

OBČASNIK

akti
&
navodila

5. 12. 2003

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK XI.

ŠTEVILKA 5/2003

Iz vsebine:

Dogovor 2003

- Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2003 1
- Aneks št. 2 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za leto 2003 12

Akti

- Poslovnik komisije za razvrščanje zdravil na liste 13

Navodila

- Navodilo o prijavljanju podatkov za izdajo profesionalne kartice. 14

Poročila

- Poročilo o aktivnostih ob uvajanju najvišjih priznanih vrednosti zdravil 19
- Poročilo o aktivnostih za skrajšanje čakalnih dob v letu 2003 20

Uradna objava

- Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 31. 5. 2003 21

Dogovor 2003

Na podlagi 28. in 29. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2003 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2003) je arbitraža, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na sejah dne 4. 7. 2003, 8. 7. 2003 in 11. 7. 2003 odločila o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

Področni dogovor za bolnišnice za pogodbeno leto 2003

I. Splošne določbe

1. člen

(1) S Področnim dogovorom za bolnišnice za pogodbeno leto 2003 (v nadaljnjem besedilu: Področni dogovor) partnerji podrobneje opredeljujejo merila in usmeritve iz Dogovora 2003.

2. člen

(1) Določila Dogovora 2003 in tega Področnega dogovora so podlaga za sklepanje pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) in bolnišnicami (v nadaljnjem besedilu: izvajalci).

II. Merila za oblikovanje in vrednotenje programov

3. člen

(1) Program specialistične ambulantne in bolnišnične dejavnosti bo usklajen z določili 3. in 25. člena Dogovora 2003. Za posameznega izvajalca pa se določi v skladu z merili iz tega Področnega dogovora.

(2) Posamezni izvajalec mora ob podpisu pogodbe predložiti načrt prestrukturiranja programa iz bolnišnične na specialistično ambulantno dejavnost, v dnevno in enodnevno bolnišnico ter načrt odpravljanja neustreznih sprejemov in skrajševanja čakalnih dob za pogodbeno leto 2003.

(3) Pri prehodu nosilca tima iz javnega zavoda v zasebno koncesijsko dejavnost se iz javnega zavoda na koncesionarja prenese program in pripadajoča ekipa v skladu s koncesijsko pogodbo in Prilogo 1 tega Področnega dogovora in obratno.

(4) Možen je prenos tistega dela programa, ki ni vezan na bolnišnično obravnavo na oddelku ob dogovoru za sodelovanje v nujni medicinski pomoči.

(5) Pri prenosu programov dejavnosti, ki se v letu 2003 ne standardizirajo, se prenaša število delavcev iz ur v sorazmerju s prenešenimi programi, z upoštevanjem storilnosti na delavca iz pogodb za leto 2002.

III. Standardizacija

4. člen

(1) Načrtovanje in financiranje programov bolnišnic temelji na programu za pogodbeno leto 2002.

5. člen

(1) Za Onkološki inštitut Ljubljana, Inštitut R Slovenije za rehabilitacijo, Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični, za bolnišnično dejavnost v Bolnišnici Sežana, za oddelk za rehabilitacijo invalidne mladine v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca in za bolnišnično dejavnost v Ortopedski bolnišnici Valdoltra v tem Področnem dogovoru niso določeni standardi. Ti izvajalci načrtujejo in vrednotijo programe v letu 2003 v skladu z Dogovorom 2003, na podlagi pogodb 2002.

(2) Po uvedbi skupin primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu SPP) za obračunavanje storitev na področju bolnišnične dejavnosti bo tudi za te izvajalce veljal novi obračunski model. Z SPP bodo obračunavali vse storitve v akutni obravnavi ločeno od dolgotrajne obravnave. Akutna obravnavna zajema tudi dnevno obravnavo.

(3) Oddelk za rehabilitacijo invalidne mladine v Splošni bolnišnici dr. Franca Derganca in izvajalci programa podaljšane bolnišnične zdravljenja bodo storitve planirali in obračunavali v bolnišnično oskrbnih dnevih (BOD).

6. člen

(1) Za dejavnost psihiatrije izvajalci načrtujejo program in ceno storitev v okviru sredstev za dejavnost psihiatrije določenih na podlagi pogodb 2002, Dogovora 2003 in tega Področnega dogovora.

(2) Za dejavnost dnevne bolnišnice v dejavnosti psihiatrije so standardizirani elementi vrednotenja programa: povprečno trajanje zdravljenja, število zaposlenih, materialni stroški, kvalifikacijski količnik, amortizacija. Ti standardi so opredeljeni v Prilogi 7.

(3) Z SPP se evidentirajo vse storitve v akutni obravnavi ločeno od dnevne bolnišnice, bolnišnične obravnave in dolgotrajne obravnave.

7. člen

(1) Če partnerji po uporabi standardov, določenih v tem Področnem dogovoru ugotovijo, da so sredstva za bolnišnice manjša od sredstev

seštevka po pogodbah 2002, korigiranih z Dogovorom 2003, se standardi materialnih stroškov in amortizacije za bolnišnično dejavnost linearno (brez bolnišnic iz petega člena tega Področnega dogovora) zvišajo za toliko, kolikor dopušča razlika v sredstvih. V primeru, da bi uporaba standardov pomenila presežek sredstev seštevka po pogodbah 2002, korigiranih z določili Dogovora 2003, pa se linearno znižajo.

8. člen

(1) Standardi, določeni v tem Področnem dogovoru, veljajo samo za pogodbeno leto 2003.

(2) Z uporabo standardov po tem Področnem dogovoru lahko izvajalec skupno izgubi največ 1% sredstev namenjenih bolnišnični dejavnosti v primerjavi s pogodbo 2002.

1. Elementi standardizacije

1.1. Specialistično ambulantna dejavnost

9. člen

(1) Za specialistično ambulantno dejavnost so v tem Področnem dogovoru določeni naslednji standardi:

- sestava ekip in njihov kvalifikacijski količnik,
- število točk, ki jih izvajalci planirajo na posamezno ekipo,
- materialni stroški in amortizacija na ekipo.

(2) Standardi za delo ambulant so navedeni v Prilogi 1.

(3) Sredstva za laboratorijske storitve, ki jih izvajalci opravljajo v okviru specialistično ambulantne dejavnosti, so všteta v kadrovske in materialne standarde posamezne ekipe. Izjema so laboratorijske storitve iz Priloge 2, ki jih izvajalci načrtujejo posebej.

(4) Glede elementov standardizacije in načina obračuna storitev v disperzerjih za ženske se upoštevajo določila Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2003.

10. člen

(1) Za nekatere diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske postopke, ki so del celovite obravnave (funkcionalna diagnostika), so v tem Področnem dogovoru določeni kalkulativni standardi le za posamezne elemente. Standardi kvalifikacijskih količnikov, letnega števila točk, materialnih stroškov in amortizacije so določeni za naslednje programe:

- psihologi, defektologi, logopedi, socialni delavci,
- materinska šola, zdravstvena vzgoja,
- androloški laboratorij, citogenetski laboratorij,
- RTG, CT, skupna UZ diagnostika,
- EEG,
- ABR, ASG, SEG,
- EKG za zunanje,
- cikloergometrija, spirometrija,
- foniatrija,
- audiometrija,
- amnioskopija,
- kardiotokografija,
- očesna diagnostika,

- očesni laser,
- fototerapija,
- fundus kamera,
- mavčarna,
- UZ,
- EMG,
- mamografija,
- nuklearna medicina,
- denzitometrija.

(2) Fizioterapijo in delovno terapijo, ki sta del celovite obravnave (funkcionalna diagnostika), izvajalci načrtujejo na podlagi dejanskega stanja kadra in v skladu s standardi iz Priloge 1 tega Področnega dogovora.

(3) Za diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske postopke, iz prvega odstavka tega člena, bodo izvajalci v letu 2003 evidenco vodili podatke o številu pregledov oz. preiskav.

1.2. Bolnišnična dejavnost

11. člen

(1) Za bolnišnično dejavnost so v tem Področnem dogovoru določeni naslednji standardi:

- preskrbljenost prebivalcev kot število bolnišničnih primerov po dejavnostih na 1000 prebivalcev ob upoštevanju Priloge 3,
- elementi za vrednotenje programa.

(2) Sredstva za izvajanje dežurne službe so vključena v ceno primera.

* Vključuje tudi enodnevno in dnevno bolnišnico in primere z enotno ceno.

2. Standardi preskrbljenosti in oblikovanja programov ter cen

2.1. Specialistična ambulantna dejavnost

12. člen

(1) Standardi iz Priloge 1 se upoštevajo za načrtovanje in vrednotenje naslednjih programov specialistično ambulantne dejavnosti:

- internistika,
- kirurgija,
- ginekologija in porodništvo,
- pediatrija,
- nevrologija,
- okulistika,
- otorinolaringologija,
- ortopedija,
- fiziatrija,
- dermatologija,
- psihiatrija.

13. člen

(1) Izvajalci načrtujejo in ovrednotijo programe za katere v Prilogi 1 niso določeni standardi po naslednjih kriterijih:

1. Izvajalci načrtujejo kader po dejanskem stanju. **Upravno**

tehnični kader izvajalci načrtujejo v obsegu 17,27% zdravstvenega kadra. Upoštevajo se naslednji kvalifikacijski količniki:

	1.1.2003	1.4.2003	1.5.2003
- splošni zdravniki in specialisti	11,751	11,751	11,946
- visoka strokovna in višja izobrazba (dipl. med. sestra in višja med. sestra)	5,552	5,552	5,603
- zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo (npr. psiholog, logoped)	7,742	7,836	7,983
- srednja izobrazba	4,415	4,415	4,429
- upravno tehnični	3,734	4,369	4,383

Kvalifikacijski količniki vključujejo vse dodatke.

2. Letna delovna obveznost tima je odvisna od števila delavcev in njihove izobrazbene strukture, pri čemer se upošteva na delavca:

	točka na leto
- zdravnik specialist	25,233
- visoka izobrazba	21,522
- višja izobrazba	16,457
- srednja izobrazba	12,726

3. Izvajalci načrtujejo materialne stroške v teh dejavnostih na osnovi plana iz pogodb za leto 2002 (cene december 2002) oz. novi izvajalci v odstotku od sredstev za bruto plače, zakonsko predpisane obveznosti, sredstev za regres, jubilejne nagrade in odpravnine.

- psihologi, defektologi, logopedi, socialni delavci,	18 %
- zdravstvena vzgoja, materinska šola	18 %
- androloški laboratorij, citogenetski laboratorij	30 %
- RTG, CT	56 %
- RTG, CT v Kliničnem centru Ljubljana in Splošni bolnišnici Maribor	141 %

4. Izvajalci načrtujejo amortizacijo v teh dejavnostih na osnovi plana iz pogodb za leto 2002 (cene december 2002) oz. novi izvajalci v odstotku od sredstev za bruto plače, zakonsko predpisane obveznosti, sredstev za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in materialne stroške skupaj:

- psihologi, defektologi, socialni delavci	3,5%
- zdravstvena vzgoja, materinska šola	3,5%
- androloški laboratorij, citogenetski laboratorij	8,0%

5. Pri RTG, CT in skupni UZ diagnostiki se amortizacija načrtuje odvisno od števila planiranih točk v celotni specialistični ambulantni dejavnosti vseh ambulant posamezne bolnišnice, brez funkcionalne diagnostike, in znaša v cenah december 2001:

- RTG	11,55 SIT na točko
- CT	8,16 SIT na točko
- skupna UZ diagnostika	4,93 SIT na točko

Izjema je Bolnišnica Sežana, ki amortizacijo načrtuje v skladu z metodologijo iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

6. Za ostale enote izvajalci načrtujejo letno na nosilca (kar ne velja za zasebnike):

	v SIT	
	materialni stroški	amortizacija
EEG	4.004.803	1.638.712
ABR, ASG, SEG	4.004.803	1.678.661
EKG za zunanje	3.207.669	839.330
cikloergometrija, piromet.	3.207.669	1.697.735
kardiološki kabinet	3.207.669	3.395.469
foniatrija	3.190.395	679.092
audiometrija	3.190.395	3.395.469
amnioskopija	3.738.917	1.050.766
kardiotokografija	4.266.250	1.405.694
očesna diagnostika	5.063.736	1.342.591
očesni laser	5.063.736	5.810.307
fototerapija	5.063.736	1.163.317
fundus kamera	5.063.736	1.773.031
mavčarna	2.645.496	314.309
UZ	3.363.126	4.323.625
skupna UZ diagnostika	3.363.126	0
EMG	7.354.275	1.258.005
mamografija	10.152.536	1.371.070
nuklearna medicina	5.857.726	3.704.895
denzitometrija	5.768.653	1.726.341

Opomba: Cene december 2002

(2) Pri enotah, ki nimajo opredeljenega nosilca dejavnosti, se za izračun materialnih stroškov in amortizacije uporabljajo teoretični nosilci. Teoretične nosilce se izračuna tako, da se dejanski kader deli z 2 (dva).

(3) Izvajalci načrtujejo materialne stroške za patohistološke in citološke preiskave v višini 10 % izračunanih materialnih stroškov za celotno specialistično ambulantno dejavnost (brez dejavnosti, ki sodijo na primarno raven in specialistično ambulantne dejavnosti psihiatrije).

14. člen

(1) Laboratorijske storitve iz Priloge 2 tega Področnega dogovora, ki jih izvajalci opravljajo v okviru specialistično ambulantne dejavnosti, izvajalci načrtujejo posebej, količinsko in vrednostno. Ta sredstva se vključijo v ceno točke ustrezne stroke specialistično ambulantne dejavnosti. V primeru, da bodo plani vseh izvajalcev presegli v ta namen določena sredstva v Dogovoru 2003 in tem Področnem dogovoru, bo Zavod sorazmerno znižal plane vsem izvajalcem.

