

OBČASNIK

**akti
&
navodila**

13. 12. 2002

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK X.

ŠTEVILKA 5/2002

Iz vsebine:

Akti

- Spremembe v obveznem zdravstvenem zavarovanju 1. 1. 2003..... 1
- Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja 5
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače 6
- Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanih zdravnikih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije 15
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva 21
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid 26
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za leto 2002 30

Uradna objava

- Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 31. 8. 2002 45

Kartica zdravstvenega zavarovanja

- Medicinsko-tehnični pripomočki na kartici zdravstvenega zavarovanja 48

Informacija

- Finančno poslovanje Zavoda v letu 2002 49
- 6. redna seja Skupščine Zavoda 50
- Navodilo o načinu posodabljanja osnovnih podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev v bazah Zavoda in v drugih uradnih bazah podatkov 51

Akti

Spremembe v obveznem zdravstvenem zavarovanju 1. 1. 2003

Uvod

S 1. 1. 2003 stopijo v veljavo določbe zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ-F; Ur. l. RS št. 60/02; v nadaljevanju: zakon), ki uvajajo korenite spremembe pri postopku uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako pa velja nov zakon o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 42/02), ki uvaja spremembe pri pravici do nadomestila plače za čas odsotnosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom.

Spremembe pri postopku odločanja o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja sledijo odločbi Ustavnega sodišča RS (Ur. l. RS št. 77/98), ki zahteva prilagoditev postopka odločanja o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določbam zakona o splošnem upravnem postopku ter prilagoditev postopkov odločanja o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja načelu racionalnosti in hitrosti. Z zakonskimi spremembami naj bi izboljšali pravno varstvo zavarovanih oseb v postopkih odločanja o pravicah iz

obveznega zdravstvenega zavarovanja, poenostavili postopke odločanja o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ter povečali pomen strokovno-medicinskih indikacij pri odločanju o pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Najpomembnejša sprememba je ukinjanje zdravniških komisij kot izvedenskih organov Zavoda. To delo po novem opravljajo "imenovani zdravniki" in zdravstvene komisije Zavoda, ki imajo ustrezna pooblastila, da zavarovanim osebam in delodajalcem v splošnem upravnem postopku omogočajo varstvo pravic.

Spremembe pri pravici do nadomestila plače za čas odsotnosti od dela sledijo novostim obeh zgoraj navedenih zakonov in se kažejo zlasti v razširitvi pravice v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, novi razmejitvi obveznosti med delodajalci in Zavodom, urejanju področja nadomestil za čas začasne zadržanosti od dela v smislu izboljšanja evidenc o začasni zadržanosti od dela, ki so podlaga za razmejitve obveznosti med delodajalcem in Zavodom, ter razširitvi pravice do nadomestila plače tudi v primerih prostovoljnega darovanja krvi.

Spremembe v postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Doslej je zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju določal, da je podajanje strokovnih medicinskih mnenj v pristojnosti zdravnika oziroma zdravniških komisij kot izvedenskih organov Zavoda, ki sodelujejo v postopkih uveljavljanja pravic. O samih pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa je odločala pristojna območna enota Zavoda oziroma direkcija Zavoda. V skladu z zakonom pa bodo po novem na prvi stopnji v postopkih za uveljavitev pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja odločali **imenovani zdravniki**, ki jih imenuje upravni odbor Zavoda. Imenovani zdravnik tako:

- odloča o začasnih nezmožnostih za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasnih nezmožnostih za delo do 30 dni;
- odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnemu pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- odloča o upravičenosti zdravljenja v tujini.

O svoji odločitvi imenovani zdravnik izda sklep. Pritožba zoper sklep ne zadrži njegove izvršitve. Na sklep imenovanega zdravnika se lahko pritoži zavarovana oseba ali delodajalec. Pritožbo obravnava **zdravstvena komisija**, ki jo imenuje upravni odbor Zavoda, in ki jo sestavljata dva zdravnika in en pravnik. Komisija o svoji odločitvi izda sklep, ki je dokončen, zoper sklep zdravstvene komisije je možna tožba na Delavno in socialno sodišče v Ljubljani. Postopke uveljavljanja omenjenih pravic uredi Zavod s splošnim aktom.

Drugačen je postopek v primerih odločanja o pravici do nadomestila, pogrebne, posmrtnine, povračila potnih stroškov, pridobitvi, spremembi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, pravici proste izbire zdravnika in drugih pravicah iz zakona ter drugih zahtevah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, saj o njih na prvi stopnji odloča območna enota Zavoda, na drugi stopnji pa Direkcija Zavoda.

Spremembe pri pravici do nadomestila plače za čas odsotnosti od dela

1. 1. 2003 prične veljati novi zakon o delovnih razmerjih, ki v 137. členu opredeljuje pravico delavca do nadomestila plače za čas odsotnosti od dela kakor tudi trajanje te pravice.

3. odstavek 137. člena zakona o delovnih razmerjih določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezn ali poškodbe, ki ni povezana z delom in sicer do 30 delovnih dni za posamezno

odsotnost z dela, vendar največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu. To pomeni, da sečasne nezmožnosti za delo do 30 dni seštevajo in ko dosežejo skupno število 120 delovnih dni v koledarskem letu, preide obveza plačila nadomestila plače na obvezno zdravstveno zavarovanje že za 1. naslednji dančasne nezmožnosti za delo, torej 121. delovni dan. Za ugotavljanje, kdaj preide breme izplačila nadomestila na Zavod, torej za pridobitev dokazil o izpolnitvi cenzusa 120 dni, se v postopek uvede načelo, da je dokazno breme na strani delodajalca, kar pomeni, da mora delodajalec obvestiti svojega delavca, da mu je že izplačal v svoje breme nadomestilo plače za 120 delovnih dni v koledarskem letu zaradi bolezn ali poškodbe izven dela. Le na ta način bo osebni zdravnik delavca seznanjen z datumom, ko preide nadomestilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in ga pravočasno napotil k pristojnemu imenovanemu zdravniku Zavodu. Zavod bo za te primere refundiral delodajalcu nadomestilo plače le tedaj, če bo imenovani zdravnik Zavoda ugotovil, da ječasna nezmožnost delavca za delo utemeljena. Zakon namreč veže novo ureditev na 120 dni izplačanih nadomestil plače in ne na število dničasne nezmožnosti za delo.

Nadalje 4. odstavek 137. člen zakona o delovnih razmerjih določa, da če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezn ali poškodbe, ki ni povezana z delom (**recidiv**), do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot deset delovnih dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitve dalje, nadomestilo plače v breme zdravstvenega zavarovanja. Praktično to pomeni, da v primeru, ko je delavec spoznan na podlagi mnenja osebnega zdravnika kotčasno nezmožen za delo na primer za obdobje 3 dni in mu je natočasna nezmožnost za delo prekinjena, po 9 dneh pa je zaradi iste bolezn ali poškodbe, ki ni povezana z delom ponovno spoznan kotčasno nezmožen za delo, velja, da od 1. dneva novečasne nezmožnosti za delo dalje nadomestilo plače že bremeni Zavod. Vendar pa bo v primeru recidiva osebni zdravnik moral zavarovanca takoj napotiti k imenovanemu zdravniku Zavoda.

Višina nadomestila plače in osnova zanjo je opredeljena v 31. členu zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Višina nadomestila znaša 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi bolezn, oziroma 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi poškodbe izven dela, nege družinskega člana in spremstva, ki ga odredi zdravnik. Osnova je povprečna mesečna plača za nadomestila oziroma povprečna osnova za plačilo prispevkov k koledarskem letu pred letom, v katerem je nastalačasna zadržanost od dela. Do sedaj je bila osnova in višina nadomestila enaka v primerihčasne nezmožnosti za delo do 30 dni kakor tudi nad 30 dni. Skladno z 8. odstavkom 137. člena zakona o delovnih razmerjih pa je sedaj določeno, da znaša višina nadomestila plače delavca zaradi bolezn oziroma poškodbe izven dela, ki bremeni delodajalca 80 % plače delavca v preteklem mesecu za polni delovni čas. To praktično pomeni različno višino in osnovo nadomestila plače v primerihčasne nezmožnosti za delo zaradi bolezn in poškodbe izven dela do 30 dni in nad 30 dni, kakor tudi v primerih opredeljenih v 3. in 4. odstavku 137. člena zakona, torej tudi znotraj 30 dničasne nezmožnosti za delo.

V breme Zavoda preide skladno z 2. odstavkom 169. člena zakona o delovnih razmerjih tudi izplačilo nadomestila plače v primeru odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi, in sicer za dan, ko delavec prostovoljno daruje kri. Za višino nadomestila se uporabi 1. alineja 2. odstavka 31. člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, torej 100 % osnove. V primeru zadržanosti od dela na dan darovanja krvi, zavarovanca ni potrebno napotiti k imenovanemu zdravniku Zavoda, niti izpolniti Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela, temveč bodo delodajalci v ta namen Zavodu predložili Potrdilo o darovanju krvi, ki ga izda Zavod RS za transfuzijsko medicino in posebno Potrdilo delodajalca o višini osnove za nadomestilo plače. Delodajalec obe potrdili predloži Zavodu ob vložitvi refundacijskega zahtevka.

Ker zakon o delovnih razmerjih ureja oziroma velja le za delovna razmerja, ki se sklepajo s pogodbo o zaposlitvi med delavcem in delodajalcem, se določbe 137. in 169. člena zakona o delovnih razmerjih uporabljajo le zanje. Torej le-te ne veljajo za t.i. samozaposlene, torej za kmete, samostojne podjetnike, samostojne kulturne delavce itd.. To pomeni, da osebni zdravniki napotujejo k imenovanemu zdravniku Zavoda za odločanje o začasni nezmožnosti za delo v primerih iz 137. člena Zakona o delovnih razmerjih (nad 120 koledarskih dni izplačanega nadomestila v breme delodajalca in v primeru recidiva) samo tiste zavarovance, ki so v delovnem razmerju - zavarovalne podlage 01, 02, 08, 13,16, 20, 29, 34, 36 in 85.

Pravni, administrativni in finančni vidiki izvajanja sprememb

Na podlagi sprememb zakonodaje, ki stopi v veljavo 1. 1. 2003, je Zavod izvedel postopek dopolnjevanja in usklajevanja *Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja*, ki jih bo obravnavala skupščina Zavoda na decembrski seji, nanje pa mora dati skladno z zakonom soglasje še minister za zdravje. Da bi zagotovili nemoteno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb, je Upravni odbor Zavoda dne 6. 11. 2002 sprejel tudi *Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja*, na podlagi česar je Zavod pripravil spremembe nekaterih listin in prečiščena besedila navodil za izpolnjevanje teh listin.

“Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanih zdravnikih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije” natančneje določa uvedbo postopka pri imenovanem zdravniku Zavoda, upravičence za vlaganje predlogov, stvarno krajevno pristojnost imenovanih zdravnikov za obravnavo posameznih predlogov v postopkih uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju ter vsebino novega obrazca Predlog imenovanemu zdravniku (Obr. IZ/03), ki nadomešča dosedanji obrazec Predlog zdravniški komisiji (Obr. ZK). Navodilo trenutno ne vsebuje posebnih določb za brezposelne osebe - zavarovalne podlage 11 in 28, saj Zavod pričakuje ustrezno razlago pristojnih ministrstev.

“Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače” natančneje določa upravičence do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega

zavarovanja, pristojnosti za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo in za izdajo nove listine Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (Obr. BOL/02), ki nadomešča dosedanjo listino Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (Obr. BOL/01), vsebino in način izpolnjevanja omenjene nove listine ter uveljavljanje in obračun nadomestila plače. Bistvena novost je, da bo potrebno v Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela posebej vpisati prejšnjo zadržanost od dela - recidiv, povsem nova pa je zadnja stran navedene listine, kamor vpiše podatke delodajalec oziroma pristojna izpostava Davčne uprave RS.

“Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva” natančneje določa uresničevanje pravice do potnih stroškov in spremstva ter uporabo in način izpolnjevanja novega obrazca Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva (Obr. PS-1/02), ki nadomešča dosedanji obrazec Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva (Obr. PS-1/01). Po novem Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva izda poleg osebnega ali nadomestnega zdravnika tudi napotni zdravnik.

“Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid” natančneje določa tudi uporabo in način izpolnjevanja nove listine Naročilnica za pripomoček za vid (Obr. Nar-2/02), ki nadomešča dosedanjo listino Naročilnico za pripomoček za vid (obr. NAR-2/01). Bistvena sprememba pri zagotavljanju pravice do pripomočkov za vid je, da je treba za uveljavitev pravice do zahtevnejših pripomočkov za vid in pripomočkov pred iztekom trajnostne dobe izdati dve listini, to je Naročilnica za pripomoček za vid (Obr. Nar-2/02) in Predlog imenovanemu zdravniku (Obr. IZ/03). Obe listini je treba posredovati imenovanemu zdravniku Zavoda, ki bo odločil o upravičenosti do predlaganih pripomočkov. O seznamu zahtevnejših pripomočkov, med katere bodo predvidoma uvrščena teleskopska očala za bližino in daljavo, bo Zavod izvajalce zdravstvenih storitev in optike obvestil naknadno. Predvidoma v prvi polovici leta 2003 bo Zavod uvedel tudi zapisovanje vseh medicinsko-tehničnih pripomočkov na kartico zdravstvenega zavarovanja. Podatki na kartici bodo pooblaščenim zdravnikom specialistom oftalmologom omogočili neposredni nadzor nad trajnostno dobo pripomočkov za vid, ki so jih zavarovane osebe uveljavile v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Omenjena navodila pričnejo veljati 1. 1. 2003. Za uvajanje novih obrazcev in listin je določeno prehodno obdobje, tako da bo Zavod sprejemal dosedanje obrazce in listine do 31. 1. 2003, vendar pa bodo morali izvajalci zdravstvenih storitev v tem primeru v Predlog imenovanemu zdravniku vpisati podatek, če zavarovanca napotujejo zaradi recidiva (po 137. členu zakona o delovnih razmerjih). Podatek o prejšnji zadržanosti od dela - recidivu pa bo potrebno vpisati tudi v Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.

Zaradi nove organizacije in novih organov Zavoda ter vodenje postopkov ob upoštevanju določb zakona o splošnem upravnem postopku znašajo finančne posledice te zakonske spremembe za Zavod po prvih ocenah letno najmanj 100 milijonov tolarjev. Zaradi zakonskih sprememb pri pravici do nadomestila plače med začasno nezmožnostjo za delo pa znašajo finančne posledice za Zavod po prvih ocenah letno najmanj 3,3 milijarde tolarjev.

Preglednica o postopkih ugotavljanjačasne nezmožnosti za delo - priročen delovni pripomoček za osebne zdravnike in delavce Zavoda

RAZLOG OBRAVNAVE (šifra in naziv)		ČAS TRAJANJA ZADRŽANOSTI	POTRDILO IZDA OSEBNI ZDRAVNIK	VIŠINA NADOMESTILA	ZAVEZANEC IZPLAČILA NADOMESTILA	
PRISTOJNOST ZA UGOTAVLJANJE ZADRŽANOSTI OD DELA	osebni zdravnik				imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija	delodajalec oz. samostojni zavezanec
01 bolezen						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	90 % od osnove	do 30 delovnih dni	od 31. delovnega dne * od 1. delovnega dne v primerih iz 137. člena ZDR
02 poškodba izven dela						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	80 % od osnove	do 30 delovnih dni	od 31. delovnega dne * od 1. delovnega dne v primerih iz 137. člena ZDR
03 poklicna bolezen						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	100 % od osnove	do 30 delovnih dni	od 31. delovnega dne
04 poškodba pri delu						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	100 % od osnove	do 30 delovnih dni	od 31. delovnega dne
Opomba: v to skupino razloga sodijo tudi poškodbe pri delu, povzročene po tretji osebi						
05 poškodba po tretji osebi izven dela						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	80 % od osnove	do 30 delovnih dni	od 31. delovnega dne * od 1. delovnega dne v primerih iz 137. člena ZDR
06 nega ožjega družinskega člana						
– do 7 delovnih dni za otroka nad 7 let starosti in zakonca – do 15 delovnih dni za otroka do 7 let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka		– do 7 delovnih dni za nego otroka nad 7 let starosti in zakonca – do 15 delovnih dni za nego otroka do 7 let starosti in starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka	na podlagi pregleda otroka oz. predloga osebnega zdravnika zakonca ali otroka starega nad 15 let	80 % od osnove		od 1. delovnega dne
	– do 15 delovnih dni za otroka nad 7 let starosti in zakonca – do 30 delovnih dni za otroka do 7 let starosti ali starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka	– do 15 delovnih dni za nego otroka nad 7 let starosti in zakonca – do 30 delovnih dni za otroka do 7 let starosti in starejšega zmerno, težje ali težko prizadetega otroka	na podlagi sklepa imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije	80 % od osnove		od 1. delovnega dne
Opomba: za nego otroka Potrdilo (Obr. BOL) izpolni njegov osebni pediater, ki je o tem dolžan najkasneje v 3 dneh obvestiti osebnega zdravnika zavarovanca						
07 transplantacija (za dajalca)						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na predlog zdravnika, ki je izvedel transplantacijo oz. na podlagi sklepa imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije	100 % od osnove		od 1. delovnega dne
Opomba: v to skupino razloga sodi tudi bolezen, ki je posledica dajanja krvi						
08 izolacija						
do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do prenehanja potrebe za izolacijo oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na predlog zdravnika, ki je izvedel transplantacijo oz. na podlagi sklepa imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije	100% od osnove		od 1. delovnega dne

RAZLOG OBRAVNAVE (šifra in naziv)		ČAS TRAJANJA ZADRŽANOSTI	POTRDILO IZDA OSEBNI ZDRAVNIK	VIŠINA NADOMESTILA	ZAVEZANEC IZPLAČILA NADOMESTILA	
PRISTOJNOST ZA UGOTAVLJANJE ZADRŽANOSTI OD DELA	imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija				delodajalec oz. samostojni zavezanec	ZZZS
09 spremstvo	do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	dejanski čas trajanja spremstva	na podlagi potrdila o potrebi po spremstvu druge zavarovane osebe	80 % od osnove	od 1. delovnega dne
Opomba: sem sodi tudi spremstvo otroku do 18. leta starosti, ki je napoten za zdravljenje v tujino						
10 usposabljanje za rehabilitacijo otroka	do 14 oz. 30 dni (efektivnih)		– do 14 dni za usposabljanje za otroka s kroničnimi boleznimi ali okvarami – do 30 dni za otroka s težjo okvaro oz. poškodbo možganov ali hrbtenjače	na podlagi potrdila zdravnika, ki je izvajal usposabljanje	80% od osnove	od 1. delovnega dne
11 poškodbe pri delu, nastale v okoliščinah iz 18. člena ZVZZ	do 30 koledarskih dni	nad 30 koledarskih dni	do ozdravitve oz. najdalj za čas, ki ga s sklepom odobri imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija	na podlagi pregleda zavarovanca oz. sklepa imenov. zdravnika ali zdravstvene komisije	100 % od osnove	od 1. delovnega dne
Opomba: Potrdilo (Obr. BOL) se v primeru takšne poškodbe izpolni le osebam z zavarovanimi podlagami, ki jim zagotavljajo pravico do nadomestila plače						

Darovanje krvi (169. člen ZDR):

če je dan darovanja krvi delovni dan osebe v delovnem razmerju, izda listino **Potrdilo o darovanju krvi** izvajalec, pri katerem zavarovanec daruje kri; višina nadomestila: 100% od osnove; zavezanec za izplačilo nadomestila: ZZZS.

Na podlagi 4. odstavka 78. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01 in 60/02), 276. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 3/98 – prečiščeno besedilo, 90/98, 6/99, 61/00, 64/00, 91/00 in 59/02) ter 2. odst. 71. člena Statuta zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Ur. l. RS, št. 87/01 in 1/02) je upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 15. redni seji, dne 6. 11. 2002 sprejel

Pravilnik o spremembah in dopolnitvah Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilniku o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. l. RS, št. 101/99, nadaljevanju: Pravilnik) se v 2. odstavku 2. člena spremeni 12. točka tako, da glasi: »12 - Predlog imenovanemu zdravniku (Obr. IZ)«.

2. člen

Spremeni se vsebina naslednjih listin iz 2. odstavka 2. člena Pravilnika:

- »5 - Potrdilo o upravičeni zadržanosti od del (Obr. BOL)«;
- »7 - Naročilnica za pripomoček za vid (Obr. NAR-2)«;
- »8 - Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva (Obr. PS)«.

3. člen

Listine iz 1. in 2. člena tega pravilnika so njegov sestavni del in se objavijo skupaj s tem pravilnikom.

4. člen

V prvem odstavku 7. člena se:

- v prvi alinei črtata številki 7 in 12;
- v drugi alinei črta beseda »in« in številka 5;
- v tretji alinei črta številka 8 in beseda »in«.

Prvemu odstavku 7. člena se doda nov drugi odstavek, ki glasi:

»(2) Listine iz 1. in 2. člena tega pravilnika se uporabljajo od 1. 1. 2003 dalje.«

Drugi odstavek 7. člena postane tretji odstavek.

5. člen

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu R Slovenije.

Datum: 6. 11. 2002

Številka: 0202-15/6-2002

Predsednik Upravnega odbora
mag. Roman Matek

Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače

I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje izvajanje določb od 28. do 35. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, Ur. list RS št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01 in 60/02 (v nadaljevanju: Zakon) ter Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila), glede uresničevanja pravice zavarovanih oseb do začasne zadržanosti od dela (bolniški stalež) in do nadomestila plače. Z navodili se določa tudi uporaba in način izpolnjevanja nove listine Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (Obr. BOL/02, v nadaljevanju: POTRDILO), ki ga je založil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) in je uveden s Pravilnikom o spremembah in dopolnitvah pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in nadomešča sedanjo listino Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (Obr. BOL/01).

II. Uveljavljanje pravice do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače

1. Splošno

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko zavarovanci uveljavljajo pravico do nadomestila plače le v primeru, če je zadržanost od dela ugotovljena po postopku in na način, kot ga določata Zakon in Pravila. Izplačilo nadomestila uveljavljajo z listino, ki jo izda osebni zdravnik. POTRDILO je priloga tega navodila.

2. Upravičenci do nadomestila plače v breme obveznega Zdravstvenega zavarovanja

Pravico do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela imajo na podlagi 28. člena Zakona: osebe, ki so v delovnem razmerju; osebe, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost; lastniki zasebnih podjetij; kmetje, ki so obvezno pokojninsko - invalidsko zavarovani; vrhunski športniki in šahisti; pod določenimi pogoji pa tudi brezposelne osebe.

Potrdilo se izpolnjuje le za zavarovance, ki imajo v kartici zdravstvenega zavarovanja vpisano eno od naslednjih štirimestnih števil oziroma šifer zavarovalne podlage: 0100, 0200, 0300, 0500, 0800, 1100, 1200, 1300, 1600, 1900, 2000, 2700, 2800, 2900, 3400, 3600, 4000, 5100, 5200, 8500.

Pravico do nadomestila plače imajo tudi zavarovanci z naslednjimi zavarovalnimi podlagami, za katere je potrebno upoštevati naslednje posebnosti:

2.1. Upravičenci do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja - 1200

To pravico ima zavarovanec, ki je bil v času prenehanja delovnega razmerja nezmožen za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela, še največ 30 koledarskih dni; zavarovanec, ki je bil na dan prenehanja delovnega razmerja nezmožen za delo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pa do ponovne delazmožnosti. Ti zavarovanci imajo na kartici zdravstvenega zavarovanja šifro zavarovalne podlage 1200, kot zavezanca za prispevek pa imajo vpisan Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (posebej opozarjamo, da imajo enako zavarovalno podlago tudi prejemniki starševskega nadomestila po prenehanju delovnega razmerja, vendar je pri njih zavezanec Center za socialno delo).

