

Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XVII, CENA 1,16 EUR z DDV

ZZZS št. 1 // 10. 02. 2010

KAZALO

AKTI

- [Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009](#) 2
- [Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja z 20. 11. 2009](#) 12

INFORMACIJE

- [Ocena finančnega poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2009](#) 13
- [Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2010](#) 15
- [Uvedba obrazca "Bela naročilnica" Inštituta za varovanje zdravja RS](#) 18
- [Postopno ukinjanje potrjevanja kartic zdravstvenega zavarovanja na samopostrežnih terminalih od 22. februarja 2010 dalje](#) 19

POROČILA

- [Nova kartica zdravstvenega zavarovanja – ključ za dostop do e-zdravja](#) 22
- [Poročilo s Kongresa o kakovosti v zdravstvenem varstvu v Berlinu z dne 26. in 27. novembra 2009](#) 26

NAROČILNICA

- [Izid nove knjige v zbirki »Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije«](#) 28

Na podlagi 73. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2009 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2009) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije na arbitraži dne 12. 11. 2009 in na podlagi sklepov Vlade Republike Slovenije o spornih vprašanjih iz 59. redne seje z dne 17. 12. 2009 sprejeli besedilo:

ANEKS ŠT. 2 K SPLOŠNEMU DOGOVORU ZA POGODBENO LETO 2009

1. člen

V 2. členu se doda nova 16. točka, ki se glasi:

»16. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni upoštevati Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni, področni ali lokalni anesteziji in Obravnavo bolnika pri izbranem zdravniku pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku oziroma seznam preiskav, ki naj jih opravi izbrani osebni zdravnik v okviru obravnave bolnika pred prvo ne nujno napotitvijo k napotnemu zdravniku. Posodabljanje navodil pripravlja stroka in jih potrdi Razširjeni strokovni kolegij za splošno/družinsko medicino v sodelovanju z drugimi pristojnimi razširjenimi strokovnimi kolegiji. Navodila so v Prilogi X/a in X/b tega Dogovora.«

Ostale točke se preštevilčijo.

2. člen

Drugi in tretji stavek četrtega odstavka 9. člena se spremenita tako, da se glasita:

»Ob upoštevanju metodologije Ministrstva za javno upravo pri prevedbi plač, se v programe zdravstvenih storitev vračunajo plačni razredi iz 10. člena tega Dogovora zmanjšani za 4 plačne razrede upoštevajoč 1. in 2. uskladitev za odpravo plačnih neosorazmerij. Preostala razlika do plačnih razredov iz 10. člena (3. in 4. uskladitev za odpravo plačnih neosorazmerij) se v programe vkalkulira v skladu z dinamiko, ki bo urejena s predpisi, ki urejajo to področje.«

3. člen

Prvi, drugi in tretji odstavek 10. člena se spremenijo tako, da se glasijo:

»(1) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za osnovno zdravstveno dejavnost (101, 102, 106) in specialistično ambulantno dejavnost (201), se upoštevajo naslednji plačni razredi:

	Plačni razred
zdravniki specialisti in zobozdravniki specialisti	53
zobozdravniki	47
diplomirane medicinske sestre	36
fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	33
inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije, fiziki, elektroinženirji	33
psihologi, logopedi, defektologi, elektroniki akustiki, ortopedagogi, dipl. socialni delavci, socialni delavci, specialisti pedagogi, dipl. fizioterapevti-inštruktorji, dipl. inženirji ortop. tehnike, višji laboratorijski tehniki, govorni terapevti, nevrofizioterapevti	36
biokemiki, dipl. biologi, specialisti klinične logopedije	39
specialisti klinične psihologije	47
inženirji zobne protetike	31
zdravstveni tehniki, srednji laboratorijski tehniki	25
zobni tehniki	23
administrativno tehnični delavci	24
reševalna služba (brez administrativno tehničnih delavcev)	23

* Plačni razred iz tretje alineje velja za višje in diplomirane medicinske sestre.

(2) Izračun sredstev za dežurno službo v zdravstvenih domovih bo temeljil na osnovnih plačah:

	Plačni razred
zdravnik	53
dipl. medicinska sestra	36

Izračun sredstev za dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti v zdravstvenih domovih bo temeljil na osnovnih plačah:

	Plačni razred
zobozdravnik	47
zdravstveni delavec s srednjo izobrazbo	25

(3) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za transplantacije, podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo, za doječe matere, sobivanje staršev ob hospitaliziranem otroku, spremljanje, za izvajanje preskrbe s kisikom v UKC Ljubljana ter izvajanje parenteralne prehrane za osebe s sindromom kratkega črevesja v UKC Ljubljana, se upoštevajo naslednji plačni razredi:

	Plačni razred
zdravniki specialisti	52
diplomirane medicinske sestre	35
fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	32
dipl. socialni delavci, socialni delavci	35
specialisti klinične psihologije	47
zdravstveni tehniki	24
administrativno tehnični delavci	23

* Plačni razred iz druge alineje velja za višje in diplomirane medicinske sestre.«

Deveti odstavek 10. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(9) Onkološki inštitut Ljubljana za programe specialistično ambulantne dejavnosti, kjer so dogovorjeni standardi, sredstva za plače planira v skladu s standardi iz Priloge I, razen v specialistično ambulantni dejavnosti onkologije, kjer načrtuje naslednji plačni razred:

	Povprečni plačni razred
Onkološki inštitut Ljubljana – onkologija v specialistično ambulantni dejavnosti	37«

Sprememba velja od 1. 10. 2009 dalje.

4. člen

V drugem odstavku 13. člena se v tabeli na koncu doda:

Zavod za zdravstveno varstvo Koper	573,11 EUR	v dejavnosti zdravstvena vzgoja (pavšal)
------------------------------------	------------	--

5. člen

Prvi odstavek 14. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(1) Od 1. 4. 2009 se dodatek za delovno uspešnost ne obračuna. V kolikor Vlada Republike Slovenije in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo Aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki bi na novo opredelil dodatek za delovno uspešnost ali v primeru sprememb Zakona o sistemu plač v javnem sektorju oziroma drugega predpisa, ki ureja to področje, se glede dodatka za delovno uspešnost upoštevajo sprejete spremembe.«

Drugi odstavek 14. člena se črta.

6. člen

Peti odstavek 25. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(5) Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov v okviru prvega in drugega odstavka tega člena so načrtovana dodatna sredstva, in sicer:

- povečanje sredstev za laboratorij v standardu splošna ambulanta za 22 %
- povečanje sredstev za laboratorij v standardu dispanzer za otroke in šolarje za 32 %
- povečanje sredstev za laboratorij v standardu dispanzer za žene za 79 %
- povečanje sredstev za RTG v standardu zobozdravstvo za odrasle za 133 %
- povečanje sredstev za RTG v standardu mladinsko zobozdravstvo za 84 %«

Sprememba velja od 1. 11. 2009.

V šestem odstavku 25. člena se na koncu doda:

Program	Izvajalec	Število	Letna raven (v EUR)
Zdravljenje spastičnosti z metodo implantirane intratekalne baklofenske črpalke – implantacija	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS - Soča	2	40.156,60
Zdravljenje spastičnosti z metodo implantirane intratekalne baklofenske črpalke – reimplantacija	Univerzitetni rehabilitacijski inštitut RS - Soča	1	13.413,25

V kolikor se bo v pogodbenem letu pojavila potreba po dodatnih reimplantacijah, bo Zavod vsako nadaljnjo reimplantacijo odobral na podlagi zahtevka inštituta, in sicer isti dan oziroma najkasneje naslednji dan po prejemu zahtevka. Zahtevki in odobritevi morata biti podana v pisni obliki.

7. člen

Drugi odstavek Priloge VI se spremeni tako, da se glasi:

»(2) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev iz 10. člena tega Dogovora, z izjemo programov iz tretjega odstavka 10. člena, se upoštevajo osnovne plače:

	Osnovne plače (v EUR)		
	1. 10. 2009	3. uskladitev	4. uskladitev
zdravniki in zobozdravniki specialisti	40.379	41.960	43.540
zobozdravniki	31.913	33.162	34.411
diplomirane medicinske sestre	20.730	21.541	22.353
fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	18.429	19.150	19.871
inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije	18.429	19.150	19.871
specialisti medicinske fizike	18.429	19.150	19.871
elektroinženirji za vzdrževanje obsevalnih aparatov	18.429	19.150	19.871
psihologi, logopedi, defektologi, elektroniki akustiki, ortopedagogi	20.730	21.541	22.353
biokemiki, dipl. biologi	23.318	24.231	25.144
specialisti klinične logopedije	23.318	24.231	25.144
specialisti klinične psihologije	31.913	33.162	34.411
zdravstveni tehniki, srednji laboratorijski tehniki	13.466	13.993	14.520
zobni tehniki	12.450	12.937	13.424
administrativno tehnični delavci	12.948	13.455	13.961
reševalna služba (brez administrativno tehničnih delavcev)	12.450	12.937	13.424
dipl. socialni delavci, dipl. fiziatri inštruktorji, dipl. inženirji ortopedske tehnike, višji laboratorijski tehniki	20.730	21.541	22.353
socialni delavci, specialisti pedagogi	20.730	21.541	22.353
govorni terapevti, nefrofizioterapevti	20.730	21.541	22.353
inženirji zobne protetike	17.038	17.705	18.372
sekundarna dejavnost brez terciarja (zap. iz ur)	17.720	18.413	19.107
terciarna dejavnost (zap. iz ur)	20.730	21.541	22.353
invalidna mladina - SB F. Derganca Nova Gorica (zap. iz ur)	16.383	17.024	17.666
bolnišnična dejavnost CZBO Šentvid (zap. iz ur)	14.564	15.134	15.705
bolnišnična dejavnost psihiatrije z izjemo Psih. kl. Lj. (zap. iz ur)	17.038	17.705	18.372
bolnišnična dejavnost psihiatrije - Psih. kl. Lj. (zap. iz ur)	17.038	17.705	18.372
oskrba v tuji družini - Psih. kl. Lj. (zap. iz ur)	21.559	22.403	23.247
zgodnja obravnava motenj hranj. in čustv. - Rakitna (zap. iz ur)	17.038	17.705	18.372
program reintegracije in rehabilitacije - Rakitna (zap. iz ur)	17.038	17.705	18.372
onkologija v spec. amb. dej. - Onkološki inštitut Lj. (zap. iz ur)	21.559	22.403	23.247
spec. boln. dejavnost - Inštitut RS za rehabilitacijo (zap. iz ur)	18.429	19.150	19.871
nega I v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	11.511	11.961	12.412
nega II v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	11.971	12.440	12.908
nega III v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	12.948	13.455	13.961
bolničar-negovalca za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H	10.642	11.059	11.475
strežnica za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H	8.747	9.089	9.432
farmacevt specialist (lekarniška dejavnost)	27.279	28.347	29.414
farmacevt receptar (lekarniška dejavnost)	23.318	24.231	25.144
farmaceutski tehnik (lekarniška dejavnost)	12.948	13.455	13.961

	Osnovne plače (v EUR)		
	1. 10. 2009	3. uskladitev	4. uskladitev
delavci drugih strok (lekarniška dejavnost)	14.564	15.134	15.705
lekarniški delavec (lekarniška dejavnost)	8.087	8.404	8.720
dejavnost zdravil. zdravljenja - točke (zap. iz ur)	17.038	17.705	18.372
dejavnost zdravil. zdravljenja - nemed. oskrbni dan (zap. iz ur)	11.971	12.440	12.908
zavodi za zdravstveno varstvo (zap. iz ur)	19.932	20.713	21.493
zdravnik za dežurno službo v zdravstvenih domovih	40.379	41.960	43.540
zdravstveni tehnik za dežurno službo v zdravstvenih domovih	13.466	13.993	14.520
diplomirana medicinska sestra za dežurno službo v ZD	20.730	21.541	22.353
zobozdravnik za dež. službo v zobozdr. dejavnosti v zdravstvenih domovih	31.913	33.162	34.411
zdr. delavec s sr. izobr. v dežurni službi za zobozdravstveno dejavnost v ZD	13.466	13.993	14.520
farmacevt v dežurni službi v lekarni	23.318	24.231	25.144

Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za programe iz tretjega odstavka 10. člena se upoštevajo osnovne plače:

	Osnovne plače (v EUR)		
	1. 10. 2009	3. uskladitev	4. uskladitev
zdravniki specialisti	38.826	40.346	41.866
diplomirane medicinske sestre	19.932	20.713	21.493
fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	17.720	18.413	19.107
dipl. socialni delavci, socialni delavci	19.932	20.713	21.493
specialisti klinične psihologije	31.913	33.162	34.411
zdravstveni tehniki	12.948	13.455	13.961
administrativno tehnični delavci	12.450	12.937	13.424

Sprememba velja od 1. 10. 2009 dalje.

V Prilogi VIII/e-7 se pri 3. in 4. uskladitvi črtajo datumi. Namesto datumov se zapiše:

»3. uskladitev« in »4. uskladitev«.

8. člen

Šesti odstavek 2. člena Priloge VIII/a se spremeni tako, da se glasi:

»(6) Število nosilcev za preventivno dejavnost v otroškem in šolskem dispanzerju je določeno na podlagi realizacije storitev v letu 2008 (Priloga VIII/a-2).«

9. člen

Uvodni del drugega stavka drugega odstavka 5. člena Priloge VIII/a se spremeni tako, da se glasi:

»Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 2.250 opredeljenih zavarovanih oseb (2.924 količnikov), nato pa po regresijski formuli:«

10. člen

Uvodni stavek četrtega odstavka 9. člena Priloge VIII/a se nadomesti z naslednjim besedilom:

»(4) Izvajalcem osnovnega zdravljenja se za zdravljenje oskrbovancev izvajalcev institucionalnega varstva starejših, od 01. 01. 2009 oziroma od začetka izvajanja programa zdravljenja v socialno varstvenem zavodu v letu 2009 ali kasneje, zagotovijo sredstva za dodatne zdravniške time v skupnem obsegu 4,49 tima. Skladno s standardom splošnih ambulant v socialnovarstvenem zavodu iz Priloge I tega Dogovora se dodatna sredstva zagotovijo izvajalcem, navedenim v tabeli.«

Tabela iz četrtega odstavka 9. člena Priloge VIII/a se spremeni tako, da se črtata izvajalca:

	Nosilec osnovnega zdravljenja*	Število postelj	Število timov	Dodatna sredstva na letni ravni (v EUR)	Dodatna sredstva 1. 4.-31. 12. 09
OE CELJE					
Zavod sv. Rafaela, Vransko - povečanje	ZD Žalec	20	0,07	8.246	6.184
OE MURSKA SOBOTA					
Dom starejših Lendava - povečanje	ZD Lendava	24	0,08	9.424	7.068

in dodata nova izvajalca:

	Nosilec osnovnega zdravljenja*	Število postelj	Število timov	Dodatna sredstva na letni ravni (v EUR)	Dodatna sredstva 1. 4.-31. 12. 09 (v EUR)
OE MURSKA SOBOTA					
Zavod Čebela, Slov. Konjice, Dom Velika Polana	ZD Lendava	60	0,20	23.341	0
OE NOVA GORICA					
Zavod Pristan, Center starejših Pristan, Vipava	ZD Ajdovščina	104	0,34	40.050	0

11. člen

Četrty odstavek 17. člena Priloge VIII/a se spremeni tako, da se glasi:

»(4) ZD Žalec se dodatno prizna 0,24 ekipe za dežurno službo, ZD Grosuplje se dodatno prizna 0,20 ekipe za dežurno službo, ZD Dravograd se dodatno prizna 0,30 ekipe za dežurno službo, ZD Tolmin se dodatno prizna 0,70 ekipe za dežurno službo, ZD Domžale se dodatno prizna 0,27 ekipe za dežurno službo.«

12. člen

Črta se 46. člen Priloge VIII/a.