(2) Laboratoriji bodo zaračunavali izvajalcem te storitve po cenah iz Priloge 2 tega Področnega dogovora. V Prilogi 2 je za posamezno storitev določena cena izvida.

(3) Izvajalci bodo Zavodu posebej poročali o realizaciji laboratorijskih storitev iz Priloge 2 tega Področnega dogovora. V primeru, da bo posamezni izvajalec presegel plan iz pogodbe, mu bo Zavod ob končnem letnem obračunu poravnal eno tretjino presejanja plana. Izvajalcem, ki plana ne bodo dosegli, pa bo Zavod ob končnem letnem obračunu odštel preveč planirana sredstva.

15. člen

(1) Izvajalci obračunajo storitve v točkah pri urgentni specialistični ambulantni obravnavi zavarovanih oseb takrat, ko gre za **urgentni**

- nedogovorjen sprejem in je potreben pregled oziroma intervencija. To določilo velja tudi v času dežurne službe. Pri obravnavi zavarovane osebe, ki je napotena na dogovorjen sprejem, pa so te storitve sestavni del cene primera.

16. člen

(1) Izvajalci planirajo ambulantne storitve ginekoloških dispanzerjev ločeno od storitev, ki sodijo v specialistično ambulantno dejavnost.

2.2. Bolnišnična dejavnost

17. člen

(1) Metodologija in standardi preskrbljenosti prebivalcev s programi bolnišnične dejavnosti so določeni v Prilogi 3 tega Področnega dogovora.

18. člen

(1) Načrtovanje programov, finančnih sredstev in cen storitev se opravi po naslednjem postopku:

1. plan primerov posamezne bolnišnice za pogodbeno leto 2003 se opredeli v skladu s Prilogo 3;
2. bolnišnice prve in druge skupine ovrednotijo plan primerov za leto 2003 po cenah december 2002. V primeru, da so cene primerov po dejavnostih posamezne bolnišnice pod indeksom 95, se povečajo na indeksno raven 95 glede na povprečno ceno primera v dejavnosti pripadajoče skupine bolnišnic. V primeru, da so cene primerov v dejavnostih posamezne bolnišnice nad indeksom 105, se znižajo na raven indeksa 105 glede na povprečno ceno primera v dejavnosti pripadajoče skupine bolnišnic;
3. v pogodbenem letu 2003 nobena bolnišnica ne bo »izgubila« več kot 1% sredstev za bolnišnično dejavnost glede na pogodbo 2002. V kolikor bi bolnišnica po izračunih »izgubila« več kot 1% sredstev za bolnišnično dejavnost (zaradi razlik v preskrbljenosti in razlik v cenah primerov), se razlika nameni za povečanje cen primerov v bolnišnici;
4. za bolnišnice tretje skupine (Klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica Maribor, Bolnišnica Golnik) se ovrednoti povečanje ali zmanjšanje plana primerov zaradi zmanjševanja razlik v preskrbljenosti po povprečnih cenah druge skupine bolnišnic;
5. dokončen finančni načrt posamezne bolnišnice za leto 2003 se opredeli v skladu s 3., 19. in 27. členom tega Področnega dogovora.

19. člen

(1) Plan, v nadaljevanju navedenih storitev, bo enak planu iz pogodb 2002.

	v SIT	
	cene dec. 2002	tekoče cene v SIT
1. Splav	86.255,90	91.000,00
2. Artroskopija kolena	232.227,48	245.000,00
3. Kiretaža	79.620,85	84.000,00
4. Tonsilektomija in ali adenektomija	125.118,48	132.000,00

5. Operacija sive mreže	154.123,22	162.600,00
6. Operacija kile		
– enostranska	188.625,60	199.000,00
7. Operacija kile		
– dvostranska	264.075,82	278.600,00
8. Laparoskopija		
odstranitev žolčnika	280.568,72	296.000,00

Opomba: – pri operaciji kile gre za operacijo ingvino femoralne kile,
– tekoče cene 2003 se ne revalorizirajo, razen za operacije sive mreže, kjer se uporablja standard iz Priloge 1.

(2) Morebitna privarčevana sredstva, to je razlika med ceno, po kateri je izvajalec doslej obračunal storitve navedene v prejšnjem odstavku in novo enotno ceno, bodo ostala izvajalcu, če bo predložil partnerjem načrt za njihovo uporabo, to je za odpravljanje dolgih čakalnih dob ali prestrukturiranje programa v ambulantno dejavnost. Izvajalci 1. in 2. skupine bolnišnic lahko prilagodijo tudi ceno ostalih primerov v bolnišnični dejavnosti, vendar največ do indeksa 105 glede na povprečno ceno primera 1. oziroma 2. skupine bolnišnic oziroma iz Priloge 5 tega Področnega dogovora. Izvajalci 3. skupine bolnišnic lahko lastno ceno povečajo za največ 5%. Morebitna izgubljena sredstva morajo ostati v okviru 8. člena tega Področnega dogovora.

20. člen

- (1) Število obravnav v dnevni in enodnevni bolnišnici se natančno definira v pogodbi med izvajalcem in Zavodom. Zavod dogovori enotno ceno primera za vse bolnišnice.
- (2) Uvedba dnevne in enodnevnice bolnišnice pomeni le prestrukturiranje plana dela posameznega izvajalca v okviru obstoječega finančnega načrta. V seštevku se z uvedbo dnevne in enodnevnice za posameznega izvajalca kalkulativni elementi in planirana sredstva realno ne spremenijo.

21. člen

- (1) Izvajalci si bodo prizadevali za zmanjševanje števila neustreznih sprejemov: vse obravnave v bolnišnični dejavnosti, ki ne izpolnjuje nobenega od kriterijev v Prilogi 6 in bi lahko bili učinkoviteje obravnavane v specialistični ambulanti ali izven bolnišnice.
- (2) Priloga 6 opredeljuje neustrezne sprejeme kot sestavni del sistema financiranja bolnišnične dejavnosti.
- (3) Proračun »Neustrezni sprejemi« (PNS) predstavlja 0,5 % proračuna bolnišnične dejavnosti internistike, kirurgije ali pediatrije ločeno. Izhodiščni delež neustreznih sprejemov (A) za posamezno bolnišnično dejavnost predstavlja rezultat izpeljane ankete Ministrstva za zdravje leta 2003, dejanski delež neustreznih sprejemov (B) po dejavnostih pa predstavlja rezultat nadzora do konca leta 2003. Izvajalcu ostane celoten PNS, če je: $A < 5\%$ in $B < 5\%$ ali $A > 5\%$ in $B < 2/3 A$. Izvajalec PNS prelije v ambulantno dejavnost na račun zmanjšanega bolnišničnega programa, če je $A < 5\%$ in $B > 10\%$ ali $A > 5\%$ in $B > 2/3 A$. Izvajalec PNS prelije v ambulantno dejavnost na račun zmanjšanega bolnišničnega programa polovico PNS, če je $A < 5\%$ in $5\% < B < 10\%$ ali $A > 10\%$ in $2/3 A < B < 2/3 A$.

3. Podaljšano bolnišnično zdravljenje

22. člen

(1) Na podaljšano bolnišnično zdravljenje se lahko napotijo bolniki, ki jim klinično stanje ne omogoča vključitve v obstoječe rehabilitacijske programe oz. imajo omejen rehabilitacijski potencial.

23. člen

- (1) Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja bodo izvajale v pogodbenem letu 2003 Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Bolnišnica Sežana, Splošna bolnišnica Novo mesto in Splošna bolnišnica Slovenj Gradec.
- (3) Možnosti napotitev zavarovanih oseb, po bolnišnicah, v program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja so:

	št. BOD 2003	vrednost v SIT
SPLOŠNA BOLNIŠNICA JESENICE		
Jesenice	1.352	25.372.984
Golnik	872	16.364.824
IRI	94	1.764.098
BGP Kranj	169	3.171.623
Onkološki inštitut	2.039	38.265.913
Trbovlje	712	13.362.104
Skupaj	5.238	98.301.546
BOLNIŠNICA SEŽANA		
Izola	1.674	31.415.958
Postojna	148	2.777.516
Sežana	171	3.209.157
Valdoltra	283	5.311.061
Dr. Franca Derganca	2.287	42.920.129
Klinični center Ljubljana	14.317	268.687.139
Skupaj	18.880	354.320.960
SPLOŠNA BOLNIŠNICA MURSKA SOBOTA		
Maribor	6.661	125.006.987
Murska Sobota	2.261	42.432.187
Ptuj	1.190	22.332.730
Skupaj	10.112	189.771.904
SPLOŠNA BOLNIŠNICA NOVO MESTO		
Brežice	751	14.094.017
Novo mesto	2.665	50.014.055
Celje	1.383	25.954.761
Skupaj	4.799	90.062.833
SPLOŠNA BOLNIŠNICA SLOVENJ GRADEC		
Slovenj Gradec	1.699	31.885.133
Celje	2.768	51.947.056
Topolšica	411	7.713.237
Skupaj	4.878	91.545.426
SKUPAJ SLOVENIJA	43.907	824.002.669

- (3) Zavod plača izvajalcu realiziran program v celoti, pri čemer mora izvajalec realizirati vsaj 25 % programa izven matičnega območja. To določilo ne velja za Bolnišnico Sežana. Podrobnejše kriterije partnerji opredelijo v merilih za obračun. V kolikor program v globalu v Sloveniji ni realiziran, se posameznemu izvajalcu prizna prekoračen program do 10 % oz. v okviru obstoječih sredstev.

24. člen

- (1) Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja bodo izvajalci zaračunavali Zavodu na podlagi bolnišnično oskrbnih dni (BOD) po ceni 18.767 SIT na dan v tekočih cenah za leto 2003.

25. člen

(1) Napotitev na podaljšano bolnišnično zdravljenje je možna šele potem, ko zavarovana oseba prebije v bolnišnici najmanj dvojno standardizirano ležalno dobo iz Priloge 4. V primeru, da je bila zavarovana oseba odpuščena iz bolnišnice po hospitalizaciji, ki je trajala dve standardizirani ležalni dobi, in je od tega preteklo več kot tri dni, je zavarovana oseba lahko sprejeta v podaljšano bolnišnično zdravljenje, ko ponovno prebije v bolnišnici dvojno standardizirano ležalno dobo. O sprejemu v podaljšano bolnišnično zdravljenje odločata zdravnik bolnišnice, kjer je bila zavarovana oseba na zdravljenju in zdravnik oddelka za podaljšano bolnišnično zdravljenje po predhodni predstavitvi medicinske dokumentacije zdravniku oddelka za podaljšano bolnišnično zdravljenje.

(2) Pred napotitvijo zavarovane osebe na podaljšano bolnišnično zdravljenje zdravnik preveri ali je v okviru kvote, ki je za bolnišnico določena v 23. členu tega Področnega dogovora, možna nova napotitev zavarovane osebe.

(3) Podaljšano zdravljenje nad 45 dni, ki ga odobri posebna komisija (glej 37. člen tega Področnega dogovora), bremeni kvoto BOD bolnišnice, ki je zavarovano osebo napotila na podaljšano bolnišnično zdravljenje.

(4) V primeru poslabšanja stanja zavarovane osebe mora bolnišnica takoj sprejeti zavarovano osebo, ki jo je napotila na podaljšano bolnišnično zdravljenje.

4. Povečanje obsega programa**26. člen**

(1) Povečanje obsega programa po Dogovoru 2003 se ne vključuje v presojo za možno spremembo finančnega načrta posameznega izvajalca do - 1 % glede na pogodbo 2002.

27. člen

(1) Izvajanje dodatnih programov iz 25. člena Dogovora 2003 se razporedi naslednjim izvajalcem:

1. zdravljenje raka (330,7 mio SIT): 228,6 mio SIT se nameni Onkološkemu inštitutu Ljubljana, 68,4 mio SIT Kliničnemu centru Ljubljana (43,9 mio SIT KO za gastroenterologijo, 24,5 mio SIT KO za hematologijo) in 33,7 mio SIT Splošni bolnišnici Maribor;
2. program podaljšane bolnišnične zdravljenja (115 mio SIT): sredstva se namenijo za širitev programa izvajalcem iz 23. člena;
3. program gastroenteroloških preiskav v višini 140 mio SIT se razdeli, kot sledi:
Gastro. int. klinika 24,825 mio SIT, Endoskopija Ljubljana 15,450 mio SIT, MCL-Med. center Ljubljana 23,275 mio SIT, SB Maribor 7,7 mio SIT, Abakus 9,25 mio SIT, Pintar 7,7 mio SIT, SB izola 6,050 mio SIT, SB Brežice 8,6 mio SIT. Endoskopija Kostanjevica 7,15 mio SIT, za dihalne teste se nameni 30 mio SIT (KC 10 mio SIT, Abakus 10 mio SIT in Diagnostični center Bled 10 mio SIT).
4. program CT v višini 45 mio SIT se razdeli med izvajalce, kot sledi:
23 mio SIT se razdeli med izvajalce po ključu postopne izenačitve dostopnosti do RTG in UZ preiskav do 90 %, preostalih 22 mio SIT pa po metodologiji razdelitve dodatnih sredstev za CT iz leta 2002.

5. program MR v višini 36,5 mio SIT se razdeli med izvajalce, kot sledi:

Medilab 4,056 mio SIT, Klinični center 8,110 mio SIT, Fontana 16,222 mio SIT, MDT d.o.o. 8,112 mio SIT.