2.2. Starši, ki delajo skrajšani delovni čas na podlagi 84. in 85. člena Zakona o delovnih razmerjih - 8500

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je podalo razlago določbe 84. in 85. člena Zakona o delovnih razmerjih (ki je veljal do 31. 12. 2002), in sicer da taka oseba lahko dela polovico ali več kot polovico polnega delovnega časa. Za čas, ko ne dela po navedenem predpisu, zavarovancu ne gre nadomestilo plače, ne v breme delodajalca in tudi ne v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primeru, da tak zavarovanec zbolí ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po Zakonu (npr.: nega, transplantacija, spremstvo, usposabljanje za rehabilitacijo otroka na domu), je v tem času upravičen do nadomestila plače le za polovični delovni čas oziroma za ure, ko bi sicer moral delati.

Zavarovanci, ki so pravico iz 84. in 85. člena ZDR (ki je veljal do 31. 12. 2002) pridobili do uveljavitve Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 97/01), zadržijo to pravico v obsegu in trajanju, kot je to veljalo do 31. 12. 2001.

2.3. Oseba, ki opravlja dopolnilno delo - 3600

Delavec, ki pri enem ali več delodajalcih (zavezancih) že dosega polni delovni čas, je v skladu s 146. členom Zakona o delovnih razmerjih lahko dopolnilno zaposlen še za največ osem ur na teden pri drugem delodajalcu. Zato ima taka oseba poleg te podlage obvezno še eno od podlag, ki pomenijo delovno razmerje in torej dva ali več zavezancev za prispevek. Potrdilo se ji zato izda za vsakega zavezanca posebej, saj tudi pravico do nadomestila uveljavlja pri obeh, sorazmerno njeni urni delovni obveznosti pri posameznem zavezancu.

2.4. Brezposelna oseba na javnih delih - 3400

Glede na spremembo Zakona o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Ur.l. RS, št. 5/91, 17/91, 12/92, 71/93, 2/94, 38/94, 69/98 in 65/00 - v nadaljevanju: ZZZPB) je od 1.1.1999 dalje taka oseba v pravicah in obveznostih izenačena z delavci v delovnem razmerju in ji od navedenega dne dalje gre tudi pravica do nadomestila plače v primerih zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe, v času opravljanja javnega dela.

2.5. Brezposelna oseba - prejemnica denarne pomoči - 1100

To pravico ima brezposelna oseba, prejemnica denarnega prejemka po ZZZPB in sicer od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov.

2.6. Brezposelna oseba - prejemnica denarnega nadomestila - 2800

To pravico ima brezposelna oseba, prejemnica denarnega nadomestila po ZZZPB in sicer od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov.

Za brezposelne osebe, zavarovane po zavarovalnih podlagah 1100 in 2800 pa ni možno izdati POTRDILA v primeru, ko gre za nego, spremstvo, ipd.

2.7. Prejemnik delne pokojnine - 7000

To je oseba, ki je v delovnem razmerju za največ polovico polnega delovnega časa delodajalca, za preostali delovni čas pa prejema delno pokojnino. Na kartici zdravstvenega zavarovanja ima poleg zavarovalne podlage, ki pomeni delovno razmerje, vpisano še zavarovalno podlago 7000. V primeru, da tak zavarovanec zboli ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po Zakonu (npr.: nega, transplantacije, spremstvo,...), je v tem času upravičen do nadomestila plače za ure, ko bi sicer moral delati.

Pravice iz 3. in 4. odstavka 137. in 169. člena Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02) pripadajo samo zavarovancem, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. Te osebe so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje po naslednjih zavarovalnih podlagah:

- 0100 - delovno razmerje v RS
- 0200 - detaširani delavci (če imajo pogodbo o zaposlitvi)
- 0800 - zaposleni pri tujih delodajalcih v RS
- 1300 - zaposleni pri samostojnih podjetnikih
- 1600 - zaposleni pri fizičnih osebah (npr. gospodinjske pomočnice)
- 2000 - zaposleni pri tujem delodajalcu v RS ali v tujini (če je delovno razmerje sklenjeno na podlagi pogodbe o zaposlitvi na območju Republike Slovenije)
- 2900 - zaposleni pri zasebnikih, ki opravljajo poklicno dejavnost (npr. pri odvetniku)
- 3400 - udeleženci javnih del
- 3600 - oseba, ki opravlja dopolnilno delo do 8 ur tedensko pri drugem delodajalcu
- 8500 - eden od staršev, ki po posebnih predpisih dela v skrajšanem delovnem času

3. odst. 137. člena Zakona o delovnih razmerjih določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti za delo delavca za delo zaradi njegove bolezni ali

poškodbe, ki ni povezana z delom največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu, za čas daljše odsotnosti pa izplača delodajalec nadomestilo plače v breme zdravstvenega zavarovanja.

4. odst. 137. člena Zakona o delovnih razmerjih določa, da v primeru, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitve dalje, nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

169. člen Zakona o delovnih razmerjih določa, da ima delavec pravico do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno daruje kri, delodajalec pa izplača nadomestilo plače delavcu v breme zdravstvenega zavarovanja.

Opozorilo: V primeru zadržanosti od dela na dan darovanja krvi, se ne izpolnjuje POTRDILA, temveč posebno listino.

Invalidi in pravica do nadomestila plače

Ne glede na to, da ima zavarovanec v kartici zdravstvenega zavarovanja vpisano katero od uvodoma navedenih zavarovalnih podlag, ni upravičen do nadomestila plače, če je na podlagi pravnomočne odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZPIZ) spoznan za invalida I. kategorije.

Če je zavarovanec z dokončno odločbo ZPIZ-a spoznan za invalida II. kategorije invalidnosti oziroma invalida III. kategorije, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa, je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja upravičen do nadomestila plače le za čas (ure), za katerega je še zmožen za delo.

Te pravice pa nimajo invalidi II. in III. kategorije z zavarovalno podlago 8400 za čas poklicne rehabilitacije. V tem času prejemajo nadomestilo v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja, ne glede na morebitne prekinitve zaradi bolezni ali drugih razlogov za zadržanost od dela. Zato te osebe tedaj niso upravičene do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in se zanje Potrdilo ne izpolnjuje (natančnejša pojasnila so v poglavju III. A tč. 10).

3. Pristojnost za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo

Glede na vzrok in trajanje zadržanosti od dela, je za ugotavljanje in ocenjevanje upravičenosti pristojen osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija.

a) Utemeljenost zadržanosti od dela ocenjuje:

– OSEBNI ZDRAVNIK ZAVAROVANCA

- za prvih 30 koledarskih dni zaradi bolezni, poškodbe, transplantacije, izolacije, spremstva;
- za prvih 7 delovnih dni za nego zakonca;
- do 14 oz. 30 koledarskih dni za usposabljanje enega od staršev za kasnejšo rehabilitacijo otroka na domu, na podlagi potrdila izvajalca, pri katerem se je izvajalo usposabljanje;

- OTROKOV OSEBNI ZDRAVNIK

- za prvih 7 delovnih dni za nego otroka, starejšega od 7 let;
- za prvih 15 delovnih dni zaradi nege otroka do 7 let starosti in starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka;

b) Daljšo zadržanost od dela lahko ugotovi le imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija. Zato mora osebni zdravnik, če meni, da zavarovanec še vedno ni zmožen za delo oziroma, da je ožji družinski član še vedno potreben nege, vsaj 3 dni pred iztekom prej navedenih rokov, zavarovano osebo napotiti k imenovanemu zdravniku in mu posredovati tudi vso potrebno dokumentacijo.

Zavarovanec lahko izjemoma uveljavlja pravico do zadržanosti od dela zaradi nege, ki je daljša od 15 oz. 30 delovnih dni zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih. Za oceno o utemeljenosti podaljšane nege je pristojen imenovani zdravnik. Nega v tem primeru lahko traja skupaj največ do 6 koledarskih mesecev.

V primerih, ko je to potrebno zaradi težke možganske okvare, rakavih obolenj ali drugih hudih poslabšanj zdravstvenega stanja otroka, lahko imenovani zdravnik na predlog strokovnega kolegija Kliničnega centra Ljubljana - Pediatrične klinike, zavarovancu podaljša nego tudi preko 6 mesecev, vendar najdalj do 18. leta starosti otroka. Zavarovanec lahko to pravico uveljavi tudi v času, ko je oseba v bolnišnici, če tako odloči imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija.

Za oceno nezmožnosti za delo je pristojen imenovani zdravnik območne enote, v kateri ima sedež osebni zdravnik, ki je pristojen za izdajo POTRDILA.

c) Za računanje delovnih dni zadržanosti od dela zavarovanca, se upošteva delovni plan delodajalca. V delovne dneve štejejo tudi praznični in drugi dela prosti dnevi po zakonu. Sobota se šteje v dneve zadržanosti od dela le v primeru, ko bi zavarovanec po delovnem planu delodajalca moral delati tudi na ta dan.

Za samostojne zavezance šteje, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno v okviru petih delovnih dni (brez sobote), če ne izkažejo drugače.

4. Pristojnost za izdajo potrdila

Ne glede na to, ali je za ocenjevanje zavarovančeve upravičene zadržanosti od dela pristojen osebni zdravnik ali imenovani zdravnik, Potrdilo vedno izda osebni zdravnik.

Za izdajo POTRDILA je pristojen zavarovančev osebni zdravnik. Potrdilo o upravičenostičasne zadržanosti od dela zaradi nege otroka zavarovancu izda otrokov osebni zdravnik. To je edina izjema v Pravilih, da POTRDILA zavarovancu ne izda njegov osebni zdravnik. O izdaji POTRDILA je otrokov osebni zdravnik dolžan najpozneje v 3 dneh obvestiti osebnega zdravnika zavarovanca, ki bo otroka negoval. Zdravnik obvestilo obvezno evidentira v zdravstvenem kartonu zavarovanca. Oblika obvestila ni predpisana. POTRDILA zavarovancu ne more izdati osebni zobozdravnik in tudi ne osebni ginekolog. Ta dva osebnemu zdravniku zavarovane osebe podata le mnenje o zavarovančevi nezmožnosti za delo.

POTRDILA tudi ne more izdati zdravnik, ki izvaja specialistično ali bolnišnično dejavnost in ga je osebni zdravnik pooblastil za zdravljenje zavarovanca. Osebnemu zdravniku lahko poda le mnenje o zavarovančevi nezmožnosti za delo.

Zdravnik, ki nima sklenjene pogodbe z Zavodom za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti ter zdravnik, zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu ali pri zasebniku, ki zavarovanim osebam nudi zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante, zavarovancem ne sme izdati POTRDILA.

Starševski dopust in nadomestilo, ki ga upravičenec prejema v času starševskega dopusta, ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato se za njegovo uveljavljanje ne uporablja Potrdilo. Listine in postopke za uveljavljanje pravic v času starševskega dopusta je predpisalo Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve.

III. Vsebina in način izpolnjevanja potrdila

1. Splošno

Potrdilo je javna listina, s katero zavarovanec uveljavlja pravico do izplačila nadomestila plače iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in tudi do izplačila nadomestila, ki mu ga je v skladu z zakonom in kolektivno pogodbo dolžan izplačati delodajalec. S tem potrdilom uveljavlja pravico do izplačila nadomestila v skladu s 17. b členom ZZZPB tudi brezposelna oseba, ki je ob nastanku ali med brezposelnostjo bila ali postala nezmožna za delo iz zdravstvenih razlogov, od 31. delovnega dne dalje. Hkrati je tudi osnova za vodenje nacionalne zdravstvene statistike o delanezmožnosti aktivnih zavarovancev (po razlogu obravnave, diagnozi, trajanju,...), ki jo izvaja Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju: IVZ).

2. Izdaja POTRDILA

Potrdilo se izda ob:

- zaključku zadržanosti od dela
- spremembi razloga
- spremembi diagnoze
- zaključku vsakega koledarskega meseca, kljub temu, da zadržanost od dela še traja

3. Način izpolnjevanja POTRDILA

Podatki, ki so na obrazcu, so združeni v vsebinsko smiselne celote kot na primer: podatki o izvajalcu, osebnem zdravniku, zavarovani osebi... Zaradi nedvoumnosti pri zapisu so na obrazcu pri nekaterih podatkih še prazna okenca. V tem primeru je mogoče podatke vpisati na dva načina:

- da se označi številko pred navedbo podatka ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezno številko, ki podatek označuje.

A. Podatki, ki se izpolnjujejo pri osebnem zdravniku**1. IZVAJALEC****– ŠTEVILKA IN NAZIV IZVAJALCA**

vpiše se 5-mestna številka (iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, v nadaljevanju: BPI), in naziv izvajalca, kjer dela osebni zdravnik oz. nadomestni zdravnik, ki izpolnjuje POTRDILO

2. OSEBNI ZDRAVNIK/NADOMESTNI ZDRAVNIK

v ustreznem okencu se vpiše ustrezna številka, ki opredeljuje zdravnika, ki izpolnjuje POTRDILO

– ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

vpiše se 5-mestna šifra zdravnika iz BPI

– IME IN PRIIMEK

vpiše se ime in priimek zdravnika, ki izdaja POTRDILO ali se odtisne njegov imenski žig

3. ZAVAROVANA OSEBA**– ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE**

vpiše se 9-mestna številka zdravstvenega zavarovanja

– DATUM ROJSTVA

podatek se vpiše v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se vpišejo z vodilnimi ničlami, letnica pa v celoti (npr. datum rojstva je 4. julij 1945 - vpiše se 04071945). Od 1. 10. 2000 dalje je rojstni datum zavarovane osebe obvezen podatek.

– ZAVAROVALNA PODLAGA

vpiše se 4-mestna šifra zavarovalne podlage

Potrđilo se izpolnjuje le za zavarovane osebe z zavarovalnimi podlagami, navedenimi v poglavju II/2 teh navodil.

– ENOTA ZZZS ZAVAROVANJA

vpiše se 10-mestna številka zavezanca

– SPOL

označi se številka 1 ali 2 glede na to, ali je zavarovana oseba moški ali ženska.

– PRIIMEK IN IME

čitljivo se vpiše priimek in ime zavarovane osebe, ki uveljavlja pravico do zadržanosti od dela.

– NASLOV

vpiše se ulica, hišna številka, poštna številka in kraj bivališča zavarovane osebe v RS.

4. DRUŽINSKI ČLAN

podatke se izpolnjuje v primeru, ko je kot razlog zadržanosti navedena nega družinskega člana (razlog 6) ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka (razlog 11).

– PRIIMEK IN IME

čitljivo se vpiše priimek in ime družinskega člana, zaradi katerega zdravnik zavarovancu izdaja POTRDILO.

– DATUM ROJSTVA

vpiše se datum rojstva v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami, letnica rojstva pa se vpiše v celoti (npr.: datum rojstva je 4. julij 1973 - vpiše se 04071973).

– OTROK, ZAKONEC

označi ali vpiše se številka 1 ali 2 glede na to, ali se POTRDILO izdaja za nego otroka ali za nego zakonca.

5. PRVI DAN ZADRŽANOSTI

vpiše se datum, ko se je zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku zaradi ugotovitve vzroka in pravice do zadržanosti od dela, in sicer v obliki DDMMLLLL. Le v upravičenih primerih, ki jih določajo Pravila v XIII/1 poglavju, se izjemoma lahko oceni zavarovančevo zadržanost za nazaj. Utemeljenost zadržanosti od dela za največ 3 dni za nazaj ocenjuje osebni zdravnik, za daljše obdobje pa le imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija.

V primeru, da je zavarovanec že dalj časa zadržan od dela, vendar zaradi različnih razlogov, je potrebno za vpis prvega dne zadržanosti upoštevati tudi določila XIII/1 poglavja Pravil o načinu seštevanja teh dni. Tako velja:

- če je zavarovanec že dalj časa **neprekinjeno** nezmožen za delo in so se v tem času pri njem spreminjale diagnoze ali razlogi od 01 do 05, navedeni v okencu 11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI, se kot prvi dan zadržanosti od dela ves čas v vsa izdana POTRDILO vpiše datum, ko se je zavarovanec prvič zgasil pri zdravniku zaradi ugotovitve nezmožnosti za delo;
- če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela, vendar zaradi različnih razlogov od 06 do 11, se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
- če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela in sicer najprej zaradi razloga od 01 do 05 in nato zaradi razloga od 06 do 11 (ali obratno), se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
- če je bila zavarovančeva zadržanost od dela **prekinjena** med zdravljenjem pri razlogih od 01 do 05, se kot prvi dan zadržanosti vpiše datum, ko je osebni zdravnik ponovno ugotovil upravičeno zadržanost od dela. V primeru, da je bil zavarovancu zaradi iste bolezni ali stanja zaključen bolniški stalež na podlagi sklepa imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in od sklepa še ni poteklo 30 dni, lahko oceno o utemeljenosti ponovne zadržanosti podata le imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija s sklepom.

Prejšnja zadržanost od dela - recidiv

Vpiše se obdobje (datum začetka in zaključka) prejšnje zadržanosti od dela od ____ do ____, ki jo je zavarovancu odobril osebni zdravnik v primeru, da gre za dve ali več zaporednih zadržanosti od dela do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, pa traja v posameznem primeru prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

V teh primerih mora osebni zdravnik takoj posredovati imenovanemu zdravniku obrazec Predlog imenovanemu zdravniku.

Če traja prekinitve med zadržanostjo od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, manj kot 10 dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje zadržanosti od dela od prekinitve dalje nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Opozorilo: Rubrika Prejšnja zadržanost od dela - recidiv se izpolnjuje celotno obdobje posamezne zadržanosti od dela (ob izdaji novega Potrdila na prehodu koledarskega meseca).

6. ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI

Ker Zavod in IVZ spremljata trajanje zadržanosti od dela po razlogih, IVZ pa tudi po diagnozah, je potrebno po zaključku zadržanosti od dela zaradi spremembe razloga ali diagnoze izstaviti novo POTRDILO.

Trajanje zadržanosti po posameznem razlogu se ugotovi na podlagi datumov, vpisanih v okencu 10 - ZADRŽANOST OD DELA ter okencu 11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI.

Trajanje zadržanosti po posamezni diagnozi se ugotovi na podlagi podatkov, ki jih osebni zdravnik evidentira v rubriki 13 - DIAGNOZA na spodnjem delu POTRDILA (oz. posreduje v računalniški obliki).

Podatki se v okencu evidentirajo takole:

- ZA DIAGNOZO

“DA” za diagnozo se označi le, če se je zadržanost od dela zaradi določene diagnoze zaključila.

- ZA RAZLOG

“DA” za razlog se označi le, če se je zadržanost od dela zaključila zaradi določenega razloga.

Če je označen “DA” za razlog, mora biti označen tudi “DA” za diagnozo.

- ZA PLAČNIKA

“DA” za plačnika se označi, ko po oceni osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika (ali zdravstvene komisije) ni več razlogov za zavarovančevo nadaljnjo zadržanost od dela. Istočasno to pomeni, da je zavarovančeva zadržanost od dela zaključena tudi za diagnozo in razlog.

7. ZAVEZANEC

- NAZIV, REGISTRSKA ŠTEVILKA, DEJAVNOST

iz kartice zdravstvenega zavarovanja se prepíše naziv zavezanca za prispevek (delodajalca, samostojnega zavezanca, Zavoda RS za zaposlovanje), registrsko številko zavezanca (10-mestna številka) in šifro dejavnosti (6-mestna številka).

- ZAPOREDNA ŠTEVILKA IZDANEGA POTRDILA

v okencu se praviloma vpiše šifro 1. V praksi pa niso redki primeri, da so zavarovanci zaposleni pri dveh ali več delodajalcih. Ker bo zavarovanec pri vseh svojih delodajalcih moral izkazati upravičenost do zadržanosti od dela in bo tudi izplačilo nadomestila plače uveljavljal v sorazmernem delu glede na delovno obveznost pri posameznem delodajalcu, mu zdravnik izpolni POTRDILO za vsakega zavezanca posebej. Če zdravnik zavarovancu izda za isto obdobje in zaradi istega razloga več izvodov POTRDIL, vpiše v okencu ZAPOREDNA ŠTEVILKA IZDANEGA POTRDILA za prvega zavezanca šifro 1, za drugega zavezanca šifro 2, itd. V kartico zdravstvenega zavarovanja so vpisani največ trije zavezanci za prispevek, podatki o tem, kakšna je delavčeva delovna obveznost pri posameznem zavezancu (delodajalcu), pa v kartico zdravstvenega zavarovanja niso vpisani. Ta podatek lahko zdravnik pridobi le od zavarovanca ali pri prijavnno-odjavni službi Zavoda.

8. SKLEP

- ZADRŽAN PO SKLEPU ŠTEVILKA

iz sklepa se prepíše številka zadeve, pod katero je postopek vodil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija in je podlaga za izdajo POTRDILA.

V primeru ugotavljanja začasne zadržanosti od dela nad 30 delovnih dni za brezposelno osebo (prejemnico denarnega nadomestila ali denarne pomoči), se vpiše številka odločbe Zavoda RS za zaposlovanje, na podlagi katere izda osebni zdravnik POTRDILO.

- DO

iz sklepa se prepíše datum, do katerega je imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija ocenila utemeljenost zavarovančeve zadržanosti od dela. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

V primeru ugotavljanja nezmožnosti za delo brezposelne osebe se datum, do katerega je ta oseba začasno nezmožna za delo, prepíše iz odločbe Zavoda RS za zaposlovanje.

- IMENOVANI ZDRAVNIK/ZDRAVSTVENA KOMISIJA

v ustrezno okence se vpiše številka 1 ali 2 glede na to, ali je o predlogu za zadržanost zavarovanca od dela izdal sklep imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

9. NAPOTEN NA IK

- NAPOTEN DNE

vpiše se datum, ko je osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija odstopila invalidski komisiji ZPIZ predlog in dokumentacijo zaradi ocene stopnje invalidnosti. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

- POSTOPEK ZAKLJUČEN

označi se DA, če je postopek pred invalidsko komisijo ZPIZ že zaključen (podano izvedensko mnenje).

10. ZADRŽANOST OD DELA

- ZA POLNI DELOVNI ČAS, OD - DO

vpiše se obdobje (datume), ko je po oceni osebnega zdravnika oziroma na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije zavarovanec upravičen do zadržanosti za polni delovni čas. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

- ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD - DO

vpiše se obdobje (datume), ko je po oceni osebnega zdravnika oziroma na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika, zdravstvene komisije ali na podlagi odločbe Zavoda RS za zaposlovanje, zavarovanec upravičen do zadržanosti za krajši delovni čas od polnega. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL. V tem primeru mora osebni zdravnik obvezno izpolniti podatka »dolžan delati ___ur na dan, od tega zadržan od dela ___ur na dan«.

- DOLŽAN DELATI _____UR NA DAN

Vpiše se, koliko ur na dan je v primeru krajšega delovnega časa od polnega zavarovanec dolžan delati.

Če zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače pri več delodajalcih, se na vsa izdana POTRDILA vedno vpiše delovni čas, ki ga je delavec dolžan delati pri vseh delodajalcih skupaj.

– **OD TEGA ZADRŽAN OD DELA ____ UR NA DAN**

Vpiše se, koliko ur na dan je po oceni osebnega zdravnika oz. na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije zavarovanec zadržan od dela (npr. 2 uri zaradi spremstva). Če zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače pri več delodajalcih, se pri posameznem delodajalcu na POTRDILO vpišejo ure dnevne zadržanosti od dela, ki veljajo za tega delodajalca.

Krajši delovni čas je potrebno vedno vpisati pri zavarovancu z zavarovalno podlago 85, ki na podlagi Zakona o delovnih razmerjih (ki je veljal do 31. 12. 2002) dela polovico ali več kot polovico polnega delovnega časa, ter prav tako pri invalidu II. kategorije invalidnosti oziroma invalidu III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa.