13. člen

V Prilogi VIII/a-3 (Nujna medicinska pomoč z dežurno službo in nujnimi reševalnimi prevozi) se v drugem stolpcu v alineji za ZD Dravograd doda 0,30, v zadnjem stolpcu pa se znesku doda znesek 112.998,47 evrov, za ZD Tolmin se v drugem stolpcu doda 0,70, v

zadnjem stolpcu pa se znesku doda znesek 263.663,11 evrov, za ZD Domžale se v drugem stolpcu doda 0,27, v zadnjem stolpcu pa se znesku doda 101.698,63 evrov¹.«

14. člen

V 22. členu Priloge VIII/b se na koncu doda nov enajsti odstavek, ki se glasi:

»(11) Na podlagi povprečnih pogodbenih cen za endoprotezo kolka (I03C = 5.678,72 evrov), operacijo kile (G09Z = 963,00 evrov), operacijo ožilja - krčne žile (F20Z = 990,32 evrov) in operacijo karpalnega kanala (B05Z = 377,31 evrov), ki jih je Zavod dogovoril z izbranimi ponudniki na podlagi nacionalnega razpisa v letu 2009 in vsakokratnih prihodnjih sprememb nacionalne cene uteži, se uteži omenjenih SPP, ki so navedene v Prilogi VIII/b-2 in Prilogi VIII/b-3, spremenijo po naslednji metodologiji:

- če so veljavne cene zgoraj navedenih šifer SPP že nižje od povprečnih pogodbenih, ki jih je Zavod dogovoril z izbranimi ponudniki na podlagi nacionalnega razpisa v letu 2009, se uteži iz Priloge VIII/b-2 v primeru dodatnega znižanja nacionalne cene uteži ne spremenijo;
- če so veljavne cene zgoraj navedenih šifer SPP višje od povprečnih pogodbenih cen, ki jih je Zavod dogovoril z izbranimi ponudniki na podlagi nacionalnega razpisa v letu 2009, se uteži iz Priloge VIII/b-2 v primeru povečanja nacionalne cene uteži spremenijo tako, da se doseže raven cen zgoraj navedenih šifer SPP, ki jih je Zavod v pogodbi dogovoril z izbranimi ponudniki na podlagi nacionalnega razpisa v letu 2009.«

Določba velja od 1. 1. 2010.

15. člen

V Prilogi VIII/b-3a se pri programu št. 19. Benigne hiperplazije prostate dodajo naslednji posegi:

14.	37209-00	Radikalna prostatektomija
15.	37210-00	Radikalna prostatektomija z rekonstrukcijo vratu mehurja
16.	37211-00	Radikalna prostatektomija z rekonstrukcijo vratu mehurja in odstranitvijo bezgavk medenice

Sprememba velja od 1. 1. 2010 dalje.

¹ Dodani zneski za dodatne time dežurne službe v Prilogi VIII/a-3 so v stalnih cenah april 2009.

16. člen

Tabela povečanih zmogljivosti v domovih za starejše v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije v prvem odstavku 4. člena Priloge VIII/e se spremeni tako, da se glasi:

	Status izvajalca	Število postelj	Število storitev letno	Predviden začetek delovanja	Potrebna sredstva na letni ravni (v EUR)	
Novi izvajalci 2009						
1	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Trnovo	zasebni	150	49.275	01.10.2009	787.848
2	PV INVEST Velenje, Center za varstvo odraslih Topolšica	zasebni	150	49.275	10.12.2009	787.848
3	ZAVOD PRISTAN, Center starejših Pristan, Vipava	zasebni	104	34.164	15.01.2010	546.241
4	ZAVOD ČEBELA, Slov. Konjice, Dom Velika Polana	zasebni	60	19.710	01.02.2010	315.139
Povečane kapacitete 2009						
1	Dom počitka Mengeš, enota Trzin	javni zavod	57	20.157	01.12.2009	313.382
SKUPAJ			521	172.581		2.750.458

Skladno s to spremembo se spremeni Priloga VIII/e-1.

V prvem odstavku 4. člena Priloge VIII/e se pod tabelo pri izvajalcih v okviru Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije doda nova tabela, kjer se razporedijo sredstva iz 8. točke iz tabele 1 iz tega odstavka:

Pri izvajalcih v okviru Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije

Novi izvajalci 2009	Število mest	Število storitev letno	Predviden začetek delovanja	Predvidena sredstva na letni ravni (v EUR)	
1	Sožitje Ptuj	12	4.380	1. 11. 2009	35.565
Povečane kapacitete 2009					
1	Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja	7	2.555	1. 11. 2009	63.211
2	Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Naprej	5	1.825	1. 10. 2009	46.848
3	Varstveno delovni center Novo mesto	12	4.380	1. 10. 2009	67.978
SKUPAJ		36	13.140		213.602

Skladno s to spremembo se spremeni Priloga VIII/e-1.

17. člen

V Prilogi VIII/e-1 se v okviru izvajalcev Skupnosti socialnih zavodov Slovenije dodata novi 71. in 76. točka ter se spremenijo točke 47, 51 in 87, tako da se glasi:

IZVAJALCI V OKVIRU SKUPNOSTI SOCIALNIH ZAVODOV SLOVENIJE							
OBMOČNA ENOTA ZZZS	število mest	tip kalkulacije	Plan storitev "dan zdravstvene nege"				
Izvajalec			I	II	III	SKUPAJ	
I. DOMOVI ZA STAREJŠE							
LJUBLJANA							
47.	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Trnovo	150	A	10.245	2.485	36.545	49.275
51.	Dom počitka Mengeš	261	A	6.937	13.021	73.253	93.211
MURSKA SOBOTA							
71.	Zavod Čebela, Slov. Konjice, Dom Velika Polana	60	A	4.098	994	14.618	19.710
NOVA GORICA							
76.	Zavod Pristan, Center starejših Pristan, Vipava	104	A	7.103	1.723	25.338	34.164
RAVNE NA KOROŠKEM							
87.	PV INVEST Velenje, Center za varstvo odraslih Topolšica	150	A	10.245	2.485	36.545	49.275

V Prilogi VIII/e-1 se v okviru izvajalcev Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije doda nova 22. točka ter se spremenijo točke 27, 32 in 34, tako da se glasi:

IZVAJALCI V OKVIRU SKUPNOSTI ORGANIZACIJ ZA USPOSABLJANJE SLOVENIJE							
OBMOČNA ENOTA ZZZS	število mest	tip kalkulacije	Plan storitev "dan zdravstvene nege"				
Izvajalec			I	II	III	SKUPAJ	
III. DOMSKO VARSTVO PRI VARSTVENODELOVNIH CENTRIH							
MARIBOR							
22.	Medobčinsko društvo Sožitje Ptuj	12	G	2.555	1.825	4.380	
NOVO MESTO							
27.	Varstveno delovni center Novo mesto	89	G	5.844	4.020	17.908	27.772
V. REHABILITACIJA PO POŠKODBI GLAVE							
LJUBLJANA							
32.	Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja Ljubljana	69	J			16.240	16.240
MARIBOR							
34.	Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Naprej	34	J			10.685	10.685

18. člen

Dodata se novi Priloge X/a in X/b, ki se glasi:

Priloga X/a

NAVODILA ZA PRIPRAVO BOLNIKA V OSNOVNEM ZDRAVSTVU ZA OPERATIVNI POSEG V SPLOŠNI, PODROČNI ALI LOKALNI ANESTEZIJI

Spoštovana kolegica/kolega

Pri Vašem bolniku bo opravljen kirurški poseg v anesteziji. Prosimo Vas, da nam pomagate pri pripravi bolnika po naših navodilih, ki so bila sprejeta na sestanku anesteziologov in zdravnikov splošne / družinske medicine dne 29. 09. 2008

Navodila upoštevajo starost, spremljajoče bolezni ter dodatno zdravljenje. Izbrani zdravnik opravi dogovorjene preiskave, katerih seznam velja za celotno Slovenijo in ga dopolni, če je to glede na bolnikovo zdravstveno stanje potrebno, anesteziologu pa posreduje kar največ dodatnih informacij, ki jih zabeleži na spremnem dopisu (tu poda tudi komentar preiskav, katerih vrednosti so izven normalnih območij).

PRILOŽI TUDI VSE IZVIDE DRUGIH OPRAVLJENIH PREISKAV IN PREGLEDOV PRI RAZLIČNIH SPECIALISTIH (kardiolog, pulmolog, endokrinolog, revmatolog...).

Če so izvidi normalni in osnovna bolezen stabilna, so lahko Rtg slike pljuč in srca stare do 6 mesecev, EKG do 3 mesece in laboratorijski izvidi do 4 tedne.

SEZAM PREISKAV, ki jih opravi osebni zdravnik, osebni pediater ali osebni ginekolog

Predoperacijsko stanje	Hemogram	Krvni sladkor	kreatinin	kalij	ALT, AST alk.fosf., INR	urin	EKG	RTG p/c
STAROST								
Otroci od 6 M naprej	+							
Odrasli pod 40	+							
Odrasli od 40 – 60 let	+	+	+				+	
Odrasli nad 60 let	+	+	+	+			+	+
SPREMLJAJOČE BOLEZNI								
Srčnožilna bolezen, AH*	+		+	+			+	+
Pljučna bolezen	+						+	+
Sladkorna bolezen	+	+	+	+			+	
Jetrna bolezen	+				+			
Ledvična bolezen	+		+	+		+		
Rakava bolezen**	+	+	+	+	+	+	+	+
ZDRAVILA								
Diuretiki, digoksin			+	+			+	
Steroidi		+		+				
Statini					+			

* Arterijska hipertenzija

** Rakava bolezen - vključeno tudi obsevanje ali kemoterapija

Bolnike, ki jemljejo kumarine, izbrani zdravnik 14 dni pred posegom napoti v antikoagulacijsko ambulanto zaradi ukinitve pred velikimi posegi (in morebitnega nadomestnega zdravljenja z nizkomelekularnimi heparini pri bolnikih z zelo velikim tveganjem za trombembolijo) ter prilagoditve odmerka glede na ciljni INR pred majhnimi posegi. Visoko ogroženi bolniki, ki se zdravijo zaradi srčno žilne bolezni (koronarna, karotidna, periferna arterijska bolezen) Aspirina pred posegom ne prenehajo jemati (razen pred velikimi posegi, če je tveganje za krvavitev večje kot za dogodek). Če poleg Aspirina jemljejo tudi klopidogrel, programsko operacijo, če je le mogoče, odložimo 1. mesec po vstavitvi navadne kovinske žilne opornice (BMS) oziroma 1. leto po vstavitvi prevlečene žilne opornice (DES).

Bolniki (odrasli ali otroci), ki bodo ob sprejemu v bolnišnico isti dan tudi operirani, lahko popijejo bistro tekočino (tekočina brez delcev ali maščob) do 2 uri pred posegom, čvrsto hrano pa lahko jedo do 6 ur pred posegom (to velja tudi za kravje mleko in mleko v prahu). Otroci lahko popijejo do 75 ml vode z zdravili do 1 uro pred uvodom v anestezijo. Dojenje je treba prenehati 4 ure pred uvodom v anestezijo; isto velja za mlečne pripravke za novorojenčke. Odrasli lahko popijejo 150 ml vode 1 uro pred uvodom v anestezijo z zdravili, ki jih sicer redno jemljejo. Žvečilka in tobak se morata prekiniti najkasneje 2 uri pred uvodom v anestezijo.

ZA BOLNIKE Z ZNANO ALI PRIČAKOVANO ZAKASNITVIJO V PRAZNIJENJU ŽELODCA TE SMERNICE NE VELJAJO!

Spoštovana kolegica/kolega

Prosim, da dopolnite predoperativno diagnostiko. O sposobnosti bolnika za operativni poseg odločata anesteziolog in operater. Osebni zdravnik o tem ne daje mnenj.

S kolegalnimi pozdravi!

OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE

Priimek in ime:

Rojen/a:

NAPOTNA DIAGNOZA:

SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

ZDRAVILA:

DIETE:

ALERGIJE:

RAZVADE:

PREJŠNJI POSEGI V ANESTEZIJI IN MOREBITNI ZAPLETI:

Datum in opis

KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:

OSTALE PRIPOMBE:

Kraj: _____ Datum: _____

Žig in podpis
izbranega zdravnika:

Priloga X/b

OBRAVNAVA BOLNIKA PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU PRED PRVO NENUJNO NAPOTITVIJO K NAPOTNEMU ZDRAVNIKU

Odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je novembra 2002 potrdil seznam preiskav, ki naj jih opravi izbrani - osebni zdravnik v okviru obravnave bolnika pred prvo ne nujno napotitvijo k napotnemu zdravniku. Seznam je junija 2003, po usklajevanju z ostalimi Razširjenimi strokovnimi kolegiji, ki so se odzvali pobudi za usklajevanje, potrdil tudi RSK za splošno/družinsko medicino. Prav tako je seznam potrdil izvršilni odbor Zdravniške zbornice na svoji seji julija 2004.

Izbrani zdravnik se odloči za napotitev na osnovi ugotovitev dotedanje obravnave bolnika. Ob napotitvi opiše problem, ki ga želi rešiti v sodelovanju z napotnim zdravnikom. Navede potrebne

storitve in mnenja, ki jih pričakuje od napotnega zdravnika. Priloži izvide vseh do tedaj opravljenih preiskav. Poda komentar preiskav, katerih vrednosti so izven referenčnih območij. Opiše dotedanje zdravljenje.