6. sredstva za selektivno povečanje materialnih stroškov v specialistični bolnišnični dejavnosti (50 mio SIT): 25,6 mio SIT se nameni Očesni kliniki Ljubljana za izvajanje fotodinamičnih terapij (PDT) z uporabo zdravila »Visudyne« (80 ampul); 24,4 mio SIT se nameni Kliničnemu centru Ljubljana za izvajanje zdravljenja z zdravilom »Remicade«;
7. za selektivno povečanje materialnih stroškov v specialistično ambulantni dejavnosti se namenijo sredstva v višini 58,8 mio SIT, sredstva za zdravljenje z zdravilom Cerezyme v višini 527 mio SIT.

5. Dializna dejavnost**28. člen**

(1) Izvajalci planirajo, kalkulirajo in spremljajo ločeno posamezne vrste dializ. Spremljajo tako število dializ kot tudi število dializnih bolnikov.

(2) Kalkulacija posameznih vrst dializ je določena v Prilogi 1 tega Področnega dogovora in je podlaga za kalkulacijo te dejavnosti pri posameznem izvajalcu.

(3) Cena dialize vključuje tudi generično zdravilo Eritropoetin.

6. Dodatki k plačam, ki so izraženi v količnikih**29. člen**

(1) Dodatke k plačam, ki so izraženi v količnikih, izvajalci načrtujejo pri specialistično ambulantni dejavnosti v skladu s standardi iz Priloge 1 tega Področnega dogovora, pri bolnišnični dejavnosti pa v skladu z Dogovorom 2003.

(2) Podlaga pri posameznem izvajalcu je število zdravnikov za izračun zdravniških dodatkov iz pogodbe 2002, ki se korigira sorazmerno z odstotkom spremembe programov v letu 2003 zaradi preskrbljenosti.

III. Obračunavanje zdravstvenih storitev**30. člen**

(1) Storitve bolnišnične dejavnosti bodo izvajalci obračunavali Zavodu na podlagi cene primera, ločeno po dejavnostih, opredeljenih v Dogovoru 2003. Primer je stacionarna bolnišnična obravnava zavarovane osebe zaradi aktualnega zdravstvenega problema. Šteje se, da je primer zaključen in ga je možno obračunati v breme Zavoda, ko je doseženo takšno izboljšanje zdravstvenega stanja, da nadaljnja hospitalizacija ni več potrebna oz. je potrebna premestitev, ker so izčrpane možnosti hospitalne obravnave v določeni dejavnosti in /ali določeni ravni.



Izvajalec se obvezuje, da bo skrbel za izpolnjevanje splošnih pogojev pri uresničevanju pravic do bolnišničnega zdravstvenega varstva kot jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja ter beležil datum in uro sprejema in odpusta.

Izvajalec se obvezuje, da bo za vse zavarovane osebe beležil podatke v skladu z veljavnimi Metodološkimi navodili IVZ.

(2) Izvajalec ne more obračunati primera Zavodu, kadar je hospitalizacija zavarovane osebe prekinjena na pobudo zdravstvenega osebja, preden je bila zaključena obravnava njenega aktualnega zdravstvenega problema zaradi:

- dejavnikov tehnične narave (npr. okvara aparature pri izvajalcu),
- nepričakovane odsotnosti zdravstvenega delavca,
- vzrokov organizacijske narave (npr. neprilagojene čakalne dobe, zastoji v diagnostičnih postopkih),
- nepričakovane spremembe v fiziološkem stanju bolnika, ki narekujejo začasno prekinitev ali odložitev stacionarne hospitalne obravnave,
- kemoterapije,
- neustreznih sprejemov skladno z določili 21. člena.
- ponovnega sprejema po zaključku zdravljenja v drugi bolnišnici (zavarovana oseba je bila v drugo bolnišnico napotena po sprejemu in zdravljenju v prvi bolnišnici, v okviru enake diagnoze).

(3) V primeru vikend odpustov zavarovane osebe na predlog izvajalca, je izvajalec dolžan pokriti zavarovani osebi (in po potrebi spremljevalcu) potne stroške.

(4) Praviloma se porod obračuna kot en primer. Če je nosečnica sprejeta v bolnišnico zaradi patološke nosečnosti (nosečnica ima postavljeno diagnozo), se Zavodu obračunata dva primera, to je primer zaradi patološke nosečnosti in porod.

(5) Bolnike, ki niso odpuščeni v roku 365 dni od sprejema, izvajalci obračunajo Zavodu kot primer po preteku 365 dni.

(6) V letu 2003 se bo 10 % sredstev razdelilo po metodologiji SPP.

31. člen

(1) Izvajalci so dolžni vpisovati zavarovane osebe v knjigo čakajočih takoj ko ugotovijo potrebo po določeni storitvi, ki ni nujna in je zanjo potrebno čakati.

IV. Sklepanje pogodb in odstop od pogodbe

32. člen

(1) V skladu z Dogovorom 2003 in tem Področnim dogovorom bo Zavod predlagal izvajalcem sklenitev pogodbe.

33. člen

(1) Zavod lahko odstopi od pogodbe, če izvajalec krši obveznosti iz Dogovora 2003, Področnega dogovora, Pogodbe in Splošnih aktov Zavoda.

(2) Zavod ali izvajalec lahko odpove pogodbo, če ne bi več mogel uresničevati prevzetih obveznosti. Odpovedni rok znaša 30 dni.

(3) Do izteka odpovednega roka izvajalec opravlja program storitev v skladu s pogodbo in po cenah storitev veljavnih na dan odpovedi.

V. Reševanje sporov

34. člen

(1) Partnerji se obvezujejo, da bodo spore, ki bi nastali pri izvajanju Dogovora 2003 in tega Področnega dogovora ali sklenjenih pogodb med izvajalci in Zavodom reševali sporazumno.

35. člen

(1) Spore glede izbire izvajalcev in sklepanja pogodb razrešuje arbitražna po določilih zakona in Dogovora 2003.

VI. Prehodne in končne določbe

36. člen

(1) Uvajanje obračunskega modela na podlagi SPP bo potekalo v okviru projekta Razvoj upravljanja sistema zdravstvenega varstva (RUSZV) in s soglasjem vseh partnerjev.

37. člen

(1) Podaljšano bolnišnično zdravljenje nad 45 dni mora posebej odobriti delovna skupina pri Zavodu, zadolžena za spremljanje izvajanja podaljšanega bolnišničnega zdravljenja. V tej delovni skupini so predstavniki vseh partnerjev.

38. člen

(1) Po podpisu pogodb bo Zavod seznanil vse partnerje s podlagami, ki so osnova za načrtovanje in vrednotenje programov in s pogodbenimi cenami primera, ki jih bo dogovoril z izvajalci iz 5. člena tega Področnega dogovora.

39. člen

(1) Za zadeve, ki niso urejene s Področnim dogovorom, se uporabljajo neposredno določila Dogovora 2003.

40. člen

(1) Za razpis programov, pripravo ponudb in izbiro izvajalcev veljajo določila Dogovora 2003.

41. člen

(1) Ta Področni dogovor velja od dneva podpisa, uporablja pa se skladno z določili Dogovora 2003.

Številka: 1391/2003

Datum: 11. 7. 2003

Ministrstvo za zdravje
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



Priloga 1**Standardi za delo ambulant**

Priloga 1 je enaka Prilogi I/A Aneksa št. 1 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za leto 2003, ki je objavljena v Občasniku št. 4/2003.

Priloga 2**Seznam dragih laboratorijskih preiskav**

Šifra	PREISKAVA	Cena*
21001	S,U,L-Aminokislina - kvantitativno	17.050
21607	1,25-(OH) ² -D ₃	16.000
21740	U-Organske kisline – GCMS	23.870
22223	dU-MPSelektroforeza	34.540
26603	ANA titer - titer protiteles proti znotrajcelični antigenom	15.400
26605	ENA - protitelesa proti nekaterim specifičnim jedrnim in citoplazemskim antigenom: U1RNP,Sm,Ro,La,PCNA,SL,ScI-70,Jo-1,PM/ScI	17.709
26610	Hep-2 protitelesa proti znotrajceličnim antigenom (poz/neg., titer, tip imunofluorescence jeder, centromer-ACMA, citoplazme AMA*, gladke mišice-AsmA)	12.649
26611	aCL - Antikardiolipinska protitelesa razredov IgG in IgM	17.710
26612	AMA (PDH)* - Antimitohondrijska protitelesa (protitelesa proti piruvat-dehidrogenaznemu kompleksu)	17.711
26613	Anti-β2 GPI - protitelesa proti β2 glikoproteinu I (IgG, IgM, IgA)	25.300
26909	S-Protein IgE inhalacijski screening - MATRIX	14.080
28001	PKM-Diferenc. In ocena	22.000
28405	Določanje protiteles proti trombocitom - direktna metoda	20.086
28406	Določanje protiteles proti trombocitom - indirektna metoda	20.086
28407	Preiskava za potrditev PNH	19.602
28631	Faktor II (FII)	12.265
28632	Faktor V (FV)	12.265
28633	Faktor VII (FVII)	12.265
28636	Faktor X (FX)	12.265
28637	Faktor XI (FXI)	29.095
28638	Faktor XII (FXII)	29.095
28641	vWF-antigen, ELISA	12.650
28663	Agregacija trombocitov (AD.; Kolag., Epi, Arah. k.)	15.180
28696	Protein C	10.560
28805	Trombopoetin EIA	12.650
29037	Prikaz encimske aktivnosti oksidoreduktaz: NADPM, NADPH, SDH, LDH itd.	10.896
29524	Acetilholinski receptorji (S)	22.000
35587	Dopamin	15.000
35588	Vasopresin	10.000

* Opomba: Cena je določena za izvid.

Metodologija za izračun preskrbljenosti s programi bolnišnične dejavnosti za pogodbeno leto 2003

1.

Preskrbljenost prebivalcev, ki so zavarovane osebe (v nadaljnjem besedilu: prebivalci) s programi bolnišnične dejavnosti se ugotavlja za prebivalce na opredeljenem geografskem območju na podlagi standardov iz te priloge. Število prebivalcev se korigira z naslednjimi količniki po starostnih skupinah in po dejavnostih:

	0-18 let	19-64 let	nad 65 let
internistika	0,0154	0,6854	3,6453
kirurgija	0,6089	0,8914	1,9810
pediatrija	4,8469	0,0353	0,0000
ginekologija	0,1554	1,4222	0,3238
okulistika	0,3766	0,5061	3,9290
ORL	1,7907	0,7881	0,8521
dermatologija	0,8587	0,8411	1,8636
rehabilitacija	0,8822	0,6747	2,5405
onkologija	0,0253	1,0125	2,2400
psihiatrija	0,1107	1,2740	1,0136

Pri pediatriji se število prebivalcev korigira še z deležem otrok, pri ginekologiji pa z odstopanji v nataliteti.

2.

Preskrbljenost s programi bolnišnične dejavnosti se bo ugotavljala po strokah za prebivalce po naslednjih geografskih območjih:

Internistika (vključuje internistiko, nevrologijo in infektologijo):

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje
Koper	izpostave v OE Koper
Jesenice	Jesenice, Radovljica
Kranj	Kranj, Škofja Loka, Tržič
Posavje	izpostave v OE Krško
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Zasavja
Zasavje	Hrastnik, Zagorje, Trbovlje
Maribor	Maribor, Lenart, Slovenska Bistrica
Ptuj	Ptuj, Ormož
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto
Slovenj Gradec	Radlje, Ravne na Koroškem, Slovenj Gradec
Velenje/Mozirje	Velenje, Mozirje

Kirurgija (vključuje kirurgijo, travmatologijo, urologijo, ortopedijo), onkologija, rehabilitacija:

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje
Koper	izpostave v OE Koper
Jesenice	izpostave OE Kranj
Posavje	izpostave v OE Krško
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Zasavja
Zasavje	Hrastnik, Zagorje, Trbovlje
Maribor	Maribor, Lenart, Slovenska Bistrica
Ptuj	Ptuj, Ormož
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto
Slovenj Gradec	izpostave OE Ravne na Koroškem

Pediatrija (vključuje pediatrijo in infektologijo):

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje
Koper	Izola, Koper, Piran, Sežana

Jesenice	izpostave OE Kranj brez Škofje Loke
Posavje	izpostave v OE Krško
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Zasavja in z IlirskoBistrico, Postojna, Škofjo Loko
Zasavje	Hrastnik, Zagorje, Trbovlje
Maribor	Maribor, Lenart, Slovenska Bistrica
Ptuj	Ptuj, Ormož
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto
Slovenj Gradec	izpostave OE Ravne na Koroškem

Ginekologija in porodništvo:

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje
Koper	Izola, Koper, Piran
Postojna	Cerknica, Ilirska Bistrica, Postojna, Sežana
Jesenice	Jesenice, Radovljica
Kranj	Kranj, Škofja Loka, Tržič
Posavje	izpostave v OE Krško
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Zasavja in Cerknice
Zasavje	Hrastnik, Zagorje, Trbovlje
Maribor	Maribor, Lenart, Slovenska Bistrica
Ptuj	Ptuj, Ormož
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto
Slovenj Gradec	izpostave OE Ravne na Koroškem

Okulistika:

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje, Mozirje, Velenje, Sevnica, Hrastnik, Trbovlje
Koper	izpostave OE Koper
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Hrastnika in Trbovelj in z izpostavami OE Kranj, Zagorje
Maribor	izpostave OE Maribor, Radlje, Ravne na Koroškem, Slovenj Gradec
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto, izpostave OE Krško brez Sevnice

ORL (ORL in maksilofacialna kirurgija):

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje, Mozirje, Velenje, Sevnica, Hrastnik, Trbovlje, Zagorje
Koper	izpostave OE Koper
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Zasavja in z izpostavami OE Kranj
Maribor	izpostave OE Maribor, Radlje, Ravne na Koroškem, Slovenj Gradec
Murska Sobota	izpostave OE Murska Sobota
Nova Gorica	izpostave OE Nova Gorica
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto, izpostave OE Krško brez Sevnice

Dermatologija:

območje	izpostave
Celje	izpostave v OE Celje, Mozirje, Velenje, Sevnica, Hrastnik
Ljubljana	izpostave OE Ljubljana brez Hrastnika in z izpostavami OE Koper, OE Kranj, OE Nova Gorica
Maribor	izpostave OE Maribor, OE Murska Sobota, Radlje, Ravne na Koroškem, Slovenj Gradec
Novo mesto	izpostave OE Novo mesto, izpostave OE Krško brez Sevnice



Geografska območja so odvisna od lokacije posameznih bolnišnic oziroma oddelkov. Šteje se, da gravitira na posamezni oddelek tisto prebivalstvo, ki naravno gravitira na določeno bolnišnico in prebivalstvo iz tistih izpostav, ki v več kot 80% uporabljajo bolnišnično zdravljenje v drugih bolnišnicah izven svojega območja.

