so bila v letu 2002 za te dejavnosti načrtovana dodatna finančna sredstva za povečanje vkalkuliranih materialnih stroškov. V socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje, lekarniški dejavnosti ter specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti je bilo za povečanje vkalkuliranih materialnih stroškov namenjenih 278,5 milijona tolarjev dodatnih sredstev.

Značilnosti področnih dogovorov

Po sprejemu Dogovora 2002 so partnerji sprejeli tudi vseh šest področnih dogovorov. O štirih področnih dogovorih so odločale arbitraže na sejah od 17. julija 2002 do 29. oktobra 2002.

Tabela 8
Deleži sredstev za plače in materialne stroške po dejavnostih v letih 2000, 2001 in 2002.

leto	osnovna dej.		spec.amb.in bol.dej.		lekarniška dej.		dejavnost SVZ		zdraviliška dej.		skupaj vse dej.	
	P	MS	P	MS	P	MS	P	MS	p	MS	P	MS
2000	72,67	27,33	54,44	45,56	78,53	21,47	79,42	20,58	57,69	42,32	62,16	37,84
2001	72,65	27,35	53,71	46,29	81,92	18,08	83,92	16,08	60,52	39,48	61,00	39,00
2002	72,21	27,79	51,29	48,71	80,87	19,13	82,07	17,93			59,93	40,07

Legenda:
P - plače s prispevki delodajalcev in sredstvi za regres
MS - materialni stroški in amortizacija

Tabela 9
Indeksi preskrbljenosti prebivalcev posameznih območnih enot s programi zdravstvenih dejavnosti v letu 2002 glede na povprečje v Sloveniji.

območna enota	SA, OD, ŠD	DŽ	N, P
Celje	101,96	94,93	102,09
Koper	102,41	96,86	95,25
Kranj	98,24	96,13	92,69
Krško	98,60	99,88	93,09
Ljubljana	98,00	102,89	96,46
Maribor	100,94	97,14	116,64
Murska Sobota	103,39	106,85	106,11
Nova Gorica	100,56	103,33	96,75
Novo mesto	97,58	92,96	93,16
Ravne na Koroškem	103,66	105,03	96,46

Legenda: SA, OD, ŠD – splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer
DŽ – dispanzer za ženske
N, P – nega na domu in patronaža
Vir: podatki o številu nosilcev iz pogodb 2002 in število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na dan 30. 11. 2001.

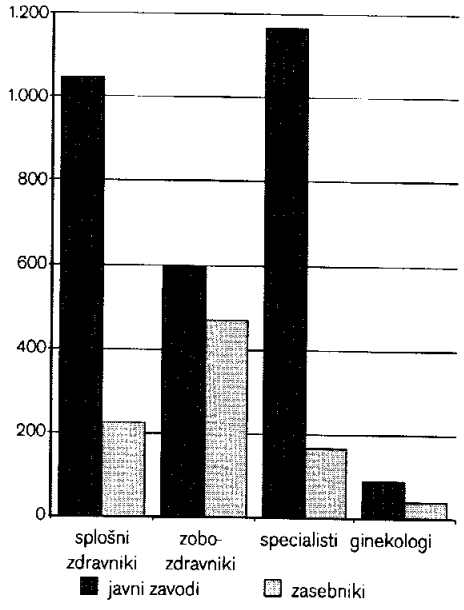
Partnerji za Področni dogovor za bolnišnice so se dogovorili o delitvi programov med bolnišnicami, ki je tudi za pogodbeno leto 2002 temeljil na izračunu preskrbljenosti zavarovanih oseb posameznega območja z bolnišničnimi programi. Poleg tega so se dogovorili za zmanjšanje razlik v ceni primera primerljivih bolnišnic in oblikovali podlage za postopen prehod na skupine primerljivih primerov, s tem ko so določili enotne cene za vse bolnišnice za osem operacij oziroma posegov. Pomembno novost v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost predstavlja določitev načina izvajanja in financiranja zdravstveno vzgojnih programov za odraslo populacijo za obvladovanje srčno žilnih in drugih kroničnih bolezni. Za lekarniško dejavnost so bila z Dogovorom 2002 in aneksom št. 1 k Dogovoru 2002 določena dodatna finančna sredstva za kader in povečanje vkalkuliranih materialnih stroškov. Za dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje so bila načrtovana dodatna sredstva za financiranje zdravstvene nege v novih zmogljivostih, za dejavnost naravnih zdravilišč pa povečan program zdraviliškega zdravljenja.

Na osnovi Splošnega in šestih področnih dogovorov je Zavod objavil razpis za nove izvajalce in sklenil 43 pogodb več kot leta 2001 ter obnovil pogodbe z vsemi dosedanjimi izvajalci.

Z namenom, da bi se izenačila preskrbljenost prebivalstva s programi osnovne zdravstvene dejavnosti, so se partnerji Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost dogovorili za prestrukturiranje programa med izpostavami Zavoda v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih, v dispanzerjih za ženske ter v dejavnosti nege na domu in patronaže, tako da nobena izpostava ne odstopa od slovenskega povprečja za več kot 10 %. Izjema je območna enota Maribor za dejavnost nege in patronaže. To je razvidno tudi iz podatkov o preskrbljenosti prebivalcev posameznih območij s programi zdravstvenih storitev v tabeli 9.

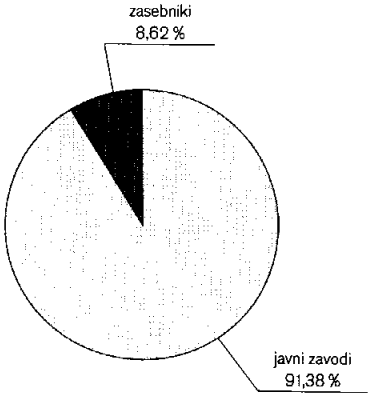
3.1.2. Sklepanje pogodb

Sklepanje pogodb na osnovi Dogovora 2002 je potekalo v zadnji tretjini leta 2002. Dogovor 2002 je določil, da veljajo pogodbe za leto 2002 od 1. 4. 2002 dalje. Tako sta plan in plačana realizacija programa za leto



Slika 2
Število zdravnikov v javnih zavodih v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov v letu 2002.*

* Podatki niso primerljivi s številom pogodb, ker prikazujejo število zdravnikov iz ur in ne števila zdravnikov po stanju.



Slika 3
Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2002

2002 rezultat opredelitve pogodbenih odnosov po pogodbah za leto 2001 (do 1. 4. 2002) in po pogodbah za leto 2002 (od 1. 4. 2002 dalje).

Zavod je v pogodbenem letu 2002 sklenil pogodbe s 1.325 izvajalci, in sicer 213 z javnimi zavodi in 1.112 z zasebniki. Število pogodbenih partnerjev se je v primerjavi z letom 2001 povečalo za 43, od tega za 37 zasebnikov in 6 javnih zavodov.

Za izvedbo dogovorjenih programov je v pogodbah z javnimi zavodi in zasebniki v letu 2002 vkalkuliranih 35.396 delavcev iz ur, od tega 3.275 ali 9,25 % pri zasebnikih.

Pogodbe z zasebnimi izvajalci

V letu 2002 je Zavod sklenil pogodbe s 1.112 zasebniki. Število pogodb z zasebnimi izvajalci se je v primerjavi z letom poprej povečalo za 37.

Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov dela v zasebni dejavnosti 225 zdravnikov oziroma 17,65 %. Od vseh zobozdravnikov (vključno s specialisti) je zasebnih že 469 zobozdravnikov ali 44,28 %. Od vseh specialistov v specialistični ambulantni dejavnosti je v zasebni dejavnosti 166 zdravnikov specialistov ali 12,49 %. Od vseh zdravnikov v ginekoloških dispanzerjih na primarni ravni pa jih dela v zasebni dejavnosti 38, oziroma 29,79 % (slika 2).

Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene programe znaša 8,62 odstotkov (slika 3).

Pogodbe z javnimi zavodi

Bolnišnice

V letu 2002 je imel Zavod sklenjene pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev s 26 bolnišnicami, v katerih je bilo kalkuliranih 17.572 delavcev iz ur. Število kalkuliranih delavcev se je v primerjavi z letom poprej povečalo, ker so bila v ta namen zagotovljena dodatna finančna sredstva.

V letu 2002 se je nadaljeval proces standardizacije bolnišnic. Za Onkološki inštitut, Inštitut Republike Slovenije za rehabilitacijo, Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični in Bolnišnico Sežana, oddelek za rehabilitacijo invalidne mladine v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca in za bolnišnično dejavnost v Bolnišnici Valdoltra zaradi specifičnosti dela standardi tudi v letu 2002 niso bili postavljeni.

V letu 2002 je bilo v okviru celotne bolnišnične dejavnosti načrtovanih 315.508 primerov in 57.925 bolnišnično oskrbnih dni programa podaljšanega bolnišničnega zdravljenja ter programa rehabilitacije invalidne mladine v Splošni bolnišnici Dr. Franca Derganca (glej tabeli 11 in 12 v nadaljevanju).

V letu 2002 so partnerji s področnim dogovorom še naprej spodbujali izvajalce k uvajanju programa dnevne in enodnevne bolnišnice v vseh dejavnostih in v primerih, ko ni potrebno, da bolnik biva v bolnišnici. Tako je bilo v okviru dnevne bolnišnice načrtovanih 2.229 primerov, kar pomeni 29,1 % povečanje glede na leto poprej. V okviru enodnevne bolnišnice je bilo načrtovanih 16.393 primerov oziroma 53,2 % več kot leto poprej.

V pogodbenem letu 2002 je Zavod zagotovil sredstva v skupni višini 708,9 milijona tolarjev za program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja. Poleg Splošne bolnišnice Murska Sobota, Bolnišnica Sežana ter Splošne

bolnišnice Jesenice, ki so program izvajale že v letu 2001, sta v pogodbenem letu 2002 pričeli izvajati program še Splošna bolnišnica Novo mesto in Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. Merila za izvajanje tega programa so opredeljena v okviru Področnega dogovora za bolnišnice za pogodbeno leto 2002.

V pogodbah z bolnišnicami so bile dogovorjene tudi preiskave z magnetno resonanco. V Sloveniji opravlja preiskave z magnetno resonanco pet izvajalcev, in sicer: Klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica Maribor, Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Medilab d. o. o. in MDT&TD d. o. o. S področnim dogovorom za leto 2002 so partnerji za ta program namenili dodatna sredstva, tako da se je skupno število dogovorjenih preiskav za zavarovane osebe Zavoda povečalo na 9.390 preiskav.

V pogodbenem letu 2002 je Zavod zagotovil Splošni bolnišnici Maribor dodatnih 130 milijonov tolarjev za povečanje programa operacij na odprtem srcu (dodatnih 50 operacij). V pogodbah s Splošno bolnišnico Maribor in Kliničnim centrom Ljubljana je bilo dogovorjenih skupno 1.008 operacij na odprtem srcu.

V pogodbah z bolnišnicami se je Zavod dogovoril, glede na leto 2001 za 29,1 % večji delež programa, ki se izvaja v dnevni, in za 53,2 % večji delež programa, ki se izvaja v enodnevni bolnišnici.

Zdravstveni domovi

V letu 2002 je Zavod sklenil pogodbe s 64 zdravstvenimi domovi. Število pogodb ostaja glede na leto 2001 nespremenjeno.

Pogodbeno dogovorjeno število delavcev znaša 8.415 delavcev in se je v primerjavi z letom 2001 zmanjšalo za 12 delavcev zaradi odhoda delavcev v zasebno zdravniško dejavnost.