Seznam preiskav uporabljajo izbrani zdravniki v primeru načrtovanih prvih ne nujnih napotitev. V primeru urgentnih stanj in v dežurni službi zdravnik priloži do takrat zbrane izvide in izpolni le obrazec, ki ga priloži napotnici, v kolikor že ni izpolnil protokola NMP.

Tabela 1: Obravnava bolnika pred napotitvijo.

Table 1: Preparation of patient referral letter

OBRAVNAVA BOLNIKA PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU PRED PRVO NENUJNO NAPOTITVIJO K NAPOTNEMU ZDRAVNIKU															
Bolezen ali skupina bolezni	SR*	hemo-gram	DKS	urin**	krvni sladkor	bili-rubin	AST ALT gGT	sečnina	krea-tinin	sečna kislina	kalij	TG, H	EKG	UZ trebuha	ostalo
Bolezni KVS		+		+	+				+	+	+	+	+		rtg pc
Arterijska hipertenzija		+		+	+				+	+	+	+	+	+	
Sladkorna bolezen				+	+				+			+			
Bolezni prebavil		+				+	+							+	alkal. f.
Hematološke bolezni	+	+	+												
Nefrološke bolezni		+		+				+	+	+	+			+	
Revmatološke bolezni	+	+													CRP
Ščitnične bolezni															TSH
Urološke bolezni		+		+					+					+	
Ginekološke bolezni		+		+											
Infekcijske bolezni	+	+	+	+											CRP

* SR se počasi nadomešča s CRP

** urin - sladkor, BRB, ketoni, spec. teža, kri, pH, proteini, urobil, nitriti, leukociti, sediment.

Bolezni pri katerih izbrani zdravnik ne opravlja specifičnih preiskav (ob napotitvi priloži izvide že opravljenih preiskav):

Pljučne bolezni	Nevrološke bolezni	Ortopedske bolezni	Bolezni dojk	Psihiatrične bolezni
Dermatološke bolezni	Rakave bolezni	Očesne bolezni	ORL bolezni	

Izbrani zdravnik napotnici in izvidom ustreznih preiskav priloži še spremno pismo kolegu napotnemu zdravniku. V njem navede napotno diagnozo in spremljajoče bolezni, opiše problem, ki ga želi rešiti skupaj z napotnim zdravnikom, navede dotedanje postopke in rezultate obravnave bolnika, navede stalno terapijo, opiše bolnikove diete, alergije in razvade, ter poda komentar priloženih izvidov.

Tabela 2 prikazuje spremno pismo kolegu napotnemu zdravniku.

Tabela 2: Spremno pismo napotnemu zdravniku

SPOŠTOVANA KOLEGICA, SPOŠTOVANI KOLEGA!

Pošiljam vam bolnika/bolnico za nadaljnjo diagnostiko in vodenje.

Prilagam opis bolezni oz. problema in izvide opravljenih preiskav.

OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE:

Priimek in ime:

Rojen/a:

Naslov:

NAPOTNA DIAGNOZA:

OPIS PROBLEMA IN ŽELENI POSTOPKI PRI VAS:

DOSEDANJI UKREPI IN ZDRAVLJENJE OBRAVNAVANE BOLEZNI OZ. PROBLEMA:

SPREMLJAJOČE BOLEZNI:

STALNA TERAPIJA:

DIETE:

ALERGIJE:

RAZVADE:

KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:

OSTALE PRIPOMBE:

S kolegalnimi pozdravi!

Kraj: _____ Datum: _____

Žig in podpis
izbranega zdravnika:

19. člen

Izvajalcem Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije (SOUS) in Skupnosti socialnih zavodov Slovenije (SSZS) se za leto 2009 opravi poračun iz naslova nerealiziranih povečanj programov v skupni višini 846.110 evrov, od tega SOUS pripada 473.610 evrov in SSZS 372.500 evrov.

Določba velja od 1. 10. 2009 dalje.

20. člen

Ta aneks velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade RS, uporablja pa se od 1. 4. 2009 dalje, razen v primerih, ko je pri posameznih členih določeno drugače.

Številka: 1720-1/2009-A2
Datum: 17. 12. 2009

Ministrstvo za zdravje
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
Zdravniška zbornica Slovenije
Lekarniška zbornica Slovenije
Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč
Skupnost socialnih zavodov Slovenije
Skupnost organizacij za usposabljanje

Uveljavitev Sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja z 20.11.2009

V Uradnem listu RS, št. 88 z dne 5. 11. 2009 so bile objavljene **Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja**, ki jih je sprejela Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 13. redni seji dne 17. 9. 2009, nanje pa je dal soglasje minister za zdravje.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavljajo temeljni podzakonski akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in drugo. Tokratne Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (vnadaljevanju: Pravila) prinašajo naslednje pomembne novosti:

- med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja do pripomočkov za zdravljenje sladkorne bolezni se dodaja **sistem za kontinuirano merjenje glukoze**. Sistem sestavljata podkožno vstavljen senzor in oddajnik, ki v obliki alarma sporoča previsoke in prenizke vrednosti glukoze v medceličnini. Do sistemov za kontinuirano merjenje glukoze bodo, ob pogoju da so na podlagi meritev sposobne izvajati ukrepe za doseganje normalnih vrednosti glukoze v krvi, upravičene naslednje zavarovane osebe:
 1. otroci do dopolnjenega sedmega leta starosti s sladkorno boleznijo tip 1, če pri njih proces razvoja centralnega živčnega sistema še ni zaključen;
 2. zavarovane osebe s sladkorno boleznijo s sindromom nezavedanja hipoglikemije in hudimi hipoglikemijami ter
 3. zavarovane osebe - nosečnice s sladkorno boleznijo tipa 1 ali 2.
- med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se uvaja nova pravica do **električnega skuterja**. Električni skuter je namenjen zavarovanim osebam, ki so starejše od 12 let, imajo ustrezne psihofizične (kognitivne) sposobnosti za vožnjo električnega skuterja na javnem mestu in imajo zaradi bolezni ali poškodbe močno zmanjšano mišično moč vseh udov, hude motnje koordinacije gibov ali zelo hitro in hudo utrudljivost, zaradi česar so nezmožne hoje oziroma hodijo s tako hudimi funkcijskimi omejitvami, da zmorejo ob pomoči druge osebe ali ob uporabi pripomočkov prehoditi manj kot 100 metrov, ne morejo pa uporabljati vozička na ročni pogon oziroma vozička za otroka niti ob uporabi gonil. Zaradi umestitve električnega skuterja med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja sta natančneje definirani tudi pravica do vozička na ročni pogon in pravica do vozička na elektromotorni pogon.

- Med pravice otrok se dodaja **pravica do očal z mnogožarišnimi (multifokalnimi) stekli**. Otrokom s sivo mreno, ki se jim po odstranitvi naravne leče in ustavitvi umetne leče pomembno izboljša vid na daleč, ne pa tudi na blizu, imajo po novem pravico do očal z mnogožarišnimi (multifokalnimi) stekli, da se tem otrokom zagotovi ustrezen razvoj vida tudi na blizu.
- Spreminja se **postopek pri izdaji medicinsko-tehničnih pripomočkov**, in sicer bodo pripomočki (blazine za preprečevanje preležanin, in sicer sedežne za standardni voziček na ročni pogon ali standardni voziček za otroka in zahtevnejše posteljne blazine, aparat za določanje glukoze v krvi v času nosečnosti in dojenja pri gestacijskem diabetesu, električni stimulator pri inkontinenci urina ter počivalnik), ki so bili do sedaj predmet izposoje, postali trajna last zavarovanih oseb in ne bodo več predmet izposoje.
- Spreminja se časovno obdobje opravljanja sistematskih pregledov v osnovni šoli. Zaradi uvedbe devetletke se sistematski pregledi po novem opravljajo v 1., 3., 6. in 8. razredu osnovne šole in ne več v 1., 3., 5. in 7. razredu.

Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja so pričele veljati 20. novembra 2009, pri čemer se določbe nekaterih členov pričnejo uporabljati s 1. februarjem 2010.

Peter Rutar

Ocena finančnega poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2009

Uvod

Strokovna služba Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je v sklopu priprave Poslovnega poročila in Zaključnega računa ZZS za leto 2009, ki ju bo v obliki osnutka obravnaval Upravni odbor ZZS konec meseca februarja, pripravila tudi prvo, preliminarno oceno finančnega poslovanja ZZS v letu 2009. Skladno s to oceno je ZZS v letu 2009 po štirih letih ponovno posloval s primanjkljajem prihodkov nad odhodkov, saj je po stanju na dan 31. 12. 2009 izkazal **skupen primanjkljaj v višini 75,7 milijonov evrov, kar je za 19,1 milijona evrov manj od načrtovanega**. Manjši ocenjeni primanjkljaj prihodkov nad odhodki od načrtovanega je posledica večjih prihodkov iz naslova vplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje. Primanjkljaj je ZZS kril s presežki iz preteklih let, zato se **ZZS v letu 2009 ni zadolževal**. Prihodki v letu 2009 so znašali 2.263 milijonov evrov, odhodki pa 2.338,7 milijonov evrov (tabela 1).

Tabela 1: Najpomembnejši kazalci finančnega poslovanja ZZS v letu 2009 (v evrih) - ocena.

	I-XII/2009
A. Bilanca prihodkov in odhodkov:	
Prihodki	2.262.983.414
Odhodki	2.338.673.819
Presežek	- 75.690.405
B. Račun finančnih terjatev in naložb:	
Prejeta vračila danih posojil in prodaja kapitalskih deležev	5.958
Dana posojila in povečanje kapitalskih deležev	0
Prejeta minus dana posojila in sprememba kapitalskih deležev	+ 5.958
C. Račun financiranja:	
Neto zadolževanje	0
POVEČANJE SREDSTEV NA RAČUNIH	- 75.684.447

ZZS po stanju na dan 31. 12. 2009 tako že peto leto zapored ni zadolžen, s čimer je izpolnil tudi določilo Programa stabilnosti Vlade Republike Slovenije za leto 2009. To ne bi bilo možno, če ZZS v letu 2009 ne bi sprejel in izvajal ukrepov za zagotavljanje dolgoročne finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, katerih pozitivni finančni učinek znaša 150,2 milijonov evrov. Primanjkljaj prihodkov nad odhodki je pokril iz lastnih virov. Pri tem pa v letu 2009 ni prišlo do sprememb v prispevnih stopnjah ali zmanjšanja zakonsko določenih pravic zavarovanih oseb. ZZS je tako v letu 2009 izpolnil svoje poslanstvo in temeljni cilj poslovanja:

- zavarovanim osebam zagotoviti ter finančno pokriti zdravstvene storitve in druge zakonske pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja z razpoložljivimi finančnimi sredstvi ter zagotoviti racionalno in pregledno porabo javnih sredstev ter
- zagotoviti vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja s finančnim poslovanjem brez zadolževanja.

1. Prihodki ZZS v letu 2009

Celotni prihodki ZZS so po prvi oceni v obdobju januar – december 2009 znašali 2.263 milijonov evrov in so bili nominalno za 0,8 % večji kot leta 2008 in so tako realno ostali na ravni iz leta 2008. Prihodki so presegli načrtovane za 18,1 milijona evrov, kar je posledica večje rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v letu 2009 glede na načrtovano rast po makroekonomskih izhodiščih in ugodnejših izplačil plač v mesecu decembru 2009 (trinajsta plača, božičnica). Stopnja rasti prihodkov od prispevkov je za okoli 3 odstotne točke manjša od rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji, s čimer se odraža zmanjševanje števila zaposlenih med letom 2009. Prihodki od prispevkov predstavljajo 98,4 % vseh prihodkov in so v letu 2009 znašali 2.227,1 milijonov evrov. Drugi prihodki ZZS so znašali 35,7 milijonov evrov. Največji delež med drugimi prihodki predstavljajo prihodki od regresnih zahtevkov, ki so v letu 2009 znašali 22 milijonov evrov. ZZS je v letu 2009 realiziral tudi za 1 milijon evrov prihodkov z uravnavanjem likvidnosti.

2. Odhodki ZZS v letu 2009

Celotni odhodki ZZS so po prvi oceni v obdobju januar – december 2009 znašali 2.338,7 milijonov evrov in so **glede na načrtovane realizirani skoraj 100 %**. V primerjavi z odhodki leta 2008 so nominalno večji za 5,9 %, kar predstavlja 5 % realno rast. Tako visoka rast odhodkov je posledica učinkov povečanja plač v zdravstvu zaradi odprave nesorazmerij plač v javnem sektorju, ki se prenaša tudi v leto 2009.

a) Odhodki za zdravstvene dejavnosti

Odhodki za zdravstvene dejavnosti, odhodki za zdravila in medicinsko-tehnične pripomočke ter odhodki za preskrbo s krvjo in cepivi predstavljajo 87,8 % vseh odhodkov ZZS.

V strukturi celotnih odhodkov ZZS imajo odhodki za zdravstvene storitve 71,3 % delež in znašajo 1.667,6 milijonov evrov in so za 0,9 % nad načrtovanimi. Preseganje načrtovanih tovrstnih odhodkov za 14,3 milijonov evrov je posledica realizacije Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za leto 2009, ki ga je sprejela Vlada RS 19. 12. 2009 (dodatna sredstva za stroške dela in za laboratorij oz. rentgen na primarni ravni zdravstvene dejavnosti), dodatnih sredstev za razširitev nekaterih programov po 25. členu Splošnega dogovora za leto 2009 in dodatna sredstva po arbitražnih zahtevkih izvajalcem zdravstvenih storitev, vezanih na Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2009. Glede na leto 2008 so ti odhodki nominalno večji za 7,4 %, realno pa za 6,4 %. V teh odhodkih se odražajo tudi učinki ukrepov za vzdržnost financiranja sistema, ki se nanašajo na zdravstvene storitve. V odhodkih za zdravstvene storitve je vključenih tudi 217 milijonov evrov za dvig plač v zdravstvu in za odpravo nesorazmerij plač v zdravstvu skladno z dogovorom med Vlado RS in reprezentativnimi sindikati v zdravstvu iz leta 2008 in 2009.