3.

Standardi preskrbljenosti prebivalcev s programi bolnišnične dejavnosti so določeni na podlagi primerov iz pogodb za leto 2002, vključno z dnevno in enodnevno bolnišnico.

Program infektologije je razdeljen na pediatrijo in internistiko na podlagi strukture iz realizacije v letu 2002.

Planski standardi preskrbljenosti prebivalcev s programi bolnišnične dejavnosti so:

Dejavnost	Primeri/1000 prebivalcev *
internistika skupaj *	42,27
kirurgija skupaj *	48,41
pediatrija skupaj *	15,00
ginekologija in porod.	33,48
ORL, maksilofac. kirurgija	5,03
okulistika	4,99
dermatologija	1,60
onkologija	3,51
rehabilitacija	0,79
psihiatrija*	5,01
SKUPAJ	160,34

*Opomba:

- internistika, nevrologija in del infektologije,
- pediatrija vključuje tudi pripadajočo infektologijo,
- kirurgija vključuje travmatologijo, urologijo in ortopedijo,
- psihiatrija vključuje tudi dnevno oskrbo in oskrbo v tuji družini
- prebivalci, kiso zavarovane osebe.

4.

Preskrbljenost območja s programi bolnišnične dejavnosti se ugotavlja na podlagi realizacije števila primerov v letu 2002, korigirane na plan iz pogodb 2002 vključno z dnevno in enodnevno bolnišnico.

Območje lahko v preskrbljenosti pri posamezni stroki odstopa v razponu 90 - 110% slovenskega povprečja. Razlike v napotovanju na rehabilitacijo (Inštitut za rehabilitacijo) in onkologijo (Onkološki inštitut) se izračunajo posebej.

Območjem, ki so v preskrbljenosti s programi bolnišnične dejavnosti nad 110% slovenskega povprečja, se program zniža, območjem, ki ne dosegajo 90% slovenskega povprečja, pa zviša. Korekcija programa za posamezno geografsko območje se opravi vsem izvajalcem sorazmerno z njihovo udeležbo pri preskrbi območja. Pri tem se upošteva omejitev, da noben izvajalec ne bo izgubil več kot 3% primerov glede na pogodbo.

Povečanje ali zmanjšanje programa onkologije in rehabilitacije se prišteje ali odšteje pri matični bolnišnici območja.

V letu 2003 se bo 10 % sredstev razdelilo po metodologiji SPP.

5.

Zvišanje ali znižanje programa se ovrednoti po ceni primera dogovorjeni v pogodbi med izvajalcem in Zavodom, razen pri Splošni bolnišnici Maribor, Kliničnem centru Ljubljana in Bolnišnici Golnik, kjer se cena primera ovrednoti po povprečni ceni primera 2. skupine bolnišnic (2. skupina bolnišnic je opredeljena v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 1999). Zvišanje ali znižanje programa zaradi razlik v napotovanju na onkologijo in rehabilitacijo pa se ovrednoti po ceni, ki je dogovorjena v pogodbi med Zavodom in Onkološkim inštitutom Ljubljana oziroma Inštitutom za rehabilitacijo.

Zneski za prestrukturiranje programov in uskladitev cen po posameznih izvajalcih.

bolnišnica	SIT
Brežice	15.822.323
Celje	-90.816.195
Izola	-17.204.752
Jesenice	-1.824.905
Golnik	10.953.475
Maribor	17.783.751
Ptuj	1.906.951
Murska Sobota	27.133.045
Novo mesto	-50.065.345
"Dr. Franca Derganca"	783.704
Slovenj Gradec	3.013.539
Topolšica	-11.915.472
Trbovlje	-15.809.058
Klinični center Ljubljana	126.538.901
Kranj	19.677
Postojna	-6.319.639
SKUPAJ	0

Priloga 4

Standardi povprečnega trajanja zdravljenja (ležalna doba)

Standardi povprečnega trajanja zdravljenja (ležalna doba) se uporabljajo za izračun evidenčnega plana števila bolnišnično oskrbnih dni v planskem letu.

Standardi povprečnega trajanja zdravljenja so:

kirurgija	7,32
internistika	9,31
pulmologija*	10,31
infektologija	6,97
nevrologija	14,95
ginekologija	4,94
pediatrija	5,23

ortopedija	10,95
okulistika	6,10
ORL, maksilofacialna kirurgija	5,68
dermatologija	9,59
onkologija	11,20
rehabilitacija	32,63
psihiatrija	47,54

* Opomba: Za tuberkulozo 24 dni.

Priloga 5

Povprečne cene primera 1. in 2. skupine bolnišnic

Povprečne cene primera 1. in 2. skupine bolnišnic (skupine bolnišnic so opredeljene v Področnem dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 1999).

Povprečne cene primera 1. skupine bolnišnic so:

	v SIT
kirurgija	321.382,82
internistika	329.829,12
pediatrija	192.049,19
ginekologija	185.434,07

Povprečne cene primera 2. skupine bolnišnic so:

	v SIT
kirurgija	333.787,27
internistika	339.433,37
pediatrija	215.535,85
ORL, maksilofacialna kirurgija	182.642,54
okulistika	190.910,94
ginekologija	178.223,02
dermatologija	262.473,88

Priloga 6

Seznam meril in opomb za opredelitev ustreznosti sprejemov

Merila	Opombe
1 Nenadna nezavest	Vključuje komo ali neodzivnost, ki predstavlja nenadno spremembo bolnikovega normalnega stanja. Vključuje izgubo zavesti zaradi poškodbe, ki je nastala v času hospitalizacije. Izključuje dezorientacijo ali zmedenost.
2 Zelo visok ali nizek srčni utrip	Frekvenca srčnega utripa pod 50/minuto ali nad 140/minuto zabeleženo vsaj dvakrat v pet minutnem razmaku.
3 Zelo visok ali nizek krvni pritisk	Sistolni krvni tlak pod 90 ali nad 200 mm Hg in diastolni krvni tlak pod 60 mmHg (7,9 kPa) ali nad 120 mmHg (15,9 kPa).
4 Nenadna izguba motorične sposobnosti pomembnejših delov telesa	Vključuje resne poškodbe (zlomljena medenica, paraliza, poškodbe cele noge ali roke, zlom vratnega dela hrbtenice s tveganjem poškodbe vratnega dela hrbtenjače, akutna disagija s tveganjem aspiracije). Izključuje izolirano poškodbo stopala ali dlani.
5 Dlje časa trajajoča povišana telesna temperatura	Štiri ali več dni prisotna povišana telesna temperatura višja od 38 °C.
6 Aktivna krvavitev	Vključuje krvavitve na katerem koli delu telesa, ki je ni mogoče oskrbeti na urgentnem oddelku. Vključuje tudi sum notranje krvavitve in nevarnost krvavitve pri motnjah hemostaze in trombocitopenijah
7 Hude spremembe v ravnovesju elektrolitov ali plinov v krvi	Meritev opravljena ob prihodu na urgentni oddelk: Natrij < 125 ali > 156 mmol/l; Kalij < 3,0 ali > 6,0 mmol/l; Bikarbonat < 20 ali > 36 mmo/l; Serumski Ca > 3 mmol/l; Plinska analiza arterijske krvi: pH < 7,3 ali > 7,45, pCO2 > 50 mmHg (6,6 kPa), pO2 < 60 mmHg (8,0 kPa).
8 Spremembe elektrokardiograma	EKG ob sprejemu nakazuje akutno ishemijo srčne mišice
9 Sum na akutno ishemijo srca	Ocena akutne ishemije srčne mišice brez prisotnosti EKG sprememb ali sprememb biokemičnih encimov.
10 Bolečina, ki pacienta onesposobi	Huda bolečina, ki nakazuje na medicinsko urgenco, ki je ni mogoče opredeliti ali primerno zdraviti na urgentnem oddelku.
11 Parenteralno zdravljenje in/ali nadomeščanje tekočin in/ali krvnih pripravkov	Vključuje i.v., i.m. i.t. in i.a. aplikacijo terapije vsaj na 12 ur. Prav tako vključuje parenteralno prehrano vsaj na 12 ur. Vključuje tudi stabilizacijo z inzulinom pri mlajših pacientih z nestabilno obliko sladkorne bolezni. Izključuje samo vdrževanje venskega kanala. Vključuje tudi aplikacijo kemoterapije.
12 Pomembni postopki v praviloma 24 urah po sprejemu	"Pomemben" pomeni potrebo po uporabi splošne ali regionalne anestezije in obravnavo v specializiranih prostorih (npr. operacijska dvorana) in za ambulantno težko dosegljive diagnostične metode
13 Potreba po bolnišnični negi, ki je dostopna le v akutni bolnišnici Potreba po bolnišnični negi, ki je dostopna le v bolnišnici	Nega, ki zahteva uporabo opreme ali pripomočkov oziroma izvedbo postopka, ki ga omogoča le zdravljenje v bolnišnici.
14 Opazovanje vitalnih funkcij vsaj na vsaki dve uri	Vključuje telesno temperaturo, srčni utrip, frekvenco dihanja, krvni tlak, nevrološko oceno po Glasgow lestvici, telemetrijo ali monitoriranje v postelji. Vključuje tudi nadzor medicinskih tehnikov po navodilih zdravnika vsaj pet krat dnevno za bolnike s komo, hudo bolečino v trebuhu ali sumom na notranjo krvavitev v anamnezi.
15 Starejši, oslabil in dispnoičen bolnik	Gre za kombinacijo oslabelosti in klinične diagnoze
16 Huda dispnoe zaradi bronhialne astme oz hudo poslabšanje dispnoe pri kroničnih pljučnih boleznih	Vključuje bolnike z astmo pri katerih se FEV1 po terapiji ne dvigne na 70% normalne vrednosti. Vključuje bolnike s KOPB in boleznimi intersticija pri katerih poslabšanje dispnoe ambulantno ni mogoče opredeliti in/ali zdraviti.
17 Nezanesljivo domače okolje, brez drugačne možnosti za oskrbo	Vključuje bojazen pred zlorabo otrok ali žensk in starejše bolnike.
18 Ostali neizogibni razlogi za sprejem	Lahko vključujejo stanja zmedenosti, ki predstavljajo možnost samopoškodbe ali škode za okolico.
19 Sum na pljučno embolijo	Klinični sum na pljučno embolijo ali pljučni infarkt brez povednih laboratorijskih izvidov.

Standard za primer dnevne bolnišnice na psihiatriji

PODLAGE		FINANČNI NAČRT		v SIT
Standard povprečne ležalne dobe v številu dni	39,4	Bruto plače	200.214	
Število delavcev iz ur	0,060979	Obveznosti	45.809	
Osnovni kvalifikacijski količnik	2,981	Skupna poraba	12.367	
Dodatki "K" na delavca	1,492	Materialni stroški	102.546	
		Amortizacija	21.551	
		SKUPAJ - CENA PRIMERA	382.487	

Drugi odstavek 6. člena se realizira tako, da se za dejavnost dnevne bolnišnice za dejavnost psihiatrije standardizirajo elementi vrednotenja programa, pri čemer se morebitne razlike v okviru posamezne bolnišnice prenesejo v hospitalne psihiatrične primere.

Na podlagi določil 30. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2003 je arbitražna, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na svoji seji dne 21. 10. 2003 odločala o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

Aneks št. 2 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za leto 2003

1. člen

Doda se nov, 13. A člen, ki glasi:

(1) Določila druge alineje 12. člena in prvega odstavka 13. člena ne veljajo za Pacient d.o.o. Ljubljana, Reševalec d.o.o. Ljubljana, Zdravstveni dom Celje in Reševalna Koroške.

(2) Partnerji se dogovorijo, da bodo navedeni izvajalci v mesecu novembru 2003 testirali nov obračunski model v dejavnosti nenujnih reševalnih prevozov. Izvajalci bodo za prevoz (tudi če bodo peljali več bolnikov sočasno) obračunali štartnino za vsakega bolnika v vrednosti 30 točk in dejansko prevožene kilometre.

(3) Cena točke oziroma kilometra je določena v Prilogi 1 tega aneksa (cena december 2002).

(4) Izvajalci se obvežejo, da bodo sočasno peljali največ 3 bolnike.

(5) Na podlagi realizacije in ugotovitev iz testnega obdobja se bo ustrezno popravilo načrtovano število točk. Nov obračunski model pa se bo uvedel pri vseh izvajalcih s 1. 1. 2004.