Brezposelna oseba z zavarovalno podlago 1100 in 2800, ki sicer prejema denarni prejemek iz naslova brezposelnosti za polni delovni čas, je lahko začasno nezmožna za delo tudi krajši delovni čas od polnega, kar pomeni, da je upravičena do nadomestila za začasno nezmožnost za delo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja le za ure ugotovljene začasne nezmožnosti za delo. V primeru, da je brezposelna oseba z zavarovalno podlago 1100 in 2800 začasno nezmožna za delo za krajši delovni čas od polnega, osebni zdravnik izpolni rubriko za krajši delovni čas in v rubriko urna dnevna obveznost (dolžan delati ____ ur na dan) vpiše koliko ur na dan bi bil v primeru krajšega delovnega časa od polnega tak zavarovanec dolžan delati, kar je razvidno iz odločbe Zavoda RS za zaposlovanje.

11. RAZLOG ZADRŽANOSTI

podatek o razlogu je možno vpisati na dva načina:

- da se označi posamezna številka pred navedbo razloga za zadržanost od dela ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki označuje razlog za zadržanosti

Za brezposelno osebo se kot razlog zadržanosti navede ustrezen zdravstveni razlog, zaradi katerega je brezposelna oseba sama nezmožna za delo. Pri tem je lahko označen razlog poškodba pri delu le v primeru, če je ta nastala pred nastankom brezposelnosti in gre torej le za kasnejšo posledico poškodbe pri delu.

– **PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG**

vpiše se datum, ko je osebni zdravnik pri zavarovancu ugotovil razlog za zadržanost, ki je označen v okencu. Ta je enak ves čas do nastopa novega razloga za zadržanost oziroma najdalj do zaključka zadržanosti od dela zavarovanca. Podatek služi za spremljanje trajanja zadržanosti po razlogih.

Pri določenih razlogih za zadržanost se upošteva naslednje:

- **POŠKODBE IN POKLICNA BOLEZEN (02, 03, 04, 05)** navedeni razlog osebni zdravnik označi ali vpiše le, če na podlagi pregleda zavarovanca in njegove medicinske dokumentacije oceni, da je zavarovančeva nezmožnost za delo nedvoumno posledica prav določene poškodbe ali poklicne bolezni.

– **NEGA OŽJEGA DRUŽINSKEGA ČLANA (06)**

po zakonu je do nege upravičen le ožji družinski član. Med ožje družinske člane štejejo otroci in zakonec zavarovanca. Za uveljavljanje pravice do zadržanosti zaradi nege ni pogoj, da je otrok ali zakonec, ki potrebuje skrbnejšo nego, tudi obvezno zdravstveno zavarovan kot družinski član po zavarovancu, ampak da ožji družinski član in zavarovanec živita v skupnem gospodinjstvu. Zavarovanec ima pravico do nadomestila plače za nego ožjega družinskega člana, če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela.

– **TRANSPLANTACIJA (07)**

s tem razlogom se označuje zadržanosti od dela le za dajalce živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika se vedno označi dejanski razlog, zaradi katerega mu je potrebno opraviti ta poseg (npr. bolezen, poškodba). Prav tako se s tem razlogom označuje zadržanost, ki je posledica bolezni, nastale zaradi dajanja krvi.

– **SPREMSTVO (09)**

pravico do nadomestila zaradi spremstva lahko uveljavlja oseba, ki je spremlja zavarovano osebo k izvajalcu v drug kraj. Do spremstva je zavarovana oseba upravičena, kadar uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcih v drugem kraju in zaradi zdravstvenih ali drugih razlogov ni sposobna sama potovati. Potrebo po spremstvu ugotovi osebni (oz. napotni) zdravnik.

Ne glede na zdravstveno stanje ima pravico do spremstva na vsakem potovanju v drug kraj otrok do 15. leta starosti, težje ali težko telesno in duševno prizadeti otrok in mladostnik pa do 18. leta starosti.

Zavarovani osebi ni mogoče odrediti spremstva med bolnišničnim zdravljenjem. Na poti in med zdravljenjem je izjemoma upravičen do spremstva le otrok do 18. leta starosti, če je napoten na zdravljenje v tujino.

Za spremstvo otroka ne šteje bivanje enega od staršev v bolnišnici zaradi usposabljanja za kasnejšo rehabilitacijo otroka na domu.

Zavarovanim osebam, razen slepim, ni mogoče odrediti spremstva med zdraviliškim zdravljenjem.

Za spremstvo otroka ne šteje udeležba enega od staršev na organiziranih skupinskih usposabljanjih, ki jih strokovno vodijo klinike, inštituti ali drugi zdravstveni zavodi po programu.

Zavarovanec pri osebnem zdravniku uveljavlja izdajo POTRDILA zaradi spremstva na podlagi potrdila osebnega ali lečečega zdravnika zavarovanca, ki je spremstvo potreboval

– **USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA (10)**

ta pravica je vezana na bivanje enega od staršev v bolnišnici zaradi usposabljanja za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu. V primeru, da ima otrok težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače, je bivanje omejeno do največ 30 dni, pri otroku s kroničnimi boleznimi ali okvarami pa največ do 14 dni.

Nadomestilo plače gre zavarovancu od prvega dne bivanja v bolnišnici.

POTRDILO izda osebni zdravnik zavarovancu na podlagi obvestila izvajalca, pri katerem se je izvajalo usposabljanje.

– **POŠKODBA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA (11)**

vse osebe, ki so udeležene v aktivnostih, naštetih v 18. členu Zakona (npr. pri reševalnih akcijah, prostovoljnih gasilskih akcijah, športniki, trenerji in organizatorji v okviru organizirane športne dejavnosti pri športnih akcijah itd.), morajo biti v tem času obvezno zdravstveno zavarovane za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. V primeru, da med opravljanjem navedene aktivnosti dejansko pride do poškodbe, se POTRDILO izpolni le za zavarovanca, ki ima v kartici zdravstvenega zavarovanja vpisano eno od zavarovalnih podlag iz II/2 točke teh navodil.

Za uporabo te šifre razloga je potrebno upoštevati pojasnila, ki so zapisana k razlogu obravnave pod naslovom "POŠKODBE IN POKLICNA BOLEZEN" (02, 03, 04 in 05).

12. INVALIDNOST

– **INVALID I - III KATEGORIJE**

Označi ali vpiše se številka 1, 2 ali 3 glede na to, katera kategorija invalidnosti je ugotovljena pri zavarovancu. Pri invalidu II. in III. kategorije invalidnosti je postopek končan z dokončno odločbo ZPIZ-a, pri I. kategoriji invalidnosti pa s pravomočnostjo odločbe, to je do dokončanja sodnega postopka.

V skladu z določbo 60. člena Zakona o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki prične veljati 1. 1. 2003, se invalidnost razvršča v naslednje kategorije:

- **I. kategorija** - splošna invalidnost, če zavarovanec ni več zmožen opravljati organiziranega pridobitnega dela ali, če je pri njem podana poklicna invalidnost, nima pa več preostale delovne zmožnosti;
- **II. kategorija** - poklicna invalidnost, če je zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za več kot 50%;
- **III. kategorija** - zmanjšana zmožnost za delo, če zavarovanec z ali brez predhodne poklicne rehabilitacije ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo vsaj polovico polnega delovnega časa oziroma **omejeno zmožnost**, če je zavarovančeva delovna zmožnost za svoj poklic zmanjšana za manj kot 50% ali, če zavarovanec še lahko dela v svojem poklicu s polnim delovnim časom, vendar ni zmožen za delo na delovnem mestu, na katerega je razporejen.

KRAJ, DATUM, PODPIS

Na Potrdilo osebni zdravnik vpiše kraj in datum njegove izpolnitve ter se lastnoročno podpiše.

B. Podatki, ki jih izpolni delodajalec, samostojni zavezanec, Zavod RS za zaposlovanje oziroma pristojna enota Davčne uprave Republike Slovenije

Hrbtna stran POTRDILA vsebuje mesta za vpis podatkov, ki so osnova za obračun nadomestila. Te podatke delavcem izpolni njihov delodajalec (tudi zasebni), samostojnim zavezancem pa

pristojna enota Davčne uprave Republike Slovenije (v nadaljevanju: DURS). Podatke o višini zadnjega izplačanega denarnega prejema za brezposelne osebe (zavarovalni podlagi 1100 in 2800) izpolni Zavod RS za zaposlovanje.

1. Delodajalec v POTRDILO vpiše naslednje podatke:

- o letu oziroma mesecih, v katerih je delavec prejel izplačila bruto plač in nadomestil, ki so osnova za obračun;
- o skupnem številu ur, za katere so bile izplačane bruto plače in nadomestila, ki so osnova za obračun;
- o skupnem znesku bruto plač in nadomestil, izplačanih v letu, ki je osnova za obračun;
- o urni osnovi za delo oziroma urni postavki za plačo, ki bi jo delavec prejel v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, če bi delal (t.i. limit);
- o mesečni delovni obveznosti delavca v dnevih in urah;
- o tedenski delovni obveznosti v dnevih in urah;
- o delovnih sobotah (datumih), ko bi delavec moral delati in sicer za tekoči mesec, za pretekli mesec pa le ob prvem prehodu izplačila v breme Zavoda;
- o številu delovnih dni, za katere je bilo izplačano nadomestilo v breme delodajalca zaradi bolezni ali poškodbe izven dela in datum 120. delovnega dne, če je bilo opravljeno izplačilo nadomestila s strani delodajalca

Pravilnost vpisanih podatkov z lastnoročnim podpisom potrdi pooblaščen delavec delodajalca, vpiše kraj in datum izdaje potrdila ter odtisne žig.

V osnovo za nadomestilo se štejejo zavarovančeve plače in nadomestila, ki so bila izplačana v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastala začasna zadržanost od dela (oz. v tekočem koledarskem letu pred nastopom zadržanosti od dela, če zavarovanec ni imel plače oz. osnove za plačilo prispevkov v preteklem koledarskem letu). Zavezanci pri seštevanju izplačil uporabijo podatke za dohodnino, ki se vpisujejo v rubriki:

- plača, nadomestilo plače in povračila stroškov,
- nadomestilo, izplačano pri drugih izplačevalcih.

V osnovo se štejejo poleg bruto plač tudi vsa nadomestila, ki jih je prejel delavec iz naslova delovnega razmerja, torej tudi nadomestila za brezposelnost, starševska nadomestila in nadomestila, izplačana v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Mednje pa ne sodijo nadomestila, ki so izplačana v breme pokojninskega in invalidskega zavarovanja.

Za invalida II. kategorije oziroma invalida III. kategorije, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa in za delavca, ki je pridobil pravico do dela v skrajšanem delovnem času do 31. 12. 2002 v skladu s 84. in 85. členom Zakona o delovnih razmerjih, se kot mesečna oziroma tedenska delovna obveznost vnese število ur, ki jih mora delavec dejansko opraviti pri delodajalcu (glej še pojasnilo k II/2 točki teh navodil).

2. DURS v Potrdilo vpiše naslednje podatke za samostojnega zavezanca:

- o letu oz. mesecih, za katere je izračunana skupna osnova za plačilo prispevkov in je osnova za obračun nadomestila;
- o znesku skupne osnove za plačilo prispevkov za koledarsko leto, ki je osnova za obračun nadomestila;

- o zavarovančevi osnovi za plačilo prispevka v koledarskem mesecu pred mesecem nastanka zadržanosti od dela;
- o stanju plačil prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje.

Pravilnost vpisanih podatkov z lastnoročnim podpisom potrdi pooblaščen delavec pristojne enote DURS, vpiše kraj in datum izdaje potrdila in odtisne žig.

V primeru, da je bil samostojni zavezanec v koledarskem letu pred letom, ko je zbolel, tudi zaposlen ali je prejemal nadomestilo, v osnovo za obračun nadomestila štejejo poleg osnove za plačilo prispevkov tudi plače in prejeta nadomestila. Podatke o plačah in nadomestilih je dolžan Zavodu predložiti zavarovanec.

Čas začasne zadržanosti od dela, za katerega je izdano POTRDILO, pooblaščen delavec DURS zaznamuje tudi v svoji evidenci in za obdobje, ko nadomestilo izplačuje Zavod, s prispevki za socialno varnost ne bremeni samostojnega zavezanca.

3. Zavod RS za zaposlovanje

Vpiše višino zadnjega izplačanega denarnega bruto prejemka po ZZZPB in število ur, za katero je bilo opravljeno izplačilo. Pravilnost vpisanih podatkov z lastnoročnim podpisom potrdi pooblaščen delavec Zavoda RS za zaposlovanje, vpiše kraj in datum potrdila ter odtisne žig.

4. Druga navodila

Osební zdravnik in imenovani zdravnik sta zavarovancu ob obravnavi dolžna dati navodila o ravnanju v času zadržanosti od dela (način življenja: strogo ležanje, počivanje, sprehodi, ipd.). Imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija takšno navodilo zapiše tudi v sklep, osební zdravnik pa v zdravstveni karton zavarovane osebe.

Izvajalci, ki podatke za statistične analize absentizma posredujejo območnim Zavodom za zdravstveno varstvo (ZZV) na računalniškem mediju, POTRDILO izpolnjujejo v enem izvodu in ga izročijo zavarovancu. Za to uporabijo enojni obrazec, ki ne vsebuje mest za vpis podatkov o diagnozi, na hrbtni strani pa ima označena mesta za vpis podatkov, potrebnih za obračun nadomestila.

Za izvajalce, ki podatke za statistične analize absentizma pripravljajo ročno, je POTRDILO izdelano v dveh izvodih. Pri tem izročijo original dokumenta zavarovancu, kopijo, ki vsebuje tudi podatke o diagnozi, pa posredujejo območnim Zavodom za zdravstveno varstvo.

Naslovi pristojnih ZZV so navedeni v navodilu, ki ga je pripravil Inštitut za varovanje zdravja.

Obrazec v dveh izvodih, v katerega se zapiše tudi podatek o diagnozi, se uporablja za sporočanje začetka in konca nezmožnosti za delo za aktivne tuje zavarovane osebe, ki imajo v Sloveniji lečečega zdravnika.

IV. Uveljavljanje in obračun nadomestila

1. Uveljavljanje nadomestila plače

Glede na razlog zadržanosti zavarovanci uveljavljajo nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja od prvega ali od 31. delovnega dne zadržanosti od dela.

Brezposelne osebe (zavarovalni podlagi 1100 in 2800) uveljavljajo nadomestilo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov. Tem osebam izplačuje nadomestilo neposredno Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, le-temu pa izplačane zneske nadomestil povrne Zavod. Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje izkazuje pravico do refundacije pri območni enoti Zavoda na podlagi specificiranega zahtevka. Zahtevku je potrebno priložiti: potrdilo o upravičeni zadržanosti do dela in odločbo Zavoda Republike Slovenije za zaposlovanje.

Samostojni zavezanci in pri njih zaposleni delavci uveljavljajo izplačilo nadomestila neposredno pri Zavodu. Ostali zavarovanci izplačilo nadomestila uveljavljajo praviloma pri svojem delodajalcu, le-temu pa izplačani znesek povrne Zavod.

Zahtevak pravne osebe je popoln, če vsebuje:

- specifikacijo zahtevka, iz katerega je razvidno:
 - za katere zavarovance se uveljavlja izplačilo - po razlogih za zadržanost (s šiframi iz potrdil o upravičeni zadržanosti od dela),
 - prikaz izračuna nadomestila za vsakega zavarovanca posebej,
 - podatki o višini plače, ki bi jo delavec prejel, če bi delal,
 - tedenska oziroma mesečna delovna obveznost,
 - osnova za obračun nadomestila.
- pravilno in popolno izpolnjena Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (obr. BOL/02). Hrbtno stran obrazca lahko nadomesti računalniško izpisana specifikacija zahtevka, ki vključuje vse zahtevane podatke in je potrjena z žigom in podpisom odgovornega delavca delodajalca.

Zahtevak samostojnega zavezanca in zahtevak za delavca, zaposlenega pri samostojnem zavezancu je popoln, če vsebuje pravilno in popolno izpolnjeno Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.

Zahtevak Zavoda RS za zaposlovanje je popoln, če vsebuje:

- specificiran zahtevak (lahko računalniški izpis) za prejemnike denarnih nadomestil in pomoči, na katere se nanaša zahtevak, iz katerega so razvidni naslednji podatki: priimek in ime brezposelne osebe, trajanje odsotnosti v breme ZZZS, število ur odsotnosti, število ur, za katere je bilo izplačano nadomestilo oziroma denarna pomoč pred nastankom začasne nezmožnosti za delo, urna osnova, bruto nadomestilo za posameznika in skupni znesek zahtevka.
- izpolnjena Potrdila o upravičeni zadržanosti od dela (obr. BOL/02) za vsako brezposelno osebo;
- odločbe Zavoda RS za zaposlovanje o mirovanju pravice za vsako brezposelno osebo (iste odločbe v primeru, da zadržanost od dela traja več mesecev, ni potrebno prilagati vsakemu zahtevku).

2. Obračun nadomestila plače

Obračun nadomestila plače, ki bremeni delodajalca oz. samostojnega zavezanca, se opravi po določbah Zakona o delovnih razmerjih, kolektivnih pogodb in predpisov delodajalca.

Obračun nadomestil plače, ki bremeni obvezno zdravstveno zavarovanje, se opravi po določbah Zakona, Pravil in na podlagi podatkov, vpisanih v POTRDILO.

(izpolni delodajalec)
POTRDILO
V letu _____ oziroma v mesecih _____ leta _____ je bilo delavcu-ki za _____ ur izplačanih _____ SIT bruto plač in nadomestil (podatki za dohodnino).
Če bi delavec-ka v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, delal-a, bi znašala: - uma osnova za delo _____ SIT, - mesečna delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni, - tedenska delovna obveznost _____ ur in bi bila razporejena na _____ dni, - delovna obveznost ob sobotah (navedite datume) _____ po ur _____.
Datumi delovnih sobot v preteklem mesecu (izpolniti je potrebno samo ob prvem prehodu izplačila v breme ZZS): _____.
V tekočem letu _____ je bilo v breme delodajalca izplačano nadomestilo plače za zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe izven dela za _____ delovnih dni. Nadomestilo za 120. delovni dan je bilo izplačano za dan _____.
žig
Kraj _____ dne _____ <small>(podpis pooblaščen osebe)</small>
(izpolni DURS)
POTRDILO
Za leto _____ oziroma za mesece _____ leta _____ je skupna osnova za plačilo prispevka za samostojnega zavezanca znašala _____ SIT, in sicer za _____ ur.
Osnova za plačilo prispevka je za koledarski mesec pred nastankom zadržanosti od dela znašala _____ SIT.
Zavezanec je zapadle prispevke za zdravstveno zavarovanje: <input type="checkbox"/> poravnal v celoti <input type="checkbox"/> ni poravnal v celoti
žig
Kraj _____ dne _____ <small>(podpis pooblaščen osebe)</small>

Vzorec hrbtne strani obrazca BOL/02

Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanih zdravnikih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

I. Uvod

V skladu z 81. členom zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur.l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01, 60/02; v nadaljevanju: Zakon) in določbami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) se s tem navodilom natančneje določa uvedba postopka pri imenovanem zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod), upravičence za vlaganje predlogov ter stvarna krajevna pristojnost imenovanih zdravnikov za obravnavo posameznih predlogov v postopkih uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Z njim se določa tudi uporaba novega obrazca PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU (Obr. IZ/03), ki ga je založil Zavod in način njegovega izpolnjevanja. Ta obrazec je uveden s spremembami in dopolnitvami Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

II. Organi v postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. Splošno

S spremembami in dopolnitvami zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 60/02), ki so bile sprejete zaradi uskladitve z odločbo Ustavnega sodišča R Slovenije, bodo s 1. 1. 2003 ukinjene zdravniške komisije kot izvedenski organi Zavoda. Po novi ureditvi bodo v postopkih uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja odločali na I. stopnji imenovani zdravniki, na II. stopnji pa zdravstvena komisija, ki o svojih odločitvah izdada sklep. Imenovanega zdravnika in člane zdravstvene komisije imenuje upravni odbor Zavoda.

2. Stvarna pristojnost imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije

Imenovani zdravnik:

- odloča o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- odloča o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene izbranega osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni;
- odloča o napotitvi na zdraviliško zdravljenje;
- odloča o upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe in o pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov;
- odloča o upravičenosti zdravljenja v tujini.

Zdravstvena komisija odloča o pritožbi zoper sklep imenovanega zdravnika. Komisija o svoji odločitvi izda sklep, ki je dokončen pri Zavodu.

3. Krajevna pristojnost imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije

Za odločanje o posameznem predlogu je krajevno pristojen tisti imenovani zdravnik, na območju katerega ima sedež osebni zdravnik zavarovane osebe. Zdravstvena komisija deluje v Ljubljani in Mariboru. Za obravnavo pritožbe zoper sklep imenovanega zdravnika iz območnih enot Celje, Koper, Kranj, Krško, Ljubljana, Nova Gorica in Novo mesto je krajevno pristojna zdravstvena komisija v Ljubljani, za pritožbe iz območnih enot Maribor, Murska Sobota in Ravne na Koroškem pa zdravstvena komisija v Mariboru.

4. Predlog imenovanemu zdravniku

Za uvedbo postopka pri imenovanemu zdravniku uvaja Zavod s 1. 1. 2003 javno listino - **Predlog imenovanemu zdravniku**, Obr. IZ/03, (v nadaljevanju: PREDLOG), ki je priloga tega navodila.

5. Pristojnost za izpolnjevanje PREDLOGA

PREDLOG lahko izpolnjujejo le zdravniki in zdravstveno osebje v zdravstvenih zavodih in zasebni zdravniki, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe in imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za opravljanje dejavnosti.

Glede na vsebino PREDLOGA obrazec izpolnjuje osebni zdravnik zavarovane osebe, zdravnik, ki ga nadomešča ali pa napotni zdravnik. Obrazec uporablja tudi zdraviliški zdravnik za predlaganje podaljšanja zdraviliškega zdravljenja.

Predloga ne smejo uporabljati zasebni zdravniki, ki za izvajanje zdravstvene dejavnosti nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom in tudi ne zdravniki, zaposleni v zdravstvenih zavodih ali zasebniki, kadar zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve samoplačnikom.

6. Uporaba PREDLOGA

S PREDLOGOM se imenovanemu zdravniku predlaga uvedba postopka za odločanje o:

- začasni nezmožnosti zavarovane osebe za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko je izplačevalec nadomestila plače obvezno zdravstveno zavarovanje, razen če gre za nego, spremstvo ali izolacijo zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik;
- upravičenosti zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana, za katerega ni pristojen osebni zdravnik,
- zdravljenju v zdravilišču, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- zdravljenju v zdravilišču, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- pravici do zahtevnejših medicinsko-tehničnih pripomočkov,
- upravičenosti zahteve po medicinsko-tehničnih pripomočkih pred iztekom trajnostne dobe.

PREDLOG se ne uporablja:

- za odločanje o zahtevi zavarovanca ali delodajalca za presojo ocene osebnega zdravnika o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni,
- za odločitev o upravičenosti zdravljenja in nabave medicinsko-tehničnega pripomočka v tujini.