Odhodki za zdravila, medicinsko-tehnične pripomočke, kri in socialno medicino so znašali 386,5 milijonov evrov, kar predstavlja 99,2 % realizacijo finančnega načrta ZZS za leto 2009. V primerjavi z letom 2008 so bili večji za 3,9 %, kar predstavlja 3 % realno rast. Odhodki te skupine predstavljajo v strukturi odhodkov ZZS 16,5 % delež; zaradi hitrejše rasti odhodkov za zdravstvene storitve (predvsem zaradi dviga plač in odprave nesorazmerij plač) se je ta strukturni delež v letu 2009 zmanjšal za 0,4 strukturne točke. Največji delež v teh odhodkih imajo izdatki za zdravila. V letu 2009 so ti znašali 317,7 milijonov evrov in so v primerjavi z odhodki leta 2008 nominalno večji za 3,2 % (realno za 2,3 %) ali za 7 milijonov evrov. Načrtovani ukrepi ZZS za obvladovanje izdatkov za zdravila, ki so bili predvideni v višini 13,9 milijonov evrov so bili sicer realizirani, vendar ne zadostujejo za kompenzacijo povišanih izdatkov zaradi hitrejše rasti novih, bioloških zdravil in večje porabe zdravil, zlasti najdražjih zdravil.

Odhodki za medicinsko-tehnične pripomočke so znašali 51,7 milijonov evrov in so v skladu z načrtovanimi. V primerjavi z letom 2008 so za 6,7 % nominalno večji, realno pa za 5,7 % zaradi povečanja cenovnih standardov medicinsko-tehničnih pripomočkov, povečanega števila upravičencev do posameznih pripomočkov in širitve pravic zavarovanih oseb.

Odhodki za transfuzijo krvi in cepiva so v letu 2009 znašali 17,2 milijonov evrov in so za 2,6 % nad načrtovanimi. Glede na porabo v letu 2008 so se ti odhodki realno povečali za 8 % zaradi večjih odhodkov za cepiva.

b) Odhodki za povračilo denarnih dajatev

Odhodki za povračilo denarnih dajatev za pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (nadomestila, pogrebne, posmrtnine, potni stroški, dnevnice) so realizirani v višini 213 milijonov evrov, kar predstavlja 97,4 % načrtovane porabe za te namene oziroma za 5,7 milijonov evrov manjšo porabo.

Odhodki za nadomestila odsotnosti (bolniški stalež) so znašali 201,7 milijonov evrov in so zaostali za načrtovanimi za 2,7 %. V primerjavi z odhodki leta 2008 so večji le za 0,4 %, kar pomeni, da izkazujejo negativno realno rast. Le-ta je v glavnem posledica manjšega števila zaposlenih in izplačevanja nadomestil na zadnji dan zapadlosti teh obveznosti; verjetno pa tudi posledica sprememb v vedenju zavarovancev v času recesije, ki v skrbi za ohranitev delovnega mesta manj posegajo po pravici začasne zadržani od dela zaradi bolezni ali poškodbe, pa tudi prizadevanj za prenos dobrih praks za obvladovanje zdravstvenega absentizma v slovenskih podjetjih. Povprečna dolžina trajanja začasne zadržanosti od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je v letu 2009 znašala toliko kot leta 2008 okoli 19 dni, pri čemer se je povečalo število dni in število primerov za okoli 4 %. Podatki po razlogih začasne zadržanosti od dela kažejo, da so se najbolj povečali odhodki iz naslova nege (za okoli 3,4 milijonov evrov oziroma za 16,5 % glede na odhodke preteklega leta), medtem ko so se odhodki iz naslova bolezni in poškodb izven dela zmanjšali (za okoli 2,3 milijonov evrov ali 1,4 %).

c) Odhodki za delo strokovne službe ZZS

Odhodki za delo službe so znašali 49,9 milijonov evrov in so manjši od načrtovanih za leto 2009 za 0,3 % oziroma za 0,2 milijona evrov. Ti odhodki predstavljajo le še 2,1 % vseh odhodkov ZZS, kar je za 0,2 odstotni točki manj kot leta 2008. V primerjavi z evropsko

primerljivimi zavarovalnicami tega tipa gre za enega izmed najnižjih deležev, saj primerjava s sorodnimi organizacijami v državah EU kaže, da le-te porabijo tudi do 3-krat večji delež teh sredstev.

4. Zaključne ugotovitve glede finančnega poslovanja ZZS v letu 2009

ZZS je leto 2009 zaključil boljše kot je bilo predvideno, saj je primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 75,7 milijonov evrov manjši od načrtovanega za 20 % oziroma za 19,1 milijonov evrov. Tak rezultat je odraz realizacije vseh ukrepov za zagotovitev vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja v višini 150,2 milijonov evrov in boljše realizacije prihodkov od prispevkov. Obenem je ZZS izpolnil tudi obvezo iz Programa stabilnosti Vlade RS, da ZZS ob koncu leta 2009 ne bo zadolžen in je ob enakih prispevnih stopnjah in enakemu, zakonsko določenemu obsegu pravic zavarovanih oseb zagotovil zavarovanim osebam vse zdravstvene storitve in druge zakonske pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Realizirani primanjkljaj prihodkov nad odhodki je pokrit s sredstvi na računih ZZS iz naslova neporabljenih presežkov iz preteklih let. Ob relativno ugodnih rezultatih poslovanja v letu 2009, glede na pogoje poslovanja, pa je potrebno opozoriti, da dokončna uveljavitev novega plačnega sistema in posledice finančne krize, po projekciji do leta 2013, kažejo, da bo ZZS posloval s primanjkljajem, ki bo zahteval tudi zadolžitev. Zato je nujno že v letu 2010 načrtovati in izvesti ustrezne sistemske spremembe zlasti na ravni države, ki bodo omogočile dolgoročno finančno vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Daniela Dimić
Damjan Kos

Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2010

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je na seji 28. 01. 2010 ponovno obravnaval in soglasno sprejel osnutek Finančnega načrta ZZS za leto 2010. Leto 2010 je v smislu finančnega poslovanja ZZS še posebej zahtevno zaradi učinka 40 % dviga sredstev za plače in druge izdatke za zaposlene v zdravstvu v letu 2008 (zahteva po dodatnih 309,7 milijonov EUR letno, kar je za 20,7 milijonov evrov več kot so znašali vsi odhodki ZZS za vsa zdravila na recept v letu 2009!), ki je ključni razlog, ki vodi ZZS v resne likvidnostne težave in zadolževanje v letu 2010 (79,54 milijonov EUR primanjkljaja prihodkov nad odhodki). Navedeni dvig sredstev za plače in druge izdatke za zaposlene v zdravstvu je posledica dogovora med Vlado RS in sindikati v zdravstvu, ki je bil sprejet spomladi 2008, letos pa nekoliko spremenjen (tabela 1). Zato je Upravni odbor ZZS sprejel predlog dodatnih ukrepov za zagotovitev finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2010.

Tabela 1: Povečanje odhodkov ZZS zaradi dogovora med Vlado RS in sindikati v zdravstvu o plačni politiki pod pogoji iz leta 2008 in iz leta 2009.

	2008	2009	2010	2011	Končni učinek na letnem nivoju
Povečanje plač po kolektivni pogodbi iz leta 2008	118,4	221,4	305,5		321,9
Delež realizacije v %	36,8	68,8	94,9		100,0
Povečanje plač po dogovoru Vlade RS s sindikati v 2009	118,4	217,2	229,0	273,4	309,7
Delež realizacije v %	38,2	70,1	73,9	88,1	100,0

v mio €

Predstavniki zavarovancev in delodajalcev v Skupščini ZZS so že večkrat izrazili stališče, da se zaradi dviga plač v zdravstvu ne sme zmanjšati pravic zavarovanih oseb, dodatno obremeniti gospodarstvo z višjimi prispevki za zdravstvo ali dvigniti premij za dopolnilno zdravstveno zavarovanje. V tem smislu je ZZS že lani med drugim predlagal, Vlada RS pa sprejela nekatere konkretne ukrepe, ki se nanašajo tudi na racionalizacijo poslovanja javne zdravstvene službe, s katerimi se poskuša zagotoviti dolgoročno finančno vzdržnost sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer smo izhajali iz ugotovitev, da v zdravstvenem sistemu obstaja 10-20 % rezerv oz. prihrankov, kar so med drugim poudarjali tudi nekateri pogajalci na sindikalni strani tekom pogajanj o dvigu plač v zdravstvu. Trenutne projekcije finančnega poslovanja ZZS za leto 2010 in 2011 pa izkazujejo, da bo potrebno sprejeti nove, dodatne ukrepe, ki bodo zagotovili izravnane prihodke z odhodki tudi v letu 2010 in 2011. Skupščina ZZS je namreč na seji dne 21. 12. 2009 med drugim tudi sklenila, da je potrebno v letu 2010 načrtovati poslovanje ZZS tako, da bodo odhodki izravnani s prihodki tako, da se ZZS ne bo zadolžil.

Upravni odbor ZZS je tako 28. 01. 2010 sprejel osnutek Finančnega načrta ZZS za leto 2010, s katerim ZZS načrtuje prihodke v višini 2,29 milijard evrov, kar je realno za 0,2 % manj kot znašajo ocenjeni prihodki v letu 2009, in odhodke v višini 2,35 milijard evrov, kar je

realno za 1,1 % manj kot znašajo ocenjeni odhodki v letu 2009. Primanjkljaj prihodkov nad odhodki bo tako znašal 54,64 milijonov evrov, ki ga bo ZZS pokrival s sredstvi iz presežkov iz preteklih let in s sredstvi rezervnega sklada, zaradi česar se ZZS v letu 2010 ne bi bilo potrebno zadolžiti. Ključni razlog, da bo ZZS že drugič zapored posloval s primanjkljajem, je dvig plač v zdravstvu zaradi uvedbe novega plačnega sistema oz. dviga plač na podlagi uveljavitve Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in na njegovi osnovi sprejetih podzakonskih aktov in panožnih kolektivnih pogodb (tabela 1). Da pa bi preprečili zadolževanje ZZS v letu 2010, je Upravni odbor ZZS sprejel tudi dodatne ukrepe, ki dopolnjujejo ukrepe, ki so bili že sprejeti v letu 2009. Predlogi novih ukrepov bi se začeli večinoma izvajati od meseca aprila 2010 dalje, njihovi učinki pa bi v letu 2010 znašali 24,9 milijonov evrov.

2. Prihodki ZZS v letu 2010

Prihodki ZZS so v letu 2010 načrtovani v višini 2.293.182.000 evrov, kar je realno za 0,2 % manj kot znašajo ocenjeni prihodki v letu 2009. Največji, 98,4 % delež prihodkov predstavljajo prihodki od prispevkov – struktura teh prihodkov je prikazana v tabeli 2.

Tabela 2: Prihodki od prispevkov po skupinah zavarovancev v letu 2010.

	Število zavarovancev	Prispevna stopnja	Mesečni prispevki na zavarovanca v EUR	Letni prispevki na zavarovanca v EUR	Prihodki v tisoč EUR
Upokojenci	529.368	5,96 %	55	664	351.611
Delodajalci *	751.132	7,09 %	103	1.234	926.672
Delojemalci	751.132	6,36 %	91	1.093	820.709
Kmetje **	14.117	18,78 % ali 6,36 %	33	400	5.654
Brezposelni	26.980	12,92 %	77	925	24.961
Samostojni podjetniki ***	76.912	12,92 %	92	1.109	85.298
Ostalo ****	158.355	-			40.512
Skupaj	1.556.864				2.255.417

- * Brez samozaposlenih in vključno s prispevki za nesreče pri delu za vse delodajalce.
- ** Vključno s prispevki za nesreče pri delu.
- *** Prispevki za samozaposlene in pri njih zaposlene brez prispevkov za nesreče pri delu.
- **** Vključeni so prispevki za pripornike, drugi prispevki, zamudne obresti, poznejše plačani ukinjeni prispevki, prispevki, ki jih plačuje RS in občine, sredstva iz državnega proračuna za plačila zdravstvenih storitev za socialno ogrožene.
- ***** Podatek se nanaša le na tiste brezposelne osebe, ki jih je Zavod RS za zaposlovanje prijavil v zavarovanje kot prejemnike denarnih nadomestil iz naslova zavarovanja za primer brezposelnosti.

3. Odhodki ZZS v letu 2010

Odhodki ZZS so v letu 2010 načrtovani v višini 2.347.819.000 evrov, kar je realno za 1,1 % manj kot leta 2009, in sicer zaradi učinka ukrepov za zagotovitev finančne vzdržnosti sistema obveznega zdravstvenega zavarovanja. V načrtovanih odhodkih ZZS za leto 2010 so tako vključeni naslednji ukrepi:

a) ukrepi, ki so bili sprejeti v letu 2009, se prenašajo v celoti tudi v leto 2010; učinek tega prenosa pomeni dodaten prihranek v letu 2010 v višini 40,8 milijonov evrov;

b) dodatni ukrepi za zagotavljanje finančne vzdržnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so vključeni v osnutek Finančnega načrta ZZZS za leto 2010 in katerih učinek bo v letu 2010 zagotovil zmanjšanje odhodkov ZZZS v višini 24,9 milijonov evrov. Gre za naslednje ukrepe, ki se izvedejo selektivno:

1. Zmanjšanje programa bolnišnične obravnave in prenos na ambulantno-specialistično dejavnost (veljavnost od 1. 4. 2010). Načrtovani prihranek ZZZS v letu 2010 znaša 3,97 milijonov evrov.
2. Zmanjšanje vkalkuliranega dodatka za dežurno službo programa bolnišnične obravnave za 33 % (veljavnost od 1. 4. 2010 dalje). Načrtovani prihranek ZZZS v letu 2010 znaša 12,7 milijonov evrov.
3. Zmanjšanje ležalne dobe v bolnišnicah za 10 % (veljavnost od 1. 4. 2010 dalje). Načrtovani prihranek ZZZS v letu 2010 znaša 2,98 milijonov evrov.
4. Zmanjšanje odhodkov za terciarno dejavnost (program univerzitetnih kliničnih centrov in inštitutov v Ljubljani in Mariboru) za 5,25 milijonov evrov v letu 2010 (veljavnost od 1. 4. 2010 dalje).

V osnutku finančnega načrta niso vključeni prvotno zamišljeni ukrepi za znižanje odstotkovnih deležev vrednosti za nekatere zdravstvene storitve, ki se zagotavljajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (pri zdravilih, nenujnih reševalnih prevozih, zdraviliškem zdravljenju, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, zoboprotetičnih storitvah in očesnih pripomočkih za odrasle), saj le-ti niso bili sprejeti na Skupščini ZZZS dne 21. 12. 2010, poleg tega pa ZZZS po zadnjih podatkih izkazuje ugodnejšo realizacijo prihodkov nad odhodki v letu 2009, kot je bila prvotno ocenjena. Slednje omogoča, da bo poslovanje ZZZS vzdržno in brez zadolževanja v letu 2010 tudi, če niso sprejeti navedeni ukrepi za znižanje odstotkovnih deležev (prenos dela stroškov obveznega zdravstvenega zavarovanja na dopolnilno zdravstveno zavarovanje oz. na doplačila zaradi prihrankov, ki jih dopolnilnemu zdravstvenemu zavarovanju prinašajo ukrepi ZZZS iz 1., 2., 3. in 4. točke tega odstavka). Ne glede na to je Upravni odbor ZZZS 28. 01. 2010 sprejel tudi »Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju«, s katerim Skupščini ZZZS predlaga v sprejem tudi zgoraj navedene, prvotno zamišljene ukrepe, ki niso vključeni v osnutek finančnega načrta in katerih učinek zagotavlja znižanje odhodkov ZZZS za 17,64 milijonov evrov v letu 2010. V kolikor bo ta sklep tudi dejansko sprejet na februarski seji Skupščine ZZZS bodo njegovi učinki razbremenili načrtovane odhodke iz osnutka finančnega načrta ali pa se bodo med letom prerezporedili za druge namene.