V okviru osnovne zdravstvene dejavnosti, ki predstavlja 64 % celotnih finančnih sredstev za zdravstvene domove, so zdravstveni domovi v letu 2002 začeli izvajati zdravstveno vzgojne programe za odraslo populacijo. Skupno so izvedli 792 delavnic v vrednosti 39 milijonov tolarjev. V ta namen je bilo v letu 2002 načrtovanih 150 milijonov tolarjev. Največ delavnic je bilo izvedeno na temo dejavnikov tveganja (krvni sladkor, krvni tlak, holesterol) in na temo telesne dejavnosti – gibanja.

Za program nujne medicinske pomoči je bilo z Dogovorom 2002 zagotovljenih dodatnih 412 milijonov tolarjev, tako da se je Zavod po pogodbah 2002 dogovoril v pogodbah z izvajalci za nujno medicinsko pomoč v obsegu 2.143 milijonov tolarjev, za dežurno službo v osnovni zdravstveni dejavnosti pa 3.450 milijonov tolarjev.

Lekarne

V letu 2002 je Zavod sklenil 93 pogodb z lekarnami, od tega 24 pogodb z javnimi in 69 pogodb z zasebnimi lekarnami. Število pogodb z zasebnimi lekarnami je glede na leto 2001 večje za eno pogodbo.

Planirano število storitev za področje lekarniške dejavnosti v pogodbenem letu 2002 je enako realizaciji lekarniških storitev v letu 2001 in znaša 10.669.912 točk. To je za 1,3 % odstotka več kot v letu 2001.

Za izvajanje programa lekarniške dejavnosti so se partnerji dogovorili za 4 dodatne delavce, to je za skupaj 1.149 delavcev. Kljub povečanju števila delavcev v primerjavi z letom poprej pa se je zaradi povečanja planskega števila točk, nekoliko povečala povprečna obremenitev na delavca, in sicer iz 9.200 točk na delavca v letu 2001 na 9.286 točk na delavca v letu 2002.

S partnerji Področnega dogovora za bolnišnice se je Zavod dogovoril za poenotenje cen za osem storitev oziroma posegov v bolnišnicah in za zmanjšanje razlik v cenah primerov med primerljivimi bolnišnicami.

Zavod se je v pogodbah z lekarnami obvezal, da bo plačal izdana zdravila na recept in lekarniške storitve, ki bodo opravljene v skladu z veljavnimi predpisi, po dogovorjeni ceni.

Lekarne so se obvezale, da bodo vzdrževale takšno zalogo zdravil, ki omogoča redno oskrbo z zdravili, izdajale zdravila zavarovanim osebam na osnovi veljavnega recepta v skladu s splošnimi akti Zavoda in dobro lekarniško prakso, zagotovile oskrbo z zdravili v času, ki je opredeljen s pogodbo in da bodo zagotovile zdravilo praviloma v roku 24 ur, če ga ne bodo imele na zalogi, razen če zdravila ni na slovenskem tržišču.

Zdravilišča

V letu 2002 je Zavod sklenil pogodbe s 15 zdravilišči, od tega 13 pogodb z zdravilišči za odraslo populacijo in 2 pogodbi z zdraviliščema, ki obravnavata mlado populacijo. Število sklenjenih pogodb se glede na preteklo leto ni spremenilo.

Poleg zdraviliške zdravstvene dejavnosti je 7 zdravilišč izvajalo tudi programe specialistično ambulantne dejavnosti internistike, gastroenterologije, rentgenologije, kardiologije, fiziatrije, nevrologije, mamografije in ortopedije. V pogodbi z zdraviliščem Laško se je Zavod dogovoril za program zdravstvene nege za starejše občane, s 4 zdravilišči pa za rehabilitacijo po možganski kapi.

Program zdraviliške dejavnosti je v letu 2002 obsegal 294.726 nemedicinskih oskrbnih dni s 5.456.556 točkami stacionarnega zdraviliškega zdravljenja in 20.794 teoretičnih oskrbnih dni s 359.736 točkami ambulantnega zdraviliškega zdravljenja. S tem obsegom je bilo omogočeno zdraviliško zdravljenje skupno 21.863 osebam.

Ob predpostavki, da traja povprečno zdraviliško zdravljenje odraslih 14 dni, je lahko odšlo na zdraviliško zdravljenje 19.570 odraslih oseb in, ob upoštevanju dejanske povprečne dobe zdraviliškega zdravljenja, ki je v zadnjih letih znašala 17,5 dni, 2.293 otrok.

Programa specialističnega ambulantnega zdravljenja in ambulantne fizioterapije se v primerjavi z letom 2001 nista spremenila.

Socialnovarstveni zavodi

V letu 2002 je Zavod sklenil pogodbe z 88 socialnovarstvenimi zavodi, in sicer:

- 58 z domovi za starejše občane,
- 30 s posebnimi socialnimi zavodi in zavodi za usposabljanje.

V pogodbah s socialnovarstvenimi zavodi je bilo dogovorjeno plačilo za 3.898 delavcev iz ur, od tega 3.012 delavcev iz ur v pogodbah z domovi za starejše občane, 886 delavcev iz ur pa v pogodbah s posebnimi socialnimi zavodi in vzgojnimi zavodi. Število s pogodbami dogovorjenih delavcev iz ur v socialnovarstvenih zavodih se je v primerjavi z lanskim letom povečalo za 126 delavcev oziroma za 3,3 odstotke. Razlog za to so z Dogovorom 2002 določene nove zmogljivosti v novih domovih za starejše (Center za starejše občane Ormož, Dom Medvode, Dom Stavbar Pobrežje, Dom starejših občanov Tezno Maribor, Center starejših Gornji Grad in Dom za starejše Vojnik) in zavodih za usposabljanje (varstveno delovni centri v Črnomlju, Kopru, Tolminu, Želva v Ljubljani in INCE Mengeš) ter povečanje števila vkalkuliranih delavcev v 10 zavodih za usposabljanje in v varstveno delovnih centrih za 3 delavce.

Glede na razpoložljive zmogljivosti ima v domovih za starejše občane možnost bivanja 12.433 oskrbovancev, kar je za 1.322 oskrbovancev več kot v letu 2001. V posebnih socialnih zavodih in vzgojnih zavodih pa ima

možnost bivanja 3.297 oskrbovancev, kar pomeni 83 oskrbovancev več kot v letu 2001. Poleg izvajanja nege v domovih za starejše občane, je bil v letu 2002 z devetimi domovi dogovorjen tudi program nege v posebnih enotah. V teh enotah ima možnost bivanja 915 oskrbovancev, to so predvsem mlajši, psihično ali fizično prizadeti bolniki.

V pogodbenem letu 2002 je Zavod v skladu z 263. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja financiral tudi najzahtevnejšo zdravstveno nego – nego IV. Program najzahtevnejše zdravstvene nege je Zavod odobril za 26 zavarovanih oseb. V vseh socialnovarstvenih zavodih skupaj ima možnost bivanja 16.646 oskrbovancev.

Za izvajanje zdravstvene nege v domovih za starejše občane prispeva Zavod na oskrbovanca v povprečju 79.688 tolarjev mesečno (v cenah iz decembra 2002). Za izvajanje zdravstvene nege v posebnih enotah domov za starejše občane in posebnih socialnih in vzgojnih zavodih prispeva Zavod v povprečju 94.507 tolarjev na oskrbovanca mesečno (v cenah december 2002).

3.1.3. Izvajanje zdravstvenih programov

3.1.3.1. Uresničevanje Dogovora 2002

Tabela 10 prikazuje realizacijo količine storitev po vrstah zdravstvenih dejavnostih v Sloveniji v letu 2002 v primerjavi z letom 2001. Iz primerjave plana za leti 2001 in 2002 je razvidno, da se je močno povečal plan nenujnih reševalnih prevozov, in sicer zato, ker so v letu 2002 metodološko vanj vključeni tudi prevozi na in z dialize. V letu 2002 so bila načrtovana dodatna sredstva za dodatne preiskave z magnetno resonanco in za operacije na odprtem srcu, kar je v teh dveh dejavnostih povečalo planirano število storitev. Povečanje točk v specialistični ambulantni dejavnosti pa je rezultat spodbujanja bolnišnic k prestrukturiranju programov iz bolnišnične na specialistično ambulantno dejavnost.

Iz stolpca 5 je razvidno, da je bil plačan obseg storitev v letu 2002 manjši od plana v šestih prikazanih dejavnostih. Vendar pa je odstopanje v vseh dejavnostih, z izjemo diagnostike v zdraviliščih, majhno (do 2 % plana).

Za izvajanje zdravstvene nege v domovih za starejše občane prispeva Zavod na oskrbovanca v povprečju 79.688 tolarjev mesečno (v cenah iz decembra 2002).

Tabela 10

Realizacija količine storitev po dejavnostih v Sloveniji v letih 2001 in 2002 v primerjavi s planom

PROGRAMI		plan 2001	plan 2002	plačana realizacija 2001	plačana realizacija 2002	indeks 4/2	indeks 4/3
	enota	1	2	3	4	5	6
osnovna dejavnost	(točke)	23.373.404	22.481.047	23.361.177	22.481.047	100,00	96,23
osnovna dejavnost	(kol. za stor.)	35.721.095	36.666.697	34.988.538	36.666.697	100,00	104,80
zobozdravstvena dejavnost	(točke)	46.061.245	45.901.832	45.440.965	45.907.297	100,01	101,03
nenujni reševalni prevozi	(km)	12.098.088	21.993.852	11.897.976	21.993.852	100,00	184,85
operacije na odprtem srcu		997	1.008	928	1.000	99,21	107,76
specialistično ambulantna dejavnost	(točke)	48.441.029	50.209.952	47.914.761	50.218.366	100,02	104,81
magnetna resonanca		187.509	209.848	189.182	209.837	99,99	110,92
lekarniška dejavnost	(točke)	10.665.718	10.680.384	10.656.876	10.523.688	98,53	98,75
dej. soc., posebnih soc. in vzgojnih zavodov	(zdr. nega)	5.452.737	5.677.243	5.422.993	5.588.473	98,44	103,05
stac. zdravstvena dejavnost	(NOD)	293.304	294.726	291.175	301.782	102,39	103,64
zdraviliška medicinska dejavnost	(točke)	5.748.092	5.816.292	5.992.228	6.356.944	109,30	106,09
fizioterapija v zdraviliščih	(točke)	1.771.868	1.809.074	1.719.302	1.809.074	100,00	105,22
diagnostika v zdraviliščih	(točke)	749.320	755.549	685.742	658.403	87,14	96,01

Tabela 11

Število planiranih in realiziranih primerov v bolnišnicah 2002.

bolnišnične dejavnosti	plan	realizacija	indeks
kirurgija[1]	89.251	91.387	102,39
internistika	79.416	84.825	106,81
pediatrija	23.574	25.977	110,19
ORL + MF kirurgija[2]	10.500	11.268	107,31
okulistika[3]	9.216	10.174	110,39
ginekologija[4]	56.550	57.033	100,85
dermatologija	2.770	3.109	112,24
onkologija	8.750	11.255	128,63
rehabilitacija in ivalidna mladina	2.025	2.212	109,23
transplantacije	122	152	124,59
operacije na odprtem srcu	1.008	1.000	99,21
ostalo[5]	22.174	26.687	120,35
skupaj	**305.356**	**325.079**	**106,46**
psihiatrija[6]	10.152	11.485	113,13
vse skupaj	**315.508**	**336.564**	**106,67**

1 kirurgija + artroskopija kolena + hernia enostranska + hernia dvostranska + laparoskopska holecistektomija
2 ORL + MF kirurgija + tonsilektomija in/ali adenektomija
3 okulistika + operacije sive mrene
4 ginekologija + abortus + kiretaža (metroragija)
5 ostalo vključuje enodnevno bolnišnico + dnevno bolnišnico + doječe matere + spremljanje
6 psihiatrija + dnevna oskrba + oskrba v tuji družini

V okviru pogodb z bolnišnicami se je Zavod za leto 2002 dogovoril tudi za 1.008 operacij na odprtem srcu, in sicer 773 operacij v pogodbi s Kliničnim centrom Ljubljana in 235 operacij v pogodbi s Splošno bolnišnico Maribor, kar pomeni povečanje števila operacij na odprtem srcu v primerjavi z letom 2001 za 1,1 %.