III. Vsebina in način izpolnjevanja predloga

1. Splošno

Podatki so v obrazcu združeni v vsebinsko smiselne celote, kot na primer: podatki o izvajalcu in o zdravniku, ki vlaga PREDLOG ter podatki o zavarovani osebi. Hrbtna stran je namenjena za zapise zdravnika o diagnozi, anamnezi in statusu zavarovane osebe, sporočilu o dosedanji terapiji, navedbi dokumentacije, ki je priložena predlogom imenovanemu zdravniku (npr. dolžina zadržanosti od dela, vrsta in obseg storitev v zdravilišču ipd.). Hrbtna stran vsebuje tudi:

- zapise o prejšnji začasni nezmožnosti za delo v primeru, če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (recidiv) (137. člen zakona o delovnih razmerjih)
- podatek, do katerega datuma je delodajalec iz lastnih sredstev izplačal nadomestilo za 120 delovnih dni (137. člen zakona o delovnih razmerjih)

Napotitev v primerih iz 137. člena zakona o delovnih razmerjih (podatki so na hrbtni strani Navodila) je možna samo za osebe, ki so v delovnem razmerju, to je osebe, ki so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje po naslednjih zavarovalnih podlagah:

- 0100 - delovno razmerje v RS
- 0200 - detaširani delavci (če imajo pogodbo o zaposlitvi)
- 0300 - zaposleni v tujini
- 0800 - zaposleni pri tujih delodajalcih v RS

- 1300 - zaposleni pri samostojnih podjetnikih
- 1600 - zaposleni pri fizičnih osebah (npr. gospodinjske pomočnice)
- 2000 - zaposleni pri tujem delodajalcu v RS ali v tujini (če je delovno razmerje sklenjeno na podlagi pogodbe o zaposlitvi na območju R Slovenije)
- 2900 - zaposleni pri zasebnikih, ki opravljajo poklicno dejavnost (npr. pri odvetniku)
- 3400 - udeleženci javnih del
- 3600 - oseba, ki opravlja dopolnilno delo do 8 ur tedensko pri drugem delodajalcu
- 8500 - eden od staršev, ki po posebnih predpisih dela v skrajšanem delovnem času

Zaradi nedvoumnosti pri zapisu in računalniških vpisov so na obrazcu pri nekaterih podatkih še prazna okenca. V tem primeru je mogoče podatke vpisati na dva načina:

- da se označi številko pred navedbo podatka ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezno številko, ki podatek označuje
- če pri podatku ni praznega okenca, se podatek vpiše z označbo številke pred navedbo podatka.

PREDLOG se izpolnjuje v enem izvodu.

2. Način izpolnjevanja

Podatki se vnašajo na naslednji način:

1. IZVAJALEC

- ŠTEVILKA IN NAZIV

Vpiše se 5-mestna številka iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: BPI) in naziv izvajalca, kjer dela zdravnik, ki izdaja predlog.

- ŠIFRA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna številka dejavnosti izvajalca iz šifranta 2, ki je sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (Priročnik št. 3, december 2001)

2. ZDRAVNIK

- OSEBNI, NADOMESTNI, NAPOTNI

V ustreznem okencu se označi številka pred navedbo zdravnika, ki izpolnjuje predlog. Če predlog izpolnjuje specialist okulist, okenca ne označi.

Kadar je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki obvezno izpolnjeno tudi okence 9 - NAPOTNICA. Pogoji pa je, da ga je osebni zdravnik predhodno z NAPOTNICO pooblastil za zdravljenje zavarovane osebe. Če predlog izpolnjuje zdraviliški zdravnik, ki predlaga podaljšanje zdraviliškega zdravljenja tega podatka ne označi.

- ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Vpiše se 5-mestna šifra tistega zdravnika, ki izpolnjuje PREDLOG -iz BPI

- IME IN PRIIMEK

Vpiše se ime in priimek zdravnika, ki izpolnjuje PREDLOG ali se odtisne njegov imenski žig.

3. ZAVAROVANA OSEBA

- ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna številka ZZZS iz kartice zdravstvenega zavarovanja.

- DATUM ROJSTVA

Podatek je od 1. 10. 2000 dalje obvezen. Vpiše se v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami, letnica pa se izpisuje v celoti (npr. datum rojstva je 4. julij 1973 - vpiše se 04071973).

- ZAVAROVALNA PODLAGA

Vpiše se 4-mestna šifra, ki je vpisana v kartici zdravstvenega zavarovanja zavarovane osebe oz. na Potrdilu o veljavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri zavarovanih osebah, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev po meddržavni pogodbi (konvenciji) s Potrdilom o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane (7777), se vpiše 4-mestna šifra, ki je vpisana na tem Potrdilu.

- ENOTA ZZZS ZAVAROVANJA / REGISTRSKA ŠTEVILKA ZAVEZANCA

vpiše se 10-mestna številka zavezanca za prispevek

- SPOL

Obkroži ali označi se z "X" številka 1 ali 2 glede na to, ali je zavarovana oseba moški ali ženska.

- PRIIMEK IN IME

Čitljivo se vpiše priimek in ime zavarovane osebe, za katero se izpolnjuje predlog.

- NASLOV

vpiše se ulica, hišna številka, poštna številka in kraj prebivališča zavarovane osebe v RS (stalno oziroma začasno).

4. POKLIC

- DELO, KI GA ZAVAROVANEC OPRAVLJA (POKLIC)

Vpiše se podatek o delu, ki ga opravlja zaposleni zavarovanec.

5. ODLOČITEV

Označi se številko pred navedbo predloga, o katerem naj odloči imenovani zdravnik, ali se številko vpiše v predvideno okence.

Za posamezni predlog iz te rubrike velja:

1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO

Točka se lahko označi le za zaposlene osebe ali osebe, ki opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost kot edini ali glavni poklic. Natančnejša pojasnila o tem, katere zavarovane osebe so to, ter v katerih primerih in v kakšnih rokih je potrebno podati predlog imenovanemu zdravniku, vsebuje Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače, ki ga je izdal Zavod ob uveljavitvi obrazca - POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA (Obr. BOL).

PREDLOG lahko izpolni le osebni zdravnik zavarovane osebe ali zdravnik, ki ga nadomešča. Če se označi to točko, morajo biti na prvi strani obrazca obvezno ustrezno izpolnjena še naslednja okenca: 1 - IZVAJALEC, 2 - ZDRAVNIK, 3 - ZAVAROVANA OSEBA, 4 - POKLIC, 6 - ZAVEZANEC, 7 - RAZLOG OBRAVNAVE, 10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI, 11 - SKLEP (če ne gre za prvo posredovanje predloga), 12 - ZADRŽANOST OD DELA, 13 - NAPOTEN NA IK (če je bil predlog že posredovan na IK, 14 - INVALIDNOST (če je invalidnost zavarovanca že ugotovljena z dokončno oz. pravnomočno odločbo ZPIZ-a).

2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE

To točko se lahko označi le v primeru, če nego potrebuje ožji družinski član (zakonec, otrok) zavarovanca. Natančnejša pojasnila o tem, v katerih primerih je družinski član upravičen do nege v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in za kakšen čas ter v kakšnih rokih je potrebno podati predlog, vsebuje Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plač, ki ga je izdal Zavod ob uveljavitvi obrazca - POTRDILA O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA (Obr. BOL/02). Za izpolnitev PREDLOGA po navedeni točki je pristojen osebni zdravnik zavarovanca, če se nega nanaša na zakonca ali otrokov osebni zdravnik. Če se označi to točko, morajo biti na prvi strani obvezno ustrezno izpolnjena še naslednja okenca: 1 - IZVAJALEC, 2 - ZDRAVNIK, 3 - ZAVAROVANA OSEBA, 4 - POKLIC, 6 - ZAVEZANEC, 7 - DRUŽINSKI ČLAN, 8 - RAZLOG OBRAVNAVE, 10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI OD DELA, 12 ZADRŽANOST OD DELA.

Okence 11 (SKLEP) se izpolni le v primeru, ko zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka oziroma v drugih izjemnih primerih zdravnik predlaga nego, ki je daljša od 15 oziroma 30 delovnih dni.

3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA

Za vložitev PREDLOGA je pristojen zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici, za podaljšanje že odobrenega zdraviliškega zdravljenja pa zdraviliški zdravnik. Pravica do zdraviliškega zdravljenja po tej točki je zavarovanim osebam zagotovljena le ob posebnih pogojih, ki jih določajo Pravila, praviloma 14 dni in najdalj do 28 dni.

Če se označi to točko, morajo biti na prvi strani obvezno ustrezno izpolnjena še naslednja okenca: 1 - IZVAJALEC, 2 - ZDRAVNIK, 3 - ZAVAROVANA OSEBA, 4 - POKLIC, 6 - ZAVEZANEC (le če se predlog nanaša na zaposleno zavarovano osebo), 8 - RAZLOG OBRAVNAVE, 9 - NAPOTNICA, 14 - INVALIDNOST, 15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE.

Če predlog vlaga zdraviliški zdravnik za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja, se v okencu 1 - IZVAJALEC, odtisne žig zdravilišča, okence 15 - BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE pa se ne izpolnjuje.

4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA

Pravica do zdraviliškega zdravljenja po tej točki je zavarovanim osebam zagotovljena le ob pogojih, ki jih določajo Pravila in najdalj do 28 dni. Za vložitev predloga je pristojen osebni zdravnik zavarovane osebe. Predlog za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja vloži zdraviliški zdravnik.

Če se označi to točko, morajo biti na prvi strani obvezno ustrezno izpolnjena še naslednja okenca: 1 - IZVAJALEC, 2 - ZDRAVNIK, 3 - ZAVAROVANA OSEBA, 4 - POKLIC, 6 - ZAVEZANEC (le, če se predlog nanaša na zaposleno

zavarovano osebo), 8 - RAZLOG OBRAVNAVE) in 14 - INVALIDNOST.

Če PREDLOG vlaga zdraviliški zdravnik za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja, v okence 1 - IZVAJALEC odtisne žig zdravilišča.

5 - O PRAVICI DO ZAHTEVNEJŠIH MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČKOV

Za vložitev predloga je pristojen osebni zdravnik zavarovane osebe ali napotni zdravnik. Zahtevnejši medicinsko-tehnični pripomočki so opredeljeni v sklepu Upravnega odbora Zavoda. Če se označi to točko, morajo biti na prvi strani obvezno ustrezno izpolnjena še naslednja okenca: 1 - IZVAJALEC, 2 - ZDRAVNIK, 3 - ZAVAROVANA OSEBA, 6 - ZAVEZANEC, 9 - NAPOTNICA, 14 - INVALIDNOST.

6 - O UPRAVIČENOSTI ZAHTEVE PO MEDICINSKO-TEHNIČNEM PRIPOMOČKU PRED IZTEKOM TRAJNOSTNE DOBE

Za vložitev predloga je pristojen osebni zdravnik zavarovane osebe ali napotni zdravnik. Predlog se vloži za primer odločanja o pravici zavarovane osebe do novega medicinsko-tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe prejšnjega.

6.ZAVEZANEC

- NAZIV, REGISTRSKA ŠTEVILKA, DEJAVNOST

Iz kartice zdravstvenega zavarovanja se prepíše naziv zavezanca za prispevek (delodajalca, samostojnega zavezanca), registrsko številko zavezanca (10-mestna številka) in šifro dejavnosti (6-mestna šifra).

- ŠTEVILO ZAVEZANCEV

V okence se praviloma vpiše številko 1. V praksi pa niso redki primeri, da so zavarovanci zaposleni pri dveh ali več delodajalcih. Ker bo zavarovanec pri vseh svojih delodajalcih moral izkazati upravičenost do zadržanosti od dela, o čemer ga s sklepom obvesti tudi imenovani zdravnik, je v okence potrebno vpisati število zavezancev, ki so upravičenci do navedenega sklepa. Na hrbtni strani se na mesto za opombe vpiše ostale nazive, registrske številke in dejavnosti zavezancev, ki niso navedeni v okencu 6 - ZAVEZANEC. Podatki o zavezancih za prispevek, pri katerih je zavarovanec zaposlen, so razvidni iz kartice zdravstvenega zavarovanja.

7. DRUŽINSKI ČLAN

Podatke se izpolnjuje le v primeru, ko je v okencu 7 kot razlog zadržanosti navedena nega družinskega člana (razlog 06).

- PRIIMEK IN IME

Čitljivo se vpiše priimek in ime družinskega člana, zaradi katerega zdravnik zavarovancu izdaja PREDLOG.

- DATUM ROJSTVA

Vpiše se datum rojstva v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami, letnica rojstva pa v celoti (npr.: datum rojstva je 4. junij 1973 - vpiše se 04061973).

- OTROK, ZAKONEC

Označi ali vpiše se številka 1 ali 2 glede na to, ali se

PREDLOG vlaga za nego otroka do 7 let starosti oziroma starejšega otroka ali za nego zakonca.

8. RAZLOG OBRAVNAVE

Označi se številko pred navedbo razloga obravnave, ali se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki označuje razlog obravnave.

9. NAPOTNICA

Podatek se izpolni v primeru:

- ko predlog za odločitev o medicinsko-tehničnem pripomočku ali o upravičenosti zahteve po medicinsko tehničnem pripomočku pred iztekom trajnostne dobe vlaga napotni zdravnik,
- ko predlog za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja k imenovanemu zdravniku naslavlja zdravnik, ki zavarovano osebo zdravi v bolnišnici. Vpiše se ime in priimek zdravnika, ki je zavarovani osebi izdal napotnico za bolnišnično zdravljenje in številko izdane napotnice.

10. PRVI DAN ZADRŽANOSTI

Vpiše se datum, ko se je zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku zaradi ugotovitve utemeljenosti zadržanosti od dela. Le v upravičenih primerih, ki jih določajo Pravila v XIII/1 poglavju, se izjemoma lahko oceni zavarovančevo zadržanost za nazaj. Utemeljenost zadržanosti od dela za največ 3 dni za nazaj ocenjuje osebni zdravnik, o utemeljenosti zadržanosti za nazaj, ki je daljša od 3 dni pa lahko odloči le imenovani zdravnik.

V primeru, da je zavarovanec že dalj časa zadržan od dela, vendar zaradi različnih razlogov, je potrebno za vpis prvega dne zadržanosti upoštevati tudi določila XIII/1 poglavja Pravil o načinu seštevanja teh dni. Tako velja:

- če je zavarovanec že dalj časa **neprekinjeno** nezmožen za delo in so se v tem času pri njem spreminjale diagnoze ali razlogi od 01 do 05, navedeni v okencu 11 - RAZLOG ZADRŽANOSTI, se kot prvi dan zadržanosti od dela ves čas v vse izdane PREDLOGE vpiše datum, ko se je zavarovanec prvič zglasil pri zdravniku zaradi ugotovitve začasne nezmožnosti za delo;
- če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela vendar zaradi različnih razlogov od 06 do 11, se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
- če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela in sicer najprej zaradi različnih razlogov od 01 do 05 in nato zaradi različnih razlogov od 06 do 11 (ali obratno, najprej od 06 do 12, nato od 01 do 05), se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
- če je bila zavarovančeva zadržanost od dela **prekinjena** med zdravljenjem pri razlogih od 01 do 05, se kot prvi dan zadržanosti vpiše datum, ko je osebni zdravnik ponovno ugotovil upravičeno zadržanost od dela. V primeru, da je bil zavarovancu zaradi iste bolezni ali stanja zaključen bolniški stalež na podlagi sklepa imenovanega zdravnika in od izdaje sklepa še ni poteklo 30 dni, lahko odloči o ponovni začasni nezmožnosti za delo imenovani zdravnik.

11. SKLEP

- ZADRŽAN PO SKLEPU ŠTEVILKA

Iz sklepa se prepíše številka zadeve, pod katero je postopek že vodil imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija

- DO

Iz sklepa se prepíše datum, do katerega je imenovani zdravnik v prejšnjem sklepu ocenil utemeljenost zavarovančeve zadržanosti od dela oz. datum, do katerega je zdravstvena komisija ocenila utemeljenost zavarovančeve zadržanosti od dela.

12. ZADRŽANOST OD DELA

- ZA POLNI DELOVNI ČAS, OD-DO

Vpiše se obdobje (datume), ko je po oceni osebnega zdravnika oziroma na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije zavarovanec upravičen do zadržanosti za polni delovni čas

- ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD - DO, URNA DNEVNA OBVEZNOST

Vpiše se obdobje (datume), ko je po oceni osebnega zdravnika oziroma na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika, zdravstvene komisije ali na *podlagi odločbe Zavoda RS za zaposlovanje*, zavarovanec upravičen do zadržanosti za krajši delovni čas od polnega. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

- URNA DNEVNA OBVEZNOST (DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN)

Vpiše se, koliko ur na dan je v primeru krajšega delovnega časa od polnega zavarovanec dolžan delati.

- URNA DNEVNA ZADRŽANOST (OD TEGA ZADRŽAN OD DELA ____ UR NA DAN)

Vpiše se koliko ur na dan je po oceni osebnega zdravnika oz. na podlagi predhodnega sklepa imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije zavarovanec zadržan od dela (npr. 2 uri zaradi spremstva).

Če zavarovanec dela pri več delodajalcih, se v predlog vedno vpiše delovni čas, ki ga je delavec dolžan delati pri vseh delodajalcih skupaj.

Krajši delovni čas je potrebno vedno vpisati pri zavarovancih, ki na podlagi Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih delajo polovični delovni čas, ter prav tako pri invalidih II. kategorije invalidnosti (po starem pokojninskem zakonu) oziroma invalidih III. kategorije invalidnosti, ki opravljajo delo vsaj s polovico polnega delovnega časa (po novi definiciji kategorij invalidnosti - predlogi vloženi na ZPIZ po 1. 1. 2003), ki imajo **zmanjšano zmožnost za delo**, kar pomeni, da zavarovanec z ali brez predhodne poklicne rehabilitacije ni več zmožen za delo s polnim delovnim časom, lahko pa opravlja določeno delo vsaj polovico polnega delovnega časa.

13. NAPOTEN NA IK

- NAPOTEN DNE

Vpiše se datum, ko je osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija odstopila invalidski komisiji ZPIZ predlog in dokumentacijo zaradi ocene stopnje invalidnosti.

– **POSTOPEK ZAKLJUČEN**

Označi se DA, če je postopek pred invalidsko komisijo ZPIZ že zaključen.

14. INVALIDNOST

– **INVALID I, II, III KATEGORIJE**

Označi ali vpiše se številka 1, 2 ali 3, glede na to, katera kategorija invalidnosti je ugotovljena pri zavarovancu. Pri invalidu II. in III. kategorije je postopek končan z dokončno odločbo organa II. stopnje ZPIZ-a, pri I. kategoriji invalidnosti pa s pravnoomočnostjo odločbe, to je do dokončanja sodnega postopka.

15. BOLNIŠNIČNO ZDRAVLJENJE

Vpiše se datum, od kdaj je zavarovana oseba na zdravljenju v bolnišnici in datum odpusta oziroma predvidenega odpusta iz bolnišnice.

DRUGO

– **DIAGNOZA**

Vpiše se 4-mestno šifro diagnoze po MKB 10, ki je razlog za vloženi PREDLOG.

- V primeru, če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni, je dolžan osebni zdravnik zavarovanca napotiti k imenovanemu zdravniku. Ta napotitev je možna samo za osebe, ki so v delovnem razmerju. V tem primeru se vpiše trajanja od ____ do _____ prejšnje začasne nezmožnosti za delo (pred prekinitvijo).

- V primeru, ko je nadomestilo plače v breme delodajalca v primerih nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom in sicer do 30 delovnih dni za posamezno odsotnost z dela, vendar največ 120 delovnih dni v koledarskem letu, mora osebni zdravnik zavarovanca za odločanje o nadaljnji začasni nezmožnosti za delo napotiti k imenovanemu zdravniku. Podatek o datumu, do katerega je bilo nadomestilo za 120 delovnih dni izplačano v breme delodajalca, bo osebnemu zdravniku sporočil zavarovanec. Ta napotitev je možna samo za osebe, ki so v delovnem razmerju.

– **ANAMEZA, STATUS, DOSEDANJA TERAPIJA**

Na kratko se vpiše navedene podatke o zavarovani osebi ter predlog imenovanemu zdravniku za odločanje s kratko obrazložitvijo.

Zdraviliški zdravnik na to mesto vpiše razloge, zaradi katerih za zavarovano osebo predlaga podaljšanje zdraviliškega zdravljenja.

– **UTEMELJITEV PREDLOGA**

Iz RUBRIKE 5 (točki 5 in 6) na kratko se vpiše medicinsko-tehnični pripomoček, ki ga zdravnik predlaga za zavarovano osebo oz. razloge za pridobitev pravice do medicinsko-tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe.

– **OPOMBE, PREDLOGI**

Vpiše se posamezne okoliščine, na katere želi zdravnik posebej opozoriti imenovanega zdravnika in tudi predloge npr. o trajanju in obsegu pravic, ki naj se priznajo zavarovani osebi na podlagi predloga ipd.

– **NAMESTITEV NA NEGOVALNI ODDELEK**

Z znakom "X" se označi ustrezno okence, glede na to, ali je zavarovano osebo v zdravilišče potrebno namestiti v negovalni oddelek, ali take potrebe ni.

Podatek se izpolnjuje le v primeru, če sta v okencu 5 - ODLOČITEV označeni številka 3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA ali številka 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA.

– **DRUGO**

Mesto je namenjeno za zapise dejstev, na katera želi zdravnik še posebej opozoriti imenovanega zdravnika.

– **PRILOŽENA DOKUMENTACIJA**

Navede se listine, ki jih o zavarovani osebi zdravnik prilaga predlogu. To so npr.: zdravstveni karton, izvidi ipd. K predlogu za odločanje o pravici iz točke 5 in 6 (iz rubrike ODLOČITEV), zdravnik priloži naročilnico za medicinsko-tehnični pripomoček ali naročilnico za pripomoček za vid.

– **KRAJ, DATUM, ŽIG, PODPIS ZDRAVNIKA**

Vpiše se kraj in datum izpolnitve predloga, odtisne se žig izvajalca, zdravnik pa se lastnoročno podpiše.

– **IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE**

Na označeno mesto zavarovana oseba vpiše naziv zdravilišča in datum izpolnitve izjave ter se lastnoročno podpiše le v primeru, če se Predlog nanaša na odločitev o zdraviliškem zdravljenju. To je, če sta v okencu 5 - ODLOČITEV označeni, ali številka 3 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI JE NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA, ali številka 4 - ZDRAVLJENJE V ZDRAVILIŠČU, KI NI NADALJEVANJE BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVLJENJA. Potrebna pojasnila o možnostih izbora med zdravilišči iz istovrstnega indikacijskega področja zavarovani osebi nudi osebni zdravnik.

IV. Druga navodila

1. PREDLOG (Obr. IZ/03) s začne uporabljati s 1. 1. 2003. Od tega dne dalje se za uvedbo postopka pred imenovanim zdravnikom ne uporablja več obrazca ZK/02.
2. Imenovani zdravniki obravnavajo zadeve po tem datumu tudi po starih predlogih, če so bili ti izdani najkasneje do 31. 12. 2002.
3. Izvajalci naročajo PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU neposredno pri distributerju Merkur d.d., Mariborska 7, Celje.

S 1. 1. 2003 preneha veljati Navodilo za uvedbo postopkov pri zdravniških komisijah Zavoda (Okrožnice Zavoda: št. 501-4/30 z dne 28. 10. 1997, št. 1999-1/98-47 z dne 5. 5. 1998, št. 0100-16/17-00 z dne 20. 11. 2000, št. 1500-3/26-00 z dne 4. 12. 2000).

Številka: 1902-1/1-02

Datum: 6. 12. 2002

v. d. generalnega direktorja
Franc Košir, univ. dipl. prav.