Načrtovanje dodatnih ukrepov iz 1., 2., 3. in 4. točke prejšnjega odstavka je bilo med drugim potrebno tudi zaradi načrtovanja dodatnih odhodkov ZZZS za leto 2010, ki jih v letu 2009 ni bilo, in sicer v skupni višini 68,9 milijona evrov (tabela 3).

Tabela 3: Prikaz povečanja odhodkov ZZZS za zdravstvene storitve v letu 2010 po posameznih namenih porabe.

v tisoč €

	Povečanje plač in prispevkov po ZSPJS	Prenos programa po SD za leto 2009 na letno raven	Dodatna sredstva po Aneksu 2 k SD 2009	Arbitražni zahtevki po Aneksu 1 k SD 2009	Arbitražni zahtevki po SD 2010	Dodatna sredstva v letu 2010	Skupaj
Osnovna dejavnost	2.076	633	15.908			6.036	24.653
Bolnišnična dejavnost	8.794	6.036	5.163	7.077		11.780	38.849
Zdraviliška dejavnost	50						50
Socialni zavodi	794	2.093	1.481		976		5.345
Skupaj	11.714	8.762	22.552	7.077	976	17.816	68.897

Gre za naslednje dodatne odhodke, ki jih v letu 2009 ni bilo:

- učinek odprave tretje četrtine nesorazmerij v osnovnih plačah (dvig plač) v zdravstvu s 1. 10. 2010. V letu 2010 je tako v odhodkih zdravstvenih storitev vključeno 225,85 milijonov evrov zaradi uvedbe novega plačnega sistema oziroma 11,71 milijonov evrov več kot v letu 2009;
- prenos vrednosti rednih programov iz pogodbenega leta 2009 v leto 2010 na celoletno raven za 8,76 milijonov evrov;
- dodatna sredstva skladno z Aneksom št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009 v skupni višini 22,55 milijonov evrov, ki vključuje:
 - selektivni popravek plač v kalkulativnih elementih cen za primarno zdravstveno dejavnost za 1 plačilni razred v višini 10,62 milijonov evrov ter specialistično ambulantno dejavnost za 1 plačilni razred v višini 5,12 milijonov evrov (torej skupaj za 15,73 milijonov evrov);
 - povečanje materialnih stroškov za laboratorij in rentgen za primarno zdravstveno dejavnost v višini 4,81 milijonov evrov;
 - povečanje sredstev za dejavnost socialnovarstvenih zavodov v višini 1,48 milijona evrov (povečanje kapacitet, novi izvajalci, povečanje sredstev za splošno ambulantno ter poračun za leto 2009);
 - povečanje sredstev za bolnišnično dejavnost v višini 46.000 evrov (zdravljenje spastičnosti z metodo implantirane intratekalne baklofenske črpalke) ter
 - povečanje sredstev za primarno zdravstveno dejavnost v višini 478.000 evrov (dodatni timi za dežurne službe).
- Arbitražni zahtevki izvajalcev zdravstvenih storitev po Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2009 v skupni višini 7,01 milijonov evrov;
- Arbitražni zahtevki socialnovarstvenih zavodov na Splošni dogovor za pogodbeno leto 2010 za namen povečanja kapacitet v višini 976.000 evrov v letu 2010.
- Sredstva v višini 11,78 milijonov evrov za bolnišnično dejavnost, ki so namenjena uvajanju dodatnih, novih zdravstvenih programov ter širitvi nekaterih programov. Namen porabe teh sredstev bo določen z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010.
- Dodatna sredstva v višini 6,04 milijonov evrov za zdravstveno dejavnost na primarni ravni. Namen porabe teh sredstev bo določen z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2010.

4. Zaključna ocena

Ugodnejša realizacija prihodkov in odhodkov ZZZS v letu 2009 – slednjih tudi po strukturi namenov porabe – omogoča, da bo finančno poslovanje ZZZS vzdržno in brez zadolževanja, ob ostalih nespremenjenih okoliščinah, še v letu 2010 in to tudi brez učinkov spremembe sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato pa bodo do konca leta 2010 porabljeni vsi, v preteklih letih ustvarjeni in še ne porabljeni presežki prihodkov nad odhodki, s katerimi smo oblikovali rezervni sklad in povečali poslovni sklad, ob ostalih nespremenjenih pogojih. To pa pomeni, da ZZZS v letu 2011 ne bo več razpolagal z lastnimi viri sredstev, s katerimi bi lahko pokrival primanjkljaj prihodkov nad odhodki, ki bi brez sprejetja novih ukrepov znašal 89,16 milijonov evrov. Brez nadaljnjih dodatnih ukrepov in sistemskih sprememb se bo zato moral ZZZS od I. 2011 dalje zadolževati ali pa zmanjšati obseg programov zdravstvenih storitev.

Upravni odbor ZZZS je osnutek Finančnega načrta ZZZS za leto 2010 soglasno sprejel in ga posredoval v obravnavo in sprejem na sejo Skupščine ZZZS, ki bo 15. 02. 2010.

Janko Štok
Daniela Dimić
Damjan Kos

Uvedba obrazca "Bela naročilnica" Inštituta za varovanje zdravje RS

Sporočamo vam, da je Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije ob sodelovanju Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in v soglasju z Ministrstvom za zdravje izdal obrazec "Bela naročilnica" s celotnim naslovom "Naročilnica za medicinski pripomoček, očala, leče".

Bela naročilnica je namenjena predpisovanju medicinskih pripomočkov, ko se ugotovi potreba po pripomočku, pa:

- se zdravstvena storitev opravlja samoplačniško ali v breme npr. zavarovalnice (vendar ne v breme ZZZS), sodišča, delodajalca ipd;
- se zdravstvena storitev opravlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa pripomoček ni predmet pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju in se zato ne predpisuje na zeleno naročilnico, ali
- se zdravstvena storitev opravlja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, pripomoček je predmet pravic v obveznem zdravstvenem zavarovanju, pa zavarovana oseba ne izpolnjuje pogojev za njegovo pridobitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in s tem niso izpolnjeni pogoji za izdajo zelene naročilnice.

Način naročanja obrazca "Bela naročilnica" in Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov, očal in leč na belo naročilnico sta objavljeni na spletni strani Inštituta za varovanje zdravja na povezavi <http://www.ivz.si/index.php?akcija=novica&n=2079>

Alenka Franko

Postopno ukinjanje potrjevanja kartic zdravstvenega zavarovanja na samopostrežnih terminalih od 22. februarja 2010 dalje

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) v sodelovanju z izvajalci zdravstvenih storitev in prostovoljnimi zdravstvenimi zavarovalnicami nadaljuje z uvajanjem on-line sistema, to je sistema neposrednega (on-line) dostopa izvajalcev do podatkov zdravstvenega zavarovanja. Tako bo od 22. februarja 2010 dalje postopno ukinjeno potrjevanje kartic in uporaba samopostrežnih terminalov predvidoma v 8 od 10 območnih enot ZZS: območni enoti Celje, Koper, Kranj, Krško, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto in Ravne na Koroškem, v katerih bodo vsi izvajalci že vključeni v novi sistem.

1. Kdaj bo ukinjeno potrjevanje kartic na samopostrežnih terminalih?

Februarja 2010 so vsi izvajalci zdravstvenih storitev v območnih enotah Celje, Koper, Kranj, Krško, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto in Ravne na Koroškem že v celoti prešli na neposredno (on-line) pridobivanje podatkov zdravstvenega zavarovanja iz informacijskih sistemov ZZS in treh prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic, zato uporaba samopostrežnih terminalov tako z vidika kakovosti storitev za zavarovane osebe kot tudi z vidika stroškov obratovanja in vzdrževanja terminalov ni več potrebna. V teh območnih enotah tako zavarovanim osebam ni več potrebno potrjevati kartic zdravstvenega zavarovanja.

V mariborski in ljubljanski regiji bodo prešli na novi način dela do poletja. Izklon terminalov poteka postopno, usklajeno z zaključevanjem uvedbe on-line sistema po regijah kot sledi:

Regija - območna enota	Izklon terminalov
Celje, Koper, Kranj, Krško, Murska Sobota, Nova Gorica, Novo mesto in Ravne na Koroškem	22. – 26. februar 2010
Ljubljana in Maribor brez Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana	april 2010
Univerzitetni klinični center Ljubljana	julij 2010

V prehodnem obdobju do julija 2010, ko se izvajalci v mariborski in ljubljanski regiji postopno vključujejo v on-line sistem, naj zavarovane osebe pred obiskom izvajalcev v teh regijah še potrdijo svojo kartico. To lahko storijo na samopostrežnih terminalih v teh dveh regijah.

2. Kako bodo nadomeščene druge funkcije samopostrežnih terminalov?

Na samopostrežnih terminalih so bile zavarovanim osebam poleg potrjevanja kartice dostopne še druge funkcije:

- naročanje listin za uresničevanje zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v tujini (evropske kartice zdravstvenega

zavarovanja in konvencijskega potrdila za Bosno in Hercegovino),

- informiranje o veljavnosti obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja neposredno ob potrjevanju kartic,
- informativne vsebine in vsebine o zdravju.

Z ukinjanjem terminalov tudi te funkcije niso več dostopne, zato so oziroma bodo ustrezno nadomeščene.

Da bi zavarovanim osebam olajšali dostopnost vseh funkcij v prehodnem obdobju, bo ZZS zadržal obratovanje skupno 27 samopostrežnih terminalov v vseh območnih enotah ZZS, in sicer do zaključka uvajanja on-line sistema – t.j. do julija 2010. Do takrat bodo ti terminali popolnoma funkcionalni, torej bo na njih mogoče naročati tudi listine za tujino.

Naročanje listin za tujino

Listine za tujino je bilo že doslej mogoče zelo enostavno naročiti tudi na internetu (na naslovu www.zzs.si) in prek mobilnega telefona. Obe možnosti sta brezplačno dostopni zavarovanim osebam tudi v prihodnje in omogočata pridobivanje listin za tujino v roku 4 delovnih dni od oddanega naročila.

Kako telefonsko naročiti listine za tujino preko SMS sporočila?

1. Uporabnik pošlje SMS sporočilo na telefonsko številko 031 771 009.
2. Sporočilo za naročilo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja (velja v državah EU, Evropskega gospodarskega prostora, v Švici, na Hrvaškem in v Makedoniji) vsebuje ključno besedo: EUKZZ ter ZZS številko osebe (npr. SMS za osebo z ZZS številko 032822733 je: EUKZZ032822733).
3. Sporočilo za naročilo konvencijskega potrdila za Bosno in Hercegovino vsebuje ključno besedo BIH ter ZZS številko osebe (npr. SMS za osebo z ZZS številko 032822733 je: BIH032822733).
4. ZZS številka mora biti zapisana v celoti z vsemi devetimi števkami - kot na kartici (slika).
5. Naročanje listin za tujino preko mobilnih telefonov je možno iz vseh domačih mobilnih omrežij.
6. Uporabnik takoj (odvisno od mobilnega operaterja) prejme obvestilo o morebitnih napakah ali o uspešnosti naročila.
7. Na podlagi prejetega naročila ZZS izdela listino in jo po pošti pošlje zavarovani osebi.
8. Vsako poslano SMS sporočilo plača uporabnik po veljavnem ceniku svojega mobilnega operaterja. Vrnjena SMS sporočila so za uporabnika brezplačna.



Informiranje o veljavnosti zavarovanja

Zavarovane osebe so doslej zelo redko uporabljale tiste informativne funkcije samopostrežnih terminalov, ki so omogočale podrobnejši prikaz podatkov o zavarovanjih. Kljub temu ZZS že pripravlja nadomestno rešitev, ki bo zavarovanim osebam predvidoma že v letu 2010 omogočala varen dostop do podatkov o urejenosti zdravstvenega zavarovanja.

Informativne vsebine in vsebine o zdravju

Vse tovrstne vsebine so že doslej dostopne tudi na spletnih straneh ZZS.

podatkov. Različni profili pooblaščenih delavcev v zdravstvu imajo različne pravice za dostop do podatkov, tako npr. administrator v sprejemni pisarni dostopa do manjšega nabora podatkov kot zdravnik.

- Kartica zdravstvenega zavarovanja je drugi ključ za dostop do podatkov. Na to opozarja zapis na hrbtni strani kartice: »S to kartico omogočate pooblaščenim delavcem dostop do vaših osebnih podatkov«. Brez kartice je dostop mogoče le v izjemnih primerih, ko npr. kartica ne deluje ali ko gre za nujno pomoč.
- Upravljalci zbirk podatkov vodijo evidenco vseh dostopov do podatkov, kot določajo predpisi.