Zavod je namreč v skladu z Dogovorom 2002 izvajalcem osnovne, zobozdravstvene in specialistično ambulantne dejavnosti zagotovil dodatna sredstva na osnovi opredelitve, ki dopušča do 5 % prelivanje programa na letni ravni med strokami pri posameznem izvajalcu. Poleg tega je Zavod zagotovil izvajalcem, ki so program presegli, plačilo dela preseženega programa v primeru, da na ravni Slovenije program posamezne dejavnosti ni bil realiziran.

V splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih pa je Zavod posameznemu izvajalcu plačal celoten program storitev, če je le-ta realiziral vsaj približno polovico planiranega obsega storitev, izpolnil dogovorjeni program preventive, po številu napotitev ni presegel slovenskega povprečja in ni imel čakalnih dob.

Nekoliko večje odstopanje izkazuje diagnostika v zdraviliščih (indeks je 87,14). Obseg storitev, ki je bil v primerjavi s planom presežen in s strani Zavoda plačan, izkazujejo v letu 2002 zdraviliška medicinska dejavnost (za 9,30 %) in stacionarno zdraviliško zdravljenje (za 2,39 %).

V pogodbenem letu 2002 je potekalo financiranje bolnišnične dejavnosti na osnovi odpuščenih primerov. Skupaj se je Zavod v pogodbah z bolnišnicami dogovoril za obravnavo 315.508 primerov. Število planiranih in realiziranih primerov po posameznih bolnišničnih dejavnostih je razvidno iz tabele 11. Planirano število primerov je bilo preseženo v vseh bolnišničnih

Tabela 12

Število planiranih in realiziranih bolnišnično-oskrbnih dni v bolnišnicah 2002.

	plan	ralizacija	indeks
podaljšano bolnišnično zdravljenje	38.742	33.622	86,78
invalidna mladina	19.183	19.943	103,96
vse skupaj	**57.925**	**53.565**	**92,47**

Tabela 13
Število dializnih bolnikov in realizacija dializ v Sloveniji v letu 2002.

DIALIZA	enota mere	plan 2002	realizacija 2002	SIT/dializo oziroma dan	št. bolnikov
I	dializa	110.000	101.527	38.083	692
II	dializa	4.704	4.194	64.236	64
III	dializa	64.328	66.538	49.324	479
IV	dan	30.130	26.039	16.019	92
V	dan	10.540	10.481	20.774	34
Skupaj		**219.702**	**208.779**		**1.361**

Vir: podatki izvajalcev dializne dejavnosti, 2002.

dejavnostih z izjemo operacij na odprtem srcu (indeks je 99,21 %). Na ravni Slovenije je bilo planirano število bolnikov preseženo za 6,67 %, najbolj opazno v dejavnosti onkologije (za 28,63 %) ter v transplantacijski dejavnosti (za 24,59 %).

Izjema v financiranju bolnišnične dejavnosti sta program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja in program rehabilitacije invalidne mladine, katerih financiranje je v letu 2002 temeljilo na bolnišnično oskrbnih dneh. Realizacija teh bolnišnično oskrbnih dni je znašala 92,47 % planiranega obsega (tabela 12).

V okviru pogodb z bolnišnicami se je Zavod za leto 2002 dogovoril tudi za 1.008 operacij na odprtem srcu, in sicer 773 operacij v pogodbi s Kliničnim centrom Ljubljana in 235 operacij v pogodbi s Splošno bolnišnico Maribor. To pomeni povečanje števila operacij na odprtem srcu v primerjavi z letom 2001 za 1,1 %. Cilj Zavoda še naprej ostaja postopno letno povečevanje s pogodbami dogovorjenega števila operacij na odprtem srcu na 1.500 operacij letno, kar bi bilo primerljivo z razvitimi evropskimi državami.

Na osnovi podatkov, zbranih pri izvajalcih dializne dejavnosti, smo ugotovili tudi število dializnih bolnikov v Sloveniji, ki znaša 1.361 bolnikov (tabela 13). Z upoštevanjem dogovorjenih cen za posamezne vrste dializ, števila bolnikov in realiziranega števila dializ v letu 2002 lahko ocenimo, da so ostali povprečni stroški dialize za enega bolnika realno na ravni leta 2001 in znašajo 5.916.704 tolarjev.

3.1.4. Predpisovanje in poraba zdravil

Ob koncu leta 2002 je bilo na slovenskem trgu 2.893 gotovih zdravil z dovoljenjem za promet. Na recept je bilo mogoče predpisovati 2.102 zdravili. Med slednjimi je bilo na liste razvrščenih 1.286 zdravil, od tega 81 % na pozitivno listo. Omejitve predpisovanja je imelo 17 % razvrščenih zdravil. S 474 razvrščenimi aktivnimi učinkovinami sodi slovenska lista gotovo med najožje med primerljivimi državami. Tabela 14 kaže nekatere pomembne podatke obdelave predpisanih zdravil na recepte. V obdelavi so upoštevani zeleni in beli recepti ter naročilnice, ki gredo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. metadon). Odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in lekarniško dejavnost so znašali 51,7 milijarde tolarjev, kar predstavlja 17,1 % odhodkov za programe zdravstvenih storitev. Glede na predhodno leto so se nominalno povečali za 11,6 %, realno pa za 4,1 %, kar je najnižje povečanje v zadnjem petlet-

Odhodki za zdravila so se v letu 2002 v primerjavi z letom 2001 realno povečali za 4,1 %, kar je najnižje povečanje v zadnjem petletnem obdobju.

Tabela 14

Izbrani kazalci o zdravilih, predpisanih na recept v letih 2001 in 2002 v Sloveniji in indeks 2002/2001.

	2001	2002	indeks
št. zdravil za ambulantno predpisovanje (št. učinkovin)	1805 (544)	2102 (599)	116 (110)
št. zdravil na pozitivni listi (št. učinkovin)	903 (315)	1036 (356)	115 (113)
št. zdravil na vmesni listi (št. učinkovin)	231 (109)	248 (118)	107 (110)
skupno število predpisanih receptov	12.824.463	13.060.930	102
št. receptov s pozitivne liste (delež v %)	9.989.688	10.099.451 (77,3)	101
št. receptov z vmesne liste (delež v %)	2.137.273	2.312.389 (17,7)	108
št. receptov z negativne liste (delež v %)	696.960	649.090 (5,0)	93
število receptov na prebivalca	6,44	6,54	102
št. pakiranj na prebivalca	17,0	16,7	98
št. pakiranj na recept	2,64	2,55	97
vsa zdravila na recept (v 1000 SIT)	**68.404.245**	**77.079.019**	**113**
izdatki obveznega zavarovanja za zdravila (v 1000 SIT)	**46.265.810**	**51.650.593**	**112**
izdatki za vsa zdravila na recept na prebivalca[1]	34.338,88	38.622,20	112
izdatki obveznega zavarovanja za zdravila na prebivalca	23.225,40	25.880,71	111
povprečna vrednost Rp – s pozitivne liste	5.229,93	5.739,43	110
– z vmesne liste	6.694,86	7.530,59	112
– nerazvrščenih zdravil	2.567,87	2.558,20	100
magistralna zdravila[1] (v 1000 SIT)	1.525.111	1.342.083	88

Stanje prebivalcev na dan 30. 6. 2001 oziroma 30. 6. 2002.

[1] Vrednost obveznega in prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter samoplačniških receptov.

Vir: ZZZS – IC, podatki iz baze receptov, 2002.

Poraba antibiotikov za zdravljenje bakterijskih okužb se je znižala že tretje leto zapored, in sicer za 6 %.

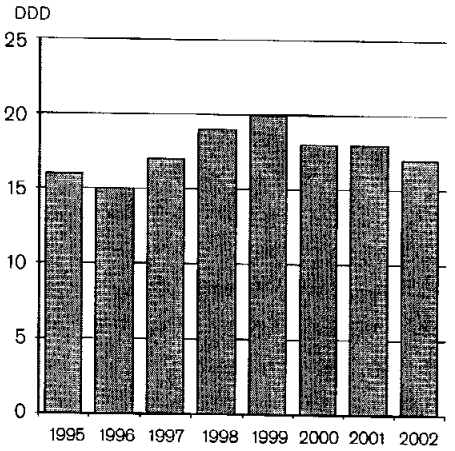
nem obdobju. Njihova povprečna letna realna rast v zadnjem 5-letnem obdobju (1998–2002) je bila 7,6 %. Celotna vrednost vseh receptov (obvezno in prostovoljno zavarovanje ter doplačila) je znašala nekaj več kot 77 milijard tolarjev ali 13 odstotkov več kot leto poprej. Ocenjujemo, da znašajo celotni izdatki za zdravila (zeleni in beli recepti, naročilnice ter zdravila brez receptov – tako imenovana OTC, vendar brez bolnišničnih zdravil) še več, in sicer nekaj nad 82 milijard tolarjev, torej vsaj 41.000 tolarjev na prebivalca. Iz javnih sredstev pa je šlo za zdravila in lekarniško dejavnost 25.881 tolarjev na prebivalca. Izdatki obveznega zavarovanja za magistralno pripravljena zdravila so se z uvedbo novih navodil za predpisovanje in izdajanje magistralnih zdravil znižali za 178 milijonov tolarjev oziroma za 14 %.

Ob 2-odstotnem povečanju števila receptov se je število pakiranj na prebivalca zmanjšalo za enak delež, kar je verjetno posledica večjih, eno- in trimesečnih pakiranj, ki so jih uvedli proizvajalci za nekatera najpogosteje predpisovana zdravila. Poraba zdravil, merjena v definiranih dnevnih odmerkih (DDD – enota za količino učinkovine), se je povečala za 5,3 % (v predhodnem letu 7,7 %). Največji delež vrednosti zavzemajo zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja (32 %), zdravila z delovanjem na živčevje (nevrološke, psihiatrične bolezni in nekatera protibolečinska zdravila – 14 %) in zdravila za zdravljenje bolezni prebavil in presnove (13 %). Med učinkovinami je prevzel prvo mesto po vrednosti simvastatin (zdravilo za zdravljenje zvišanih vrednosti holesterola s 4,7 milijarde, indeks 132). Med prvimi 50 učinkovinami jih je leta 2001 preseglo indeks rasti vrednosti 120. Teh 50 učinkovin predstavlja 59-odstotni delež izdatkov javnih sredstev (2001 enak delež). Poraba antibiotikov za zdravljenje bakterijskih okužb se je znižala že tretje leto zapored, in sicer za 6 % (slika 4). To lahko štejemo za lep uspeh, čeprav je njihova struktura še vedno neugodna.