PREDLOG IMENOVANEMU ZDRAVNIKU

1 - IZJAVLJEB
ŠTEVILKA IZJAVLJEBCE _____ ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI _____
(prejeto izvajalca) (imenuje žig)

2 - ZDRAVNIK
1 - OSEBNOSTI _____
2 - NADOMESTNI _____ (številka zdravnika)
3 - NAPOTNI _____

3 - ZAVAROVANA OSEBA
(številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____
(vrsta ZZZS zavarovanje / reg. št.) _____ (zavir. podlega) _____
(prejeto) _____ (ime) _____ M-1 Ž-2
(prejeto številka) _____ (reg.) _____

4 - RAZLOG OBRAVNAVE
01 - BOLEZEN 07 - TRANSPLANTACIJA
02 - POŠKODBA IZVEN DELA 08 - IZOLACIJA
03 - POŠKODBA BOLEZEN 09 - SPREMLJANJE
04 - POŠKODBA PRI DELU 10 - ISPOSABLJANJE ZA
05 - POŠKODBA PO TRETJI OSEBI IZVEN DELA 11 - POŠKODBA NASTALA PRI
06 - NEGA 12 - POŠKODBA NASTALA PRI AKTIVNOSTI IZ 18. GL. ZAKONA
07 - NEGA
PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG _____

5 - NAPOTNICA
ŠTEVILKA NAPOTNICE _____
ŠTEVILKA ZDRAVNIKA _____
10 - PRVI DAN ZADRŽANOSTI _____
OD _____

6 - POKLIC
DELO, KI GA ZAVAROVANEC OBRAVNJA (POKLIC) _____

7 - ODLUČITEV
1 - O ZAČASNI NEZMOŽNOSTI ZA DELO
2 - O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA ZARADI NEGE
3 - O ZDRAVILNI V ZDRAVILNICI, KI JE NADAJEVANJE BOLJŠIH OBLJEBI
4 - O ZDRAVILNI V ZDRAVILNICI, KI NI NADAJEVANJE BOLJŠIH OBLJEBI
5 - O PRAVICI DO ZAKLEPNIH MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČNIKOV
6 - O UPRAVIČENOSTI ZAMITVE PO MEDICINSKO-TEHNIČNIH PRIPOMOČNIKU PRED IZTEKOM TRAJANOSTNE DOBE
7 - ZAVEZANEK
NAZIV _____ (prejeto) _____
(reg. št.) _____ (številka zavarovane osebe) _____
8 - DRUGIŠKI ČLAN
(prejeto) _____ (datum roj.) _____
1 - OTROK 2 - ZAKONEC _____

8 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA
1 - IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ DO _____
2 - ZDRAVSTVENE KOMISIJE _____ DO _____
12 - ZADRŽANOST OD DELA
ZA POLNI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____
ZA KRATŠI DELOVNI ČAS OD _____ DO _____
DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN
OD TEGA ZADRŽAN OD DELA _____ UR NA DAN
13 - NAPOTEN NA IMENOVANEGA ZDRAVNIKA _____ POSTOPEK ZAKLJUČEN _____
NAPOTEN DNE _____ DA _____

14 - INVALIDNOST
INVALID _____
1. I. RAZ. 2. II. RAZ. 3. III. RAZ.
15 - BOLNIŠKO ZDRAVILNICE
OD _____ PREDVIDENO DO DNE _____

Založil: _____ Občasnik IZ/03 _____
ponovno preverjen _____
OŠTVO 614164-001/22004

Vzorec prednje strani obrazca IZ/03

DIAGNOZA:
šifra: _____
Zacasno nezmožen za delo zaradi iste boleznii oziroma poškodbe izven dela od _____ do _____ (recidiv) _____

Nadomestilo za 120 delovnih dni po 3. odst. 137. čl. zakona o delovnih razmerjih (Ur. l. RS, št. 42/02) je bilo izplačano v breme delodajalca do _____

ANAMNEZA - STATUS - DOSEDANJA TERAPIJA
UTEMELJITEV PREDLOGA IZ RUBRIKE 5 (točki 5 in 6) _____

OPOMBE - PREDLOGI:
Namestitev na negovalni oddelek: da ne
Drugo _____

PRILOŽENA DOKUMENTACIJA: _____

Kraj _____, dne _____ žig _____
podpis zdravnika

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE:
V primeru, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, želim biti v skladu z indikacijskim področjem napoten v zdravilišče:
Kraj _____, dne _____
podpis zavarovane osebe

Vzorec hrbtne strani obrazca IZ/03

Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva

I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje izvajanje določb od 39. do 44. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 99/01 in 60/02, v nadaljevanju: Zakon) ter Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) o pravicah in postopkih v zvezi z uveljavljanjem potnih stroškov in spremstva v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z navodili se določa tudi uporaba in način izpolnjevanja obrazca - Potrdila o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva, Obr. PS-1/02 (v nadaljevanju: POTRDILO), ki ga je založil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) in je bil uveden s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

II. Pravica zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva

1. Pravica do potnih stroškov

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je zavarovanim osebam zagotovljena pravica do povračila potnih stroškov, kadar morajo zaradi diagnostike, zdravljenja ali rehabilitacije potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj ali če jih osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija pokliče v kraj izven kraja prebivališča oziroma zaposlitve zavarovane osebe.

Potni stroški pripadajo zavarovanim osebam le v primeru, ko potujejo k izvajalcem v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic, opredeljenih v 1., 2. ali 3. točki 1. odstavka 23. člena Zakona. Glede na vsebino 1. točke 1. odstavka 23. člena Zakona, je pravica do potnih stroškov pogojevana bodisi na določeno vrsto zavarovancev (otroci, šolska mladina in študenti), na določene bolezni ali stanja (npr. maligne bolezni, cerebralna paraliza, hemofilija itd.) ali s poklicno boleznijo oziroma poškodbo pri delu. Glede na vsebino 2. in 3. točke 1. odstavka 23. člena pa na definirane zdravstvene storitve ali okoliščine v zvezi z izvajanjem oziroma uveljavljanjem teh.

Zavarovana oseba ni upravičena do potnih stroškov v naslednjih primerih, razen če pravica ne izhaja že iz 1. točke 1. odstavka 23. člena:

- za potovanje v drug kraj k izvajalcu specialistične, bolnišnične ali zdraviliške dejavnosti, ko uveljavlja pravice do storitev zaradi poškodb izven dela,
- za potovanje na zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,
- za potovanje v drug kraj zaradi nabave zdravila ali tehničnega pripomočka za odraslega,
- za potovanje v drug kraj zaradi uveljavljanja zobnoprostetičnega zdravljenja za odrasle,
- za potovanje na obnovitveno rehabilitacijo ali letovanje.

V nobenem primeru pa zavarovana oseba ni upravičena uveljavljati potnih stroškov:

- za potovanje iz bolnišnice v tujini v domovino,
- za potovanje domov in nazaj v bolnišnico ob t.i. "vikend izhodih" in "tehničnih odpustih" v času hospitalnega zdravljenja,
- za obiske v primerih, ko niso opravljene zdravstvene storitve (npr. razne klube, srečanja itd.), opredeljene v zeleni knjigi, ki je podlaga za njihov obračun,
- za potovanja k izvajalcem zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja, ki jih uveljavljajo zaradi zahtev ali predpisov iz drugih področij ali pri drugih organih (npr. pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil itd.),
- za potovanja na poziv invalidske komisije pri Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje zaradi ugotavljanja invalidnosti,
- za obiskovanje zavarovanih oseb na hospitalnem ali zdraviliškem zdravljenju kot tudi na zdravljenju v centrih za odvajanje odvisnosti oziroma v domovih za invalidno mladino.

2. Vrsta potnih stroškov

Med potne stroške štejejo prevozni stroški ter stroški prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

2.1. Prevozni stroški

Prevozni stroški se zagotavljajo za prevoze z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim avtomobilom do najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za storitve, zaradi katerih je k njemu napotena zavarovana oseba.

Zavarovana oseba je upravičena do povračila prevoznih stroškov za prevoze z javnim prevoznim sredstvom ob predložitvi vozne karte v posameznem koledarskem mesecu, zmanjšanem za 3% minimalne plače, veljavne v istem mesecu. Če zavarovana oseba ne predloži vozne karte, se obračuna povračilo za prevoz z osebnim avtomobilom.

2.2. Stroški prehrane (dnevnic)

Povračilo stroškov prehrane (dnevnic) je zagotovljeno zavarovani osebi, ki je zaradi uveljavljanja storitev pri izvajalcu v drugem kraju odsotna od doma več kot 12 ur.

2.3. Stroški nastanitve

Pravica do povračila stroškov nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju je zagotovljena zavarovani osebi, ki mora zaradi napotitve k zdravniku tudi bivati v drugem kraju.

3. Pravica do spremstva

Zavarovana oseba je upravičena do spremljevalca, če zaradi svojega zdravstvenega stanja ni sposobna sama potovati k izvajalcu v drug kraj. Potrebo po spremstvu ugotovi zdravnik, ki izda Potrdilo.

Ne glede na zdravstveno stanje ima otrok do 15. leta starosti, težje in težko duševno in telesno prizadeti otrok in mladostnik pa do 18. leta starosti, pravico do spremstva pri vsakem potovanju do izvajalca. Spremljevalcu pripada za spremstvo zavarovane osebe povračilo potnih stroškov.

Zavarovani osebi ni mogoče odrediti spremstva med bolnišničnim zdravljenjem. Na poti in med zdravljenjem v bolnišnici je izjemoma upravičen do spremstva otrok do 18. leta starosti, ki je napoten na zdravljenje v tujino.

Zavarovanim osebam tudi ni mogoče odrediti spremstva med zdraviliškim zdravljenjem. Izjemoma ta pravica v času zdraviliškega zdravljenja pripada le zavarovani slepi osebi.

III. Uveljavljanje pravice

1. Splošno

Za uveljavljanje povračila potnih stroškov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja se s 1. 1. 2003 uvaja nova listina – POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV – SPREMSTVA, Obr. PS-1/02 (v nadaljevanju: POTRDILO), ki je priloga tega navodila. Tako se od navedenega dne dalje ne izdaja več obstoječi obrazec.

POTRDILO se ne uporablja:

- za naročanje prevoza zavarovanih oseb z reševalnimi in drugimi vozili,
- v postopku napotitev zavarovanih oseb na zdravljenje v tujino.

2. Pristojnost za izpolnjevanje POTRDILA

POTRDILO lahko izpolnjujejo le zasebni zdravniki oziroma zdravniki iz zdravstvenih zavodov, ki so vključeni v mrežo javne zdravstvene službe in imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje storitev.

POTRDILO ne smejo uporabljati zasebni zdravniki, ki za izvajanje zdravstvenih storitev nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom in tudi ne zdravniki, zaposleni v zdravstvenih zavodih oziroma v zasebni praksi, kadar zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

IV. Vsebina in način izpolnjevanja POTRDILA

1. Splošno

POTRDILO je javna listina, s katero zdravnik ugotovi potrebo po potovanju zavarovane osebe k izvajalcu v drug kraj. POTRDILO je tudi obračunski dokument, ki zavarovani osebi omogoči uveljavitev povračila potnih stroškov.

2. Način izpolnjevanja POTRDILA

POTRDILO se izpolnjuje v enem izvodu.

Zaradi nedvoumnosti pri zapisu so na obrazcu pri nekaterih podatkih še prazna okenca. V tem primeru je mogoče podatke vpisati na dva načina:

- obkroži se številka pred navedbo podatka;
- v predvideno okence se vpiše ustrezno številko.

A. Podatki, ki jih izpolnjuje osebni (nadomestni, napotni) zdravnik

1. IZVAJALEC

- **ŠTEVILKA IN NAZIV IZVAJALCA, ŠIFRA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI**

Vpiše se 5-mestna številka in naziv izvajalca (iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, v nadaljevanju: BPI) kjer dela osebni zdravnik, ki izpolnjuje POTRDILO in 6-mestna šifra iz šifranta 2, ki je sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (Priročnik št. 3, december 2001).

Dodatno pojasnilo: kadar izpolnjuje potrdilo imenovani zdravnik oz. zdravnik zdravstvene komisije, se podatek o številki izvajalca in šifri zdravstvene dejavnosti ne vpiše. Kot naziv izvajalca se vpiše: "imenovani zdravnik ZZZS - OE _____" oziroma "zdravstvena komisija ZZZS v _____".

2. ZDRAVNIK

- **ŠTEVILKA ZDRAVNIKA**

Vpiše se 5-mestna šifra zdravnika iz BPI, ki izpolnjuje POTRDILO.

- **IME IN PRIIMEK**

Vpiše se ime in priimek zdravnika, ki izdaja POTRDILO ali se odtisne njegov imenski žig.

Zdravnik označi tudi ustrezno okence: osebni, nadomestni, napotni.

Kadar izpolnjuje POTRDILO zdravnik, ki je sprejel zavarovano osebo zaradi nujenja nujne medicinske pomoči, pusti okence prazno.

Kadar izpolnjuje POTRDILO imenovani zdravnik ali zdravnik zdravstvene komisije, pusti okence prazno.

Dodatno pojasnilo: napotni zdravnik lahko izda POTRDILO, kadar je zavarovano osebo prevzel v zdravljenje z napotnico, na kateri je označen v rubriki 8 obseg pooblastila 3.

3. ZAVAROVANA OSEBA

- **ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE**

Vpiše se 9-mestna številka zdravstvenega zavarovanja.

- **DATUM ROJSTVA**

Podatek se vpiše v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami, letnica rojstva pa v celoti (npr. datum rojstva je 4. julij 1973 - vpiše se 04071973).

- **ZAVAROVALNA PODLAGA**

Vpiše se 4-mestna šifra zavarovalne podlage.

- **ENOTA ZZZS ZAVAROVANJA / REGISTRSKA ŠTEVILKA ZAVEZANCA**

Vpiše se desetmestna številka zavezanca za prispevek.

- **SPOL**

Z "X" se označi ali obkroži številka 1 ali 2 glede na to, ali je zavarovana oseba moški ali ženska.

- **PRIIMEK IN IME**

Čitljivo se vpiše ime in priimek zavarovane osebe, ki je upravičena do potnih stroškov.

- **NASLOV**

Vpiše se ulica, hišna številka, poštna številka in kraj prebivališča zavarovane osebe v RS (stalno ali začasno prebivališče).

4. RAZLOG OBRAVNAVE

Označi se številka pred navedbo razloga, zaradi katerega se izdaja POTRDILO ali se ta številka vpiše v predvideno okence.

V primeru, da je razlog uveljavljanja zdravstvenih storitev poškodba pri delu, povzročena po tretji osebi, se označi in izpiše številka 04.

Razlog 07- transplantacija se označi le v primeru, ko k izvajalcu potuje dajalec živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika tkiva se vedno označi dejanski razlog, zaradi katerega uveljavlja povračilo stroškov (npr. bolezen, poškodba).

5. PODLAGA

Označi se ali v predvideno okence vpiše številka, ki opredeljuje podlago za priznanje pravice zavarovane osebe do povračila potnih stroškov po 23. členu Zakona.

Številka 4 se označi ali vpiše v predvideno okence samo v primeru, ko potrdilo izpolni zdravnik, ki je zavarovani osebi nudil nujno medicinsko pomoč.

Številko 5 se označi ali vpiše v predvideno okence le, če je zavarovano osebo v drug kraj pozval imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

6. KONVENCIJA

– ŠIFRA DRŽAVE

Vpiše se 3-mestna številka iz šifranta 6., ki je sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (Priročnik št. 3, december 2001).

Podatek se izpolnjuje le za zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico po meddržavni pogodbi (konvencija). To so zavarovane osebe z zavarovalno podlago 5900, 5977, 7900, 8000, 8100.

7. VRSTA PREVOZA

Označi se ali v predvideno okence vpiše številko, ki označuje vrsto prevoza, za katerega se je odločila zavarovana oseba.

8. PRAVICA DO SPREMSTVA

Označi se ali v predvideno okence vpiše ustrezno številko. Dodatna pojasnila glej tudi pod točko II/3 teh navodil.

9. RAZLOG ZA SPREMSTVO

Označi se ali v predvideno okence vpiše številko, ki opredeljuje razlog za spremstvo. Pri tem se označi številko 1, če se spremstvo uveljavlja za otroka do 15 leta starosti, oziroma za spremstvo težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka in mladostnika do 18. leta starosti. V vseh drugih primerih se označi oz. vpiše številka 2.

Podatek se izpolni le v primeru, če je v okencu 8 - PRAVICA DO SPREMSTVA označena številka 1.

Dodatna pojasnila glej tudi pod točko II/3 teh navodil.

DRUGO

– NAJBLIŽJI USTREZNI IZVAJALEC

Vpiše se kraj sedeža izvajalca, ki lahko zavarovani osebi zagotovi zdravstvene storitve in je najbližji kraju njenega prebivališča v R Sloveniji.

Kadar zavarovana oseba potuje zaradi poziva imenovanega zdravnika, je najbližji imenovani zdravnik v območni enoti zavoda, ki je pristojna po sedežu osebnega zdravnika.

Kadar zavarovana oseba potuje zaradi poziva zdravstvene komisije, je potrebno upoštevati naslednje: za obravnavo pritožb zoper sklepe imenovanih zdravnikov območnih enot Koper, Nova Gorica, Kranj, Krško, Novo mesto, Ljubljana in Celje je krajevno pristojna zdravstvena komisija v Ljubljani. Za obravnavo pritožb zoper sklepe imenovanih zdravnikov iz območnih enot Maribor, Ravne na Koroškem in Murska Sobota je krajevno pristojna zdravstvena komisija v Mariboru.

– KRAJ, DATUM, ŽIG, PODPIS

Vpiše se kraj in datum izpolnitve POTRDILA, odtisne se žig izvajalca, osebni zdravnik pa se lastnoročno podpiše.

B. Podatki, ki jih izpolni izvajalec, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja storitev

Ta del POTRDILA je namenjen zapisom izvajalca, pri katerem je zavarovana oseba uveljavljala zdravstvene storitve in ni njen osebni zdravnik.

Na predvideno mesto se vpiše datum pregleda, ura pregleda in porabljeni čas oziroma ustrezne podatke o bolnišničnem oziroma zdraviliškem zdravljenju. Vpiše se kraj in datum izpolnitve POTRDILA ter odtisne žig izvajalca. Pristojni zdravnik se na listino tudi lastnoročno podpiše.

Dodatna pojasnila k posameznim točkam:

TOČKA 3

V primeru, da zavarovana oseba uveljavlja določene storitve večkrat pri istem izvajalcu, izvajalec vsak njen posamezni obisk beleži v tabeli "Pregledi" na hrbtni strani POTRDILA. Zato osebnemu zdravniku za vsako posamezno potovanje zavarovane osebe k izvajalcu ni potrebno izdati novega POTRDILA.

TOČKA 4

Zdravnik, ki zavarovani osebi nudi nujno medicinsko pomoč, poleg potrditve obiska obvezno izpolni s podatki tudi naslednja okenca oziroma mesta v prvem delu POTRDILA: 1-IZVAJALEC, 2-ZDRAVNIK, 3-ZAVAROVANA OSEBA, 4-RAZLOG OBRAVNAVE, 5-PODLAGA, 7-VRSTA PREVOZA, 8-PRAVICA DO SPREMSTVA, 9-RAZLOG ZA SPREMSTVO. Posamezne podatke izpolni na način, kot to določa poglavje A teh navodil. Pri tem se za zapis podatka v okencu 3 in 5 upošteva tudi:

3 - ZAVAROVANA OSEBA

Če zavarovana oseba v času uveljavljanja nujne medicinske pomoči pri sebi nima kartice zdravstvenega zavarovanja, zdravnik njeno identiteto ugotovi na podlagi druge javne listine (osebna izkaznica, potni list ipd.). V rubriko 3 mora vpisati najmanj ime in priimek ter datum rojstva zavarovane osebe.

5 - PODLAGA

Vedno se označi oziroma v predvideno okence vpiše številka 4-NMP.

TOČKA 5

Imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija, ki sta na pregled pozvala zavarovano osebo, poleg potrditve obiska izpolnita s podatki tudi naslednja okenca v prvem delu POTRDILA, če listine zavarovani osebi ni izdal že njen osebni zdravnik: 1-IZVAJALEC, 2-ZDRAVNIK, 3-ZAVAROVANA OSEBA, 4-RAZLOG OBRAVNAVE, 5-PODLAGA, 6- KONVENCIJA, 7-VRSTA PREVOZA, 8-PRAVICA DO SPREMSTVA, 9-RAZLOG ZA SPREMSTVO.

Posamezne podatke se izpolni na način, kot to določa poglavje A teh navodil. Pri izpolnjevanju podatka v okencu 5-PODLAGA, vedno označi oziroma v predvideno okence vpiše številko 5- poziv imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije.

C. Podatki, ki jih izpolni obračunovalec potnih stroškov

Pristojni delavec delodajalca oz. Zavoda na predvidena mesta na hrbtni strani POTRDILA vpiše zahtevane podatke in zneske. Višino povračila prikaže posebej za zavarovano osebo in posebej za spremljevalca. Obračun opravi po določbah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravil obveznega zdrav-

stvenega zavarovanja ter na podlagi zneskov, veljavnih v času potovanja zavarovane osebe k izvajalcu v drug kraj. Oseba, ki opravi obračun, se nanj tudi podpiše in odtisne žig.

Datum izplačila na blagajni Zavoda oziroma nakazila potnih stroškov pristojni delavec Zavoda evidentira na predvidenem mestu v POTRDILU.

Zapis podatkov, ki jih izpolni oseba, ki obračuna potne stroške, lahko nadomesti računalniški izpis iz aplikacije za obračun potnih stroškov.

V. Uveljavljanje potnih stroškov

S pravilno in popolno izpolnjenim POTRDILOM zavarovana oseba uveljavlja povračilo potnih stroškov pri Zavodu, zaposleni pri pravnih osebah pa lahko pri svojem delodajalcu. Če stroške zavarovani osebi izplača delodajalec, ta uveljavlja povračilo zneska pri Zavodu.

V primeru, da je bil prevoz opravljen z javnim prevoznim sredstvom, mora upravičenec do povračila prevoznih stroškov POTRDILO priložiti vozne karte.

Izplačilo potnih stroškov se uveljavlja pri območni enoti oziroma izpostavi Zavoda.

VI. Uvedba potrdila

Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva (Obr. PS-1/02) se prične uporabljati 1. 1. 2003.

Zavarovane osebe, ki jim je zdravnik izdal obrazec "Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov- spremstva, obrazec PS" do 31. 12. 2002, bodo lahko uveljavile povračilo potnih stroškov za potovanja k izvajalcem, opravljena do 31. 3. 2003. Za potovanja po tem datumu bodo lahko povračilo potnih stroškov uveljavile le na podlagi novega POTRDILA.

Izvajalci naročajo obrazce PS-1/02 pri podjetju Merkur d.d., Mariborska c. 7, Celje.

To navodilo prične veljati 1. 1. 2003. S tem dnem prenehajo veljati: Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva, številka 50-2/280 z dne 28. 10. 1997; Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva št. 1500-3/49-01 z dne 18. 12. 2001; Navodilo o spremembah in dopolnitvah navodila za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva št. 1500-3/49-01 z dne 21. 1. 2002.

Številka: 1902-3/1-02

Datum: 6. 12. 2002

v. d. generalnega direktorja
Franc Košir, univ. dipl. prav.

POTRDILO O UPRAVIČENOSTI DO POTNIH STROŠKOV - SPREMSTVA 123456789

1 - IZVAJALEC
ŠTEVILKA IZVAJALCA _____
Ime in priimek _____

7 - ZDRAVNIK
1 - OSEBNOST
2 - NADOMESTNI
3 - NAROČNI
(Številka zdravilnice) _____
(Ime in priimek) _____

4 - RAZLOG OBRAVNAVE
01 - BOLEZEN
02 - POŠKODBA IZVIRNEGA DELA
03 - POKLICNA BOLEZEN
04 - POK. ODBA PRI DELU
05 - POŠKODBA PO TRÉTIJI OSEBI IZVIRNEGA DELA
06 - TRANSPLANTACIJA
5 - POZIV IMENO
6 - IZVAJALCA
7 - ZDRAVSTVENO KOMISIJE

5 - PODLAGA
1-1.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
2-2.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
3-3.TČ. 1. ODST. 23. ČL.
4 - NMF
5 - POZIV IMENO
6 - IZVAJALCA
7 - ZDRAVSTVENO KOMISIJE

6 - KONVENCIJA
7 - VRSTA PREGLEDA
1 - JAVNI PREGLED
2 - OSEBNI AVTGI

1 - PRVIKA DO SPREMSTVA
1 - DA
2 - NE

9 - RAZLOG ZA SPREMSTVO
1 - STAROST OSEBE
2 - ZDRAVSTVENO STANJE

7 - ZAVAROVANA OSEBA
(Številka zavarovane osebe) _____ (datum roj.) _____
(enota ZZS zavarovaln. št.) _____ (zav. podlaga) _____
(Prisrček) _____
(Ime) _____ M - 1 Ž - 2
(Sobica) _____
(Številka) _____ (Kraj) _____

Najbližji ustrezní izvajalec je v kraju _____
Kraj _____ dne _____ žig _____
Zavarovana oseba se je dne _____ javila.