3. Kako deluje on-line sistem?

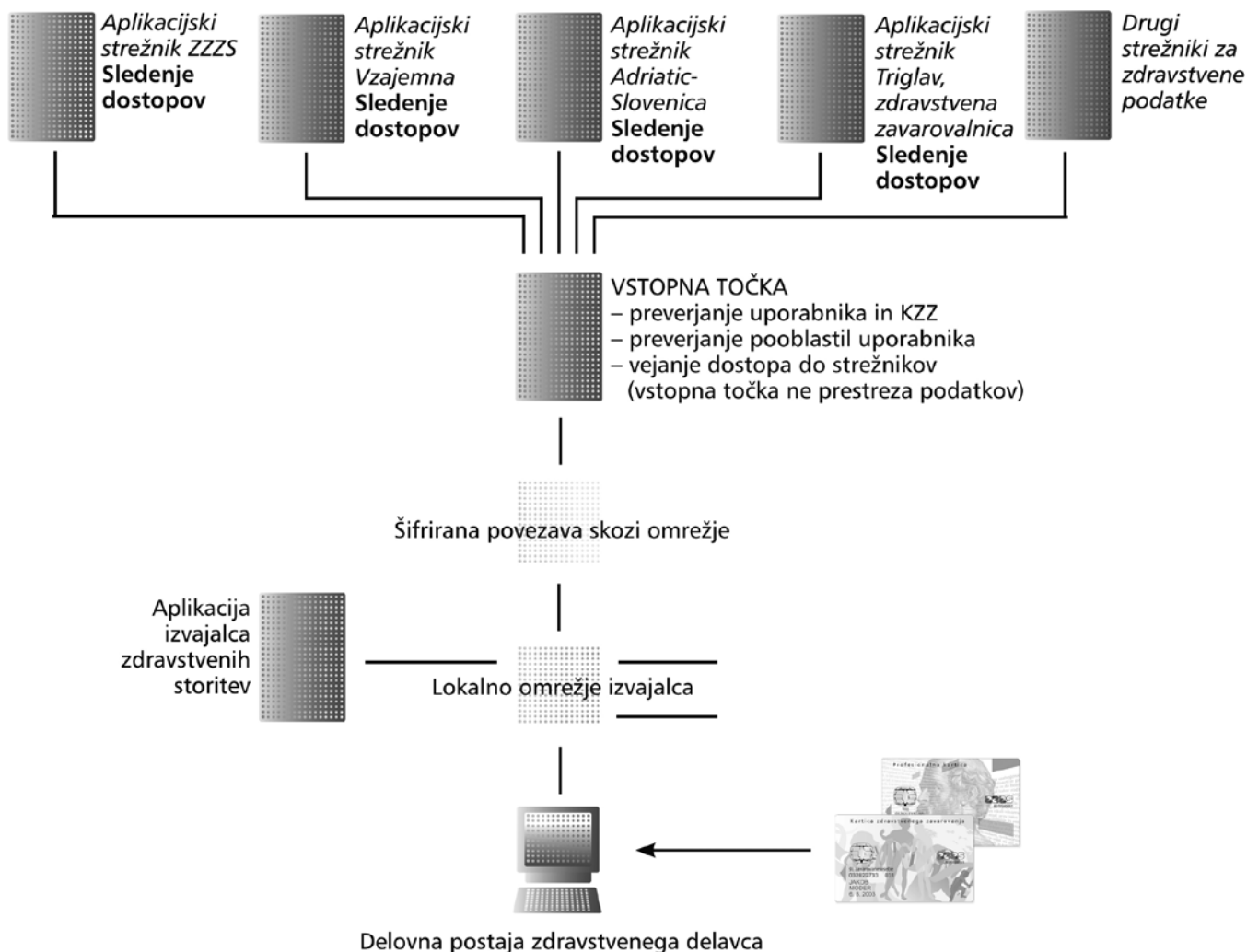
V novem sistemu izvajalci dostopajo neposredno do podatkov v zbirkah pristojnih zavarovalnic (ZZS in zavarovalnic za prostovoljna zdravstvena zavarovanja: AdriaticSlovenica; Triglav, Zdravstvena zavarovalnica; Vzajemna zdravstvena zavarovalnica). Pri tem je v največji možni meri zagotovljena varnost občutljivih osebnih podatkov:

- Dostop do podatkov o zavarovani osebi je tudi v novem sistemu mogoč izključno s profesionalno kartico, ki tako predstavlja ključ pooblaščenega zdravstvenega delavca za dostop do osebnih

4. Informacije in nasveti zavarovanim osebam

V novem sistemu neposrednega dostopa do podatkov zdravstveni delavec (medicinska sestra, zdravnik, farmacevt) dostopa neposredno do podatkov, ki jih v zvezi z zdravstvenimi zavarovanji zavarovane osebe hranijo zdravstvene zavarovalnice. Za dostop do podatkov je potrebna posameznikova kartica zdravstvenega zavarovanja, zato jo naj zavarovane osebe imajo s seboj ob vsakem obisku zdravstvenega delavca. Le na ta način bo zdravstveni delavec lahko pridobil podatke, ki so potrebni za

Slika 1: Shematski prikaz on-line sistema.



obračun opravljenih storitev zavarovalnici. V nasprotnem primeru bodo morale zavarovane osebe storitev plačati same, razen seveda v opravičljivih izjemnih primerih (ko npr. kartica ne dela ali gre za nujno medicinsko pomoč).

Prav tako je pomembno, da zavarovane osebe stalno skrbijo za urejeno obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, saj izvajalci dostopajo do točnih trenutnih podatkov – v nasprotju z dosedanjim sistemom, ko so podatki na kartici zdravstvenega zavarovanja veljali 3 mesece ali celo eno leto. Tako naj bodo posebej pozorne tiste zavarovane osebe, ki spreminjajo svojo podlago za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje zaradi sprememb v svojem statusu. To so predvsem osebe, ki se vključujejo v zavarovanje kot družinski člani (npr. šolajoča se mladina), osebe, ki se upokojujejo, osebe, ki so se prijavile na Zavodu za zaposlovanje kot brezposelni, osebe, ki se vključujejo v zavarovanje preko občine.

V prehodnem obdobju, ko območna enota Ljubljana, območna enota Maribor ter Univerzitetni klinični center Ljubljana še niso v celoti vključeni v novi sistem, morajo zavarovane osebe pred obiskom izvajalcev v teh enotah predhodno potrditi svojo kartico na samopostrežnem terminalu.

V izjemnih primerih se lahko zgodi, da sistem ne deluje (npr. tehnične težave na komunikacijah ali zalednih sistemih). Tudi v takem primeru so zavarovane osebe upravičene do zdravstvenih storitev v breme obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja. Če pri tem izvajalec ne more pridobiti zadostnih podatkov za obračun storitve prostovoljni zdravstveni zavarovalnici, morajo zavarovane osebe ta delež plačati same, njihova zavarovalnica pa jim bo nato naknadno povrnila stroške.

Za dodatno obveščanje zavarovanih oseb o novostih je ZZZS izdal tematsko zloženko ter plakat, ki ju je v večjih količinah posredoval vsem izvajalcem zdravstvenih storitev in območnim enotam ZZZS, kjer so zavarovancem tudi na voljo. Še posebej pa bo ZZZS poskrbel tudi za ustrezne pisne informacije, ki bodo zavarovanim osebam na voljo tudi neposredno ob samopostrežnih terminalih, ki bodo izklopljeni.

Anka Bolka
Damjan Kos

Tabela 1: Seznam samopostrežnih terminalov, ki bodo delovali do julija 2010.

Objekt	Naslov
Splošna bolnišnica Maribor	Ljubljanska 5, Maribor
Splošna bolnišnica Ptuj	Potrčeva 23-25, Ptuj
Zdravstveni dom Celje	Gregorčičeva 5, Celje
Zdravstveni dom Jesenice	Cesta maršala Tita 78, Jesenice
Zdravstveni dom Kočevje	Roška c. 18, Kočevje
Zdravstveni dom Koper	Dellavallejeva 3, Koper
Zdravstveni dom Kranj	Gospovetska 10, Kranj
Zdravstveni dom Krško	C. krških žrtev 56, Krško
Zdravstveni dom Murska Sobota	Grajska ulica 24, Murska Sobota
Zdravstveni dom Nova Gorica	Rejčeva ul. 4, Nova Gorica
Zdravstveni dom Novo mesto	Kandijska c. 4, Novo mesto
Zdravstveni dom Ptuj	Potrčeva 19a, Ptuj
Zdravstveni dom Ravne na Koroškem	Ob Suhi 11, Ravne na Koroškem
Zdravstveni dom Trbovlje	Rudarska c. 12, Trbovlje
Zdravstveni dom Velenje	Vodnikova 1, Velenje
ZZZS, OE Ljubljana	Miklošičeva c. 24, Ljubljana
ZZZS, OE Maribor	Sodna 15, Maribor
Onkološki Inštitut	Zaloška c. 2, Ljubljana
UKC* glavni vhod	Zaloška c. 7, Ljubljana
UKC* Urgenca	Bohoričeva ulica 4, Ljubljana
UKC* Poliklinika	Njogoševa 4, Ljubljana
UKC* Očesna klinika	Zaloška c. 29, Ljubljana
UKC* Klinika za infekcijske bolezni	Japljeva 2, Ljubljana
UKC* Ginekološka klinika	Šlajmerjeva 3a, Ljubljana
UKC* Stomatološka klinika	Hrvatski trg 6, Ljubljana
UKC* Pediatrična klinika	Vrazov trg 1, Ljubljana
UKC* Bolnica dr. Petra Držaja	Vodnikova 62, Ljubljana

*Opomba: UKC – Univerzitetni klinični center Ljubljana.

Zaradi uvedbe on-line sistema ni potrebna menjava kartice zdravstvenega zavarovanja. »Staro« kartico lahko zavarovane osebe še naprej uporabljajo tudi v novem sistemu. Zamenjava kartice je - tako kot doslej - potrebna le zaradi njene okvare, izgube in podobnih razlogov.

Nova kartica zdravstvenega zavarovanja – ključ za dostop do e-zdravja

»Oprostite, vaša kartice ni potrjena. Prosim, če stopite do samopostrežnega terminala!« Morda se vam je kdaj zgodilo, da ste prišli k zdravniku in vas je medicinska sestra prijazno napotila do samopostrežnega terminala, da jo potrdite. Sedaj vam tega kmalu več ne bo potrebno početi. V informacijskem sistemu neposrednega (on-line) dostopa do podatkov zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: on-line sistem) potrjevanje kartice zdravstvenega zavarovanja ni potrebno. Podatki se pridobijo preko on-line sistema Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). Z novo kartico zdravstvenega zavarovanja pa je ZZZS prinesel večuporabnost.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je z množičnim nakupom računalniške opreme za izvajalce zdravstvenih storitev leta 1993, ki jo je razdelil zdravstvenim izvajalcem, postavil temelje za informatizacijo v zdravstvu in leta 2000 s kartico zdravstvenega zavarovanja zagotovil prenos podatkov zavarovancev do zdravstvenega osebja. Kartica zdravstvenega zavarovanja je bila nosilec osebnih podatkov zavarovanca (podatki o zavarovanju, podatki o izbranih osebnih zdravnikih, podatki o izdanih medicinskih tehničnih pripomočkih in zdravilih ter o odločitvi o posmrtnem darovanju organov). Z njenim potrjevanjem na samopostrežnih terminalih smo zdravstvenim izvajalcem omogočili dostop do ažurnih podatkov. Podatke na kartici zdravstvenega zavarovanja berejo lahko le pooblaščenih zdravstveni izvajalci s pomočjo profesionalne kartice, brez katere podatkov s kartice zdravstvenega zavarovanja ni možno brati.

Nova kartica zdravstvenega zavarovanja

Slika 1: Izgled nove kartice zdravstvenega zavarovanja.



Z informacijskim, tehnološkim razvojem ter poslovnimi in zakonskimi razlogi se je pokazala potreba po posodobitvi sistema. V letih 2006 – 2007 je bil razvit koncept prenove sistema kartice zdravstvenega zavarovanja in potrjen s strani ključnih udeležencev slovenskega zdravstva. Sledile so priprave in razvoj. ZZZS je konec leta 2008 pričel z izdajo nove kartice zdravstvenega zavarovanja in leta 2009 pričel z nacionalno uvedbo on-line sistema. Branje podatkov, ki so bili prisotni na kartici zdravstvenega zavarovanja, se sedaj pridobijo preko on-line sistema iz zalednih sistemov z uporabo profesionalne kartice in kartice zdravstvenega zavarovanja. Kartica zdravstvenega zavarovanja v on-line sistemu je ključ do podatkov in ni več nosilec podatkov. Na novi kartici zdravstvenega zavarovanja

ključ predstavlja digitalno potrdilo, na stari pa 3-DES ključ za medsebojno overjanje s profesionalno kartico. Tako sta v on-line sistemu uporabni stara in nova kartica zdravstvenega zavarovanja, menjava starih kartic ni potrebna. Kartice se menjajo z novimi po naravni poti, takrat ko se stara kartica izgubi ali ne deluje več. Nova kartica zdravstvenega zavarovanja deluje tudi pri zdravstvenih izvajalcih, ki še niso prešli na on-line sistem. Tako za zavarovanca ob uvedbi nove kartice zdravstvenega zavarovanja ni sprememb. Z uvedbo on-line sistema potrjevanje kartice na samopostrežnem terminalu ni potrebno, saj se podatki pridobijo neposredno pri pooblaščenih zdravstvenih delavcih preko on-line sistema. Če posameznik želi predčasno zamenjati staro kartico zdravstvenega zavarovanja z novo, čeprav stara kartica še deluje, mora zanjo odšteti 3,45 evrov.

Nova kartica zdravstvenega zavarovanja in profesionalna kartica sta Java kartici

Novi kartici sta Java pametni kartici, ki zagotavljata združljivost s starim kartičnim sistemom in delovanje v on-line sistemu. Za združljivost s starim kartičnim sistemom se uporablja t.i. »kompatibilnostni aplet«, za uporabo in upravljanje digitalnih potrdil pa se uporablja t.i. »IASA aplet« (Identification Authentication Signature Encryption), s katerim se pri uporabi digitalnih potrdil na kartici lahko izvaja identifikacijo, overjanje, podpisovanje in kriptiranje. Kartica zdravstvenega zavarovanja in profesionalna kartica sta certificirani za varno elektronsko podpisovanje in imata PP SSCD (Protection Profile Secure Signature Creation Device) in EAL 4+ (Evaluation Assurance Level) certifikat.

Kartica zdravstvenega zavarovanja varen nosilec digitalnih potrdil

Kartica zdravstvenega zavarovanja ima ob izdaji dve digitalni potrdili izdani pri ZZZS-CA. ZZZS-CA je agencija za overjanje digitalnih potrdil, ki jo je ustanovil ZZZS. Ta sedaj izdaja le nekvalificirana digitalna potrdila in so namenjena za uporabo v zdravstvenem sistemu. Prvo digitalno potrdilo na kartici zdravstvenega zavarovanja je za dostop podatkov pri zdravstvenih izvajalcih z uporabo profesionalne kartice in se uporabljajo za preverjanje istovetnosti imetnikov kartice zdravstvenega zavarovanja pri dostopu do podatkov preko on-line sistema zdravstvenega zavarovanja. Zdravstveni izvajalci za vpogled zavarovalniških podatkov uporabljajo profesionalno kartico sočasno z kartico zdravstvenega zavarovanja. Velikost ključa prvega digitalnega potrdila na kartici zdravstvenega zavarovanja, ki ni varovano z geslom, je 1024 bitov. Varovanja prvega digitalnega potrdila z geslom ni, zaradi enostavnejše uporabe kartice in možnostjo dostopa do zavarovalniških podatkov le ob sočasni prisotnosti profesionalne kartice. Velikost ključa prvega digitalnega potrdila je bila izbrana zaradi hitrosti uporabe. Drugo digitalno potrdilo (ODP – osebno digitalno potrdilo) na kartici zdravstvenega zavarovanja, katerega velikost ključa je 2048 bitov, je varovano z geslom in je namenjeno za preverjanje istovetnosti imetnikov

kartice zdravstvenega zavarovanja ob prijavi v spletne aplikacije za dostop do lastnih zdravstveno zavarovalniških in medicinskih podatkov. Veljavnost obeh digitalnih potrdil je 10 let.