Razmerje med ozko- in širokospektralnimi je namreč v prid slednjim, kar pomeni premalo ciljano zdravljenje. Zadržana ambulantna raba antibiotikov je izjemnega nacionalnega pomena za ohranjanje njihovega učinka in preprečevanje razvoja nanje odpornih povzročiteljev.

Vsaj en (bel ali zelen) recept je prejelo 1.414.366 zavarovancev oziroma kar je 71 % celotnega prebivalstva (torej je vsaj toliko zavarovancev vsaj enkrat obiskalo zdravnika). Po številu prejetih receptov v letu 2002 vodi bolnik z 278 recepti. Po vsej verjetnosti gre za odvisnost od pomirjeval in analgetikov. Takšne primere bo potrebno obravnavati v dogovoru s stroko. Najvišja vrednost predpisanih zdravil posamezniku je v letu 2002 znašala 25,8 milijona tolarjev. Prvih 10 bolnikov je dobivalo večinoma onkološka zdravila, med njimi pa so tudi otroci, ki prejemajo rastni hormon. Zavod je v letu 2002 izvedel nadzore v vseh lekarnah, ki izdajajo metadon za centre za zdravljenje odvisnosti od drog. Obravnaval je 1.575 vlog za kritje izdatkov za nerazvrščena zdravila in zdravila, kupljena v tujini. Zanje je bilo izdanih 95,1 milijona tolarjev.

Po izjemnem povečanju izdatkov za zdravila v letu 2001 (realna rast vseh izdatkov 17,4 %, realna rast javnih izdatkov 14,3 %), je rast v letu 2002 bistveno nižja (realna rast vseh izdatkov 5,7 %, realna rast javnih izdatkov 4,1 %). Dejstvo je, da se na področju zdravil intenzivno posvečamo obvladovanju izdatkov. Vzporedno poteka veliko aktivnosti. Komisija za razvrščanje zdravil na liste je pri razvrščanju zelo selektivna. Z omejitvami predpisovanja pa dodatno omejuje dostopnost do zdravil, za katera obstaja možnost, da bi se predpisovala širše, kot je to strokovno utemeljeno. Zavod se vse bolj posveča kakovosti predpisovanja. Sodelavci Oddelka za zdravila so obiskali več skupin zdravnikov in jim predstavili nekatere lokalne značilnosti predpisovanja, kazalce kakovostnega predpisovanja ter odstopanja od povprečja tako za posamezne zdravnike kot za njihovo regijo (območno enoto) in Slovenijo.



Slika 4
Poraba antibiotikov v Sloveniji v obdobju 1995–2002 v definiranih dnevnih odmerkih na 1.000 prebivalcev na dan (DDD).

3.1.5. Predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov

Zavarovanim osebam je v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotovljena pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki so potrebni za zdravljenje in medicinsko rehabilitacijo. Spremembe in dopolnitve Pravil so v letu 2002 prinesle predvsem širitev pravic za zavarovane osebe do 15. leta starosti.

V letu 2002 je Zavod vzpostavil novo računalniško rešitev, ki omogoča spremljanje stroškov o izdanih pripomočkih na zavarovano osebo in obračun teh v skladu s sklenjenimi pogodbami z dobavitelji. Hkrati pa je pripravil vse potrebno, da se projekt uvajanja evidenc o medicinsko-tehničnih pripomočkih na kartico zdravstvenega zavarovanja razširi iz pilotske regije na celotno državo.

V letu 2002 je Zavod vzpostavil novo računalniško rešitev, ki omogoča spremljanje stroškov o izdanih pripomočkih na zavarovano osebo in obračun teh v skladu s sklenjenimi pogodbami z dobavitelji.

Podatki v tabeli 15 zajemajo vse pripomočke, ki so bili izdani zavarovanim osebam kot individualna pravica. Na osnovi zbranih podatkov predstavljajo največji delež izdatkov za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča, in sicer 29,75 % delež. V primerjavi z letom 2001, ko je njihov delež znašal 30,12 %, se je v letu 2002 zmanjšal za 0,37 odstotne točke. Glede na

Tabela 15

Izdane naročilnice za medicinsko-tehnične pripomočke in vrednost izdanih medicinsko-tehničnih pripomočkov po skupinah v letu 2002.

skupina	ime skupine	št. izdanih naročilnic	%	vrednost* izdanih pripomočkov (v SIT)	%	pov. vrednost* na naročilnico
1	proteze udov	957	0,16	176.181.368	2,03	184.098
2	estetske proteze	4.637	0,77	91.966.076	1,06	19.833
3	ortoze	10.790	1,78	212.527.215	2,44	19.697
4	ortopedska obutev	7.171	1,19	121.200.868	1,39	16.902
5	vozički in ostali pripomočki za gibanje, stojo in sedenje	11.343	1,88	545.199.101	6,27	48.065
6	električni stimulatorji in ostali aparati	4.863	0,80	70.693.539	0,81	14.537
7	sanitarni pripomočki	1.918	0,32	29.896.022	0,34	15.587
8	blazine proti preležaninam	786	0,13	24.475.619	0,28	31.139
9	kilni pasovi	4.395	0,73	46.706.992	0,54	10.627
10	pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju	16.266	2,69	736.658.382	8,47	45.288
11	pripomočki pri težavah z odvajanjem seča	230.612	38,14	2.586.355.908	29,75	11.215
12	pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni	92.844	15,35	2.286.328.213	26,30	24.625
13	kanile	2.949	0,49	71.534.647	0,82	24.257
14	ostali tehnični pripomočki	2.444	0,40	19.187.419	0,22	7.851
15	pripomočki za slepe in slabovidne	117.312	19,40	508.779.493	5,85	4.337
16	slušni aparati	11.464	1,90	746.537.510	8,59	65.120
17	obvezilni material	83.964	13,88	419.505.913	4,83	4.996
	SKUPAJ	604.715	100,00	8.693.734.285	100,00	14.377

Opomba: * Gre za podatek o vrednosti izdanih pripomočkov, ko so evidentirani v bazi obveznega zdravstvenega zavarovanja in ne za finančno-knjigovodske podatke.
Vir: Evidence OZZ, ZZZS, 2002

vrednost izdatkov so druga najpomembnejša skupina pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni, katerih delež se je iz leta 2001, ko je znašal 25,74 % vseh odhodkov, povečal v letu 2002 na 26,30 %. To pomeni, da znaša skupen delež izdatkov za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni še vedno 56,05 % vseh izdatkov za medicinsko-tehnične pripomočke v letu 2002.

Pri spremljanju podatka o številu izdanih naročilnic ugotavljamo, da je največje število izdanih naročilnic tudi za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča, in sicer 38,14 % vseh izdanih naročilnic, sledi pa skupina pripomočkov za slepe in slabovidne z 19,40 %.

Pri podatkih o povprečni vrednosti pripomočkov na naročilnici je največja povprečna vrednost v skupini protez udov, kar je razumljivo saj gre za individualno izdelane pripomočke, ki se predpisujejo zavarovanim osebam z najtežjimi oblikami prizadetosti. To je razvidno iz povprečne vrednosti izdanih medicinsko-tehničnih pripomočkov na naročilnici iz tabele 15.

V tabeli 16 je prikazano število najzahtevnejših izdanih medicinsko-tehničnih pripomočkov, predpisanih v letu 2002 na naročilnico. Podatki so zbrani za medicinsko-tehnične pripomočke, ki so za zavarovane osebe individualno izdelani oziroma prilagojeni, in pripomočke, do katerih so zavarovane osebe upravičene pri najtežjih oblikah prizadetosti.

Tabela 16

Najzahtevnejši izdani medicinsko-tehnični pripomočki, predpisani v Sloveniji v letu 2002.

Skupine tehničnih pripomočkov – vrsta tehničnega pripomočka	število izdanih pripomočkov
Proteze udov	
– proteze za spodnje ude	620
– proteze za zgornje ude	73
Ortoze	
– ortoze za spodnje ude	2.982
– ortoze za zgornje ude	1.405
– ortoze za hrbtenico	3.997
Ortopedska obutev	4.909
Vozički in drugi pripomočki za gibanje stojo in sedenje	
– voziček za prevoz bolnika	2.204
– voziček na ročni pogon	971
– voziček na električni pogon	118
– voziček za otroke	80
– negovalna postelja	2.029
– trapez za obračanje	2.177
– varovalna posteljna ograja	1.616
Električni stimulatorji in drugi aparati	2.841
Sanitarni pripomočki	3.564
Blazine proti preležaninam	2.880
Aparat za določanje glukoze v krvi	2.032
Slušni aparati	
– za ušesni	5.302
– v ušesni	2.254

Vir: Evidence OZZ, ZZZS

3.1.6. Napotitve na zdravljenje v tujino v letu 2002

Zavarovana oseba ima pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini oziroma do povračila stroškov teh storitev, če so v Sloveniji izčrpane možnosti, z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi pa se utemeljeno pričakuje ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma prepreči

nadaljnje poslabšanje. Ne glede na navedeno pa Zavod lahko odobri povračilo stroškov zdravstvenih storitev opravljenih v tujini, če teh storitev v Sloveniji ni mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu. Upravni odbor določi višino povračila (enako višino kot v državi), postopek in vrsto obolenj ter stanj, pri katerih je to dovoljeno.

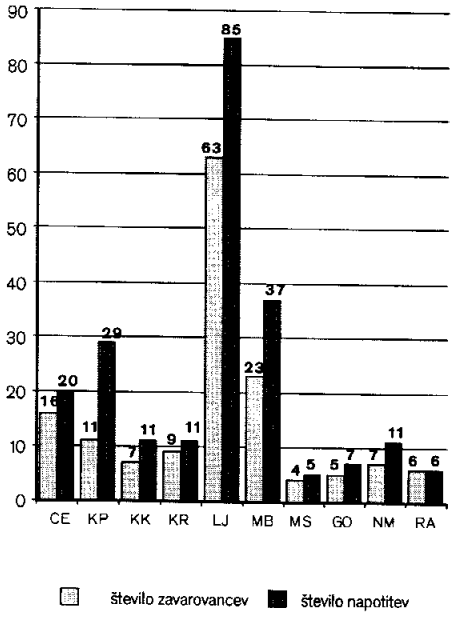
Območne enote so v letu 2002 izdale skupaj 456 odločb, od teh je bilo v 42 primerih zavarovanim osebam zdravljenje v tujini odklonjeno, v 29 primerih pa je bil postopek na pobudo zavarovanih oseb ustavljen. Porazdelitev števila zavarovanih oseb, napotenih na zdravljenje v tujino v letu 2002 po območnih enotah prikazuje slika 5.

V letu 2002 je bilo na zdravljenje ali pregled v tujino napotenih 151 zavarovanih oseb, od tega se je zdravilo 28 otrok mlajših od 3 let, 39 zavarovanih oseb v starosti od 4. do 19. leta, 61 zavarovanih oseb v starosti od 20 do 49 let, 16 zavarovanih oseb v starosti med 50 in 65 let in 7 starejših od 66 let.

V katere države so bile napotene zavarovane osebe v letu 2002 je razvidno iz slike 6.

V skladu s sprejetim sklepom Upravnega odbora Zavoda, s katerim je bila zavarovanim osebam v primeru dolgih čakalnih dob dana možnost povračila stroškov opravljenega posega v tujini, in sicer do višine cene te storitve v Republiki Sloveniji, je bilo v tujini 19 zavarovanih oseb zaradi operacije srca in 8 zavarovanih oseb, ki so v tujini opravile postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Po enakem postopku kot za napotitev na zdravljenje v tujino so bili rešeni zahtevki za napotitev na postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP) v tujini prejeti do 24. 4. 2002. Na ta način so bili postopki odobreni 25 zavarovanim osebam, ki so imele v tujini 27 poskusov, 9 zavarovanim osebam so bili taki postopki oploditve odklonjeni zaradi neizpolnjevanja z zakonom opredeljenih pogojev.