2. člen

Drugi stavek drugega odstavka 21.č člena se spremeni tako, da glasi:

(2) Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 2.250 opredeljenih zavarovanih oseb (2.880 količnikov), nato pa po

regresijski formuli: 90% količnikov za od 2.250 do 2.500 opredeljenih zavarovanih oseb (od 2.880 do 3.200 kolienikov), 80% količnikov za od 2.500 do 2.750 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3.200 do 3.520 količnikov) in 70% količnikov za od 2.750 do 3.000 opredeljenih zavarovanih oseb (od 3.520 do 3.840 količnikov).

3. člen

Aneks je sestavljen v štirih enakih izvodih, tako da vsak partner prejme po en izvod.

4. člen

Aneks velja, ko ga podpišejo vsi partnerji, uporablja pa se od 1. 10. 2003 dalje.

Številka: 5102-01/2003-2

Datum: 21. 10. 2003

Ministrstvo za zdravje
Zdravniška zbornica Slovenije
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije



Standard za nenujne reševalne prevoze

106 023 NENUJNI REŠEVALNI PREVOZI (kvalifikacijski količniki po stanju 1.5.2003)

	DELAVCI IZ UR	KV KOLIČ.	EED	SK TOČK
REŠEVALEC	1,00	4,339	4,34	99,460
ZDR.TEHNİK	0,30	4,444	1,33	
ADMINST.TEHNİKNI DELAVCI	0,22	4,383	0,98	
SKUPAJ	1,52	4,382	6,66	99,460
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	4.053.372			
OBVEZNOSTI	927.412			
SKUPNA PORABA	308.258			
MAT STROŠKI	1.957.921			
AMORTIZACIJA	2.622.845			
LZM				
SKUPAJ-SIT	9.869.808			
CENATÖCKE	99,23			

Akti

Poslovnik komisije za razvrščanje zdravil na liste

1. člen

Ta poslovnik določa delo komisije Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za razvrščanje zdravil na liste (v nadaljevanju: komisija). Delo komisije vodi predsednik oziroma ob njegovi odsotnosti namestnik predsednika.

2. člen

Komisija se sestaja glede na obseg dela in nujnost odločanja na rednih in izrednih sejah. Izredna seja se skliče zaradi obravnave točk dnevnega reda, ki so posledica nepričakovanih dogodkov ali potrebe po takojšnji obravnavi določenih vprašanj. Izredna seja je lahko tudi korespondenčna. Seje komisije sklicuje predsednik komisije oz. v njegovi odsotnosti namestnik predsednika. Vabilo na redno sejo komisije se članom komisije pošlje najmanj petnajst dni pred dnevom seje. Obvestilo o izredni seji se pošlje najmanj dva dni pred sejo v pisni ali elektronski obliki oz. izjemoma sporoči telefonsko. Vabilu na sejo se praviloma priloži vsa gradiva, potrebna za nemoteno delo in odločanje komisije. Gradivo se lahko pošlje vzporedno z vabilom v elektronski obliki. Gradivo za izredno sejo se pošlje sočasno z obvestilom ali izjemoma predloži članom tudi na sami seji.

Čas odziva članov komisije v korespondenčni seji določa predsednik, odvisen je od nujnosti primera in praviloma ne sme biti daljši od enega tedna.

3. člen

O delu komisije se piše zapisnik, v katerem se navede:

- člane komisije ter druge prisotne na seji;
- dnevni red seje;
- povzetek razprave;
- sprejete sklepe in odločitve komisije;
- druge podatke, pomembne za delo komisije.

Vsebina zapisnika, ki se nanaša na konkretna zdravila, je poslovna tajnost. Zapisnik podpišeta predsednik komisije in zapisnikar. Zapisnik se posreduje:

- vsem članom komisije;
- RS, Ministrstvu za zdravje,
- Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Administrativna opravila v zvezi z delom komisije opravlja oddelek za zdravila zavoda.

4. člen

Komisija je sklepčna in lahko veljavno odloča, kadar je na seji prisotna več kot polovica vseh članov komisije iz vrst strokovnjakov s področja medicine in farmacije in več kot polovica članov iz vrst strokovnjakov s sistemskimi znanji s področja zdravil.

Sklep komisije je sprejet, če zanj glasuje večina prisotnih članov iz vsakega dela komisije. V primerih odločanja na korespondenčni seji je sklep veljaven, če je sprejet z dvotretjinsko

kvalificirano večino iz vsakega dela komisije ne glede na to, če se kateri član izreče proti predlogu.

5. člen

Predsednik komisije praviloma v podporo strokovne obravnave posameznemu predlogu ali vprašanju določi člana komisije – poročevalca, ki za obravnavo na komisiji pripravi poročilo o obravnavanem vprašanju.

Predsednik lahko določi tudi poročevalca, ki ni član komisije. Poročevalec, ki ni član komisije, predhodno podpiše izjavo o varovanju tajnosti in odsotnosti konflikta interesov. Na seji komisije, na katero je povabljen, sodeluje le v točki, na katero je povabljen.

Komisija se lahko, za odločanje o posameznih strokovnih vprašanjih, posvetuje z razširjenimi strokovnimi kolegiji, s strokovnimi kolegiji klinik ali bolnišnic ter drugimi strokovnimi odbori ali priznanimi neodvisnimi strokovnjaki in pristojnim ministrstvom.

Komisija lahko po seji objavi sporočilo za javnost.

6. člen

Ta poslovnik je sprejela komisija na svoji 4. seji dne 6. 5. 2003 in začne veljati 8 dni po objavi v Modrem Občasniku.

Prof. dr. Pavel Poredoš, dr. med.
predsednik komisije

Navodila

Na podlagi 78. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 9/92, 13/92, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01, 60/02) Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur.l.RS, št. 101/99) in Pravilnika o kartici zdravstvenega zavarovanja (Ur.l.RS, št. 38/2002) izdaja generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod)

Navodilo o prijavljanju podatkov za izdajo profesionalne kartice Verzija 4.0

1. Splošna določba

1. člen

Navodilo o prijavljanju podatkov za izdajo profesionalne kartice (v nadaljevanju: Navodilo) opredeljuje imetnike profesionalne kartice in njihova pooblastila za dostop do podatkov na kartici zavarovane osebe ter določa način, obliko in vsebino prijavljanja podatkov za pridobitev profesionalne kartice.

Navodilo je sestavni del Priročnika za uporabo sistema kartice zdravstvenega zavarovanja, v katerega se vključi pod poglavje 7.2. Gradiva za prejemnike profesionalne kartice.

Navodilo je skupaj z obrazcem Prijavni list (Obr. PK-V3) dostopno na Zavodovih spletnih straneh (v Seznamu elektronskih gradiv, rubrika »Pravni akti – Navodilo«) na naslovu: www.zzs/egradiva.

2. Profesionalna kartica

2. člen

Profesionalna kartica (v nadaljevanju tudi PK) je ključ imetnika profesionalne kartice za dostop do podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju tudi KZZ) zavarovane osebe.

3. Pooblastila imetnikov profesionalne kartice

3. člen

Profesionalne kartice imajo različna pooblastila za dostop do podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja. Pooblastilo določa, do katerih podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja lahko imetnik profesionalne kartice dostopa ter vrsto razpolaganja z njimi (samo bere, bere in piše).

4. člen

Imetniki profesionalne kartice so glede na pooblastila, ki jih imajo v sistemu zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, razporejeni v dvanajst skupin. Skupine imetnikov profesionalne kartice in njihova pooblastila so prikazani v tabelah 1 in 2.

2.2. Upravičenci do profesionalne kartice

5. člen

Profesionalno kartico prejmejo osebe, ki so pri opravljanju svojega dela pooblašene za branje in pisanje podatkov na kartico zavarovane osebe:



Tabela 1. Skupine imetnikov profesionalne kartice

številka skupine	imetnik profesionalne kartice
1	referent prijavne službe ZZS
2	referent za prostovoljno zavarovanje pri zavarovalnici Vzajemna d.v.z.
3	referent za prostovoljno zavarovanje pri zavarovalnici Adriatic d.d.
4	izbrani osebni zdravnik (splošni/pediater, ginekolog, zobozdravnik)
5	zdravnik, ki ni izbrani osebni zdravnik (specialist,...)
6	zdravstveni delavec, ki sprejema paciente (medicinska sestra, administratorka,...), patronažna služba (za uporabo s prenosnimi čitalniki)
7	drugi zdravstveni delavci (fizioterapevt, psiholog, logoped, voznik reševalnega vozila,...)
8	zdravnik - bolnišnični koordinator na intenzivni terapiji, pooblaščen za odvzem organov in tkiv
9	farmacevt, ki izdaja zdravila
10	farmaceutski tehnik, ki izdaja zdravila
11	dobavitelj medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki te izdaja; optik, delavec pooblaščenega pogrebnega zavoda
14	referent za prostovoljno zavarovanje pri TRIGLAV, Zdravstveni zavarovalnici, d.d.

- zdravniki ter drugo zdravstveno osebje izvajalcev zdravstvene dejavnosti, ki so pogodbeni partnerji Zavoda,
- pooblaščen delavci Zavoda ter zavarovalnic za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki so pogodbeni partnerji Zavoda,
- delavci drugih izvajalcev zdravstvene dejavnosti.

Pravico do profesionalne kartice imajo tudi izvajalci zdravstvene dejavnosti, ki niso pogodbeni partnerji Zavoda. V tem primeru krijejo stroške izdaje po ceni, določeni v Ceniku listin Zavoda.

2.3. Postopek naročanja, javljanja sprememb in vračanja profesionalne kartice

6. člen

Zahteva za izdajo profesionalne kartice se vloži na predpisanem obrazcu »Prijavni list za profesionalno kartico (Obr. PK-V3)«, ki je kot priloga 3 Navodila objavljen s tem navodilom in je njegov sestavni del (v nadaljevanju: Prijavni list).

Prijavni list mora biti izpolnjen skladno s tem navodilom.

Oseba, pooblaščen za vložitev Prijavnega lista (v nadaljevanju: pooblaščen oseba), je:

- delodajalec osebe, za katero se zahteva izdaja profesionalne kartice
- zasebni zdravstveni delavec, če posreduje zahtevo zase.

7. člen

Pooblaščen oseba in imetnik profesionalne kartice s prejemom profesionalne kartice vstopa v sistem kartice zdravstvenega zavarovanja in s tem sprejema tudi odgovornost, ki jo v zvezi z uporabo profesionalne kartice in kartice zdravstvenega zavarovanja določa Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja.

Pooblaščen oseba je odgovorna tudi za:

- pravilne podatke na Prijavnem listu,
- vodenje evidence o prejetih profesionalnih karticah,
- javljanje sprememb podatkov o imetniku profesionalne kartice (ime in priimek, naslov, podatki o pravni osebi,...),
- preklic profesionalne kartice oziroma javljanje podatkov o prenehanju veljavnosti (prenehanje delovnega razmerja za pooblastila 4, 5 in 9; izgubljena; ukradena),
- vračilo profesionalne kartice v primeru spremembe vidnih podatkov, spremembe pooblastil; blokirane ali uničene kartice; prenehanja delovnega razmerja; upokojitve; smrti; odselitvi iz države; prerazporeditve na delovno mesto, kjer se kartica ne uporablja.

8. člen

Pooblaščen oseba mora po izdaji profesionalne kartice v 8 dneh od nastanka okoliščin sporočiti Zavodu spremembe podatkov o imetniku profesionalne kartice, o preklicu, odjavi profesionalne kartice oziroma podatkov o prenehanju veljavnosti profesionalne kartice. V enakem roku mora pooblaščen oseba vrniti profesionalno kartico Zavodu.

Imetniki PK, razen imetnikov PK s pooblastili 4 (izbrani osebni zdravnik), 5 (drugi zdravnik, zdravnik specialist) in 9 (farmacevt), morajo ob spremembi zaposlitve vrniti kartico pooblaščenim osebam, ta pa jo vrne Zavodu.

Imetniki PK s pooblastili 4 (izbrani osebni zdravnik), 5 (drugi zdravnik, zdravnik specialist) in 9 (farmacevt) smejo z isto PK opravljati delo pri različnih pooblaščenih osebah, zato jim ob spremembi zaposlitve ni potrebno vračati profesionalne kartice in naročati nove. V takih primerih pooblaščen oseba, ki je vložila

Tabela 2. Pregled skupin imetnikov profesionalne kartice po vsebini pristopne pravice (pooblastila)

skupina imetnika PK	identifikacija zavarovane osebe	zavezanec za prispevek	obvezno zavarovanje	prostovoljno zavarovanje pri Vzajemni	TRIGLAV, Zdravstv. z.	izbrani osebni zdravnik	daro-valec organov	medicinsko-tehnični pripomočki
1	BP	BP	BP	–	–	BP	–	BP
2	B	–	B	BP	–	–	–	–
3	B	–	B	–	BP	–	–	–
4	B	B	B	B	B	BP	–	BP
5	B	B	B	B	B	B	–	BP
6	B	B	B	B	B	B	–	BP
7	B	B	B	B	B	B	–	–
9	B	B	B	B	B	B	–	BP
10	B	B	B	B	B	–	–	BP
11	B	B	B	B	B	–	–	BP
14	B	–	B	–	BP	–	–	–

B bere

BP bere in piše

– nima pristopa do podatkov



prijavo za pridobitev PK, javi Zavodu spremembo podatkov na Prijavnem listu. Pooblaščen oseba, pri kateri se je imetnik take PK zaposlil na novo, pa javi spremembo podatkov o pooblaščen osebni na Prijavnem listu in tako prevzame odgovornost za prevzeto kartico.

2.4. Rezervna kartica

9. člen

Za primere, ko se PK okvarijo, izgubijo, so blokirane ipd., pooblaščen oseba vnaprej uveljavi izdajo rezervnih kartic.