1. v bolnišnici in bila hospitalizirana do dne _____, skupaj _____ dni
2. v zdravilišču in bila na rehabilitaciji do dne _____, skupaj _____ dni
3. na pregled v ambulanti / specialistični ambulanti ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
4. v ambulanti nujne medicinske pomoči ob _____ uri in se pri izvajalcu mudila _____ ur
5. na pregled pri
1. imenovanem zdravniku ZZS - OE _____ izpostava _____
2. zdravstveni komisiji ZZS _____
ob _____ uri in se pri njej mudila _____ ur.

Kraj _____ dne _____ žig _____
Zavod ZZZS - Obrazec PS-1/02 Potni stroški Imenani žig - podpis zdravilnice

Vzorec prednje strani obrazca PS-1/02

Pregledi

DATUM PREGLEDA	URA PREGLEDA	PORABIL UR	IZVAJALEC

OBRAČUN POTNIH STROŠKOV

I - ZA ZAVAROVANO OSEBO

1. Za prevoz od _____ do _____
in nazaj za _____ voženj skupaj _____ SIT
lastni prispevek _____ SIT

2. Dnevnic za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT

3. Nočitev za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
za izplačilo skupaj _____ SIT

II - ZA SPREMLJEVALCA

1. Za prevoz od _____ do _____
in nazaj za _____ voženj skupaj _____ SIT
lastni prispevek _____ SIT

2. Dnevnic za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT

3. Nočitev za _____ dni po _____ SIT, skupaj _____ SIT
za izplačilo skupaj _____ SIT

III - ZA IZPLAČILO SKUPAJ POD I IN II _____ SIT

_____ (nalog odobren v izplačilo - računsko dne) _____ (izračun pripravil)

Vzorec hrbtne strani obrazca PS-1/02

Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid

I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje izvajanje 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ), določb V/3, VI, VII, VIII, IX, XI, XIII/3, XIII/6, XIII/9, XIII/10 in XIII/13 poglavja Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) ter Sklepa o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljena pravica do posameznega pripomočka glede pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in postopke za njihovo uveljavljanje. Z navodili se določa tudi uporaba in način izpolnjevanja listine - NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID (Obr. NAR - 2), ki jo je založil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) in je uvedena s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

II. Pravica do pripomočkov za vid

1. Splošno

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je mogoče predpisovati le tiste pripomočke za vid, ki so pravica zavarovanih oseb po ZZVZZ in Pravilih.

Pravica do posameznega pripomočka za vid je zagotovljena zavarovani osebi z okvaro ali boleznijo oči, opredeljeno s Pravili, ob izpolnjenem pogoju predhodnega obveznega zdravstvenega zavarovanja v Republiki Sloveniji in v Skladu s Sklepom o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovanih oseb, pri katerih jim je zagotovljen posamezni medicinsko tehnični pripomoček. Za predpisovanje pripomočkov za vid je pristojen zdravnik specialist - oftalmolog.

Za pregled zavarovane osebe pri zdravniku specialistu - oftalmologu samo zaradi ugotavljanja vida oziroma za predpisovanje pripomočka za vid, napotnica osebnega zdravnika ni potrebna.

Zavarovanim osebam je pravica do pripomočkov za vid zagotovljena ali v določenem odstotku od cene funkcionalno ustreznega, najcenejšega in na slovenskem tržišču dosegljivega pripomočka, ali v določenem odstotku od vrednosti pripomočka, ki jo določi Zavod (tim. cenovni standard).

Za trajnostno dobo pripomočka za vid v smislu Pravil se šteje doba, po kateri zavarovana oseba lahko dobi nov pripomoček. Trajnostna doba pripomočka prične teči od dneva, ko ga je zavarovana oseba prevzela od dobavitelja oziroma prodajalca. Po izteku trajnostne dobe zavarovana oseba nima avtomatično pravice do novega pripomočka, če je obstoječi še vedno funkcionalno ustrezen in uporaben. To mora preveriti zdravnik specialist oftalmolog preden zavarovani osebi predpiše nov pripomoček za vid.

Če postane pripomoček za zavarovano osebo funkcionalno neustrezen pred iztekom trajnostne dobe, določene s Pravili, ji lahko zdravnik specialist oftalmolog predpiše nov pripomoček samo, če ga odobri imenovani zdravnik. Zato mora imenovanemu zdravniku pristojne območne enote Zavoda posredovati obrazca Naročilnica za pripomoček za vid in Predlog imenovanemu zdravniku. V primeru, da je do neuporabnosti oziroma uničenja pripomočka pred iztekom trajnostne dobe prišlo zaradi malomarnega ali neustreznega ravnanja zavarovane osebe, Zavod ne krije stroškov nabave novega pripomočka, dokler ne izteče trajnostna doba prejšnjemu.

Za oceno o upravičenosti do zahtevnejšega medicinsko tehničnega pripomočka, določenega s sklepom Upravnega odbora Zavoda (npr. teleskopska očala) in predpisa pripomočkov pred iztekom trajnostne dobe, je pristojen imenovani zdravnik, glede na določila Pravil. V obeh primerih predlog vsebuje dve listini, to sta Predlog imenovanemu zdravniku in Naročilnica za pripomoček za vid.

Zdravnik ob predpisu pripomočka seznaniti zavarovano osebo, kje ga lahko dobi, vpiše v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe vrsto in šifro predpisanega pripomočka ter datum predpisa.

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovana oseba nabavi predpisani pripomoček za vid pri dobavitelju oziroma prodajalcu v RS. Izjemoma in mimo postopka, ki je določen za uveljavljanje pravic v tujini, lahko zavarovana oseba predpisana očala in kontaktne leče nabavi v tujini, tudi če so dosegljive na slovenskem tržišču.

2. Z NAROČILNICO

- zdravnik naroča dobavitelju oziroma prodajalcu, da zavarovani osebi izda oziroma izdela pripomoček,
- zavarovana oseba izkazuje pravico do pripomočka,
- dobavitelj oziroma prodajalec Zavodu izkazuje pravico do plačila izdanega pripomočka.

3. Uporaba NAROČILNICE

Izvajalci, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje zdravstvenih storitev, na NAROČILNICO lahko predpišejo le pripomoček za vid, ki je pravica zavarovanih oseb po Pravilih.

NAROČILNICE ne smejo uporabljati zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki, ki za izvajanje zdravstvenih storitev nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom in tudi ne zdravniki v zdravstvenih zavodih oziroma zasebniki, ki zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

NAROČILNICE se ne izda v primeru, ko pripomoček ni dosegljiv na slovenskem tržišču in je o upravičenosti nabave v tujini odločil imenovani zdravnik po postopku, ki je določen za napotitev zavarovanih oseb na zdravljenje v tujini.

NAROČILNICA se uporablja za predpis naslednjih pripomočkov za vid:

- očala
- specialni sistem leč
- kontaktne leče
- lupe oziroma povečevalna stekla
- očesne proteze

NAROČILNICE se ne uporablja za predpisovanje naslednjih pripomočkov:

- Braillovega pisalnega stroja
- kasetofona
- bele palice za slepe
- ultrazvočne palice

Za predpisovanje teh se uporablja NAROČILNICA ZA MEDICINSKO TEHNIČNI PRIPOMOČEK (Obr. NAR - 1).

III. Vsebina in način izpolnjevanja naročilnice

NAROČILNICA je razdeljena na več delov:

- zgornji del prve strani je namenjen zapisu podatkov o izvajalcu, zdravniku, zavarovani osebi, sklepu imenovanega zdravnika oz. zdravstvene komisije, vrsti pripomočka, ki se predpisuje (naziv in šifra);
- spodnji del prve strani ter zgornji del hrbtno strani je namenjen zapisu specifičnosti v zvezi z okvarami vida, dioptrije, druge posebnosti stanj oziroma bolezni vida ter morebitna napotila oz. opozorila dobavitelju oz. prodajalcu pripomočka;

Zaradi lažjega izpolnjevanja obrazca je pri nekaterih rubrikah dana možnost za zapis podatka tako, da se:

- ali označi številko pred navedbo podatka
- ali v posebno okence vpiše številko, ki označuje ustrezen podatek.

Vpisi morajo biti čitljivi in na predvidenih mestih.

NAROČILNICA se izpolnjuje v enem izvodu.

Posamezni podatki se v NAROČILNICI izpolnjujejo na naslednji način:

A. Podatki, ki se izpolnjujejo pri zdravniku specialistu - oftalmologu

1. IZVAJALEC

- ŠTEVILKA IN NAZIV IZVAJALCA

Vpiše se 5-mestna številka in naziv izvajalca, kjer dela zdravnik, ki predpisuje pripomoček za vid - iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti (v nadaljevanju: BPI).

- ŠIFRA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna številka iz šifranta 2 (Priloga 1) Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, objavljenih v Priročniku številka 3 (iz decembra 2001) s poznejšimi dopolnitvami, (v nadaljevanju: Navodilom), ki ga je izdal Zavod.

2. ZDRAVNIK

- ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Vpiše se 5-mestna številka zdravnika iz BPI, ki pripomoček predpisuje.

- IME IN PRIIMEK

Vpiše se ime in priimek zdravnika specialista oftalmologa, ki predpisuje pripomoček ali se odtisne njegov imenski žig.

3. ZAVAROVANA OSEBA

- ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna ZZZS številka zdravstvenega zavarovanja.

- DATUM ROJSTVA

Podatek se zapiše v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do števila 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami, letnica rojstva pa v celoti (npr. datum rojstva je 4. julij 1973 - vpiše se 04071973).

- ENOTA ZZZS ZAVAROVANJA/REGISTRSKA ŠTEVILKA

Vpiše se 10-mestna številka zavezanca za prispevek.

- ZAVAROVALNA PODLAGA

Vpiše se 4-mestna šifra zavarovalne podlage.

- PRIIMEK IN IME

Čitljivo se vpiše priimek in ime zavarovane osebe, ki se ji predpisuje pripomoček.

- SPOL

Označi se z "X" ali obkroži številka 1 ali 2 glede na to, ali je zavarovana oseba moški ali ženska.

- NASLOV

Vpiše se ulica, hišna številka, poštna številka in kraj prebivališča zavarovane osebe v RS (stalno ali začasno).

4. RAZLOG OBRAVNAVE

Označi se številka pred navedbo razloga, zaradi katerega se izdaja naročilnica, ali se ta številka vpiše v predvideno okence.

5. NAČIN DOPLAČILA

Način doplačila se vpiše tako, da se označi ustrezna številka pred navedbo načina doplačila ali se to število vpiše v predvideno okence.

Pri tem velja:

- številka 1 se označi, ko zavarovani osebi, v primerih iz 1. točke 1. odstavka 23. člena ZZVZZ, obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja pripomoček v njegovi celotni standardni vrednosti.
- številka 2 se označi, če zavarovana oseba ni prostovoljno zdravstveno zavarovana za doplačila do polne vrednosti pripomočka in ji obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva pripomočka v 100 % deležu.
- številka 3 se označi, ko je zavarovana oseba prostovoljno zdravstveno zavarovana za doplačila do polne cene zdravstvenih storitev pri zavarovalnici, ki izvaja tako zavarovanje in ji obvezno zdravstveno zavarovanje pripomočka ne pokrije v 100% deležu.

6. KONVENCIJA

Vpiše se 3-mestna številka države iz šifranta 6 (Priloga 1) Navodil. Podatek se izpolnjuje le za osebo, ki se ji predpisuje pripomoček v R Sloveniji in uveljavlja pravico po meddržavni pogodbi.

7. PZZ

Podatke se izpolni le, če je v rubriki 5 - NAČIN DOPLAČILA označena številka 3 - ZAVAROVALNICA.

Vpiše se šifro zavarovalnice iz šifranta 8-(PRILOGA 1) Navodil, pri kateri je zavarovana oseba prostovoljno zdravstveno zavarovana za doplačila, šifro zavarovanja iz šifranta 9-(PRILOGA 1) Navodil, številko police in datum, do katerega je veljavno zavarovanje.

8. PRIDOBLENI PODATKI

V primeru, ko podatkov o zavarovani osebi ni mogoče pridobiti iz kartice zdravstvenega zavarovanja, se v rubriki označi:

- številka 3, če zavarovana oseba predloži kartico, vendar njene vsebine ni možno prebrati zaradi tehničnih razlogov (npr. kartica je poškodovana, čitalnik ali računalnik ne dela...);
- številka 4, če zavarovana oseba predloži kartico s pretečenim rokom veljavnosti, ker je zaradi nedelovanja terminala ni mogla potrditi pred obiskom pri zdravniku;
- številka 5, če zavarovana oseba uveljavlja nujno medicinsko pomoč in s seboj nima kartice;
- številka 8, če se izdaja Naročilnica (Obr. Nar-2) za dojenčka starega manj kot 60 dni, ki še ni prejel kartice zdravstvenega zavarovanja ali začasnega potrdila.

9.78.a ČLEN

Samo v primeru nujnega zdravljenja je zavarovana oseba, ki je neredni plačnik, upravičena do pripomočkov za vid v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru izvajalec na naročilnici označi rubriko 1-NUJNO.

10. SKLEP

Imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija Zavoda vpiše številko in datum izdaje sklepa s katerim je odobril zahtevnejši pripomoček ali pripomoček pred iztekom trajnostne dobe predhodno odobrenega pripomočka. V okencu označi ali gre za sklep imenovanega zdravnika ali sklep zdravstvene komisije.

11. PREDPIS PRIPOMOČKA

- IZDAJA, IZDELAVA

V ustreznem okencu se z "X" označi, ali gre za predpis že izdelanega pripomočka ali takega, ki ga je potrebno za zavarovano osebo posebej izdelati.

- NAZIV IN ŠIFRA PRIPOMOČKA

Vpiše se naziv in šifra pripomočka iz šifranta medicinsko tehničnih pripomočkov.

- OPREDELITVE SPECIFIČNOSTI

Glede na vrsto pripomočka se v shemo oz. v ustrezno tabelo na NAROČILNICI vpišejo oz. označijo specifičnosti v zvezi z okvarami vida, dioptrije ter druge posebnosti stanj oz. bolezni.

- OPOMBE

Mesto je namenjeno za zapise drugih opozoril ali navodil zdravnika prodajalcu oz. dobavitelju pripomočka.

- PODATEK O ŽE PREJETEM PRIPOMOČKU

Podatek se vpiše le v primeru, ko je zavarovana oseba že prejela pripomoček za vid v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. To zdravnik ugotovi iz zdravstvene dokumentacije in iz kartice zdravstvenega zavarovanja.

Vpiše se naziv pripomočka in datum, ko ga je zavarovana oseba prejela.

- **KRAJ, DATUM, ŽIG IZVAJALCA, PODPIS ZDRAVNIKA**
Zdravnik specialist oftalmolog, ki predpisuje pripomoček, vpiše kraj in datum izpolnitve NAROČILNICE, odtisne žig izvajalca in se podpiše.

B. Podatki, ki jih izpolnjuje izdajatelj pripomočka

- GARANCIJA, KRAJ, DATUM, PODPIS

Na predvidena mesta v Naročilnici dobavitelj oz. prodajalec vpiše datum izteka garancije za izdani pripomoček, kraj in datum njegove izdaje, vtisne žig in se lastnoročno podpiše. S podpisom potrdi, da je izdani pripomoček ustrezen predpisu in kakovostno izdelan.

C. Podatki, ki jih izpolni prevzemnik pripomočka

- KRAJ, DATUM, IME IN PRIIMEK, PODPIS

Ob prevzemu pripomočka prevzemnik na predvideno mesto vpiše kraj in datum prevzema pripomočka, različno izpiše svoje ime in priimek ter se podpiše.

IV. Izdaja in prevzem pripomočka

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko izdaja pripomočke za vid dobavitelj oziroma prodajalec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje te dejavnosti.

Ob izdaji pripomočka je dobavitelj oziroma prodajalec dolžan dati zavarovani osebi vsa ustrezna navodila o uporabi in ravnanju s pripomočkom ter zanj izstaviti garancijski list.

Zavarovana oseba mora NAROČILNICO predložiti dobavitelju oziroma prodajalcu v 30. dneh od njene izdaje. Po tem roku izdaje pripomočka ne more uveljaviti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V. Zahtevek za plačilo izdanega pripomočka

Dobavitelj oz. prodajalec pripravi zahtevek za plačilo za izdane pripomočke na način, kot ga določa Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev ter v skladu z zdravnikovo označitvijo v okencu 5 - NAČIN DOPLAČILA na NAROČILNICI. V primeru, da je zavarovana oseba neredni plačnik prispevkov in ne gre za nujno zdravljenje, dobavitelj oz. prodajalec zaračuna vrednost v višini, ki jo krije obvezno zdravstveno zavarovanje zavarovani osebi. Ko zavarovana oseba prispevke poravnava, lahko uveljavlja povračilo pri Zavodu.

Za pripomočke za vid, za katere je opredeljena s strani Zavoda standardna vrednost z najvišjo možno vrednostjo pripomočka (cenovni standard), je osnova za obračun cenovni standard.

Za pripomočke, za katere Zavod ni določil cenovnega standarda, se upošteva cena funkcionalno ustreznega, najcenejšega in na slovenskem tržišču dosegljivega pripomočka za vid.

Če mora zavarovana oseba doplačati razliko do standardne vrednosti pripomočka, ker ni prostovoljno zdravstveno zavarovana za doplačila, oziroma ji obvezno zdravstveno zavarovanje ne pokriva celotne vrednosti pripomočka po 23. členu ZZVZZ, ji je za vplačani del dobavitelj dolžan izstaviti račun.

Obvezna priloga vsakega zahtevka za plačilo Zavodu je NAROČILNICA.

Kadar zavarovana oseba očala oziroma kontaktne leče, do katerih je upravičena po Pravilih, nabavi v tujini, ji Zavod prizna povračilo v višini dejanske cene pripomočka, vendar največ do višine cenovnega standarda. Povračilo zavarovana oseba uveljavi pri območni enoti oz. izpostavi Zavoda z Naročilnico in računom.

V primeru, da dobavitelj oziroma prodajalec s sedežem v Republiki Sloveniji zaračuna zavarovani osebi pripomoček za vid, do katerega je upravičena po Pravilih, ta pri Zavodu lahko uveljavi povračilo do višine cenovnega standarda. Povračilo uveljavi pri območni enoti oziroma izpostavi Zavoda. Upravičenost izkazuje z Naročilnico in računom dobavitelja oziroma prodajalca.

VI. Evidentiranje podatkov o izdanih pripomočkih

Zavod vodi računalniško evidenco o vrsti izdanih pripomočkov za vid, njihovih prejemnikih in času prevzema.

Podatke o vrsti in datumu predpisa pripomočka je v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe dolžan voditi tudi zdravnik specialista oftalmolog, ki je predpisal pripomoček. Podatke o že prejetem pripomočku pridobi iz kartice zdravstvenega zavarovanja.

Podatke o izdanem pripomočku dobavitelj zapiše na kartico zdravstvenega zavarovanja v skladu z navodili Zavoda.

VII. Druga navodila

1. NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID (Obr. NAR-2/02) in to navodilo pričneta veljati 1. 1. 2003. Tega dne preneha veljati Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid številka 0901-5/5-99, z dne 6. 5. 1999. Po 1. 1. 2003 se pripomočkov za vid ne sme več predpisovati na NAROČILNICO ZA PRIPOMOČEK ZA VID (Obr. NAR-2/01).
2. Dobavitelji oziroma prodajalci lahko NAROČILNICO ZA PRIPOMOČEK ZA VID (Obr. NAR-2/01) izdano do 31. 12. 2002, prevzamejo od zavarovanih oseb še po tem datumu, vendar najkasneje do 30. 1. 2003. Izpolnjen mora biti tudi nadaljnji pogoj, da od izdaje NAROČILNICE (Obr. NAR-2/01) še ni preteklo 30 dni.
3. Izvajalci nabavljajo obr. NAR-2/02 neposredno pri distributerju Merkur d.d., Mariborska 7, Celje.

Številka: 1902-4/1-02

Datum: 6. 12. 2002

v. d. generalnega direktorja
Franc Košir, univ. dipl. prav.

NAROČILNICA ZA PRIPOMOČEK ZA VID

1. IZVAJALEC
ŠTEVILKA
DOPUNJKA
SIFRA ZDR. ZAVAROVANJA
(imey svrtojca)

2. ZAVAROVANEC
(Številka zdravniške)

3. ZAVAROVANA OSEBA
(Številka zavarovane osebe) (datum roj.)
(šifra ZZZS zavarovalnice) (zavar. podlega)
(priloga)
(ime) M - 1 Ž - 2
(ulica) (šteta)
(poštna številka) (šteta)

4. RAZLOG OBRAVNAVANJA
01 - BOLEZEN
02 - POSKODBA IZNEH DELA
03 - POSKODBA BOLEZEN
04 - POSKODBA PRI DELU
05 - POSK. PO TRETJI IZNEH DELA
11 - POSK. ART. Z 18. ČL. ZZZS

5. NAČIN OBRABAVANJA
1 - BREZ DOPLAČILA
2 - ZAVAROVANA OSEBA
3 - ZAVAROVANICA

6. KONTRAKT
SIFRA ZAVAROVANICE
ŠT. POLICE
VELJA DO
SIFRA OČALNE
SIFRA OČALNE

7. PEZ
SIFRA ZAVAROVANICE
ŠT. POLICE
VELJA DO

8. PREČNIK POKRITJA
1 - IZZ. SE NE DA PREDATI
1 - MIP
1 - IZKONČAN NAH. KIZ

9. TJA OČEN
1 - NAJDO

10. SLEP
1 - MEROVNA ZAVAROVANICA
2 - ZAVAROVANICA

11. SLEP
1 - MEROVNA ZAVAROVANICA
2 - ZAVAROVANICA

1. Zavarovani osebi naj se _____ izda _____ izdela
pripomoček _____ (šifra pripomočka) (šifra pripomočka)
_____ (šifra pripomočka) (šifra pripomočka)
_____ (šifra pripomočka) (šifra pripomočka)
_____ (šifra pripomočka) (šifra pripomočka)

opomba:

Uporaba	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Basis
Za daljavo	D.o. L.o.				
Za bližino	D.o. L.o.				

Začetek ZZZS - Obrazec NAR-2/02
Ponudba pripravil: _____
ČEŠ 010143-08-1001-02

Leče	Dsph	Dcyl	Axis	Pris	Diam.	Basis curve
	D.o. L.o.					

Zenična razdaja _____ Vrsta stekel _____
Vrsta kontaktnih leč _____
Teleskopska očala - daljava _____
Teleskopska očala - bližina _____
Lupa (povečava) _____

OPOMBA: _____

Zavarovana oseba že ima pripomoček _____
ki je bil izdan dne _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ podpis zdravnika

Garancija za izdani pripomoček velja do _____

Kraj _____ dne _____ žig _____
_____ podpis prevzemnika

Potrijujem prejem pripomočka.

Kraj _____ dne _____
_____ podpis prevzemnika

Na podlagi 30. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2002 (v nadaljevanju: Splošni dogovor 2002) je arbitraža sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na seji dne 29.10.2002 odločila o spornih vprašanih in s tem določila besedilo:

Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za leto 2002

I. Splošne določbe

1. člen

S Področnim dogovorom za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za leto 2002 (v nadaljevanju: Področni dogovor 2002) so podrobneje opredeljena določila Splošnega dogovora 2002 za izvajanje zdravstvene dejavnosti v:

- domovih za starejše in domovih za starejše z enotami za posebne oblike varstva,
- posebnih socialnovarstvenih zavodih,
- socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje,
- zavodih za usposabljanje,
- domskem varstvu pri varstveno delovnih centrih in
- varovanih stanovanjih, kjer se bo zdravstvena nega v letu 2002 izvajala testno

(v nadaljevanju: izvajalci, kadar se besedilo nanaša na vse naštete).