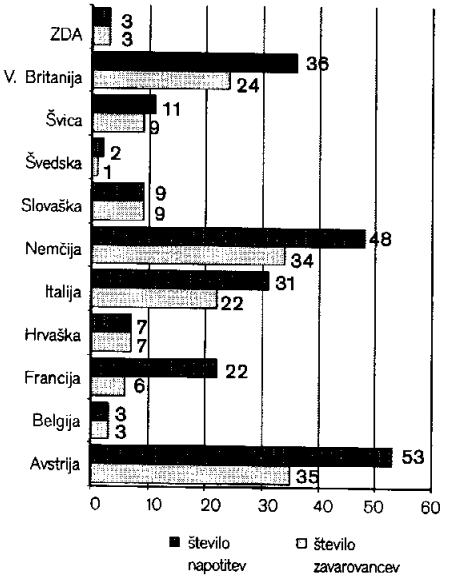


Slika 5
Število zavarovanih oseb, napotenih na zdravljenje v tujino v letu 2002 po območnih enotah Zavoda.

3.1.7. Izvajanje mednarodnih sporazumov o socialni varnosti

V letu 2002 je bilateralne sporazume o socialni varnosti Republika Slovenija izvajala z 19 evropskimi državami. Podrobnejši opis je v poglavju 11.2. Poleg splošnih sporazumov je izvajala tudi sporazume o brezplačnem zagotavljanju zdravstvenega varstva za diplomatske konzularne predstavnike s 5 evropskimi državami (glej prav tako poglavje 11.2).

Mednarodne sporazume razdelimo na dve skupini, to je na sporazume, ki temeljijo na načelu zavarovanja, in na sporazume, ki temeljijo na načelu teritorialnosti. Obračunavanje stroškov zdravstvenih storitev med nosilci zdravstvenega zavarovanja poteka le po sporazumih, ki temeljijo na načelu zavarovanja (10 držav). To pomeni, da nosilcu iz ene države podpisnice, ki je upravičeni osebi iz druge države podpisnice nudil zdravstvene storitve, povrne stroške pristojni nosilec iz države, kjer je upravičena oseba zavarovana. Iz tabele 17 je razvidno da so tuje države na osnovi mednarodnih sporazumov Zavodu zaračunale za zdravstvene storitve, ki so bile opravljene slovenskim zavarovanim osebam v tujini v letu 2002, skupaj 2,2 milijarde tolarjev. Od tega je največ stroškov obračunala Hrvaška in



Slika 6
Države, v katerih so se v letu 2002 zdravile slovenske zavarovane osebe na osnovi mnenja konzilija klinik.

Tabela 17

Pregled obveznosti Zavoda do tujine na podlagi sporazumov o socialni varnosti, ki temeljijo na načelu zavarovanja, v letu 2002 (v tolarjih).

država	stanje obveznosti 31. 12. 2001	novonastale obv. v letu 2002	plačila v tujino v letu 2002	stanje obveznosti 31. 12. 2002
Avstrija	40.246.708,53	42.928.351,29	62.378.187,82	20.796.872,00
Belgija	1.816.360,96	6.792.477,81	8.608.838,77	0,00
Francija	0,00	6.433.143,50	6.433.143,50	0,00
Hrvaška	34.398.566,40	1.849.062.014,69	1.844.528.750,80	38.931.830,29
Italija	66.341.293,57	130.815.217,40	0,00	197.156.510,97
Luksemburg	0,00	49.588,40	49.588,40	0,00
Madžarska	0,00	721.586,58	0,00	721.586,58
Makedonija	0,00	434.985,14	33.531,60	401.453,54
Nemčija	58.951.982,04	122.834.379,12	124.052.062,40	57.734.298,76
Nizozemska	0,00	1.901.430,83	1.688.799,70	212.631,13
SKUPAJ	**201.754.911,50**	**2.161.973.174,76**	**2.047.772.902,99**	**315.955.183,27**

Konvencijska potrdila so zavarovancem dostopna na različne načine, in sicer prek Zavodovih spletnih strani, na samopostrežnih terminalih z veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja ter pri referentih Zavoda.

sicer v višini 1,8 milijarde tolarjev. Zavod dolguje tujim državam na dan 31. 12. 2002 še 316 milijonov tolarjev.

Iz tabele 18 je razvidno, da je Zavod zaračunal tujim državam za zdravstvene storitve, ki so jih v Sloveniji uveljavile tuje zavarovane osebe, skupno 2 milijardi tolarjev. Največ računov je Zavod posredoval Nemčiji, Hrvaški in Avstriji. Tuji organi za zvezo so Zavodu nakazali 1,9 milijarde tolarjev. Ob tem velja poudariti, da je po večletnem zastoju Italija nakazala za obračune po Videmskem sporazumu svoje obveznosti za obdobje od leta 1989 do leta 1999. Naše terjatve do Italije še vedno niso v celoti pokrite, saj Italija Zavodu dolguje še 400 milijonov tolarjev. Stanje terjatev Zavoda do drugih držav znaša 1,5 milijarde tolarjev.

Za sporazume, ki temeljijo na načelu teritorialnosti, je značilno, da nosilci zdravstvenega zavarovanja, ki so nudili zdravstvene storitve zavarovanim osebam iz ene države, nastalih stroškov ne zaračunavajo nosilcem zavarovanja druge države, temveč jih obračunajo v svoje breme. Iz tabele 19 je razvidno, da so znašali stroški, ki jih je plačal Zavod brez povračila od tujih organov zavarovanja v letu 2002, 33 milijonov tolarjev. V primerjavi s preteklim letom se je v Sloveniji zdravilo za 17 odstotkov več oseb iz teh

Tabela 19

Pregled obveznosti Zavoda do tujine, na osnovi sporazumov o socialni varnosti, ki temeljijo na načelu teritorialnosti, v letu 2002 (v tolarjih).

država	število primerov	stroški
Albanija	2	744.071,00
Bolgarija	8	4.766.384,72
Češka	38	3.713.568,00
Madžarska	33	429.617,85
Poljska	32	2.626.836,10
Romunija	1	15.809,00
Rusija	13	2.760.259,00
Velika Britanija	324	17.818.505,12
SKUPAJ	**451**	**32.875.050,79**

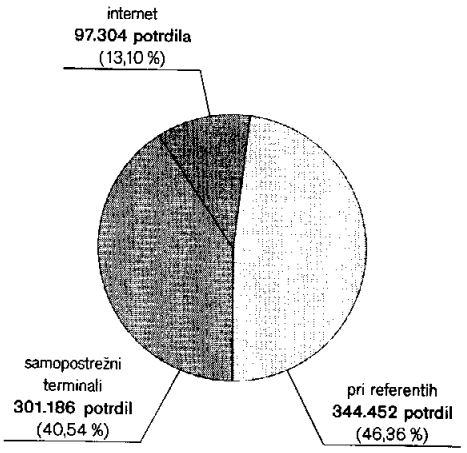
Tabela 18

Pregled terjatev Zavoda do tujine na osnovi sporazumov o socialni varnosti, ki temeljijo na načelu zavarovanja, v letu 2002 (v tolarjih).

država	stanje terjatev 31. 12. 2001	novonastale ter. v letu 2002	plačila iz tujine v letu 2002	stanje terjatev 31. 12. 2002
Avstrija	83.935.694,79	435.578.449,82	399.615.341,50	119.898.803,11
Belgija	692.095,41	38.625.993,97	13.327.610,29	25.990.479,09
Češka *	73.689,19	0,00	29.910,14	43.779,05
Francija	19.185,00	172.710.077,47	0,00	172.729.262,47
Hrvaška	40.935.481,48	532.127.993,93	542.522.049,87	30.541.425,54
Italija	171.216.616,89	59.421.651,45	0,00	230.638.268,34
Videmski sporazum	946.770.066,92	127.848.494,60	689.189.113,72	385.429.447,80
Luksemburg	0,00	141.438,00	141.438,00	0,00
Madžarska	0,00	4.666.432,20	43.074,25	4.623.357,95
Makedonija	0,00	1.487.885,00	0,00	1.487.885,00
Nemčija	169.067.829,14	636.817.904,37	284.653.691,46	521.232.042,05
Nizozemska	1.266.990,80	8.293.330,01	5.295.683,41	4.264.637,40
Romunija	0,00	6.698,00	0,00	6.698,00
SKUPAJ	**1.413.977.649,62**	**2.017.726.348,82**	**1.934.817.912,64**	**1.496.886.085,80**

Tabela 20
Pregled števila izdanih potrdil po državah in števila oseb, ki so uveljavljale zdravstvene storitve v tujini v letu 2002.

država	število izdanih potrdil	število prejetih obračunskih listov iz tujine	število vloženih individualnih zahtevkov za povračilo stroškov
Avstrija	47.410	525	133
Belgija	4.429	88	8
Hrvaška	583.204	4.005	2.462
Nemčija	28.006	1.669	67
Madžarska	4.943	6	12
Italija	62.316	0	176
Luksemburg	2.351	2	1
Nizozemska	5.555	31	4
Romunija	1.338	0	1
Makedonija	3.390	52	36
SKUPAJ	**742.942**	**6.378**	**2.900**



Slika 7
Delež klasičnega naročanja potrdil pri referentih v primerjavi z deležema naročenih potrdil na internetu ali samopostrežnih terminalih v letu 2002.

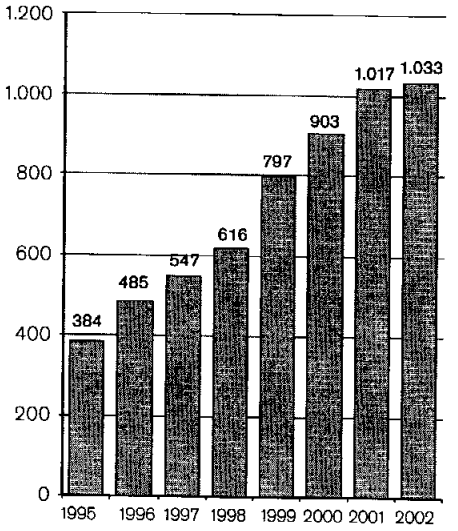
držav, stroški pa so se povečali kar za 42 odstotkov. Tudi letos je uveljavilo zdravstvene storitve največ državljanov iz Velike Britanije (324 primerov).

Slovenske zavarovane osebe si lahko pred odhodom v tujino pridobijo potrdilo, ki omogoča uveljavljanje pravic do nujnih zdravstvenih storitev v času začasnega bivanja v državah, s katerimi ima Republika Slovenija sklenjene bilateralne sporazume. V letu 2002 je bilo izdanih skupaj 742.942 teh potrdil, največ za Hrvaško 583.204, Italijo 62.316 in Avstrijo 47.410, najmanj pa za Romunijo 1.338. V primerjavi z lanskim letom se je izdaja teh potrdil povečala za 44 odstotkov. Potrdilo je mogoče pridobiti na različne načine, in sicer prek Zavodovih spletnih strani, na samopostrežnih terminalih z veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja ter pri referentih na območnih enotah in izpostavah Zavoda. Največ potrdil je bilo izdanih pri referentih Zavoda (344.452 potrdil) (slika 7).