Število rezervnih kartic je odvisno od števila imetnikov PK pri pooblaščen osebni, števila lokacij in števila različnih pooblastil (od 1 do 5 kartic za vsako pooblaščen osebo).

Rezervne kartice in njihove PIN kode mora pooblaščen oseba shraniti na varnem mestu in poskrbeti, da je njihova uporaba dokumentirana.

3. Vsebina in način izpolnjevanja "Prijavnega lista" (obrazec PK-V3)

3.1. Splošno

10. člen

Prijavni list izpolni pooblaščen oseba v dveh izvodih, od katerih original pošlje na naslov: ZZZS, Služba za poslovanje s kartico, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana, kopijo pa zadrži za lastno evidenco.

Prijavni list (Obr. PK-V3) je dosegljiv v elektronski obliki na Zavodovih spletnih straneh, pooblaščen osebo pa ga lahko naročijo tudi v Zavodovi Službi za poslovanje s kartico po telefonu 01 30 77 466 vsak delovni dan med 7. in 17. uro.

Imetnik bo prejel profesionalno kartico na naslov pooblaščen osebo praviloma v roku 14 dni od prejema pravilno izpolnjenega Prijavnega lista, PIN kodo pa praviloma dva dni kasneje na naslov, naveden na Prijavnem listu.

3.2. Način izpolnjevanja obrazca

11. člen

Podatki na Prijavnem listu so združeni v pet vsebinskih sklopov, ki se izpolnjujejo na naslednji način:

SKLOP»1. Pooblaščen oseba«

Vpisujejo se podatki o pooblaščen osebni, ki je odgovorna za kadrovske zadeve. Primer: če bodoči imetnik profesionalne kartice dela v zdravstveni postaji Senovo, ki je enota zdravstvenega doma Krško, se kot podatke o pooblaščen osebni vpišejo podatki zdravstvenega doma Krško.

– NAZIV IN NASLOV IZVAJALCA

Vpiše se naziv in naslov pooblaščen osebo - izvajalca, kot je zaveden v Bazi izvajalcev (v nadaljevanju BPI) pri Inštitutu za varovanje zdravja oziroma v pristojnem registru.

– ZZZS ŠTEVILKA IZVAJALCA

Vpiše se številka, pod katero je pooblaščen oseba - izvajalec zaveden pri ZZZS.

– IVZ ŠTEVILKA IZVAJALCA

Vpiše se 5 mestna številka iz BPI. Če pooblaščen oseba - izvajalec ne opravlja zdravstvene dejavnosti (ZZZS, zavarovalnica za prostovoljno zavarovanje, dobavitelj medicinsko-tehničnih pripomočkov, ...), ostane to polje prazno.

SKLOP»2. Vrsta prijave«

Z znakom "X" se označi ustrezno okence glede na razlog vložitve Prijavnega lista. Pri tem velja:

– okence 1 "Prijava za izdajo kartice" se označi za osebo, ki nima profesionalne kartice (npr. nova zaposlitev).

– okence 2 "Sprememba podatkov" se označi, kadar pooblaščen oseba javlja spremembo že prijavljenih podatkov. Ob javljanju spremembe vidnih podatkov zapisanih na plastiki kartice (npr. priimek ali ime imetnika) ali spremembe pooblastila (npr. iz skupine 4 v skupino 5) je treba obvezno priložiti prejšnjo kartico, ker bo imetniku izdana nova. Za imetnike PK s pooblastilom 4 (izbrani osebni zdravnik), 5 (drugi zdravnik, zdravnik special-ist) ali 9 (farmacevt), ki so se zaposlili pri drugi pooblaščen osebni in bodo pri svojem delu še naprej uporabljali kartico z enakimi pooblastili, sta spremembo dolžni sporočiti obe pooblaščen osebni, prejšnja in nova.

– okence 3 "Odjava/vračilo kartice" se označi:

– če se je imetnik profesionalne kartice upokojil, je umrl, se je odselil iz države,

– je imetnik znotraj organizacije razporejen na delovno mesto, na katerem ne uporablja PK,

– je imetniku prenehalo delovno razmerje in nima PK s pooblastilom 4, 5 ali 9.

V teh primerih je treba profesionalno kartico vrniti Zavodu.

– okence 4 "Prenehanje stare in zahteva za izdajo nove zaradi:" se označi, kadar se za prejemnika zahteva izdaja nove profesionalne kartice, ker je prejšnja uničena, okvarjena, izgubljena, ukradena, blokirana zaradi uporabe napačnega gesla (PIN) ali je izgubljeno geslo. Tedaj se z "X" označi tudi okence pred ustreznim razlogom za preklic kartice. Uničeno, blokirano, okvarjeno kartico in kartico brez gesla je potrebno ob prijavi vrniti Zavodu.

SKLOP»3. Prejemnik profesionalne kartice«

– PRIIMEK, IME

Čitljivo se vpiše priimek in ime prejemnika profesionalne kartice. Za rezervno kartico se v polje Priimek vpiše »Rezervna PK« in zaporedna številka rezervne kartice pri pooblaščen osebni (1 do 5), v polje Ime pa ime pooblaščen osebo (npr. Bolnišnica Maribor).

– ZZZS ŠT. / EMŠO PREJEMNIKA

Vpiše se 9 mestna ZZZS številka prejemnika (izjemoma EMŠO). V primeru rezervne kartice je polje prazno.

– IVZ ŠTEVILKA ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

Vpiše se 5 mestna številka iz BPI. Podatek se vpiše pri zdravnikih in farmacevtih (pooblastilo 4, 5 ali 9), sicer se ne vpiše. V primeru rezervne kartice je polje prazno.

– NASLOV ZA POŠILJANJE GESLA (PIN)

Vpiše se naslov (ulica in hišna številka, številka pošte in ime pošte), na katerega bo poslano pripadajoče osebno geslo (PIN). Pri imetnikih, ki nimajo naslova v R Sloveniji (dnevni migranti),

se napiše naslov njihove zaposlitve. Za rezervno kartico se vpiše naslov izvajalca - pooblaščen osebe.

– **NAZIV IN ŠIFRA POKLICA**

Vpiše se ustrezno besedilo in šifro iz "Šifranta poklicnih skupin zdravstvenih delavcev", ki je priloga tega navodila (Priloga 1). V primeru spremembe podatkov zaradi prenosa kartice s pooblastilom 4, 5 ali 9 k drugi pooblaščen osebi prejšnja pooblaščen oseba vpiše v polje naziv poklica »Prenehalo delovno razmerje«, šifra ostane prazna; nova pooblaščen oseba pa vpiše dejanski naziv in šifro poklica.

Za rezervno kartico je polje Naziv poklica prazno, v polje Šifra poklica pa se vpiše šifra 90.

– **NAZIV IN ŠIFRA SPECIALNOSTI**

Vpiše se ustrezno besedilo in šifro iz "Šifranta specializacij", ki je priloga tega navodila (Priloga 2). Če prejemnik profesionalne kartice ni zdravnik ali farmacevt, se podatka ne vpisuje. Če se podatek o specializaciji spremeni, je potrebno profesionalno kartico zamenjati.

Za rezervno kartico sta polji prazni.

SKLOP»4. Pooblastilo«

Z znakom "X" se označi okence, ki za prejemnika opredeljuje vrsto in obseg pooblastila za dostop do podatkov na kartici zdravstvenega zavarovanja. Če zdravnik nastopa v dveh vlogah z različnimi pristopnimi pravicami, npr. kot izbrani osebni zdravnik - skupina 4 in specialist - skupina 5, se zanj označi okence za višjo stopnjo pooblastil, v konkretnem primeru je to skupina 4.

Za rezervno kartico se označi najvišje pooblastilo (to je pooblastilo, ki omogoča pristop do največ podatkov na kartici zavarovane osebe), ki ga potrebujejo imetniki profesionalnih kartic pri izvajanju.

Na obrazcu ob posameznem pooblastilu niso vpisani vsi možni poklici oz. imetniki kartice, zato so natančnejša pojasnila navedena v točki 2 tega navodila.

SKLOP»5. Drugo«

– **KRAJ, DATUM, ŽIG, PODPIS**

Vpiše se kraj in datum izpolnitve obrazca, odtisne žig pooblaščen osebe, pooblaščen delavec pa se lastnoročno podpiše.

– **DATUM PREJEMA IN ŽIG PREJEMNIKA**

Ta del izpolni ZZZS ob prejemu obrazca.

4. Prehodne in končne določbe

12. člen

Za razlago določil teh navodil je pristojen generalni direktor Zavoda.

13. člen

Z dnem uveljavitve tega Navodila preneha veljati Navodilo o prijavljanju podatkov za izdajo profesionalne kartice, verzija 3.0, z dne 5. 11. 2001.

14. člen

Z dnem uveljavitve tega Navodila se uporablja obrazec Prijavni list (Obr. PK-V3).

Obstoječ veljavni obrazec Prijavni list (Obr. PK-V2) se lahko uporablja do 1. 3. 2004.

15. člen

To Navodilo začne veljati po objavi v Modrem Občasniku Zavoda in se uporablja od 15. 12. 2003.

Številka: 1820-1/2003-DI

Datum: 26. 11. 2003

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Borut Miklavčič

Priloga 1

Šifrant poklicnih skupin zdravstvenih delavcev

1 Zdravnik	16 Višji zobni tehnik	32 Fizik
2 Zobozdravnik	17 Višji laboratorijski tehnik	33 Prof. zdravstvene vzgoje
3 Farmacevt	18 Diplomirani organizator dela v zdravstvu	34 Dipl. fizioterapevt
4 Diplomirana medicinska sestra / zdravstvenik	19 Organizator dela (ostale smeri)	35 Dipl. inž. radiologije
5 Diplomirani sanitarni inženir	20 Defektolog	36 Dipl. delovni terapevt
6 Višja medicinska sestra	21 Logoped	37 Ortotik / protetik
7 Inženir farmacije	22 Veterinar	38 Dipl. inž. laboratorijske biomedicine
8 Fizioterapevt	23 Ekonomist	40 Živilski tehnolog
9 Inženir radiologije	24 Pravnk	50 Medicinska sestra / zdr. tehnik
10 Delovni terapevt	25 Profesor	51 Laboratorijski tehnik
11 Sanitarni inženir	26 Socialni delavec	52 Zobotehnik
12 Dentist	27 Psiholog	53 Farmaceutski tehnik
13 Inženir medicinske biokemije	28 Biolog	54 Dietni tehnik
14 Inženir zobne protetike	29 Inženir elektrotehnike	55 Babica
15 Inženir ortotike in protetike	30 Matematik	60 Bolničar
	31 Kemijski tehnolog	90 Ostalo




Priloga 2

Priloga 3


Šifrant specializacij

1	Interna medicina
3	Infektologija
4	Pedriatrija
5	Nevrologija
6	Psihatrija
7	Dermatovenerologija
8	Splošna kirurgija
9	Ortopedija
10	Ginekologija in porodništvo
11	ORL
12	Oftamologija
13	Anesteziologija in reanimatologija
14	Transfuziologija
15	Fizikalna medicina in rehabilitacija
16	Radiologija (Rentgenologija)
17	Onkologija in radioterapija
18	Nuklearna medicina
19	Patološka morfologija
20	Sodna medicina
21	Medicinska mikrobiologija
22	Epidemiologija
23	Higiena
24	Medicina dela, prometa in športa
25	Šolska medicina
26	Splošna medicina
27	Soc. medicina z org. zdrav.
28	Medicinska biokemija
30	Družinska medicina
35	Urologija
36	Nevrokirurgija
40	Anatomija
41	Biokemija
42	Citologija
43	Fiziologija
44	Histologija
45	Patofiziologija
49	Splošna stomatologija
50	Čeljustna ortopedija (Ortodontija)
51	Otroško in preventivno zobozdravstvo
52	Stomatološka protetika
53	Oralna kirurgija
54	Zobne in ustne bolezni
55	Maksilofacialna kirurgija
60	Nevropsihatrija
61	Toksikološka kemija
62	Sanitarna kemija
63	Preizkušanje zdravil
64	Preizkušanje zelišč
65	Oblikovanje zdravil
66	Klinična farmacija
67	Farmaceutvska informatika
68	Medicinska farmakologija
79	Klinična biologija
80	Klinična psihologija

Vzorec prijavnega lista



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije



Kartica
zdravstvenega
zavarovanja

Prijavni list za profesionalno kartico

1. Pooblaščen oseba Za vnos podatkov kliknite na svo polje. Podatke o naslovu in pošti ločite z vejico.

Naziv izvajalca: _____

Naslov izvajalca: _____

ZZZS št. izvajalca: _____ IVZ št. izvajalca: _____

2. Vrsta prijave Kvadrantek izberete tako, da z miško kliknete nanj.

1. <input type="checkbox"/> Prijava za izdajo kartice 2. <input type="checkbox"/> Sprememba podatkov 3. <input type="checkbox"/> Odjava / vračilo kartice	4. <input type="checkbox"/> Prenehanje stare kartice in zahteva za izdajo nove zaradi: <input type="checkbox"/> uničenja <input type="checkbox"/> tatvine <input type="checkbox"/> blokirane kartice <input type="checkbox"/> okvare <input type="checkbox"/> izgube <input type="checkbox"/> izgube PIN
---	--

3. Prejemnik profesionalne kartice

Primek: _____ ZZZS št. / EMŠO prejemnika: _____

Ime: _____ IVZ št. zdr. delavca: _____

Naslov za pošiljanje gesla (PIN): _____

Naziv poklica: _____ Šifra poklica: _____

Naziv specialnosti: _____ Šifra specialnosti: _____

4. Pooblastilo

<input type="checkbox"/> 1 referent prijavne službe ZZZS <input type="checkbox"/> 2 referent PZZ - Vzajemna <input type="checkbox"/> 3 referent PZZ - Adriatic <input type="checkbox"/> 4 izbrani osebni zdravnik <input type="checkbox"/> 5 drugi zdravnik <input type="checkbox"/> 6 med.sestra / administratorica / med.tehnik / patronažna služba	<input type="checkbox"/> 7 fizioterapevt / logoped / psiholog / voznik reševalnega vozila <input type="checkbox"/> 8 zdravnik – bolnišnični koordinator <input type="checkbox"/> 9 farmacevt <input type="checkbox"/> 10 farmacevtski tehnik <input type="checkbox"/> 11 dobavitelj tehničnih pripomočkov / optik / delavec pogrebnega zavoda <input type="checkbox"/> 14 referent PZZ – Triglav
--	---

Kraj, datum: _____ Datum prejema: _____

Žig in podpis pooblaščen osebe: _____ Žig prejemnika: _____

Obrзец PK-V3
november 2003

Poročila

Poročilo o aktivnostih ob uvajanju najvišjih priznanih vrednosti zdravil

1. novembra 2003 so bile uvedene skupine medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, ki jo krije zdravstveno zavarovanje. Uvedenih je 26 skupin medsebojno zamenljivih zdravil, ki vsebujejo 64 lastniških imen zdravil oziroma 148 zdravil v različnih odmerkih in pakiranjih. V skupine medsebojno zamenljivih zdravil je tako uvrščenih 12% vseh zdravil, ki se predpisujejo v breme zdravstvenega zavarovanja. Gre za nekatera zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja, sladkorne bolezni, bolezni prebavnega trakta, protimikrobna zdravila, zdravila za živčevje, za kožne bolezni in alergije ter za kontracepcijo. Zdravila, ki jih ni na seznamu medsebojno zamenljivih zdravil, se predpisujejo na enak način kot do sedaj (brez zamenjave zdravila, brez doplačil).