Kartica zdravstvenega zavarovanja omogoča hranjenje tudi drugih digitalnih potrdil

Poleg omenjenih digitalnih potrdil kartica ponuja tudi prostor za nalaganje zasebnih digitalnih potrdil, ki je varovan z enakim geslom kot ODP. Kartica omogoča uvoz, kreiranje in obnavljanje dveh digitalnih potrdil velikosti ključa 1024 bitov in dveh digitalnih potrdil velikosti ključa 2048 bitov. Kartica tako omogoča večnamenskost! Imetnik kartice si lahko uvozi eno ali več digitalnih potrdil, ki ga uporablja za elektronsko bančništvo, oddajo davčne napovedi ali morda za oddaljen dostop do lokalnega omrežja.

Nova profesionalna kartica

Slika 2: Izgled nove profesionalne kartice.



Profesionalna kartica je kartica, ki jo uporabljajo zdravstveni izvajalci za dostop do podatkov do on-line sistema. Profesionalna kartica ima digitalno potrdilo izdano pri ZZZS-CA, ki se uporablja za preverjanje istovetnosti imetnikov profesionalnih kartic ob dostopu do on-line sistema in je prisotno na vseh profesionalnih karticah. Velikost ključa tega digitalnega potrdila je 2048 bitov in ima 5 letno veljavnost. Drugo digitalno potrdilo, ki je na profesionalnih karticah zdravnikov in farmacevtov, je kvalificirano digitalno potrdilo izdano pri overitelju digitalnih potrdil Pošta®CA. To digitalno potrdilo se uporablja za podpisovanje elektronskih dokumentov (npr. elektronski recept). Velikost ključa kvalificiranega digitalnega potrdila je 2048 bitov in ima 5 letno veljavnost. Profesionalna kartica ne omogoča uvoza lastnih digitalnih potrdil, saj je namenjena izključno službeni uporabi. Ponuja pa se tudi večnamenska uporaba, saj se lahko obstoječa digitalna potrdila izdana na njej, uporabljajo tudi v druge namene znotraj zdravstvenega sistema. Tako se lahko ta digitalna potrdila uporabljajo npr. za overjanje pri uporabi aplikacij.

On-line sistem

On-line sistem zagotavlja neposreden, varen in zanesljiv dostop izvajalcev zdravstvenih storitev do podatkov, ki jih vodijo ZZZS in zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Sestavljajo ga vrsta mrežnih in strežniških komponent, ki omogočajo dostop do podatkov preko internet omrežja. Preko on-line sistema so na voljo podatki, potrebni za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja in za obračun teh storitev. Celovita vzpostavljena varnostna in komunikacijska infrastruktura je tudi

podlaga za druge povezane informacijske rešitve na področju zdravstva.

On-line sistem omogoča neposredno varno izmenjavo podatkovnih sporočil med informacijskimi sistemi. Omogoča povezavo med aplikacijo izvajalca zdravstvenih storitev in zalednimi sistemi. Izvajalci zdravstvenih storitev se v on-line sistem povežejo preko varne internetne povezave (TLS – Transport Layer Security). Vsi podatki gredo preko centralne komponente, vstopne točke, ki skrbi za istovetenje, overjanje in preverjanje pooblastil uporabnika. Vstopna točka usmerja sporočila k izbranim zalednim sistemom in je aplikacijski strežnik z uporabo programske opreme razvite v Javi. Servisi on-line sistema so spletni servisi. Sporočila med vstopno točko in uporabniki so XML (Extensible Markup Language) sporočila v SOAP (Simple Object Access Protocol) ovojnic.

Nacionalna uvedba on-line sistema se je pričela po posameznih regijah marca 2009 in bo v začetku 2010 zaključena z uvedbo on-line sistema v ljubljanski regiji. Trenutno je v sistem vključenih več kot 1500 zdravstvenih izvajalcev, ki dnevno izvede 680.015 transakcij (januar 2010).

Katere prednosti prinaša on-line način dela?

Uvedba on-line sistema dostopa do podatkov prinaša številne prednosti in izboljšave, postopek uporabe kartice pa se ne spreminja oz. se v prihodnosti celo poenostavi:

- **On-line način dela omogoča dostop do trenutno veljavnih podatkov.** Izvajalec zdravstvenih storitev je dosedaj s kartice prebral podatke, ki so bili lahko stari 3 mesece ali celo 1 leto. Po novem izvajalec zdravstvenih storitev z on-line sistemom s strežnikov ZZZS in prostovoljnih zdravstvenih zavarovalnic pridobi trenutno veljavne podatke.
- **Izvajalci zdravstvenih storitev z on-line sistemom lahko dostopajo do širšega nabora podatkov na strežnikih, kot jih je bilo do sedaj zapisanih na kartici.** Dostop do teh podatkov izvajalcem zdravstvenih storitev omogoča lažje in boljše strokovno odločanje pri obravnavi zavarovancev.
- **Postopki za zavarovance se poenostavijo,** saj potrjevanje kartice na samopostrežnih terminalih v prihodnje ni več potrebno.
- **Posodobljena je tehnologija za zagotavljanje varnosti osebnih podatkov,** vključuje sledenje vseh dostopov do osebnih podatkov.

Priložnosti za nadaljnji razvoj

Za dostop do podatkov preko on-line sistema se pri izvajalcu zdravstvenih storitev uporabljata profesionalna kartica in kartica zdravstvenega zavarovanja. Nadaljnja predvidena uporaba kartice je dostop do lastnih zavarovalniških podatkov. Imetniki nove kartice bodo imeli možnost dostopa do lastnih zavarovalniških podatkov, kar vključuje preverjanje veljavnosti zdravstvenega zavarovanja, pregled izdanih zdravil, izdanih medicinsko-tehničnih pripomočkov in kasneje tudi pregled dostopov do omenjenih podatkov. Tej vrsti uporabe predvidoma sledi uporaba kartice zdravstvenega zavarovanja pri uvedbi elektronskega recepta. Namesto recepta v papirni obliki, bo zdravnik oddal recept v elektronski obliki (digitalno podpisan), ki ga bo farmacevt v lekarni

elektronsko prebral, kar mu bo zavarovanec omogočil s svojo kartico zdravstvenega zavarovanja.

Ministrstvo za zdravje bo v okviru projekta eZdravje postavil portal zVEM (zdravstvo Vse na Enem Mestu). Portal bo ponujal zdravstvene podatke, izmenjavo zdravstvenih podatkov, konzultacije in v prihodnosti tudi osebni elektronski zdravstveni karton. Predvideno je, da se bo za dostop do osebnih podatkov, ki jih bo ponudil portal uporabljala kartica zdravstvenega zavarovanja.

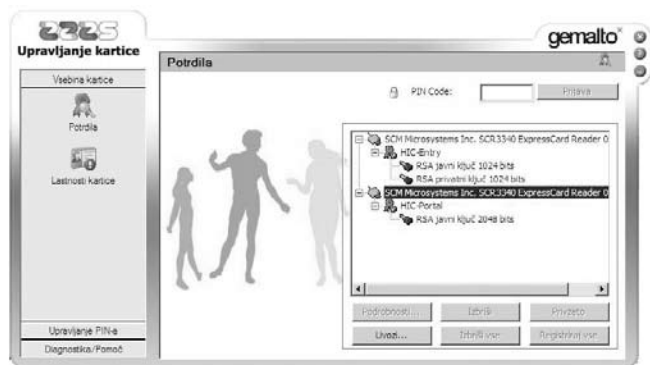
Za uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja ZZS vabi k sodelovanju na drugih področjih strokovnjake, raziskovalce k predlogom uporabe nove kartice zdravstvenega zavarovanja. Lahko, da bodo šole za dostop elektronske redovalnice pričele uporabljati digitalna potrdila, ki bodo hranjena na kartici zdravstvenega zavarovanja, ali pa bo knjižnica pričela izposojati knjige s kartico zdravstvenega zavarovanja. Z možnostjo uporabe kartice tudi za druge namene ZZS ponuja uporabnikom dodatno vrednost. Za omenjene rešitve se lahko na kartici uporabi že izdana digitalna potrdila ZZS-CA ali pa se uporabijo namenska digitalna potrdila, ki se namestijo na kartico.

Varnost pametne kartice

Pametna kartica se uveljavlja kot varen nosilec digitalnih potrdil. Prednost uporabe digitalnega potrdila na pametni kartici je večja varnost, saj zasebnega ključa digitalnega potrdila ni možno izvoziti in njegova uporaba je možna le z vnosom PINa (ODP). Zasebni ključ nikoli ne zapusti pametne kartice. Podpisovanje (uporaba zasebnega) ključa se naredi na pametni kartici. Digitalno potrdilo je tako varno tudi v primeru odtujitve računalniške opreme, saj kartico nosimo s seboj. Pri odtujitvi kartice pa za uporabo digitalnih potrdil, potrebujemo še PIN. Tako si lahko imetnik, podjetje s kartico zdravstvenega zavarovanja zagotovi varnejšo uporabo digitalnih potrdil in poveča varnost.

Kako bomo uporabljali kartico zdravstvenega zavarovanja doma?

Slika 3: Medprogramje – Pripomoček za delo s kartico.



Za uporabo kartice zdravstvenega zavarovanja je potrebna programska in strojna oprema. Programska oprema oziroma medprogramje je potrebno za delo z digitalnimi potrdili na kartici zdravstvenega zavarovanja. Za uporabo kartice je potreben tudi čitalnik kartic, da lahko dostopimo do digitalnih potrdil na kartici. Čitalnik je potrebno kupiti. Cene tovrstnih čitalnikov znašajo od 14 evrov naprej, glede na vse večjo razširjenost kartic so čitalniki pogosto že vgrajeni v računalnike.

Kaj je infrastruktura javnih ključev in ključni pojmi?

Elektronski podpis (ang. electronic signature), kot ga opredeljuje Zakon o elektronskem poslovanju in elektronskem podpisu (ZEPEP-UPB1), je niz podatkov v elektronski obliki, ki je vsebovan, dodan ali logično povezan z drugimi podatki (npr. z elektronskim dokumentom), in je namenjen preverjanju pristnosti teh podatkov in identifikaciji podpisnika.

Varen elektronski podpis (ang. advanced electronic signature) je elektronski podpis, ki zadošča dodatnim pogojem. Po ZEPEP-UPB1 gre za elektronski podpis, ki izpolnjuje naslednje zahteve:

- da je povezan izključno s podpisnikom;
- da je iz njega mogoče zanesljivo ugotoviti podpisnika;
- da je ustvarjen s sredstvi za varno elektronsko podpisovanje, ki so izključno pod podpisnikovim nadzorom;
- da je povezan s podatki, na katere se nanaša, tako da je opazna vsaka kasnejša sprememba teh podatkov ali povezave z njimi.

Prav zahteva po neokrnjenosti podatkov je ena od osrednjih lastnosti varnega elektronskega podpisa v primerjavi z lastnoročnim. Elektronski podpis, ki temelji na asimetrični (javni) kriptografiji (ang. public key cryptography), je v praksi edina tehnična rešitev, ki jo lahko danes uporabimo za varne elektronske podpise. Elektronski podpis zagotavlja torej pristnost podatkov in jih varuje pred spremembami s kriptografskimi metodami. **Kriptografija** (ali tajnopisje) je matematična veda, ki se ukvarja z zakrivanjem podatkov s pomočjo matematičnih operacij. Asimetrična kriptografija uporablja par ključev: zasebni ključ (ang. private key) je skrivni podatek, ki ga poseduje samo njegov imetnik (v primeru podpisovanja podpisnik), javni ključ (ang. public key) pa je dostopen vsem (v primeru podpisovanja vsem, ki preverjajo podpis).

Digitalno potrdilo

Javni ključ je potrebno povezati z njegovim imetnikom in ga javno objaviti. Asimetrična kriptografija v ta namen uporablja infrastrukturo javnih ključev (ang. PKI, Public Key Infrastructure). PKI s pomočjo digitalnih potrdil, ki jih izdajajo agencije za overjanje digitalnih potrdil poskrbi za povezavo javnih ključev z objekti iz realnega sveta (npr. ljudmi, strežniki, informacijskimi sistemi ipd.), razpečavo javnih ključev in vzpostavitev zaupanja v javne ključe. Potrdilo je z zasebnim ključem overitelja podpisano elektronsko potrdilo, ki jamči, da je javni ključ uporabnika, ki ga potrdilo vsebuje kot enega izmed podpisanih podatkov (poleg imena overitelja, obdobja veljavnosti potrdila, politike potrdila itd.), povezano s tem uporabnikom oz. identificira podpisnika na podlagi njegovega javnega ključa.

Kvalificirana in nekvalificirana digitalna potrdila

Nekvalificirano potrdilo je potrdilo, ki ga organizacija z njeno izdajo priznava kot zaupanja vredno potrdilo in ga uporablja v svojem okolju. Kvalificirano potrdilo je potrdilo, ki izpolnjuje posebne zakonske zahteve glede oblike in vsebine potrdila.

V skladu z ZEPEP in tudi direktivo se kvalificirana in nekvalificirana digitalna potrdila načelno razlikujejo po:

- vsebini: minimalni nabor podatkov je v primeru kvalificiranih digitalnih potrdil določen z zakonom;
- načinu izdaje: za pridobitev kvalificiranega digitalnega potrdila se zahteva osebna identifikacija osebe – bodočega imetnika takega potrdila;
- zahtevah za overitelja: overitelj, ki izdaja kvalificirana digitalna potrdila mora izpolnjevati strožje pogoje glede same infrastrukture, programske opreme, osebja itd.

Postopek digitalnega podpisovanja

Prikaz izvedbe in preverjanja elektronskega podpisa je prikazan na spodnji sliki. Izvorno sporočilo, ki se nahaja v levem delu slike, podpiše njegov pošiljatelj. Pri tem uporabi svoj zasebni ključ, ki pripada njegovemu digitalnemu potrdilu. Elektronski podpis je z zasebnim ključem šifriran izvleček (zgoščena vrednost; ang. hash) izvornega sporočila. Elektronski podpis skupaj s svojim digitalnim potrdilom in izvornim sporočilom združi v podpisano sporočilo. Na desni polovici slike prejemnik s pomočjo javnega ključa, ki ga dobi iz pošiljateljevega digitalnega potrdila, preveri veljavnost podpisa, s čimer potrdi njegovo celovitost. Iz podatkov v digitalnem potrdilu lahko identificira (istoveti) podpisnika.