Čeprav je bilo v letu 2002 izdanih kar 742.942 teh potrdil, smo od držav, s katerimi imamo sklenjene sporazume, prejeli le 6.378 obračunskih listov, s katerimi so nam zaračunali stroške nujnih zdravstvenih storitev, ki so jih nudili slovenskim zavarovanim osebam. 2.900 zavarovanih oseb pa je vložilo zahtevke za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki so jih so plačali v tujih državah (tabela 20).

3.2. Nadzor nad programi zdravstvenih storitev

V skladu z veljavnimi zakoni je Zavod dolžan izvajati nadzor nad izvajanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci zdravstvenih storitev. Osnovni namen nadzornih aktivnosti Zavoda je zagotoviti smotrno in pregledno porabo javnih sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nadzor Zavoda pri izvajalcih zdravstvenih storitev vsebinsko zajema preverjanje dokumentiranja, evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev ter materialov, pri čemer se hkrati preverja tudi ustreznost uresničevanja pravic zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja in spoštovanje pogodbenih obveznosti izvajalcev. Poleg preglednosti sta namreč osrednja cilja tudi preverjanje dostopnosti in kakovosti izvajanja zdravstvenih storitev za zavarovane osebe.



Slika 8
Število nadzorov Zavoda, izvedenih na lokaciji pri izvajalcih od leta 1995 do 2002.

Tabela 21

Finančne posledice po opravljenih nadzorih pri izvajalcih v letu 2002.

v tolarjih

vrsta nadzora	realizirano število nadzorov	zmanjšanje obveznosti za obvezno zav.	zmanjšanje obveznosti za prostovoljno zav.	pogodbene kazni	povprečje zmanjšanih obvez. za OZZ	povprečje zmanjšanih obvez. za PZZ	povprečje zneskov pog. kazni
NAČRTOVANI NADZORI							
– medobmočni	506	102.303.142	8.903.090	66.654.244	202.180	17.595	131.728
– območni	236	3.725.171	2.205.270	9.035.977	15.988	9.465	38.781
– administrativni	294	0	0	2.662.000	0	0	9.054
– finančni	122	2.238.085	1.847.094	2.158.539	18.345	15.140	17.693
– pravice	111	0	0	1.064.800	0	0	9.593
skupaj	**1.266**	**108.266.398**	**12.955.454**	**81.575.560**	**85.518**	**10.233**	**64.436**
IZREDNI NADZORI							
– medobmočni	134	37.172.984	12.585.657	28.506.800	277.410	93.923	212.737
– območni	10	663.153	101.160	48.400	66.315	10.116	4.840
– administrativni	13	0	0	387.200	0	0	29.785
– finančni	54	2.321.205	2.856.658	502.110	42.985	52.901	9.298
– pravice	6	0	0	0	0	0	0
skupaj	**217**	**40.157.342**	**15.543.475**	**29.444.510**	**185.057**	**71.629**	**135.689**
SKUPAJ VSI	**1.483**	**148.423.740**	**28.498.929**	**111.020.070**	**100.083**	**19.217**	**74.862**

Zavod je realiziral za 10 % več nadzorov kot je bilo načrtovano.

V letu 2002 so se v največjem obsegu izvajali nadzori pri izvajalcih zdravstvenih storitev. Zavod je preverjal pravilnost obračunavanja storitev in druge postavke pri izpolnjevanju pogodbenih obveznosti. Poleg tega pa je v večjem obsegu izvajal tudi nadzor nad predpisovanjem zdravil in nadzor nad utemeljenostjo predpisovanja pravic kot so reševalni prevozi, medicinsko-tehnični pripomočki, zdravstvena nega idr. Načrt nadzornih aktivnosti kakor tudi celotna izvedbena metodologija temelji na projektnem pristopu in je računalniško podprta.

Dinamiko neposrednih nadzorov pri izvajalcih spremlja Zavod od leta 1995 (slika 8). Število teh nadzorov se ves čas povečuje. Za leto 2002 bi po prikazu sklepali, da se število nadzorov umirja, vendar gre v resnici za delno preusmeritev na posredne nadzore (finančne nadzore in nadzore pravic), ki jih je bilo v letu 2002 kar 233. S sedanjim številom nadzorov zagotavlja Zavod kontinuiteto nadzorne dejavnosti pri izvajalcih, ki ima vse bolj preventivno vlogo, saj se število ugotovljenih nepravilnosti zadržuje zadnja leta na ravni okrog 10 %. Upoštevajoč, da se nepravilnosti ugotavljajo na izbranih vzorcih, tak delež ni velik.

Finančne posledice, ki jih imajo izvajalci zaradi ugotovljenih nepravilnosti, pa vendar niso zanemarljive. Za leto 2002 so prikazane v tabeli 21. V primerih, ko se pojavijo pokazatelji za čisto določene ali bolj obsežne in sistemske nepravilnosti, Zavod poleg načrtovanih izvaja tudi izredne nadzore. Razlog velikega porasta izrednih nadzorov v preteklem letu je bilo preverjanje predpisovanja zdravila eritropoetin. Tako se je povečal delež izrednih nadzorov iz 2 % v letu 2001 na 14,6 % v letu 2002. Načrtovani obseg nadzorov je bil izpolnjen 94 %, celotna realizacija nadzorov pa je zaradi izrednih nadzorov presegla plan za 10 % (tabela 22).

Po drugi strani je Zavod pričel z nadzori predpisovanja, sprva za eritropoetin, nato pa tudi za ostala zdravila. Kombinacija obveščanja strokovne javnosti (povratne informacije o predpisovanju), izobraževanja in nadzorov je v najrazvitejših evropskih državah že preizkušena in dokazano najprimernejša pot k uspešnejšemu obvladovanju izdatkov za zdravila, ki jo moramo nadaljevati in izboljševati.

Tabela 22
Število realiziranih nadzorov po območnih enotah v letu 2002.

območna enota	planirani nadzori	realizirani nadzori	indeks	izredni nadzori	vsi realizirani nadzori	indeks vseh
Celje	148	148	100,00	19	167	112,8
Koper	107	113	105,61	30	143	133,6
Kranj	112	107	95,54	28	135	120,5
Krško	57	58	101,75	19	77	135,1
Ljubljana	361	285	78,95	30	315	87,3
Maribor	203	205	100,98	31	236	116,3
Murska Sobota	83	83	100,00	11	94	113,3
Nova Gorica	101	100	99,01	9	109	107,9
Novo mesto	78	79	101,28	21	100	128,2
Ravne na Koroškem	98	88	89,82	19	107	109,2
Supaj Zavod	**1.348**	**1.266**	**93,91**	**217**	**1.485**	**110,0**

3.3. Denarne dajatve

Obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja zavarovanim osebam pravice do določenih denarnih nadomestil. Mednje sodijo nadomestilo plače med začasno zadržanostjo od dela, pogrebnina, posmrtnina in povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev. V preteklem letu so območne enote Zavoda opravile okoli 800.000 obračunov nadomestil in povračil v zvezi s posameznimi denarnimi dajatvami.

V preteklem letu so območne enote Zavoda opravile okoli 800.000 obračunov nadomestil in povračil v zvezi s posameznimi denarnimi dajatvami.

3.3.1. Nadomestila plače za začasno zadržanost od dela

Največji delež denarnih dajatev predstavljajo nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela. Ta pravica pripada zavarovancu iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja od prvega dne zadržanosti od dela, če je razlog zadržanosti od dela nega ožjega družinskega člana, presaditev živega tkiva ali organov v korist druge osebe, posledica dajanja krvi, izolacija ali spremstvo, ki ju odredi zdravnik, ali v primerih, če je poškodba nastala pri organiziranih javnih delih, gasilskih, gorskih in drugih reševalnih akcijah. V drugih primerih ima zavarovanec pravico do nadomestila iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja od 31. dne zadržanosti od dela dalje.

V letu 2002 se je v celoti uveljavilo zakonsko določilo (17.b člen zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti), po katerem izplačuje Zavod nadomestila brezposelnim osebam v času bolezni.

Zaradi velikega narodnogospodarskega pomena na Zavodu že vrsto let spremljamo pojav absentizma. Podatki za leto 2002 ponovno izkazujejo nekatera neugodna gibanja. Zaradi začasne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov smo v Sloveniji v letu 2002 izgubili 11.051.726 delovnih dni, kar je 3,1 % več kot v letu prej (tabela 23). Odstotek vseh izgubljenih delovnih dni je ostal približno na isti ravni in je znašal 4,7 %. V zadnjih letih se je absentizem postopno zniževal, vendar se je v letu 2001 ponovno povišal. Razlog za povečanje absolutnega števila izgubljenih delovnih dni je delno v uveljavljanju opisane spremembe zakona o zaposlovanju. Takih primerov, ko so na "bolniški" brezposelni, ki jih

Tabela 23
Izgubljeni delovni dnevi in primeri v Sloveniji v letih 2001 in 2002.

razlog zadržanosti	število primerov 2001	2002	število dni 2001	2002	povprečno trajanje (v dneh) 2001	2002
v breme delodajalca	**574.201**	**577.401**	**6.006.005**	**6.065.947**	**10**	**11**
poškodbe na delu	32.047	32.266	581.653	596.789	18	18
poklicne bolezni	99	77	1.261	1.254	13	16
bolezen in poškodbe izven dela	542.055	545.058	5.423.091	5.467.904	10	10
v breme Zavoda	**210.694**	**210.239**	**4.709.781**	**4.985.779**	**22**	**24**
poškodbe na delu	8.223	8.496	388.644	398.630	47	47
poklicne bolezni	15	19	829	1.733	55	91
bolezen in poškodbe izven dela	58.311	60.549	3.693.217	3.975.378	63	66
nega	105.735	104.863	519.203	498.623	5	5
drugo*	38.410	36.312	107.888	111.415	3	3
Skupaj	**784.895**	**787.640**	**10.715.786**	**11.051.726**	**14**	**14**

Opomba: * – transplantacija, izolacija, spremstvo, usposabljanje za rehabilitacijo otrok, poškodbe po 18. členu, poškodbe po tretji osebi izven dela.
Vir: ZZZS, IC.

vsebinsko ne moremo šteti v zdravstveni absentizem, saj jih ne povzročajo dejansko zaposlene osebe, je bilo v letu 2001 zaključenih 809 in so kumulativno obsegale 42.232 izgubljenih delovnih dni, v letu 2002 pa 1.879 primerov oziroma 108.860 delovnih dni, kar je dva in pol krat več. V teh primerih nadomestila plač nad 30 delovnih dni zagotovi Zavod iz obveznega zavarovanja. Zavod je moral v letu 2002 zagotoviti brezposelnim osebam denarna nadomestila za 82.172 dni (v letu 2001 za 31.441 dni). Če teh dni ne bi všteli v celoten obseg absentizma, bi imeli nižji odstotek izgubljenih delovnih dni, in sicer bi zdravstveni absentizem v tem primeru zanašal 4,65 % izgubljenih delovnih dni.

3.3.2. Druga denarna nadomestila

Zakonske spremembe iz decembra 2001 so spremenile pravice do pogrebnine, posmrtnine in potnih stroškov, kar je opisano v poglavju 2. S spremembami naj bi privarčevali določena sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja, hkrati pa uvedli dodatna socialna merila na način, da bi bilo uveljavljanje naštetih pravic odvisno od dohodkovnih zmožnosti posameznikov. Novela je žal, v nasprotju s pričakovanji, vnesla nova razlikovanja med zavarovanimi osebami, kar ni bilo v skladu z zakonom, saj morajo za te pravice vsi z zakonom določeni zavezanci plačevati posebne prispevek. Zaradi navedenega je bila novela odpravljena in vzpostavljena prvotna ureditev.