Nacionalna koordinacijska skupina za uvedbo sistema – sestavljajo jo predstavniki Ministrstva za zdravje, Urada RS za zdravila, ZZS, Zdravniške zbornice Slovenije in Lekarniške zbornice Slovenije – pozorno spremlja uvajanje in izvajanje novosti. Izvajanje novosti poteka brez motenj, kar je brez dvoma tudi posledica dobro organizirane javne razprave, v okviru katere so zdravstveni delavci podali več konstruktivnih predlogov in pobud za učinkovito izvajanje novosti.

24. oktobra 2003 se je tako zaključilo še zadnje regijsko posvetovanje v sklopu več tedenske javne razprave. Na 12 regijskih posvetovanj so bili vabljeni zdravniki in farmacevti iz vseh slovenskih regij. V javni razpravi so udeleženci načeloma podprli sistemske spremembe kot enega od možnih in v državah Evropske unije dobro poznanih načinov za obvladovanje izdatkov za zdravila ob tem pa podali tudi številne predloge in pobude, s katerimi bi zlasti zagotovili čim bolj učinkovito izvajanje sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo.

Nekatere pobude na področju informiranja zavarovanih oseb in zdravstvenih delavcev so bile že uresničene, saj je bila izdana informativna zloženka, plakat in bilten Recept. V javni razpravi je bila še posebej poudarjena potreba po boljši komunikaciji med zdravnikom in farmacevtom glede dejansko izdanih zdravil. Zato je bila informativni zloženki priložena tudi preglednica "Moj seznam zdravil", ki bolnikom služi za vodenje bolj natančne evidence o vseh zdravilih, ki jih jemljejo, obenem pa so ti podatki na voljo tako zdravniku kot tudi farmacevtu. S tem bo možnost, da bi bolnik prejel dve zdravili z različnimi zaščitenimi imeni a z isto zdravilno učinkovino, bistveno manjša. Za izboljšanje komunikacije med zdravnikom in farmacevtom je bila na regijskih

posvetovanjih oblikovana tudi enotna pobuda, da Zavod omogoči elektronski zapis izdanih zdravil na kartico zdravstvenega zavarovanja, čemur naj bi postopno sledila tudi uvedba elektronskega recepta. Na ta način bo predvidoma v obdobju enega leta že zagotovljena ustrezna informacijska podpora, ki bo zagotavljala ne le učinkovito podporo aktualnim sistemskim novostim, temveč bo omogočala tudi kakovostno komunikacijo med osebnim zdravnikom, zdravnikom specialistom in farmacevtom v smislu pregleda nad vsemi zdravili, ki jih jemlje bolnik, in posledično kakovostnemu zdravljenju z zdravili na sploh.

Prav tako je pomembno tudi informiranje zlasti zdravnikov o novih cenah zdravil, saj se le-te prosto spreminjajo, medtem ko se bo najvišja priznana vrednost zdravil spreminjala predvidoma dvakrat letno po predhodni objavi v Uradnem listu RS. Za sprotno obveščanje o najnovejših cenah zdravil in posledično o najnovejšem potrebnem doplačilu razlike med dražjim zdravilom in najvišjo priznano vrednostjo pa bo Zavod izdajal tudi elektronski seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, in sicer na spletni strani www.zzs.si/egradiva v okviru vrste gradiv "Cenik in lista zdravil". Ker so potrebna doplačila zelo pomembna informacija za zavarovane osebe, želimo, da bi to informacijo posredoval zavarovani osebi že dobro informirani zdravnik, v vsakem primeru pa bo zavarovani osebi informacija o potrebnem doplačilu dostopna tudi preko interneta in v lekarni. Lekarne so o cenah zdravil obveščene s strani veleprodaj, pri katerih nabavljajo zdravila, zato informiranje lekarn o cenah zdravil ni tako zelo nujno, kot to velja za zdravnike in zavarovane osebe.

V javni razpravi so udeleženci regijskih posvetovanj izpostavili tudi nekatere druge pobude, kot je na primer pobuda za uvedbo stimulacij zdravstvenih delavcev zaradi doseženih prihrankov, in sicer v obliki izobraževanj, dodatne opreme ali dodatnega kadra, priprava računalniškega programa za strokovno pomoč pri predpisovanju zdravil in drugo. Kar nekaj nejevolje je povzročalo dejstvo, da se mora zdravnik v primeru, če napiše na recept "ne zamenjaj", podpisati, saj s podpisom na receptu že jamči za njegovo celotno vsebino. Ostaja še nekaj dilem glede pooblastil farmacevtom pri menjavi zdravil, ki jih bo potrebno doreči v neposrednem dialogu obeh strok.

Jurij Fürst
Damjan Kos

Poročilo o aktivnostih za skrajšanje čakalnih dob v letu 2003

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) je 27. 8. 2003 na podlagi javnega razpisa sprejel sklep o izbiri izvajalcev za povečanje obsega rednih programov zdravstvenih storitev. Vrednost omenjenega javnega razpisa je sicer znašala 860 milijonov tolarjev, vendar pa so bila zaradi uspešnega poteka donatorske akcije v poletnih mesecih razpisana sredstva namenjena za povečanje obsega ortopedskih operacij povečana še za dodatnih 60 milijonov tolarjev. Za operacije sive mreže je tako Zavod namenil skupno dodatnih 120 milijonov tolarjev, in sicer 7 izbranim ponudnikom: Klinični center Ljubljana, Pušnik-Novljan d. o. o., Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Splošna bolnišnica Maribor, Splošna bolnišnica Murska Sobota in Splošna bolnišnica Novo mesto. Izbrani ponudniki bodo izvedli dodatnih 1.142 operacij sive mreže. Za ortopedske operacije je Zavod namenil skupno dodatnih 200 milijonov tolarjev, in sicer 3 izbranim ponudnikom: Kirurški sanatorij Rožna dolina d. d., Ortopedska bolnišnica Valdoltra, Splošna bolnišnica Maribor in Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica. Izbrani ponudniki bodo izvedli dodatnih 205 ortopedskih operacij (endoprotez artroplastik kolka ter endoprotez artroplastik kolena in gležnja). Za program zdravljenja kardiovaskularnih obolenj je Zavod namenil skupno dodatnih 600 milijonov tolarjev, in sicer 3 izbranim ponudnikom: Klinični center Ljubljana, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica in Splošna bolnišnica Maribor. Ugodna oziroma za Zavod sprejemljiva je bila tudi ponudba MC Medicor d.d., ki pa še ni predložil koncesije za izvajanje programa operacij na odprtem srcu. Izbrani ponudniki bodo izvedli dodatnih 165 koronarografij (skupno bo tako v letu 2003 opravljenih v breme zdravstvenega zavarovanja več kot 3.500 koronarografij), 83 PTCA posegov (skupno bo tako v letu 2003 opravljenih v breme zdravstvenega zavarovanja več kot 1.308 PTCA posegov) in 176 operacij na odprtem srcu (skupno naj bi bilo tako v letu 2003 opravljenih v breme zdravstvenega zavarovanja več kot 1.308 operacij na odprtem srcu). Pri izbiri je Zavod izbral ponudbe ponudnikov z najprimernejšo ceno, z največ čakajočimi in dolgo čakalno dobo. Ker operacij na odprtem srcu v Sloveniji doslej ni bilo mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu, je Zavod skladno s sklepom Upravnega odbora Zavoda v letošnjem letu že več kot 40 zavarovanim osebam že povrnil stroške operacije na odprtem srcu, ki je bila opravljena v tujini, in sicer v višini pogodbeno dogovorjene cene za storitev v Sloveniji.

Zaradi uspešnega poteka donatorske akcije v mesecu septembru pa je Upravni odbor Zavoda 19. 11. 2003 na podlagi novega javnega razpisa sprejel še en sklep o izbiri izvajalcev za povečanje obsega rednih programov zdravstvenih storitev. Vrednost omenjenega javnega razpisa je tokrat znašala 60 milijonov tolarjev, in sicer za povečanje števila operacij sive mreže in ortopedskih operacij (operacije kolka ter operacije kolena in gležnja). Za operacije sive mreže je tako Zavod namenil skupno dodatnih 20 milijonov tolarjev, in sicer 9 izbranim ponudnikom: Okulistična ambulanta Mario Ragus, Pušnik-Novljan d. o. o., Specialistična očna ordinacija Gerbec-Potrč Helena, Splošna bolnišnica Celje, Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Splošna bolnišnica Maribor, Splošna bolnišnica Murska Sobota, Splošna bolnišnica Novo mesto in VID d. o. o. Izbrani ponudniki bodo izvedli skupno dodatnih 190 operacij sive mreže. Za ortopedske operacije pa je Zavod namenil skupno dodatnih 40 milijonov tolarjev, in sicer 6 izbranim ponudnikom: Klinični center Ljubljana, Kirurški sanatorij Rožna dolina d. d., Splošna bolnišnica dr. Franca Derganca Nova Gorica, Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Maribor in Splošna bolnišnica Slovenj Gradec. Izbrani ponudniki bodo izvedli skupno dodatnih 45 ortopedskih operacij (endoprotez artroplastik kolka ter endoprotez artroplastik kolena in gležnja).

Na ta način je Zavod za skrajšanje čakalnih dob v letu 2003 za operacije sive mreže, ortopedske operacije in za program zdravljenja kardiovaskularnih obolenj namenil izbranim izvajalcem zdravstvenih storitev skupno 980 milijonov tolarjev. Skupno bo tako v letu 2003 opravljenih v breme zdravstvenega zavarovanja predvidoma že 9.336 operacij sive mreže in 3.004 ortopedskih operacij (endoprotez artroplastik kolka ter endoprotez artroplastik kolena in gležnja). Pri izbiri najugodnejšega izvajalca operacij sive mreže je Zavod izbral ponudbe ponudnikov z najprimernejšo ceno in z velikim številom čakajočih oziroma z dolgo čakalno dobo, upoštevala pa se je tudi regionalna pokritost. Zavod je v ponudbah ponudnikov zavrnil uporabo tistih leč, ki niso dovolj preizkušene. Pri izbiri izvajalca ortopedskih operacij je Zavod izbral ponudbe ponudnikov z najprimernejšo ceno, z največ čakajočimi in z najprimernejšo strukturo ponujene količine. Zavod bo v zvezi z uspešno izvedbo donatorske akcije za skrajšanje čakalnih dob pripravil tudi zaključno poročilo, s katerim se bo javno zahvalil vsem donatorjem, in predstavil druge zanimive ugotovitve z zvezi s to enkratno akcijo Zavoda.

Damjan Kos

Uradna objava

**Število opredeljenih zavarovanih oseb
za izbranega zdravnika na dan 31. 5. 2003**

V tabelah so prikazani podatki o številu opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika (splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer ter dispanzer za ženske) in za izbranega zobozdravnika (zobozdravstvo za odrasle in zobozdravstvo za mladino) na dan 31. 5. 2003.

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

1. Število prebivalcev oziroma prebivalk (dispanzer za ženske), ki so hkrati zavarovane osebe na dan 31. 12. 2001. Vir so podatki, ki jih vodi Zavod.
2. Število zdravnikov, ginekologov in zobozdravnikov iz ur po pogodbah za leto 2002. Podatki za otroške in šolske zdravnike se nanašajo samo na kurativno dejavnost, pri splošnih zdravnikih pa niso upoštevani nosilci dejavnosti, ki so plačani v pavšalu (splošne ambulante v domovih za starejše občane).
3. Število oseb na zdravnika, ginekologa oziroma zobozdravnika (stolpec 1 deljeno s stolpcem 2).
4. Število opredeljenih zavarovanih oseb oziroma žensk na dan 31. 5. 2003.
5. Delež opredeljenih zavarovanih oseb (delež nad 100 % pomeni, da so opredeljene zavarovane osebe prebivalci tudi drugih izpostav).
6. Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika, ginekologa oziroma zobozdravnika.