Slika 4: Grafični prikaz digitalnega podpisa.

Zakonodaja

V Sloveniji ureja področje elektronskega poslovanja in elektronskega podpisa Zakon o elektronskem poslovanju in elektronskem podpisu (ZEPEP-UPB1). ZEPEP prepoveduje diskriminacijo elektronske oblike podatkov (dokumentov), omogoča enačenje veljavnosti elektronske in papirne oblike dokumentacije in opredeljuje pogoje, pod katerimi je varen elektronski podpis enakovreden lastnoročnemu.

14. člen ZEPEP:

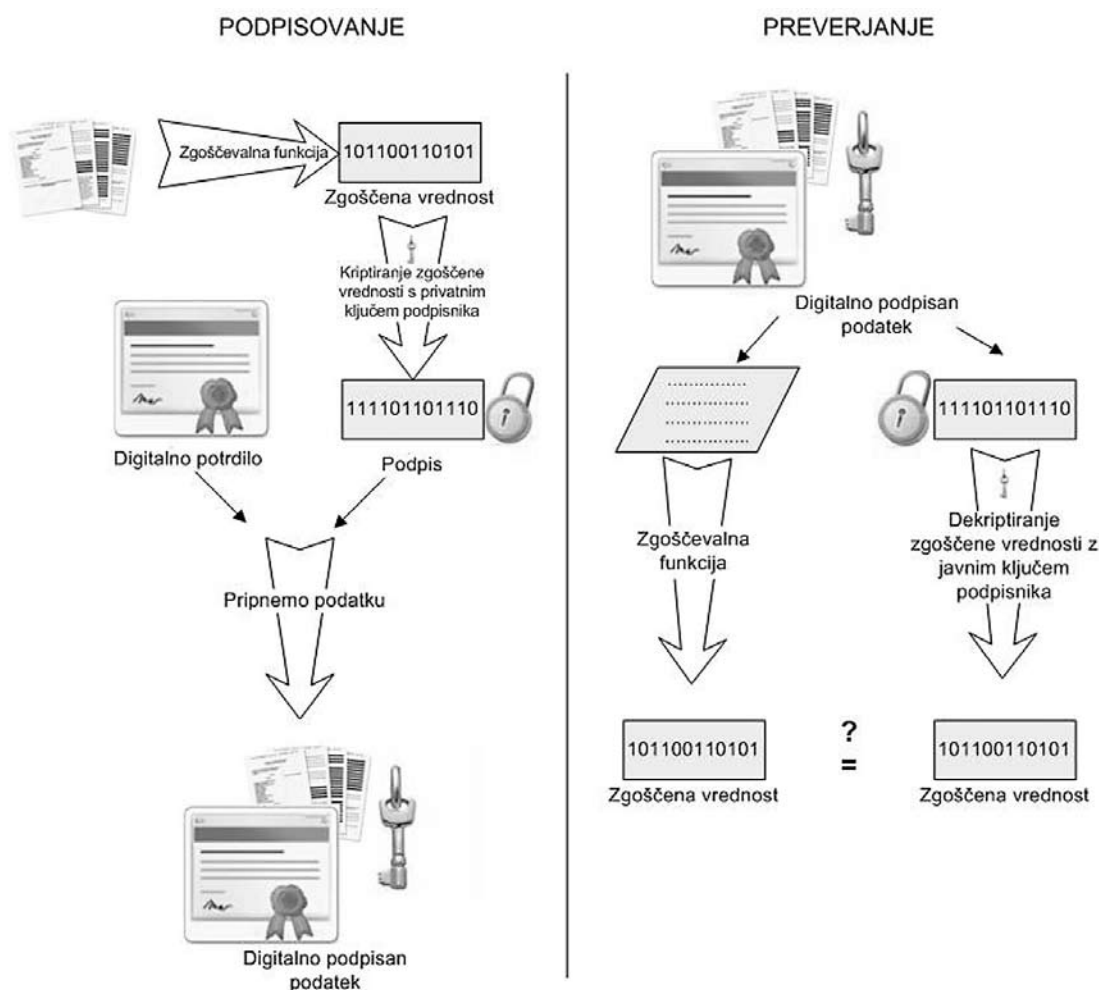
Elektronskemu podpisu se ne sme odreči veljavnosti ali dokazne vrednosti samo zaradi elektronske oblike, ali ker ne temelji na kvalificiranem potrdilu ali potrdilu akreditiranega overitelja, ali ker ni oblikovan s sredstvom za varno elektronsko podpisovanje.

15. člen ZEPEP:

Varen elektronski podpis, overjen s kvalificiranim potrdilom, je glede podatkov v elektronski obliki enakovreden lastnoročnemu podpisu ter ima zato enako veljavnost in dokazno vrednost.

Varen elektronski podpis, izdelan s kvalificiranim digitalnim potrdilom, ima enako dokazno vrednost kot lastnoročni podpis, kadar je izdelan s kvalificiranim digitalnim potrdilom. Kvalificirano digitalno potrdilo je potrdilo, ki izpolnjuje določene v zakonu opredeljene zahteve glede vsebine in overiteljske agencije, ki digitalno potrdilo izda.

Andrej Žlender



Poročilo s Kongresa o kakovosti v zdravstvenem varstvu v Berlinu z dne 26. in 27. novembra 2009

Dne 26. in 27. novembra 2009 sem se udeležil kongresa o kakovosti v sistemu zdravstvenega varstva v Berlinu. Na kongresu je bilo več kot 300 udeležencev iz bolnišnic in zdravniških organizacij Nemčije, predstavniki bolniških blagajn in deželnih ter zveznega ministrstva za zdravje, raznih raziskovalnih organizacij in inštitutov ter javnosti.

Kongres je potekal v treh plenarnih sejah, na 11 vzporednih simpozijih in v 10 učnih delavnicah. Nekatero zanimivo temo so predstavili tudi strokovnjaki iz Anglije, Nizozemske in ZDA. Kongres se je ukvarjal s teoretičnimi in praktičnimi vprašanji načrtovanja in zagotavljanja kakovosti v sistemu, njenega merjenja, primerjanja ter objavljanja. Predavatelji so ob tem vseskozi poudarjali, da uvajanje in spremljanje kakovosti ni samo sebi namen, ampak da je to nepogrešljiva sestavina sistema zdravstvenega varstva na vseh ravneh in to na področju državne zdravstvene politike, zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenih dejavnosti in pri preskrbi z zdravili ter pripomočki. Vse to je bilo še posebej poudarjeno v prispevku predstavnika zveznega ministrstva za zdravje, ki je predstavil strategijo nove koalicije in vlade Nemčije na področju kakovosti v zdravstvenem varstvu. Ta je posebej poudaril, da je je to ena od osrednjih nalog novega ministrstva in da je njen cilj preskok od E(vidence) B(ased) M(edicine) k E(vidence) B(ased) H(ealth) C(are) - torej orientacija na prakso, ki bo upoštevala strokovna in znanstvena spoznanja tudi pri vsakodnevnem delu. Na to je posebej opozoril glede na statistične podatke, po katerih je vsaka deseta obravnava pacientov v državah EU napačna oziroma neustrezna in da zaradi napak v delovanju zdravstvene dejavnosti in uporabi zdravil v Nemčiji letno zabeležijo okrog 70.000 smrti. Iz tega sledi, da je skrb za kakovost odgovornost in naloga vseh, ki so neposredno ali posredno vključeni v sistem zdravstvenega varstva. Kot glavni cilji nove vlade pri tem ostajajo večja usmeritev k preventivi in učinkovitejšemu obvladovanju kroničnih bolezni ter racionalizacija in humanizacija zdravstvene dejavnosti. Pri tem je posebej pomembno medpodročno sodelovanje vseh ravni zdravstvene dejavnosti in večja orientiranost na demografsko pogojene potrebe prebivalstva.

Na simpozijih (ki sem se jih lahko udeležil) so bili predstavljeni nekateri posebej zanimivi pristopi in projekti v posameznih okoljih. Tako je bil posebej prikazan tako imenovani model "integrirane oskrbe", namenjen boljšemu obvladovanju kroničnih degenerativnih bolezni, v katerem skupaj v timu delujejo družinski zdravniki in specialisti (sekundarna raven) in se tudi skupaj potegujejo za sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zelo podoben je "nemški" model Managed Care, ki je sicer podoben ameriškemu, a prilagojen nemškim razmeram. Tudi v tem primeru gre za klinične smernice in standardiziran pristop pri obravnavi raznih bolezenskih stanj, v katerem sodelujejo timi primarne in sekundarne ravni. Prav posebno pozornost je zbudila predstavitev strokovnjaka iz Anglije, ki je predstavil štiri letne izkušnje pri uvajanju modela plačevanja družinskih zdravnikov P4P (Pay for Performance), ki daje zelo dobre rezultate. Vse te novosti na primarni ravni so bile tem bolj zanimive, ker so jih predavatelji povezali z napovedmi o demografskih spremembah v naslednjih 30 do 50 letih. Nekateri pesimisti so

celo govorili o "ageing medicine", saj bodo potrebe in način dela zdravstvenih dejavnosti morale biti povsem drugačne, kot smo jih navajeni.

Zanimiva je bila predstavitev o vplivu DRG sistema financiranja bolnišnic na kakovost. Po štirih letih uresničevanja tega modela namreč niso zaznali posebnega vpliva tega načina financiranja na kakovost dela v bolnišnicah. Presenetljiva je bila tudi ugotovitev, da so klinične smernice koristne in uporabne pri bolnikih s posamezno kronično boleznijo, so pa neuporabne ali celo moteče pri (polimorbidnih) bolnikih, ki imajo hkrati več kroničnih bolezni. Na tem področju bo smernice še potrebno izdelati.

Tudi bolniške blagajne so eden od odgovornih nosilcev nalog na področju kakovosti. Njihov vpliv se odraža z načinom financiranja in spodbujanjem izvajalcev za bolj kakovostno delo in za doseganje ciljev ter pri izboljšanju zdravstvenega stanja prebivalstva. Na simpoziju je ob tem bilo posebej poudarjeno, da se stimulacije in motivacije za kakovost morajo oblikovati znotraj razpoložljivih sredstev s prestrukturiranjem od slabših k boljšim. Prav zanimiv je bil odgovor na vprašanje, ali naj zdravstvena dejavnost dosega boljše kakovost zaradi moralnih idealov ali zaradi materialnih spodbud. Glasil pa se je, da ne zaradi enega in ne drugega, temveč je to preprosto dolžnost in poslanstvo zdravstvenih delavcev in sestavni del njihovih delovnih obveznosti ter etike.

mag. Martin Toth

Izid nove knjige v zbirki »Knjižnica Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije«

V mesecu februarju 2010 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) izdal novo, šesto knjigo v okviru strokovne zbirke »Knjižnica ZZS«. Tokratna knjiga z naslovom »Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu« je delo dr. Marjana Česna.

Avtor je dober poznavalec javnih zdravstvenih sistemov. Z dolgoletnim opravljanjem zdravstvene dejavnosti, kasnejšimi zaposlitvami na Ministrstvu za zdravje in Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter s teoretičnim poglobljanjem (je magister ekonomskih znanosti ter doktor znanosti s področja ekonomike zdravstva) si je pridobil izjemne izkušnje in znanje na področju zgradbe in delovanja javnega zdravstva. Tokrat je pripravil priročnik za dobro sporazumevanje ključnih udeležencev pri urejanju odnosov med zdravstveno politiko, izvajalci zdravstvene dejavnosti in javnimi plačniki. V medsebojnih stikih morajo namreč udeleženci govoriti »isti jezik« ter drug drugega pravilno razumeti. Temu je namenjen tudi nov pojmovnik - lažjemu komuniciranju med menedžerji na makro in mikro ravneh zdravstvenega sistema.

Pojmovnik posega na več strokovnih področij. Pojmi so izbrani iz mnogih virov s teh področij, na katerih pa isti pojmi nimajo vselej povsem enake vsebine ali pomena. Zato je v nujnih, tudi neprijetnih izbirah med

možnostmi, vsebina pojma prilagojena odnosom v zdravstvenem sistemu. V delu so kar se da jedrnato, a jasno opisani pojmi. Dodani so tudi ustrezni izrazi v angleškem jeziku, ki je nekakšen materni jezik menedžmenta. Poleg novega znanja, ki ga prinaša, tako tudi bogati slovenski strokovni jezik, ki se pod dominacijo angleščine vse bolj umika v ozadje morda še najbolj prav na področju menedžerskih ved.

S tem svojim delom avtor prispeva k poenotenju izrazoslovja v domači strokovni literaturi ter nam nudi pomoč v razpravah s kolegi na mednarodnem področju. Pojmovnik za menedžerje v zdravstvu bo koristna opora pri delu in ustvarjanju številnim uporabnikom v sistemu zdravstvenega varstva in pomeni pomemben prispevek k strokovnemu slovstvu na tem področju.

Ugodno strokovno mnenje o knjigi sta dala dr. Janez Mayer in prim. prof. dr. Janko Kersnik.

Vabimo vas, da knjigo naročite s priloženo naročilnico, ki jo pošljete na naslov uredništva izdaj ZZS. Za dodatne informacije smo vam z veseljem na voljo v uredništvu izdaj Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, tel. št. (01) 30 77 434, e-pošta: bojana.kusar@zss.si.

Damjan Kos



NAROČILNICA

Nepreklicno naročam(o): _____ izvodov knjige dr. Marjana Česna »Kratek pojmovnik za menedžerje v zdravstvu«.
Prodajna cena za izvod je 11,92 evrov. V ceno JE všteti davek na dodano vrednost.

Ime in priimek: _____

Pravna oseba: _____

Davčna številka: _____

Naslov: _____

Poštna številka in kraj: _____

Telefon, e-pošta: _____, _____

Datum: _____

Žig, podpis odg. Osebe

MP

OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje
Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:

Samo Fakin, generalni direktor

Uredništvo:

Breda Butala, Damjan Kos (urednik), Boris
Kramberger, Sladjana Jelisavčič, Janko Štok

Tajnica uredništva:

Bojana Kušar,
tel.: (01) 30 77 434,
faks: (01) 23 12 182
e-pošta: bojana.kusar@zss.si

Prelom:

Rogač RMV, d.o.o.

Tisk:

SCHWARZ d.o.o.

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 izvode lahko pisno
naročite na naslov:
ZZS - za uredništvo,
Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana

Naklada: 3.000 izvodov,
ISSN 1318-8895, Ljubljana 2010