Finančni učinek novele ni izpolnih pričakovanj. V posameznih primerih je dosegel celo nasprotni učinek od prvotnega namena. Vrednosti odhodkov za pogrebnine, posmrtnine in potne stroške (brez nadomestil) v letu 2002 kaže tabela 24.

Tabela 24
Realizacija odhodkov za pogrebnine, posmrtnine in potne stroške v letu 2002 v primerjavi z letom 2001.

v tisoč tolarjih

nadomestilo	2001	2002	indeks
pogrebnine in posmrtnine	1.938.772	1.850.372	95
potni stroški itd.	556.917	556.935	100

3.4. Nadzor nad bolniškim staležem

Pravna podlaga za opravljanje nadzora nad ravnanjem bolnikov oziroma zavarovanih oseb v času začasne nezmožnosti za delo je podana v določbi 274. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tovrsten nadzor lahko za vsak primer posebej naroči predsednik zdravniške komisije I.

Tabela 25
Nadzor nad bolniškim staležem v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2002.

območna enota	št. primerov	zaposlen kmet	zaposlen samozaposlen	zaposlen delavec	št. obiskov	% odsotnih	% kršitev
Celje	253	10	69	174	261	20,1	16,9
Koper	226	1	28	197	232	19,0	15,0
Kranj	143	1	15	127	154	16,0	14,0
Krško	204	4	32	168	211	17,2	14,7
Ljubljana	293	3	29	261	305	20,8	18,7
Maribor	191	3	42	146	198	15,1	13,0
Murska Sobota	201	14	28	159	207	13,4	13,5
Nova Gorica	109	0	22	87	114	15,6	12,8
Novo mesto	258	10	34	214	266	18,6	15,9
Ravne na Kor.	326	13	72	241	339	17,1	15,0
SKUPAJ	**2.204**	**59**	**371**	**1.774**	**2.287**	**17,3**	**14,9**

stopnje. Namen nadzora je ugotavljanje, ali je zavarovanec ravnal v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije.

Nadzor opravlja pooblaščeno podjetje za območje celega Zavoda. To je v letu 2002 opravilo skupaj 2.287 obiskov zavarovancev na domu oziroma 22 obiskov več kot v letu 2001. Postavljeni plan tako imenovanih laičnih nadzorov je bil za vse območne enote skupaj dosežen 89 %. Največ nadzorov je bilo opravljenih v območni enoti Ravne na Koroškem, tej sledijo območne enote Ljubljana, Novo mesto, Celje, Koper, Krško, Murska Sobota, Maribor, Kranj in Nova Gorica. Kot je razvidno iz tabele 25, se je zmanjšal odstotek kršitev v primerjavi z letom 2001 z 18,7 % na 14,9 % v letu 2002.

Namen laičnih nadzorov nad ravnanjem bolnikov v času začasne zadržanosti od dela je ugotavljanje, ali je zavarovanec ravnal v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma zdravniške komisije.

Nadzori so bili opravljeni pri vseh kategorijah zavarovancev, to je zaposlenih delavcih, samostojnih zavezancih in kmetih. Največ nadzorov je bilo opravljenih pri zaposlenih delavcih – 80,5 %, pri samostojnih zavezancih 16,8 % ter pri kmetih 2,7 %. Odsotnost v času nadzorov se je zmanjšala z 21 % v letu 2001 na 17,3 % v letu 2002, kar posledično pomeni tudi zmanjšanje števila kršitev v času začasne nezmožnosti za delo. Ne glede na zmanjšanje kršitev pa so laični nadzori še vedno potrebni, saj delujejo preventivno.

3.5. Izvedenska mnenja in postopki za varstvo pravic

Zdravniške komisije kot izvedenski organi Zavoda so podajale v letu 2002 izvedenska mnenja v zvezi z začasno nezmožnostjo za delo nad 30 dni in napotitvami na zdraviliško zdravljenje. Presojale so tudi upravičenost do napotitve zavarovanih oseb na zdravljenje v tujino, obravnavale predloge za odobritev zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov, kakor tudi podajale mnenja v zvezi s pravico zaradi nege ožjega družinskega člana in pravico do zobnotehnične rehabilitacije. Poleg tega so podajale tudi mnenja o nekaterih drugih pravicah, predvsem na osnovi posebnih pooblastil, in sicer mnenja za osebe, ki so ob nastanku ali med brezposelnostjo bile ali postale nezmožne za delo iz zdravstvenih razlogov in mnenja za podaljšan dopust zaradi nege in varstva otrok.

3.5.1. Izvedenska mnenja

Zdravniške komisije I. stopnje so v letu 2002 podale 359.738 izvedenskih mnenj ali 28.197 mnenj več kot v letu 2001. Največje število mnenj je bilo podanih v zvezi z ugotavljanjem začasne nezmožnosti za delo nad 30 dni, in sicer 262.881 oziroma 17.061 več kot v letu 2001. Prav tako se je povečalo število podanih mnenj v zvezi s pravico do napotitve na zdraviliško zdravljenje, in sicer za 3.484 v primerjavi z letom poprej (tabela 26).

Zdravniški komisiji II. stopnje, ki delujeta v Ljubljani in Mariboru, sta na osnovi vloženih zahtev zavarovanih oseb, zavarovancev oziroma delodajalcev za presojo podanih mnenj zdravniške komisije I. stopnje podali 9.835 mnenj, to je 1.807 mnenj več kot leto poprej. Od tega je bilo 6.234 podanih mnenj v zvezi z začasno nezmožnostjo za delo nad 30 dni. Temu sledijo mnenja v zvezi z napotitvijo na zdraviliško zdravljenje, ki jih je bilo 2.816.

Zdravniške komisije I. stopnje so v letu 2002 podale 28.197 mnenj več kot v letu 2001.

Izvedenski organi Zavoda so na I. stopnji izdali 6.588 mnenj kot posebno nalogo na osnovi sklepa, ki ga je v soglasju z ministrom za zdravje izdal minister za delo, družino in socialne zadeve, in sicer v zvezi z ugotavljanjem nezmožnosti za delo brezposelnih oseb, ki so ob nastanku ali med brezposelnostjo bile ali postale nezmožne za delo iz zdravstvenih razlogov, na II. stopnji pa 35 mnenj.

Za delo izvedenskih organov Zavoda je bila v letu 2002 izjemno pomembna izdaja priročnika "Priporočila za ocenjevanje začasne delanezmožnosti". V njem so zajeta strokovna priporočila oziroma kriteriji za predpisovanje delanezmožnosti, vsebuje pa tudi najnovejša spoznanja različnih medicinskih specialnosti. Izdaja tega kataloga pomeni obvezen pripomoček za delo izvedenskih organov Zavoda in pomemben prispevek k obvladovanju absentizma.

V 2. polletju je bilo delo zdravniških komisij intenzivno usmerjeno v pripravo ustreznih podlag za uvedbo novih nalog, ki so jih zdravniškim komisijam prinesle določbe zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in zakona o delovnih razmerjih. Te določbe so začele veljati 1. januarja 2003. Za nemoteno izvedbo je bilo tako potrebno izdelati novo aplikacijsko podporo, izvesti

Tabela 26

Število primerov za posamezne pravice, obravnavanih na zdravniški komisiji I. stopnje v letu 2002 po območnih enotah.

	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Kor.	SKUPAJ
1. začasna delanezmožnost	29.929	14.658	18.469	8.281	90.880	35.853	17.838	6.764	14.900	25.309	262.881
2. zdravljenje v naravnih zdraviliščih	3.504	2.181	3.375	1.399	14.538	5.446	1.847	1.571	2.090	2.182	38.133
3. medicinsko-tehnični pripomočki	638	193	232	237	1.676	828	386	66	124	166	4.546
4. zdravljenje v tujini	37	25	36	18	144	65	16	14	28	37	420
5. varstvo in nega otroka	81	61	261	39	667	851	94	75	67	60	2.256
6. zobno-protetična rehabilitacija	4.510	3.037	3.771	1.562	16.063	7.697	3.326	2.711	2.482	3.343	48.442
7. stanovanje	0	12	0	3	22	1	0	0	0	28	66
8. ocena nujnega zdravljenja	0	128	0	0	1.942	382	39	0	14	2	2.507
9. amulantna fizioterapija v zdravilišču	0	0	41	0	439	0	7	0	0	0	487
SKUPAJ	38.699	20.295	26.185	11.539	126.371	51.123	23.553	11.201	19.705	31.127	359.738

* nega družinskega člana, medicinski pripomočki, zobna protetika, podaljšanje porodniškega dopusta...

vrsto inštruktaž tako delavcev Zavoda kakor osebnih zdravnikov in zagotoviti pridobitev ustreznih znanj za nemoteno nadaljevanje dela teh organov.

3.5.2. Obravnava zahtev za varstvo pravic

V primeru, ko zavarovana oseba, zavarovanec ali delodajalec menijo, da so kršene njihove pravice iz obveznega zavarovanja, lahko pri pristojnem organu Zavoda vložijo zahtevo za varstvo pravic. Pri tem je pomembno, da:

- o pravici do nadomestila plače, pogrebnine, posmrtnine, povračila potnih stroškov, pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici do proste izbire zdravnika ter o drugih zahtevah iz obveznega zavarovanja odloča na I. stopnji območna enota in na II. stopnji Direkcija Zavoda;
- o zahtevah za izdajo odločbe zoper mnenja zdravniške komisije II. stopnje pa odloča Direkcija Zavoda.

V letu 2002 so območne enote Zavoda izdale skupaj 3.039 dokončnih odločb, od teh je bilo največ – 1.615 o pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, 691 o pravici do pogrebnine in posmrtnine, 242 o pravici do povračila potnih stroškov, 241 o povračilu stroškov zdravstvenih storitev in zdravil, 171 o nadomestilu plače in 83 o pravici do medicinsko tehničnega pripomočka. V primerjavi z letom 2001 so območne enote izdale 933 več odločb o pravici do povračila potnih stroškov ter pogrebnin in posmrtnin, kar je bistveno povečanje v primerjavi z letom 2001, ko je bilo tovrstnih odločb izdanih 161. Tako povečanje je posledica spremenjenih zakonskih določb, ki se nanašajo na te pravice. Zaradi določbe zakona, ki je v juliju 2002 uvedla za določene neplačnike prispevkov in po njih zavarovane družinske člane mirovanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za čas, ko prispevki niso plačani, je bilo v tem letu izdanih tudi 241 odločb v zvezi s povračilom stroškov zdravstvenih storitev.

Zavarovanci in delodajalci so v letu 2002 vložili na Direkcijo 1.853 pritožb zoper odločbe območnih enot in zahtev za izdajo odločbe zoper mnenja zdravniške komisije II. stopnje. Od teh je bilo največ (1.154) zahtev za izdajo odločbe v zvezi z začasno nezmožnostjo za delo (tabela 27). Število vloženih zahtev oziroma pritožb se je v primerjavi z letom 2001 povečalo za 473, sorazmerno pa se je povečalo tudi število odločb Direkcije, ki so bile v večini primerov izdane v zakonskem roku 2 mesecev.

Zoper odločbo Direkcije so zavarovane osebe, zavarovanci in delodajalci vložili 122 tožb na Delovno in socialno sodišče v Ljubljani, to je 17 tožb več kot v letu 2001.