2. člen

Področni dogovor 2002 določa:

- merila za opredelitev zmogljivosti za izvajanje ter vrednotenje programov zdravstvene dejavnosti,
- merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege ter normative za zdravstveno nego in rehabilitacijo,
- merila za vrednotenje delovne terapije, logopedije in drugih rehabilitacijskih dejavnosti,
- merila za vrednotenje specialistične zdravstvene dejavnosti,
- merila za ugotavljanje specifičnosti pri določanju zmogljivosti in vrednotenju programov,
- obveznosti v zvezi z izvajanjem storitev osnovne zdravstvene dejavnosti za zavarovance - oskrbovance zavodov.

3. člen

Zdravstveno dejavnost bodo izvajalci opravljali oziroma organizirali tako, da bodo:

- zagotavljali oskrbovancem storitve zdravstvene nege skladno s stopnjo zahtevnosti in standardi tipov nege iz prilog II-1, II-2 in III tega dogovora; izvajalci, za katere storitve niso standardizirane, bodo zagotavljali storitve zdravstvene nege na podlagi

kriterijev iz preteklih let, dokler ne bodo sprejeti normativi in standardi tudi za te izvajalce,

- zagotavljali fizioterapevtske, delovnoterapevtske, logopedске in druge rehabilitacijske storitve;
- zagotavljali oskrbovancem specifično specialistično dejavnost, zagotavljali oskrbovancem infuzijske sisteme, plenice za inkontinentne paciente ter ostale pripomočke po strokovno medicinskih kriterijih v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- organizirali v sodelovanju z območnimi izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti storitve s področja osnovne zdravstvene dejavnosti za oskrbovance v ambulantni zavoda oziroma izvajalca ter ob postelji oskrbovanca v obsegu, določenem v Splošnem dogovoru 2002,
- skladno z razpoložljivimi zmogljivostmi zagotovili sprejem zavarovanih oseb iz bolnišnic, pri katerih je bolnišnično zdravljenje zaključeno in potrebujejo le še zdravstveno nego in storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, česar iz socialnih ali strokovnih razlogov ni mogoče zagotoviti na bolnikovem domu.

II. Merila za določanje zmogljivosti za izvajanje in vrednotenje programov

4. člen

Število dni zdravstvene nege v domovih za starejše in posebnih socialnih zavodih ter v zavodih za usposabljanje bo v globalu enako številu realiziranih dni v letu 2001, povečanih za nove zmogljivosti, in sicer na letni ravni, kot je prikazano v tabeli 1.

Obseg in strukturo zdravstvene nege po izvajalcih znotraj skupnega obsega in strukture določita Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije; razdelitev obsega in strukture po posameznih izvajalcih je prikazana v Prilogi I.

V planu storitev tekočega leta so v preteklem letu realizirane storitve najzahtevnejše zdravstvene nege (ZN IV) vključene v III skupino zahtevnosti storitev (ZN III).

Obseg in struktura zdravstvene nege za izvajalce, ki sklepajo prvo pogodbo z Zavodom, se določita na naslednjih osnovah:

Tabela 1

V domovih za starejše (v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije)

Skljenjene pogodbe za nove zmogljivosti v pogodbenem letu 2001 (zmogljivosti še niso bile vključene v Prilogo I k Področnemu dogovoru)		Število postelj	Število storitev - dni ZN letno	začetek delovanja
1. Center za starejše občane Ormož	zasebni zavod	150	52.013	1.3.2002
2. Dom Medvode	zasebni zavod	186	64.495	1.2.2002
3. Dom Stavbar-Pobrežje, Maribor	zasebni zavod	151	52.359	1.4.2002
Skupaj		487	168.867	
Novi zavodi 2002 *				
1. Dom starejših občanov Tezno, Maribor	javni zavod	200	69.349	1.12.2002
2. Center starejših Gornji grad	zasebni zavod	150	52.013	1.12.2002
3. Dom za starejše Vojnik	zasebni zavod	154	53.400	1.1.2003
Skupaj		504	176.749	

* predviden začetek delovanja

V zavodih za usposabljanje (v okviru Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije)

Novi zavodi 2002		Število postelj	Število storitev - dni ZN letno	začetek delovanja
1. VDC Črnomelj	javni zavod	12	4.380	1.7.2002
2. VDC Koper	javni zavod	5	1.825	1.7.2002
3. VDC Tolmin	javni zavod	10	3.650	1.7.2002
4. VDC Želva, Ljubljana	zasebni zavod	12	4.380	1.7.2002
5. INCE Mengeš	javni zavod	32	11.310	1.6.2002
Skupaj		71	25.545	

- obseg storitev se izračuna iz števila postelj pri novem izvajalcu, planiranega 95% deleža vseh mest za zdravstveno nego ter števila dni v neprestopnem letu,
- struktura storitev se izračuna na podlagi realizirane povprečne strukture storitev zdravstvene nege izvajalcev istega tipa v Republiki Sloveniji v preteklem letu.

Struktura storitev zdravstvene nege v letu 2001:

Tip storitev	Delež zdravstvene nege I	Delež zdravstvene nege II	Delež zdravstvene nege III
Tip A	18,50 %	26,03 %	55,47 %
Tip B	7,66 %	7,43 %	84,91 %
Tip C	5,89 %	12,31 %	81,80 %

V primerih, ko izvajalec opravlja dejavnost po prvi pogodbi manj kot eno leto, se obseg in struktura določita na način, ki velja za nove izvajalce.

Program rehabilitacijskih in specialističnih storitev, ki se vključujejo v ceno dne zdravstvene nege, je določen v skladu z merili tega dogovora.

Centri za sluh in govor planirajo obseg programa na osnovi kalkulatивnih podlag za izračun vrednosti programa iz Priloge II-3 tega Področnega dogovora.

Program podaljšane bolnišnične rehabilitacije za starejše zavarovane osebe v Domu starejših občanov Polde Eberl-Jamski Izlake se planira na osnovi kalkulatивnih podlag za izračun vrednosti programa iz Priloge II-4 tega Področnega dogovora.

Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja planira obseg programa na osnovi kalkulatивnih podlag za izračun vrednosti programa iz Priloge II-5 tega Področnega dogovora.

V skladu z osmim odstavkom 25. člena Splošnega dogovora 2002 bodo za nove oziroma dodatne kapacitete izvajalcem dodeljena sredstva do 50 % sredstev, opredeljenih v 35. in 36. alineji četrtega odstavka 25. člena Splošnega dogovora 2002, kar v tekočih cenah znaša:

- za izvajalce v okviru Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije

16 mio SIT,

- za izvajalce v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije

175 mio SIT.

5. člen

Plan storitev fizioterapije, delovne terapije in specialistične zdravstvene dejavnosti za oskrbovance - varovance je opredeljen v normativu dela posamezne vrste zdravstvene nege iz Priloge II-1 tega Področnega dogovora.

Za izvajalce, za katere storitve fizioterapije, delovne terapije in specialistične zdravstvene dejavnosti niso opredeljene v normativu dela storitev zdravstvene nege tipov A, B in C iz Priloge II-2 tega Področnega dogovora, je plan teh storitev enak planu iz pogodb za leto 2001.

Seznam in šifre fizioterapevtskih storitev, ki jih opravljajo zavodi v okviru dogovorjenega programa za svoje oskrbovance, so navedeni v Prilogi IV tega dogovora.

6. člen

Plansko število storitev ter ostali kalkulatивni elementi bodo opredeljeni v pogodbah med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) in posameznimi izvajalci.

7. člen

Planirano število delavcev za zagotavljanje zdravstvene nege, za izvajanje rehabilitacije in specialistične dejavnosti se izračuna na osnovi začasno dogovorjenih normativov po vrstah nege in normativa storilnosti po Prilogi II-1 tega dogovora.

Število delavcev za program podaljšane bolnišnične rehabilitacije v Domu starejših občanov Polde Eberl-Jamski Izlake ostane enako, kot v pogodbi za pogodbeno leto 2001.

Število delavcev v Zavodu za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja se planira v skladu s kalkulatивnimi podlagami, opredeljenimi v Prilogi II-5 tega področnega dogovora.

Število delavcev v centrih za sluh in govor, v dejavnosti logopedije, defektologije in avdiologije, se planira v skladu s kalkulatивnimi podlagami, opredeljenimi v Prilogi II-3 tega Področnega dogovora.

Če center za sluh in govor ne razpolaga s kadrom, opredeljenim v Prilogi II-3, se pri izračunu kalkulatивnih podlag za izračun cene upošteva ustrezno zmanjšano število terapevtov iz ur, in sicer do prvega dne v naslednjem mesecu, ko izvajalec zagotovi ustrezn kader.

V dejavnostih, ki se v letu 2002 ne standardizirajo, bo ostalo število delavcev v socialnovarstvenih zavodih praviloma enako planu iz pogodb 2001, razen pri novih kapacitetah iz 4. člena tega dogovora.

Razdelitev dodatnega kadra iz 31. in 40. točke četrtega odstavka 25. člena Splošnega dogovora 2002 po posameznih izvajalcih je razvidna iz tabele 2.

Tabela 2

izvajalec	dodatni kader		kader, ki se vkalkulira v in od 1. 1. 2002 dalje	
Center Dolfke Boštjančič Draga, Ig	0,500	defektolog	0,250	defektolog
	0,500	delovni terapevt	0,250	delovni terapevt
Dom Matevža Langusa, Radovljica	0,500	fizioterapevt	0,250	fizioterapevt
	0,500	delovni terapevt	0,250	delovni terapevt
Zavod za usposabljanje in varstvo dr. Marijana Borštnarja, Dornava	0,500	dipl. med. sestra	0,250	dipl. med. sestra
Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem	0,750	dipl. med. sestra	0,375	dipl. med. sestra
Zavod za usposabljanje in varstvo Dobrna	0,500	delovni terapevt	0,250	delovni terapevt
Društvo Barka	0,400	zdravstveni tehnik	0,200	zdravstveni tehnik
VDC Krško - Leskovec	0,250	delovni terapevt	0,125	delovni terapevt
VDC Murska Sobota	0,200	delovni terapevt	0,100	delovni terapevt
VDC Polž, Maribor	0,200	delovni terapevt	0,100	delovni terapevt
	0,200	fizioterapevt	0,100	fizioterapevt
Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik	0,800	fizioterapevt	0,400	fizioterapevt
	0,200	logoped	0,100	logoped
skupaj	6	delavcev	3	delavcev

V skladu z zadnjim odstavkom 25. člena Splošnega dogovora 2002 se v finančnih načrtih za izračun cen od 1.1.2002 upošteva polovica predvidenih sredstev za dodatni kader iz 31. in 40. točke četrtega odstavka 25. člena Splošnega dogovora 2002.

8. člen

Materialni stroški in amortizacija se izračunajo po dogovorjenih normativih iz Priloge II-2, II-3, II-4 in II-5, za izvajalce, ki ne uporabljajo standardov, pa se izračunajo na osnovi materialnih stroškov in amortizacije, dogovorjenih v pogodbah za leto 2001.

9. člen

Za planiranje kvalifikacijske strukture zaposlenih se kot izhodišča uporabljajo kvalifikacijski količniki, usklajeni s kolektivnimi pogodbami in Splošnim dogovorom 2002.

Povprečna kvalifikacijska struktura oziroma količnik planiranih kadrov za izvajanje programov zdravstvene dejavnosti v pogodbenem letu 2002 pri standardiziranih storitvah tipa A, B in C bo:

- zdravstvene nege tipa I 2,348
- zdravstvene nege tipa II 2,446
- zdravstvene nege tipa III 2,631

Za ostale izvajalce se uporabljajo standardizirani kvalifikacijski količniki po posameznih profilih kadra iz 7. člena Splošnega dogovora 2002.

Zaradi napredovanja v nazive se povečajo kvalifikacijski količniki v skladu s spodnjo tabelo. Dodatna sredstva iz tega naslova se v finančne načrte vkalkulira v višini do 50 % predvidenih sredstev iz 32. točke 4. odstavka 25. člena Splošnega dogovora.

V tabeli 3. je prikazan seznam izvajalcev s številom delavcev po posameznih profilih, pri katerih se upošteva povečanje kvalifikacijskih količnikov zaradi napredovanja v nazive.

Tabela 3.

izvajalec	naziv	število delavcev	PROFIL KADRA IN KK				
			napredovanje	razlika v KK skupaj			
			KK pred	KK po	KK za FN	v celoti	polovica
CENTER DOLFKE BOŠTJANČIČ DRAGA, IG	mentor	9 delovnih terapevtov	3,270	3,750	3,510	5,760	2,880
		3 fizioterapevti					
	samostojni svetovalec	1 logoped	4,550	5,230	4,890	0,680	0,340
		1 prof. zdrav. nege	3,270	3,750	3,510	0,480	0,240
ZAVOD ZA USPOSABLJANJE INVARSTVO DR. MARJANA BORŠTNARJA DORNAVA	mentor	1 zdravnik specialist	5,800	6,700	6,250	0,900	0,450
		1 delovni terapevt	3,270	3,750	3,510	0,480	0,240
	samostojni svetovalec	3 fizioterapevti	3,270	3,750	3,510	1,920	0,960
		1 logoped					
		1 logoped	3,270	3,750	3,510	0,480	0,240

10. člen

Sredstva za dodatke po kolektivni pogodbi se v vrednost programov oziroma cene storitev vračunavajo tako, da se upoštevajo odstotki, določeni v Splošnem dogovoru 2002.

11. člen

Pri planiranju, evidentiranju in obračunavanju storitev se kot planske obračunske enote storitev v socialnovarstvenih zavodih upoštevajo dnevi zdravstvene nege, ki vključujejo tudi rehabilitacijske in specialistične storitve, v centrih za sluh in govor pa se storitve obračunavajo v točkah.

Za program podaljšane bolnišnične rehabilitacije v Domu starejših občanov Polde Eberl-Jamski Izlake se kot obračunske enote storitev uporabljajo oskrbni dnevi rehabilitacije.

Izvajalec bo za opravljene storitve rehabilitacije izstavljal poročila v skladu z določili Sklepa o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev in navodili za njegovo uporabo.

12. člen

Če izvajalec v postopku urejanja letnih pogodbenih obveznosti ne razpolaga s kadri, s katerimi bi lahko zagotovil zdravstveno nego skladno z dogovorjenimi standardi iz 9. člena ter Priloge II-1 tega dogovora in je odstopanje višje od 2 odstotkov, oblikuje nižje cene zdravstvene nege za odstotek, ki ustreza odstopanju od navedenega standarda.

Pri tem se upošteva medsebojno nadomeščanje kadra, in sicer med zdravstvenim tehnikom in medicinsko sestro, med fizioterapevtom in delovnim terapevtom ter med negovalko in strežnico.

Znižana cena zdravstvene nege se uporablja do novega pogodbenega leta oziroma do sklenitve nove pogodbe.

Nov izvajalec v prijavi na razpis predloži seznam potrebnega kadra skladno z dogovorjenimi standardi iz 9. člena in Priloge II-1 tega dogovora, navede datum začetka delovanja ter načrt postopnega zasedanja kapacitet in zaposlovanja. Pogodbene cene zdravstvene nege se oblikujejo na predpostavki, da z ustreznim kadrom razpolaga.

Vsake tri mesece od datuma veljavnosti pogodbe do polne zasedenosti mora izvajalec Zavodu predložiti seznam dejansko zaposlenih delavcev ter podatek o zasedenosti.

Če glede na zasedenost kapacitet ne razpolaga s kadri, s katerimi bi lahko zagotovil zdravstveno nego skladno z dogovorjenimi standardi, se mu v primeru, ko je odstopanje višje od 2 %, cena storitev v skladu z določili prvega odstavka tega člena zniža za naslednje trimesečno obdobje.

13. člen

Izvajalci ne bodo zaračunavali zdravstvene nege za čas, ko so posamezni oskrbovanci napoteni na obnovitveno rehabilitacijo ali na bolnišnično zdravljenje. Dan odhoda in vrnitve oskrbovanca se štejeta za en dan nege.

14. člen

Programi zdravstvene dejavnosti bodo vrednoteni skladno z določili Splošnega dogovora 2002, ki vsebuje elemente za vrednotenje programov ter določila za ugotavljanje cen storitev. V cenah zdravstvene nege so zajeti tudi stroški za rehabilitacijo in specialistične storitve ter za pripomočke, ki jih po Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotavlja izvajalec. Kalkulativne podlage za izračun cen so v Prilogi II.

Predloge izvajalcev za vrednotenje najzahtevnejše zdravstvene nege in razvrščanje oskrbovancev v najzahtevnejšo zdravstveno nego (ZN IV) v primerih, ki presegajo zahtevnost zdravstvene nege tipa III, bo Direkcija Zavoda obravnavala v skladu z 263. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja.

15. člen

Izvajalci, ki poleg dejavnosti iz prve, druge in tretje alineje 3. člena opravljajo tudi druge zdravstvene dejavnosti, le-te planirajo in izvajajo v skladu z ustreznim področnim dogovorom.

III. Razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege

16. člen

Razvrščanje oskrbovancev po tipih zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih bo potekalo na podlagi meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege, in sicer po strokovnih podlagah, navedenih v Prilogi III tega dogovora.

Merila so okvir za razvrščanje oskrbovancev v skupine zdravstvene nege. Razvrstitev v posamezno kategorijo zdravstvene nege se opravi glede medicinsko tehničnih posegov po določilih zdravnika, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost v socialnovarstvenem zavodu, za zdravstveno negovalne postopke pa po opredelitvah vodje zdravstveno-negovalne službe. Slednji vodi oziroma zagotovi vodenje ustrezne evidence, ki vključuje tudi vse podatke o spremembah v zahtevnosti nege po oskrbovancih in po dnevih. Podatki o tem morajo biti dostopni Zavodu na zahtevo njegove službe oziroma zdravniške komisije.

Razvrstitev oskrbovancev v zavodih za usposabljanje v skupine zdravstvene nege se opravi tako kot v letu 2001, po merilih, sprejetih na Zdravstvenem svetu.

Merila za razvrstitev oskrbovancev v skupine zdravstvene nege veljajo za oskrbovance, ki so že v zavodu, in za oskrbovance, ki bodo sprejeti v času uporabe Področnega dogovora 2002. Utemeljenost razvrstitve oskrbovancev preverja zdravniška komisija Zavoda.

IV. Izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti za oskrbovance

17. člen

Izvajanje osnovne zdravstvene dejavnosti bo za oskrbovance Zavod zagotovil v pogodbah z matičnimi izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti, s katerimi bo določil obseg dela, ordinacijski čas in druge obveznosti do socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

Zavod bo socialnovarstvene zavode in zavode za usposabljanje pisno seznanil o obsegu in vrednosti programov, ki jih je za njihove oskrbovance zagotovil v pogodbah z izvajalci osnovne zdravstvene dejavnosti.

Izvajalec programa osnovne zdravstvene dejavnosti in socialnovarstveni zavod s posebnim dogovorom natančneje uredita izvajanje tega programa.

18. člen

Za izvajalce, ki sami organizirajo osnovno zdravstveno dejavnost, se ta del programa določa in vrednoti na način, kot ga za osnovno zdravstveno dejavnost opredeljujejo Splošni dogovor 2002 in drugi ustrezni področni dogovori.

V. Izvajanje in financiranje zdravstvene nege v varovanih stanovanjih

19. člen

Zdravstvena nega v varovanih stanovanjih se bo v pogodbenem letu 2002 izvajala testno.

Zavarovane osebe, ki bivajo v varovanih stanovanjih, so upravičene do zdravstvene nege na podlagi delovnega naloga, ki ga izda njihov izbrani osebni zdravnik.

Zdravstveno nego v varovanih stanovanjih lahko izvajajo javni zavodi, ki imajo to dejavnost opredeljeno v ustanovitvenem aktu, ali zasebni izvajalci s koncesijo za izvajanje zdravstvene nege na domu oziroma patronažne službe.

20. člen

Izvajalci zdravstvene nege v varovanih stanovanjih bodo opravljene storitve obračunavali Zavodu na podlagi seznama storitev, ki velja za izvajalce zdravstvene nege na domu in patronažne službe v skladu s prilogo 3 k Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, ki je sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Standardi za načrtovanje in financiranje te dejavnosti so opredeljeni v Prilogi II-6 tega področnega dogovora.

Izvajalec in Zavod bosta v pogodbi opredelila standard za zdravstveno nego ali patronažno službo glede na dejansko stopnjo strokovne izobrazbe izvajalca storitev. Izvajalci zdravstvene nege v varovanih stanovanjih bodo vodili natančen seznam opravljenih storitev po dnevih za vsako zavarovano osebo posebej, kar bo podlaga za morebitno spremembo financiranja te dejavnosti v letu 2003.

VI. Urejanje in izvajanje pogodbenih obveznosti

21. člen

Izvajalec in Zavod urejata pogodbene obveznosti za leto 2002 skladno z določili Splošnega dogovora 2002.

V primeru, ko izvajalec ali Zavod ne moreta več uresničevati pogodbenih obveznosti, lahko odpovesta pogodbo.

Zavod lahko odstopi od pogodbe tudi v primerih, ko izvajalec kljub opozorilom in izrečenim pogodbenim kaznim nadaljuje s kršitvami določil Splošnega in Področnega dogovora 2002 ter pogodbe.

Priloge:

Priloga I

Letni plan zdravstvenih storitev

Priloga II

- 1 Normativ dela za storitev »dan zdravstvene nege« v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih
- 2 Kalkulativne podlage za izračun povprečnih cen za storitve zdravstvene nege za 100 postelj
- 3 Kalkulativne podlage za izračun cene točke za programe logopedске, defektološke in avdiološke dejavnosti v centrih za sluh in govor za pogodbeno leto 2002
- 4 Kalkulativne podlage za izračun cene za dneve za podaljšan program bolnišnične rehabilitacije za starejše zavarovane osebe v DSO Polde Eberl-Jamski, Izlake, za pogodbeno leto 2002

Odpovedni rok je 30 dni.

Do izteka odpovednega roka bo izvajalec opravljal program v skladu s pogodbo in po cenah storitev, veljavnih na dan odpovedi.

22. člen

Za obračun storitev, ugotavljanje nepravilnosti, izvajanje nadzora in uveljavljanje pogodbenih kazni se neposredno uporabljajo določila Splošnega dogovora 2002.

VII. Prehodne in končne določbe

23. člen

Področni dogovor 2002 velja od dneva, ko ga sprejmejo vsi podpisniki, in se uporablja od dneva uporabe Splošnega dogovora 2002.

Njegova veljavnost in uporaba prenehata s sprejemom in dnem uporabe novega področnega dogovora.