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

	preb. zav.	št. zdravnikov iz ur - 1. 4. 2003				preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	otroški	šolski	splošni	SKUPAJ	na zdravnika	31. 5. 2003	opredelj.	na zdravnika
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
ZZS V CELOTI	1.929.764	116,40	125,94	819,97	1062,31	1.817	1.892.765	98,08	1.782
OE CELJE	189.833	9,49	9,41	86,53	105,43	1.801	183.261	96,54	1.738
Celje-sedež	61.567	3,36	3,76	32,31	39,43	1.561	65.941	107,10	1.672
Laško	18.166	1,12	1,33	6,81	9,26	1.962	14.947	82,28	1.614
Slovenske Konjice	21.631	1,32	1,36	9,10	11,78	1.836	21.017	97,16	1.784
Šentjur	19.198	0,73	0,91	7,70	9,34	2.055	18.187	94,73	1.947
Šmarje	31.226	0,88	0,37	16,41	17,66	1.768	29.326	93,92	1.661
Žalec	38.045	2,08	1,68	14,20	17,96	2.118	33.843	88,96	1.684
OE KOPER	135.000	6,98	9,44	57,33	73,75	1.831	128.503	95,19	1.742
Ilirska Bistrica	13.778	0,81	1,03	5,78	7,62	1.808	13.133	95,32	1.723
Izola	14.372	0,67	1,34	4,88	6,89	2.086	13.139	91,42	1.907
Koper-sedež	47.081	2,74	3,15	21,12	27,01	1.743	47.127	100,10	1.745
Piran	16.792	1,08	1,32	7,12	9,52	1.764	15.633	93,10	1.642
Postojna	19.974	0,96	1,47	9,00	11,43	1.748	19.776	99,01	1.730
Sežana	23.003	0,72	1,13	9,43	11,28	2.039	19.695	85,62	1.746
OE KRANJ	192.271	11,02	10,95	79,65	101,62	1.892	184.125	95,76	1.812
Jesenice	30.137	1,80	2,00	13,00	16,80	1.794	28.091	93,21	1.672
Kranj-sedež	73.559	3,90	3,60	30,25	37,75	1.949	70.911	96,40	1.878
Radovljica	33.628	2,50	1,30	15,50	19,30	1.742	31.425	93,45	1.628
Škofja Loka	40.126	2,30	3,05	14,50	19,85	2.021	39.656	98,83	1.998
Tržič	14.821	0,52	1,00	6,40	7,92	1.871	14.042	94,74	1.773
OE KRŠKO	66.982	3,71	3,26	27,71	34,68	1.931	64.605	96,45	1.863
Brezice	22.534	1,07	0,98	9,10	11,15	2.021	21.826	96,86	1.957
Krško-sedež	27.285	1,84	1,28	11,56	14,68	1.859	26.526	97,22	1.807
Sevnica	17.163	0,80	1,00	7,05	8,85	1.939	16.253	94,70	1.836
OE LJUBLJANA	589.531	42,96	42,69	242,97	328,62	1.794	596.199	101,13	1.814
Čerknica	15.665	0,81	0,90	6,40	8,11	1.932	14.372	91,75	1.772
Domžale	48.501	3,14	3,35	16,50	22,99	2.110	44.807	92,38	1.949
Grosuplje	32.124	2,01	1,71	9,96	13,68	2.348	28.314	88,14	2.070
Hrastnik	10.115	0,83	0,86	4,00	5,69	1.778	9.402	92,95	1.652
Idrija	16.951	0,93	0,93	6,50	8,36	2.028	15.897	92,60	1.878
Kamnik	30.553	1,98	2,33	10,76	15,07	2.027	29.335	96,01	1.947
Kočevje	16.979	1,19	1,37	6,94	9,50	1.787	16.703	98,37	1.758
Litija	19.032	1,19	1,65	7,32	10,16	1.873	17.514	92,02	1.724
Lj.-sedež	319.490	24,79	23,28	146,34	194,41	1.643	345.931	108,28	1.779
Logatec	11.132	0,76	0,81	3,85	5,42	2.054	9.955	89,43	1.837
Ribnica	13.018	0,87	0,93	4,90	6,70	1.943	11.940	91,72	1.782
Trbovlje	18.065	1,67	1,46	8,65	9,78	1.847	17.136	94,86	1.752

	preb. zav.	št. zdravnikov iz ur - 1. 4. 2003				preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	otroški	šolski	splošni	SKUPAJ	na zdravnika	31. 5. 2003	opredelj.	na zdravnika
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Vrhnika	20.950	1,63	1,71	6,75	10,09	2.076	18.932	90,37	1.876
Zagorje	16.956	1,16	1,40	6,10	8,66	1.958	16.161	95,31	1.866
OE MARIBOR	302.106	18,17	20,08	130,20	168,45	1.793	298.007	98,64	1.769
Lenart	16.557	0,73	0,73	7,50	8,96	1.848	17.181	103,77	1.918
Maribor-sedež	172.441	11,39	13,02	79,80	104,21	1.655	176.328	102,25	1.692
Ormož	16.591	0,96	1,03	6,60	8,59	1.931	15.119	91,13	1.760
Ptuj	64.176	3,66	3,78	23,20	30,64	2.095	58.844	91,69	1.920
Slovenska Bistrica	32.341	1,43	1,52	13,10	16,05	2.015	30.535	94,42	1.902
OE MURSKA SOBOTA	116.286	7,10	7,46	52,01	66,57	1.747	112.623	96,85	1.692
Gornja Radgona	19.644	1,25	1,30	8,60	11,15	1.762	18.635	94,86	1.671
Lendava	23.127	1,14	1,27	9,14	11,55	2.002	20.193	87,31	1.748
Ljutomer	17.252	1,21	1,14	6,87	9,22	1.871	16.805	97,41	1.823
Murska Sobota-sedež	56.263	3,50	3,75	27,40	34,65	1.624	56.990	101,29	1.645
OE NOVA GORICA	99.723	4,29	5,99	42,76	53,04	1.880	95.232	95,50	1.795
Ajdovščina	22.734	0,80	1,80	9,07	11,67	1.948	22.645	99,81	1.940
Nova Gorica-sedež	57.502	2,51	2,85	24,94	30,30	1.898	54.396	94,60	1.795
Tolmin	19.487	0,98	1,34	8,75	11,07	1.760	18.191	93,35	1.643
OE NOVO MESTO	104.983	5,63	6,67	41,20	53,50	1.962	100.403	95,64	1.877
Črnomelj	18.044	0,91	1,01	7,97	9,89	1.824	17.555	97,29	1.775
Metlika	8.433	0,33	0,42	3,43	4,18	2.017	8.073	95,73	1.931
Novo mesto-sedež	60.351	3,65	4,35	22,62	30,62	1.971	58.355	96,69	1.906
Trebnje	18.155	0,74	0,89	7,18	8,81	2.061	16.420	90,44	1.864
OE RAVNE	133.049	7,05	9,99	59,61	76,65	1.736	129.807	97,56	1.694
Mozirje	16.255	0,67	0,89	7,02	8,58	1.895	15.412	94,81	1.796
Radlje	16.306	0,68	1,30	7,35	9,33	1.748	15.124	92,75	1.621
Ravne-sedež	34.529	1,35	1,89	15,49	18,73	1.844	33.637	97,42	1.796
Slovenj Gradec	21.286	1,42	1,35	7,50	10,27	2.073	19.610	92,13	1.909
Velenje	44.673	2,93	4,56	22,25	29,74	1.502	46.024	103,02	1.548

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

	preb. zav.	št. gin. iz ur	preb. zav.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	1. 4. 03	os. na gin.	31. 5. 03	opred.	na gin.
	1	2	3	4	5	6
ZZS V CELOTI	872.950	129,10	6.762	601.656	68,92	4.660
OE CELJE	85.689	11,31	7.576	55.412	64,67	4.899
Celje-sedež	28.298	5,31	5.329	26.680	94,28	5.024
Laško	8.253	0,90	9.170	4.508	54,62	5.009
Sl. Konjice	9.433	1,00	9.433	4.491	47,61	4.491
Šentjur	8.544	0,90	9.493	4.132	48,36	4.591
Šmarje	13.868	1,20	11.557	5.269	37,99	4.391
Žalec	17.293	2,00	8.647	10.332	59,75	5.166
OE KOPER	61.531	7,90	7.789	40.712	66,17	5.153
Ilirska Bistrica	6.338	0,70	9.054	4.472	70,56	6.389
Izola	6.511	2,00	3.256	12.026	184,70	6.013
Koper-sedež	21.515	2,00	10.758	9.317	43,30	4.659
Piran	7.863	0,90	8.737	3.984	50,67	4.427
Postojna	8.929	1,30	6.868	6.771	75,83	5.208
Sežana	10.375	1,00	10.375	4.142	39,92	4.142
OE KRANJ	86.341	11,60	7.443	56.258	65,16	4.850
Jesenice	13.612	2,00	6.806	8.962	65,84	4.481
Kranj-sedež	33.181	4,80	6.913	22.635	68,22	4.716
Radovljica	15.516	1,80	8.620	9.394	60,54	5.219
Škofja Loka	17.324	2,40	7.218	12.582	72,63	5.243
Tržič	6.708	0,60	11.180	2.685	40,03	4.475
OE KRŠKO	29.991	3,70	8.106	17.112	57,06	4.625
Brežice	10.334	1,70	6.079	8.090	78,29	4.759
Krško-sedež	12.075	1,00	12.075	4.845	38,47	4.845
Sevnica	7.582	1,00	7.582	4.377	57,73	4.377
OE LJUBLJANA	267.430	43,80	6.106	197.349	73,79	4.506
Cerknica	6.843	0,60	11.405	3.008	43,96	5.013
Domžale	21.527	2,80	7.688	12.825	59,58	4.580
Grosuplje	13.823	1,50	9.215	6.486	46,92	4.324
Hrastnik	4.734	0,80	5.918	3.209	67,79	4.011
Idrija	7.535	0,80	9.419	3.461	45,93	4.326
Kamnik	13.551	2,00	6.776	8.752	64,69	4.376
Kočevje	7.640	1,00	7.640	5.159	67,53	5.159
Litija	8.391	1,10	7.628	4.676	55,73	4.251
Lj.-sedež	147.959	28,40	5.210	126.906	85,77	4.469
Logatec	4.695	0,50	9.390	1.995	42,49	3.990
Ribnica	5.558	0,60	9.263	2.832	50,95	4.720
Trbovlje	8.375	1,70	4.926	8.470	101,13	4.982
Vrhnika	9.234	1,00	9.234	4.624	50,08	4.624
Zagorje	7.565	1,00	7.565	4.946	65,38	4.946
OE MARIBOR	138.789	20,16	6.884	96.746	69,71	4.799
Lenart	7.309	0,90	8.121	4.811	65,82	5.346
Maribor-sedež	80.297	11,56	6.946	56.639	70,54	4.900
Ormož	7.485	0,80	9.356	3.428	45,80	4.285
Ptuj	29.292	4,90	5.978	22.423	76,55	4.576
Sl. Bistrica	14.406	2,00	7.203	9.445	65,56	4.723
OE M. SOBOTA	53.681	8,10	6.627	34.480	64,23	4.257
Gornja Radgona	9.028	1,20	7.523	5.696	63,09	4.747
Lendava	10.663	1,40	7.616	4.549	42,66	3.249
Ljutomer	7.744	1,00	7.744	4.524	58,42	4.524
M. Sobota-sedež	26.246	4,50	5.832	19.711	75,10	4.380
OE N. GORICA	45.092	6,90	6.535	30.448	67,52	4.413
Ajdovščina	9.876	1,00	9.876	4.844	49,05	4.844
N. Gorica-sedež	26.321	4,40	5.982	19.544	74,25	4.442
Tolmin	8.895	1,50	5.930	6.060	68,13	4.040
OE N. MESTO	45.894	6,30	7.285	31.926	69,56	5.068
Črnomelj	7.996	1,00	7.996	4.379	54,76	4.379
Metlika	3.766	0,30	12.620	1.394	36,82	4.647
N. mesto-sedež	26.277	4,20	6.256	21.940	83,50	5.224
Trebnje	7.835	0,80	9.794	4.213	53,77	5.266
OE RAVNE	58.512	9,33	6.271	41.213	70,44	4.417
Mozirje	7.135	0,50	14.270	2.778	38,93	5.556
Radlje	7.175	1,00	7.175	3.988	55,58	3.988
Ravne-sedež	15.293	1,90	8.049	8.919	58,32	4.694
Slovenj Gradec	9.354	2,00	4.682	9.074	96,90	4.537
Velenje	19.545	3,93	4.973	16.454	84,19	4.187



**Zdravstvenemu osebju
in poslovnim partnerjem
se za prizadevanja in trud
pri oskrbi zavarovanih oseb
v tem letu iskreno
zahvaljujemo.
Vsem voščimo vesele božične
in novoletne praznike
z željo po uspešnem
sodelovanju tudi v letu 2004!**

**Prenesite naše dobre želje
tudi sodelavcem
in prijateljem, saj se zavod
tudi v letošnjem letu
odpoveduje pošiljanju
voščilnic.**

**Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije**

OBČASNIK ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

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

OBČASNIK izhaja po potrebi in občasno v dveh različnih izdajah

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

Vzorčni izvod OBČASNIKA dobivajo vse službe ZZS in vsi izvajalci brezplačno.
Ostale izvide lahko pisno naročite na naslov:
ZZS - za uredništvo, Miklošičeva 24, 1507 Ljubljana
Naklada: 3000 izvodov