Zavarovane osebe in delodajalci pa so se s pritožbami ali določenimi vprašanji obračali tudi na Ministrstvo za zdravje, Varuha človekovih pravic ter druge ustanove, ki so od Zavoda zahtevale pojasnila oziroma ustrezne odgovore. Število teh je v letu 2002 naraslo, in sicer zaradi sprememb zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ukinitev pravice do pogrebnine in posmrtnine za osebe, ki so prekoračile določen dohodkovni cenzus od 1. januarja 2002 in nova ureditev pravice do povračila potnih stroškov sta namreč povzročili vrsto vprašanj, kar velja tudi v zvezi z uzakonitvijo določbe, da določene kategorije zavarovancev in po

Zavarovanci in delodajalci so v letu 2002 vložili na Direkcijo 1.853 pritožb zoper odločbe območnih enot in zahtev za izdajo odločbe zoper mnenja zdravniške komisije II. stopnje.

Tabela 27
Število vloženih zahtev za izdajo odločbe oziroma pritožb glede na vrsto pravice v letu 2002.

vrsta pravice	število
ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo	1.154
zdraviliško zdravljenje	344
medicinsko-tehnični pripomočki	15
ugotavljanje statusa	14
povračilo stroškov	165
začasna zadržanost od dela zaradi nege	15
zdravljenje v tujini	28
ostalo	118
SKUPAJ	1.853

njih zavarovanih družinskih članov v času, ko nimajo poravnanega prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje, lahko uveljavljajo le pravico do nujnih zdravstvenih storitev. V mesecu juliju ponovno uvedene pravice do pogrebnine, posmrtnine in potnih stroškov na način, kot jih je zakon poznal v preteklem letu, pa so zaradi določbe, ki se ni uporabljala retrogradno, prav tako zahtevale vrsto dodatnih pojasnil in izdajo odločb.

3.5.3. Obravnava zahtev, mnenj in pritožb zavarovanih oseb

Zavarovane osebe in delodajalci se lahko pritožijo na Zavod tudi v primeru, ko niso zadovoljni z delom delavcev Zavoda in izvajalcev zdravstvenih storitev. Pritožbe lahko vložijo pisno, ustno na zapisnik ali z vpisom v posebno pritožno knjigo na območni enoti ali izpostavi. Skupno je bilo okrog 170 različnih pritožb zavarovancev. Po ocenah vodij izvajanja obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so zadolženi za pritožbe, je bilo v letu 2002 največ pritožb v zvezi z delom izvedenskih organov Zavoda, to je zdravniških komisij I. in II. stopnje. To je sicer razumljivo glede na naravo pravic, o katerih odločajo, vendar kaže na tem področju vgraditi več organizacijskih mehanizmov, ki bi stanja zadovoljstva z delom zdravniških komisij izboljšali. Nekaj novosti v tem smislu prinašajo tudi zakonske spremembe, uvedene s 1. 1. 2003. Največ pritožb se je nanašalo na način ugotavljanja pravice do zdraviliškega zdravljenja. Nepoznavanje določb Pravil, ki poleg določenih bolezenskih stanj zahtevajo izpolnitev še enega pogoja, da je napotitev na zdraviliško zdravljenje utemeljena, so v največji meri botrovale tem pritožbam zavarovanih oseb. Glede na zakonske spremembe, ki so se uveljavile v preteklem letu, pa je bilo postavljenih precej vprašanj in tudi pritožb glede pravic do povračila potnih stroškov in spremstva, pogrebnin in posmrtnin ter povračil stroškov zdravstvenih storitev v primerih, ko so zavarovanim osebam zadržane pravice iz obveznega zavarovanja v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačila prispevkov.

Zaradi zakonskih sprememb je bilo v letu 2002 postavljenih precej vprašanj in tudi pritožb glede pravic do povračila potnih stroškov in spremstva, pogrebnin in posmrtnin.

Določeno število pritožb je bilo vloženih zaradi zavrnjenih zahtevkov za priznanje določenih pravic iz obveznega zavarovanja, predvsem denarnih dajatev. Te pritožbe so se reševale v upravnem postopku z izdajo ustrezne odločbe.

Veliko pritožb se je nanašalo tudi na delo izvajalcev, in sicer na dolge čakalne dobe, naročanje, onemogočanje dostopa do zdravstvenih storitev, izstavitve listin. Zavod v teh primerih preveri navedbe pritožnikov in v primeru ugotovljene kršitve izvede nadzor. Večkrat pa gre tudi za napačno razumevanje zavarovanih oseb glede upravičenosti izdaje določenih listin (napotnice, delovnega naloga...), zato v teh primerih Zavod posreduje zavarovani osebi glede na vrsto pritožbe ustrezno pisno ali ustno pojasnilo.

Zavod vloge in pritožbe, ki se nanašajo na delo državnih organov in drugih institucij, odstopi v reševanje pristojnim organom in o tem obvesti zavarovano osebo.

3.6. Uveljavljanje povračil škode – regresni zahtevki

Namen uveljavljanja povračil škode je poleg neposredne izterjave denarnih povračil v skladu s pooblastili Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju predvsem spodbujanje vseh subjektov (izvajalcev zdravstvenih storitev, delodajalcev in posameznikov) v sistemu zdravstvenega varstva k bolj odgovornemu ravnanju v zvezi z varovanjem zdravja in preprečevanjem poškodb. Povračilo škode (stroške zdravljenja, nadomestil, rehabilitacije itd.) je možno zahtevati od vseh, ki namenoma ali iz velike malomarnosti povzročijo bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe. Prav tako je škodo dolžan povrniti delodajalec, če ni zagotovil ustreznih ukrepov varstva pri delu ali drugih predpisanih ukrepov, zavarovana oseba pa je dolžna vrniti znesek, ki ji je bil izplačan na račun Zavoda, vendar do njega ni bila upravičena.

Pravni oddelki območnih enot Zavoda so zato v preteklem letu ustrezno pozornost namenili tudi uveljavljanju povračil škode (regresnih zahtevkov) od odgovornih oseb, ki so s svojim ravnanjem povzročile neupravičene stroške zdravljenja oziroma rehabilitacije in jih je Zavod poravnal izvajalcem zdravstvenih storitev.

Pri izvajanju postopkov izterjave povračil sodeluje Zavod s policijo, inšpekcijskimi službami in drugimi organi.

Izvajanje postopkov izterjave povračil škode predstavlja stalno aktivnost, število izvedenih postopkov ter znesek izterjanih povračil pa se spreminjajo iz leta v leto. Pretežni del zahtevkov za povračilo škode se nanaša na stroške, nastale kot posledica prometnih nesreč ter delovnih nezgod, pri čemer niso zanemarjeni tudi drugi primeri, kjer je podana odgovornost povzročitelja stroškov.

Pri izvajanju postopkov izterjave povračil (sporazumno ali po sodni poti) sodeluje Zavod predvsem s policijo, inšpekcijskimi službami – predvsem inšpekcija dela, ter z drugimi organi, pristojnimi za obravnavo zadev in dogodkov, pri katerih so kot posledica ravnanja odgovornega povzročitelja (namenoma ali iz malomarnosti) nastali stroški zdravljenja.

Izvajanje postopkov izterjave povračil škode je relativno dolgotrajno, zlasti kadar o zahtevkih odloča sodišče, zato skuša Zavod, če je le mogoče, vprašanja povračil škode urejati na osnovi sporazumnega dogovora z odgo-

Tabela 28

Obseg izterjanih povračil po posameznih območnih enotah Zavoda v letu 2002.

območna enota	št. začetih* postopkov	št. zaključenih* postopkov	vrednost izterjanih plačil
Celje	26	26	32.926.150
Koper	18	30	9.463.580
Kranj	26	24	42.791.138
Krško	1	3	35.297
Ljubljana	95	45	112.973.522
Maribor	65	76	21.703.734
Murska Sobota	102	141	23.764.504
Nova Gorica	90	56	11.756.351
Novo mesto	28	58	33.345.226
Ravne na Koroškem	6	20	3.740.346
SKUPAJ	**457**	**479**	**292.499.848**

* Podatek o številu začetih ali zaključenih postopkov zajema obdobje med 1. 1. in 31. 12. 2002.

vornimi povzročitelji oziroma zavezanci za plačilo odškodnine (zavarovalnice) in šele v primerih, ko to ni mogoče, sledijo postopki uveljavljanja povračil po sodni poti. Celotno reševanje zadev je dokaj zamudno, saj je potrebno veliko osebnih stikov s prizadetimi osebami, na dinamiko reševanja posamezne zadeve pa vpliva predvsem hitrost dela sodišč.

V letu 2002 je tako Zavod izterjal povračila v vrednosti 292.499.848 tolarjev (tabela 28), kar približno ustreza obsegu izterjav v letu 2001.

Kljub okoliščinam, ki otežujejo izvajanje postopkov, je bil Zavod v preteklem obdobju uspešen pri izterjavi, pri čemer je potrebno opozoriti na dejstvo, da gre pri postopkih izterjave povračil škode za obravnavo dogodkov, na obseg katerih – tako število zadev kot obseg škode – Zavod nima neposrednega vpliva. Z namenom povečati učinkovitost izterjave povračil škode, tudi kot elementa vzgajanja povzročiteljev v smislu zavedanja odgovornosti za njihovo ravnanje, bo Zavod tudi v prihodnje tem vprašanjem namenil ustrezno pozornost in poglobil sodelovanje z institucijami, ki so kakorkoli povezane s temi postopki.

3.7. Zahtevki po odpisih in odložitvah prispevkov

Strokovna služba Zavoda v skladu z zakonskimi, statutarnimi in določili posebnih meril za zmanjšanje, odlog ali odpis prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje (Ur. l ist RS, št 32/00) obravnava in vodi postopek za odpis ali odlog prispevkov v primerih, ko zavezanci naslovijo na Zavod ustrezne zahtevke oziroma vloge. Postopek se vodi na osnovi določil zakona o splošnem upravnem postopku (Ur. list RS, št. 80/99, 70/00 in 52/02).

V letu 2002 je služba Zavoda prejela in obravnavala skupno 2.019 vlog zavezancev. Od tega je na osnovi presoje utemeljenosti zahtevkov pozitivno rešila in izdala ustrezne odločbe o odpisu dolga oziroma zneskov prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje 813 zavezancem v skupnem znesku 486.916.189 tolarjev. Utemeljenost zahtevkov po odpisu je podana le v primerih, ko je z zakonom določena neizterljivost dolga zavezancev ali pa dokazljivi socialni razlogi nezmožnosti odplačila dolga. Minimalno število zahtevkov je bilo rešeno z odlogom ali krajšim obročnim odplačilom zneskov dolga. V drugih primerih so bili zavezancem zahtevki zavrnjeni, ker niso izpolnjevali pogojev za to olajšavo.

Na osnovi podatkov Davčne uprave Republike Slovenije je Zavod odpisal prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje kmečkim zavezancem v višini 224.817.493 tolarjev.

Pri obravnavi zahtevkov v letu 2002 je bila strokovna služba Zavod dolžna upoštevati zakon o državni pomoči za odpravo posledic suše, pozebe, neurij s točo v kmetijstvu za leto 2001 (Ur. l. RS, št 85/2001). Zavod je v skladu s tem zakonom na osnovi podatkov Davčne uprave Republike Slovenije odpisal prispevke za obvezno zdravstveno zavarovanje kmečkim zavezancem v višini 224.817.493 tolarjev. Sredstva v tej višini je Zavod v skladu z zakonom zahteval kot vračilo oziroma refundacijo iz državnega proracuna.

Zavod je, kljub restriktivnemu pristopu, odpisal več prispevkov kot leto poprej, kar je posledica povečanja števila vlog zavezancev, ki so v celoti izpolnjevali kriterije za tovrstno olajšavo, skladno z veljavnimi predpisi.