Številka: 5102-05/2002

Datum: 29. 10. 2002

Podpisniki:

Ministrstvo za zdravje
Skupnost socialnih zavodov Slovenije
Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

- 5 Kalkulativne podlage za izračun cene za dneve za program rehabilitacije v Zavodu za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja, Ljubljana
- 6 Standardi za načrtovanje in financiranje storitev zdravstvene nege v varovanih stanovanjih

Priloga III

Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege

Priloga IV

Fizioterapevtske storitve, zagotovljene v storitvah zdravstvene nege v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih

Plan zdravstvenih storitev 2002

	število mest	tip izvajalca	število dni zdravstvene nege			SKUPAJ
			I	II	III in IV	
SKUPNOST SOCIALNIH ZAVODOV SLOVENIJE						
I. DOMOVIZASTAREJŠE						
CELJE						
1. Dom upokoencev Celje	241	A	20.913	22.637	40.504	84.054
2. Zdravilišče Laško, Dom za starejše	60	A	3.849	5.415	11.541	20.805
3. "Lambrechtov dom" Slovenske Konjice	156	A	5.595	21.660	28.045	55.300
4. Dom starejših Šentjur	155	A	3.219	24.135	27.739	55.093
5. Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah	199	A	18.749	21.719	30.822	71.290
6. Dom upokoencev Polzela	226	A	9.435	21.338	50.328	81.101
7. Dom starejših Vojnik	154	A	9.879	13.898	29.623	53.400
Skupaj	1.191		71.639	130.802	218.602	421.043
KOPER						
8. Dom upokoencev Izola	242	A	21.822	21.165	37.549	80.536
9. Obalni dom upokoencev Koper	206	A	16.323	11.642	40.868	68.833
10. Dom upokoencev Postojna	153	A	10.797	11.982	25.719	48.498
11. Dom upokoencev Sežana	192	A	16.246	17.911	30.802	64.959
12. Dom starejših občanov Ilirska Bistrica	231		17.464	3.884	51.442	72.790
- mesta za starejše	121	A	15.814	3.884	24.093	43.791
- mesta za posebne oblike varstva	110	B	1.650	-	27.349	28.999
Skupaj	1.024		82.652	66.584	186.380	335.616
KRANJ						
13. Dom upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	185	A	17.729	7.006	41.405	66.140
14. Dom upokoencev Kranj	207	A	24.720	12.348	35.286	72.354
15. Dom starejših občanov Preddvor	187	A	12.518	4.577	49.483	66.578
16. Dom dr. Janka Benedika Radovljica	204	A	8.966	22.185	33.703	64.854
17. Dom Petra Uzarja Trzič	171	A	6.431	14.375	40.491	61.297
Skupaj	954		70.364	60.491	200.368	331.223
KRŠKO						
18. Dom starejših občanov Krško	200	A	5.892	18.262	49.390	73.544
19. Dom upokoencev in oskrbovancev Impoljca	494		28.319	20.360	131.178	179.857
- enote Brežice in Sevnica, za starejše	234	A	20.461	16.336	48.557	85.354
- enota Impoljca, posebna enota	260	B	7.858	4.024	82.621	94.503
20. Trubarjev dom upokoencev Loka pri Zidanem mostu	204		13.291	19.904	41.122	74.317
- mesta za starejše	163	A	12.928	19.786	26.614	59.328
- mesta za posebne oblike varstva	41	B	363	118	14.508	14.989
Skupaj	898		47.502	58.526	221.690	327.718
LJUBLJANA						
21. Dom upokoencev Domžale	168	A	13.508	9.526	37.025	60.059
22. Dom starejših občanov Grosuplje	178	A	15.873	11.176	36.196	63.245
23. Dom starejših Hrastnik	119	A	4.416	13.074	22.329	39.819
24. Dom upokoencev Kamnik	223	A	21.606	11.474	44.842	77.922
25. Dom starejših občanov Kočevje	170	A	8.976	19.419	31.375	59.770
26. Dom "Tisje" Šmartno pri Litiji	194	A	11.017	12.023	43.883	66.923
27. Dom upokoencev Center, Tabor-Poljane	505	A	21.033	50.218	107.241	178.492
28. Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje	212	A	6.777	31.900	36.292	74.969
29. Dom starejših občanov Ljubljana - Šiška	230	A	14.191	20.865	46.922	81.978
30. Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik	570	A	18.064	59.118	130.536	207.718
31. Dom starejših Logatec	162	A	10.392	14.620	31.162	56.174
32. Dom Marije in Marte Logatec	65	A	3.712	7.746	12.417	23.875
33. Dom Medvode	186	A	11.931	16.786	35.778	64.495
34. Dom počitka Mengeš	209	A	12.080	19.225	42.542	73.847
35. Dom upokoencev "Franca Salamona" Trbovlje	194	A	12.318	17.532	37.012	66.862
36. Dom upokoencev Vrhnika	225	A	21.307	16.713	40.230	78.250
37. Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	163	A	22.325	7.873	28.399	58.597
38. Dom upokoencev "Jožeta Primožiča - Miklavža" Idrija	275		21.049	11.866	61.903	94.818
- enota Idrija, za starejše	133	A	13.288	8.833	22.600	44.721
- enota Spodnja Idrija, posebna enota	142	B	7.761	3.033	39.303	50.097
39. Dom starejših občanov Ljubljana - Bežigrad	228		25.560	12.980	42.758	81.298

- mesta za starejše	215	A	25.560	12.980	38.019	76.559
- mesta za posebne oblike varstva	13	B	—	—	4.739	4.739
Skupaj	4.276		276.135	364.134	868.842	1.509.111
MARIBOR						
40. Dom upokojencev "Danice Vogrinc" Maribor	824		54.337	87.886	153.252	295.475
- enoti Pobrežje in Tabor, za starejše	614	A	52.268	72.551	94.309	219.128
- enota Pobrežje, za posebne oblike varstva	210	B	2.069	15.335	58.943	76.347
41. Sončni dom Maribor	151	A	9.686	13.627	29.046	52.359
42. Dom starejših občanov Tezno Maribor	200	A	12.829	18.049	38.471	69.349
43. Dom upokojencev Ptuj	456	A	18.285	50.555	92.919	161.759
44. Center za starejše Ormož	150	A	9.622	13.537	28.854	52.013
45. Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	293	A	15.333	39.267	52.548	107.148
Skupaj	2.074		120.092	222.921	395.090	738.103
MURSKA SOBOTA						
46. Dom starejših Rakičan	304	A	1.486	29.460	78.038	108.984
47. Dom starejših Lendava	148	A	10.518	11.275	31.524	53.317
48. Dom starejših Ljutomer	150	A	9.622	13.537	28.854	52.013
Skupaj	602		21.626	54.272	138.416	214.314
NOVA GORICA						
49. Dom starejših občanov Ajdovščina	151	A	16.766	8.799	25.086	50.651
50. Dom upokojencev Nova Gorica	230	A	14.550	18.948	43.688	77.186
51. Dom upokojencev Gradišče	149	A	13.855	13.749	22.946	50.550
52. Dom upokojencev Podbrdo	320		26.940	12.757	65.295	104.992
- enoti Podbrdo in Tolmin, za starejše	238	A	23.478	11.341	41.131	75.950
- enota Petrovo brdo, za posebne oblike varstva	82	B	3.462	1.416	24.164	29.042
Skupaj	850		72.111	54.253	157.015	283.379
NOVO MESTO						
53. Dom starejših občanov Črnomelj	205	A	5.126	13.370	49.488	67.984
54. Dom počitka Metlika	177		12.134	10.435	40.800	63.369
- mesta za starejše	92	A	9.715	9.393	13.296	32.404
- mesta za posebne oblike varstva	85	B	2.419	1.042	27.504	30.965
55. Dom starejših občanov Novo mesto	360	A	11.830	33.694	82.465	127.989
56. Dom starejših občanov Trebnje	136	A	10.511	10.336	28.724	49.571
Skupaj	878		39.601	67.835	201.477	308.913
RAVNE NA KOROŠKEM						
57. Koroški dom starostnikov Dravograd	272	A	7.097	41.823	41.312	90.232
58. Center starejših Gornji grad	150	A	9.622	13.537	28.854	52.013
59. Dom starejših občanov na Fari, Prevalje	190	A	12.188	17.147	36.548	65.883
60. Dom za varstvo odraslih Velenje	190	A	11.974	22.081	34.903	68.958
Skupaj	802		40.881	94.588	141.617	277.086
SKUPAJ DOMOVI ZA STAREJŠE	13.549		842.603	1.174.406	2.729.497	4.746.506

II. POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI

CELJE						
61. Dom Nine Pokorn Grmovje	238	C	2.158	4.046	79.250	85.454
KOPER						
62. Socialnovarstveni zavod Dutovlje	161	C	245	1.580	54.512	56.337
KRANJ						
63. Center slepih in slabovidnih Škofja Loka	212	C	12.089	19.035	42.546	73.670
LJUBLJANA						
64. Delovnovarstveni zavod Prizma, Ponikve	118	C	5.201	6.570	29.581	41.352
MARIBOR						
65. Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec - Trate	620	D	—	21.084	202.184	223.268
MURSKA SOBOTA						
66. Dom Lukavci	280	C	1.481	12.588	85.341	99.410
SKUPAJ POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI	1.629		21.174	64.903	497.383	579.491

III. PODALJŠANA BOLNIŠNIČNA REHABILITACIJA

						oskrbni dan
LJUBLJANA						
67. Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	20	I	—	—	—	5.475
SKUPAJ PODALJŠANA BOLNIŠNIČNA REHABILITACIJA	20		—	—	—	5.475

PLAN 2002 SKUPAJ V OKVIRU

SKUPNOSTI SOCIALNIH ZAVODOV SLOVENIJE	mesta	tipi	ZN I	ZN II	ZN III	Skupaj
Storitve zdravstvene nege	15.198	A, B, C, D,	863.777	1.239.309	3.226.880	5.325.997
Oskrbni dnevi rehabilitacije		I				5.475

SKUPNOST ORGANIZACIJ ZA USPOSABLJANJE SLOVENIJE

I. SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI ZA USPOSABLJANJE

CELJE

1. Zavod za del.usposabljanje Miha Pinter, Dobrna 70 E – 6.587 18.784 25.371

KRANJ

2. Dom Matevža Langusa, Radovljica 90 E – 7.600 20.500 28.100

LJUBLJANA

3. Center Dolfke Boštjančič Draga, Ig 308 D – 8.030 104.685 112.715

MARIBOR

4. Zavod dr.Marjana Borštnarja, Dornava 369 D 7.300 27.090 96.745 131.135

RAVNE NA KOROŠKEM

5. Center za usposabljanje, delo in varstvo, Črna na Koroškem 223 E – 76.400 12.600 89.000

Skupaj I

1.060 7.300 125.707 253.314 386.321

II. ZAVODI ZA USPOSABLJANJE

LJUBLJANA

6. Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik 175 H – 46.664 – 46.664

NOVA GORICA

7. Center Janka Premrla Vojka, Vipava 100 F – 27.664 – 27.664

Skupaj II

275 – 74.328 – 74.328

III. DOMSKO VARSTVO PRI VARSTVENODELOVNIH CENTRIH

CELJE

8. Center za usposabljanje, delo in varstvo Golovec, Celje 55 G 43.392 – – 43.392

KOPER

9. Varstvenodelovni center Koper 5 G – 1.825 – 1.825

KRŠKO

10. Varstvenodelovni center Krško, Leskovec 8 G – 2.504 – 2.504

LJUBLJANA

11. Društvo Barka, Zbilje 6 G – 2.190 – 2.190

12. INCE Mengeš 32 G 5.110 6.200 – 11.310

13. Sonček, Zveza društev za cerebralno paralizirane Slovence 17 G – 4.574 – 4.574

14. Varstvenodelovni center Tončke Hočevar, Ljubljana 78 G – 66.522 – 66.522

15. Varstvenodelovni center Želva, Ljubljana 12 G – 4.380 – 4.380

Skupaj

MARIBOR

16. Varstvenodelovni center Polž, Maribor 14 G 365 4.715 90 5.170

MURSKA SOBOTA

17. Varstvenodelovni center Murska Sobota 7 G – 2.555 – 2.555

NOVA GORICA

18. Varstvenodelovni center Tolmin 10 G – 3.650 – 3.650

NOVO MESTO

19. Varstvenodelovni center Črnomelj 12 B – 4.380 – 4.380

20. Varstvenodelovni center Novo mesto 64 B 6.570 – 14.965 21.535

Skupaj

Skupaj III

76 6.570 4.380 14.965 25.915

320 55.437 103.495 15.055 173.987

IV. CENTRI ZA SLUH IN GOVOR

KOPER

21. Center za korekcijo sluha in govora Portorož CSG 175.554

LJUBLJANA

22. Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana CSG 447.368

KOPER

23. Center za sluh in govor Maribor CSG 383.897

Skupaj IV

1.006.819

V. REHABILITACIJA PO POŠKODBI GLAVE

LJUBLJANA

24. Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja Ljubljana J 8.896

Skupaj V

32 J 8.896

SKUPAJ ZAVODI V OKVIRU SOUS

Storitve zdravstvene nege 1.655 mesta tipi E, F, G, H ZN I 62.737 ZN II 303.530 ZN III 268.369 Skupaj 634.636

Točke - centri za sluh in govor CSG 1.006.819

Storitve rehabilitacije po poškodbi glave J 8.896

SKUPAJ PLAN STORITEV 2002

		ZNI	ZN II	ZN III	Skupaj
Storitve zdravstvene nege	A,B,C,D, E, F, G, H	926.514	1.542.839	3.495.249	5.960.633
Oskrbni dnevi rehabilitacije	I				5.475
Točke - centri za sluh in govor	CSG				1.006.819
Storitve rehabilitacije po poškodbi glave	J				8.896

LEGENDA

Tipi zavodov glede na kalkulatívne podlage za izračun cen:

- A - domovi za starejše
- B - posebne enote v domovih za starejše ter VDC Novo mesto in Črnomelj
- C - posebni zavodi in zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 18,3% od osnovne plače
- D - posebni zavodi in zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 23,8% od osnovne plače
- E - zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 20,0% od osnovne plače
- F - zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 18,3% od osnovne plače
- G - zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 13,8% od osnovne plače
- H - zavodi za usposabljanje z dodatki po Kolektivni pogodbi v višini 16,0% od višini 16,0% od osnovne plače
- CSG - centri za sluh in govor (dodatki po KP v višini 13,8% od osnovne plače)
- I - podaljšana bolnišnična rehabilitacija v DSO Izlake
- J - rehabilitacija po poškodbi glave Zarja Ljubljana

Priloga II-1

Normativ dela za storitev "dan zdravstvene nege" v domovih za starejšim posebnih socialnovarstvenih zavodih (tip A, B in C)

TIP NEGE	št. delavcev na posteljo	KVK	EED	TIP NEGE	št. delavcev na posteljo	KVK	EED
NEGA I				1 del. terapevt na 270 postelj	0,0037	3,270	0,0119
1 srednja med. sestra na 30 postelj	0,0329	2,710	0,0891	1 negovalka na 9,08 postelj	0,1087	2,320	0,2521
1 fizioterapevt na 250 postelj	0,0039	3,270	0,0129	1 strežnica na 36,36 postelj	0,0271	1,767	0,0480
1 diplomirana med.sestra na 245 postelj	0,0040	3,335	0,0135	1 specialist na 2.000 postelj	0,0005	5,800	0,0029
1 del. terapevt na 300 postelj	0,0033	3,270	0,0107	SKUPAJ	0,2063	2,446	0,5046
1 negovalka na 16,18 postelj	0,0610	2,320	0,1415	NEGA III			
1 strežnica na 25,50 postelj	0,0387	1,767	0,0684	1 srednja med. sestra na 10 postelj	0,0987	2,710	0,2675
1 specialist na 2.000 postelj	0,0005	5,800	0,0029	1 fizioterapevt na 150 postelj	0,0066	3,270	0,0216
SKUPAJ	0,1443	2,348	0,3389	1 diplomirana med. sestra na 30 postelj	0,0329	3,335	0,1096
NEGA II				1 del. terapevt na 100 postelj	0,0099	3,270	0,0323
1 srednja med. sestra na 20 postelj	0,0494	2,710	0,1337	1 negovalka na 7,12 postelj	0,1386	2,320	0,3215
1 fizioterapevt na 95 postelj	0,0104	3,270	0,0339	1 specialist na 2.000 postelj	0,0005	5,800	0,0029
1 diplomirana med. sestra na 150 postelj	0,0066	3,335	0,0221	SKUPAJ	0,2871	2,631	0,7553

Priloga II-2

Kalkulatívne podlage za izračun povprečnih cen storitev zdravstvene nege za 100 postelj

I. SPLOŠNI SOCIALNI ZAVODI - tip A

POGODBE 2002 LETNI FINANČNI NAČRT V CENAH XII 2001	št. storitev plan 2002	št. delavcev iz ur plan 2002	kvalif. količnik KK	dodatek pog. dela	dodatki po KP v št. količnikov	čisti MS na storitev cene XII/ 01	AM/STOR XII/01	CP 2002 cene XII/01	cena storitve XII/01
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skupaj kalkulatívna podlaga	109.500	63,77			68,808			252.263.455	2.303,78
a) zdravstvena nega I	36.500	14,43	2,348	13,80	15,570	294,31	14,43	56.697.731	1.553,36
b) zdravstvena nega II	36.500	20,63	2,446	13,80	22,260	398,71	21,08	82.121.114	2.249,89
c) zdravstvena nega III	36.500	28,71	2,631	13,80	30,978	398,71	29,24	113.444.611	3.108,07

II. POSEBNE ENOTE V SPLOŠNIH SOCIALNOVARSTVENIH ZAVODIH - tip B

POGODBE 2002 LETNI FINANČNI NAČRT V CENAH XII 2001	št. storitev plan 2002	št. delavcev iz ur plan 2002	kvalif. količnik KK	dodatek pog. dela	dodatki po KP v št. količnikov	čisti MS na storitev cene XII/ 01	AM/STOR XII/01	CP 2002 cene XII/01	cena storitve XII/01
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skupaj kalkulativna podlaga	109.500	63,77			68,808			257.627.727	2.352,76
a) zdravstvena nega I	36.500	14,43	2,348	18,30	15,570	294,31	14,43	57.834.533	1.584,51
b) zdravstvena nega II	36.500	20,63	2,446	18,30	22,260	398,71	21,08	83.814.188	2.296,28
c) zdravstvena nega III	36.500	28,71	2,631	18,30	30,978	398,71	29,24	115.979.006	3.177,51

III. POSEBNI SOCIALNI ZAVODI IN SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI ZA USPOSABLJANJE - tip C

POGODBE 2002 LETNI FINANČNI NAČRT V CENAH XII 2001	št. storitev plan 2002	št. delavcev iz ur plan 2002	kvalif. količnik KK	dodatek pog. dela	dodatki po KP v št. količnikov	čisti MS na storitev cene XII/ 01	AM/STOR XII/01	CP 2002 cene XII/01	cena storitve XII/01
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
Skupaj kalkulativna podlaga	109.500	63,77			68,808			263.857.777	2.409,66
a) zdravstvena nega I	36.500	14,43	2,348	18,30	15,570	294,31	52,47	59.223.059	1.622,55
b) zdravstvena nega II	36.500	20,63	2,446	18,30	22,260	398,71	76,63	85.842.027	2.351,84
c) zdravstvena nega III	36.500	28,71	2,631	18,30	30,978	398,71	106,32	118.792.691	3.254,59
Izhodišča za cene dec. 2001:									
plača	49.573								
plača*12	594.876								
dodatki na delavca iz ur	1,079								
valorizacija MS	7,92%								
valorizacija AM	7,92%								
Prispevki	22,88%								
sklad skupne porabe	193.883								
uspešnost	2,00%								
minulo delo	9,00%								

Priloga II-3

Kalkulativne podlage za izračun cene točke za programelopedske,defektološke in avdiološke dejavnosti v centrih za sluh in govor

strokovni profil	št. delavcev			skupaj	kvalifik. količnik	št. storitev na terapevta
	CKSG Portorož	Zavod za gluhe in nagl. Ljubljana	CUSGM Maribor			
PROGRAM ZA OTROKE						
Zdravnik specialist	0,25	—	—	0,25	5,800	25.233
Klinični psiholog, klinični logoped	—	—	1,00	1,00	5,326	21.942
Logoped, defektolog, avdiolog, psiholog	7,82	22,50	15,00	45,32	4,550	19.080
Diplomirana medicinska sestra	—	—	1,70	1,70	3,335	15.044
Srednja medicinska sestra	0,99	1,00	—	1,99	2,710	12.726
Upravno tehnični delavci	1,62	—	5,74	7,36	2,420	—
SKUPAJ	10,68	23,50	23,44	57,62		
PROGRAM ZA ODRASLE						
Število obravnavanih oseb	84,00	59,00	496,00	639		
Klinični psiholog, klinični logoped	—	—	2,00	2,00	5,326	21.942
Logoped, defektolog, avdiolog, psiholog	0,39	0,28	0,33	1,00	4,55	19.080
SKUPAJ	0,39	0,28	2,33	3,00		
PROGRAM ZA OTROKE IN ODRASLE SKUPAJ	11,07	23,78	25,77	60,62		
Materialni stroški na enoto storitev (dec. 2001)	48,19	43,83	51,18			
Amortizacija na enoto storitev (dec. 2001)	12,87	11,71	13,66			

Priloga II-4

**Kalkulativne podlage za izračun cene za dneve za podaljšani program
bolnišnične rehabilitacije za starejše zavarovane osebe
v DSO Polde Eberl - Jamski, Izlake za pogodbeno leto 2002**

POGODBE 2002 LETNI FINANČNI NAČRT V CENAH XII 2001	št. storitev plan 2002	št. delavcev iz ur plan 2002	kvalif. količnik KK	dodatek pog. dela	dodatki po KP v št. količnikov	čisti MS na storitev cene XII/ 01	AM/STOR XII/01	CP 2002 cene XII/01	cena storitve XII/01
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
BOLNIŠNIČNA REHABILITACIJA OSKRBNI DAN REHABILITACIJE (kto 202038-0121)	5.475	10,02	2,186	10,41	10,812	2.749,39	497,59	47.279.218	8.635,47

Priloga II-5

**Kalkulativne podlage za izračun cene za dneve za program rehabilitacije
v zavodu za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave zarja ljubljana**

POGODBE 2002 LETNI FINANČNI NAČRT V CENAH XII 2001	št. storitev plan 2002	št. delavcev iz ur plan 2002	kvalif. količnik KK	dodatek pog. dela	dodatki po KP v št. količnikov	čisti MS na storitev cene XII/ 01	AM/STOR XII/01	CP 2002 cene XII/01	cena storitve XII/01
	1	2	3	4	5	6	7	8	9
REHABILITACIJA PO POŠK. GLAVE kto 104 021	8.896	5,587	2,873	18,30	6,684	625,14	135,66	28.076.085	3.156,03
a) dnevno varstvo za 24 oseb	5.976	3,525	2,905	18,30	4,295	659,54	143,12	18.402.132	3.079,34
- dnevno varstvo 249*8	1.992	1,175	2,905	18,30	1,432	659,54	143,12	6.134.044	3.079,34
b) domsko in dnevno varstvo za 8 oseb	2.920	2,062	2,818	18,30	2,389	554,74	120,38	9.673.953	3.313,00

Priloga II-6

**Standardi za načrtovanje in financiranje storitev zdravstvene nege
v varovanih stanovanjih**

101 007 PATRONAŽNA SLUŽBA

	DELAVCI IZ UR	KV KOLIČ.	EED	SK TOČK
DIPLOMIRANA MEDICINSKA SESTRA	1,00	5,507	5,51	16.457
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,17	3,771	0,65	
SKUPAJ	1,17	5,263	6,16	16.457
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	3.663.074			
OBVEZNOSTI	838.111			
SKUPNA PORABA	226.843			
MAT STROŠKI	1.053.769			
AMORTIZACIJA	235.790			
LZM				
SKUPAJ-SIT	6.017.587			
CENA	365,66			

101 051 NEGA NA DOMU

	DELA VCI IZ UR	KV KOLIČ.	EED	SK TOČK
MEDICINSKI TEHNIK	1,00	4,415	4,41	12.726
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,17	3,734	0,64	
SKUPAJ	1,17	4,324	5,06	12.726
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	3.009.525			
OBVEZNOSTI	688.579			
SKUPNA PORABA	226.843			
MAT STROŠKI	1.053.769			
AMORTIZACIJA	235.790			
LZM				
SKUPAJ-SIT	5.214.506			
CENA	409,75			

Priloga III
Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege
Potrebna zdravstvena dokumentacija

Osnovna dokumentacija, ki je potrebna v domovih za starejše za opravljanje strokovno medicinskega dela, je zdravstvena kartoteka. Za oskrbovance, ki se razvrščajo v zdravstveno nego III na podlagi kriterijev:

- zdravstvena nega po težjih operacijah in politravmi,
- zdravstvena nega pri komplikacijah po kemoterapiji in obsevanjih,
- zdravstvena nega pri dekompenzaciji kroničnih bolezni,
- se potek zdravljenja dnevno evidentira na temperaturni list ali beleži v zdravstveni karton.

Če si oskrbovanec izbere osebnega zdravnika izven doma, mora imeti zdravstveno kartoteko vodeno tudi v domu.

Druga spremljajoča dokumentacija je:

Domovi za starejše

- evidenčni list št. 1/DS - dnevna evidenca opravil zdravstvene nege, ki je lahko tudi računalniško voden;
- evidenčni list št. 2 - evidenčni list za obračun zdravstvene nege, izpisan po oskrbovancih za določeno obračunsko obdobje.

Posebni socialnovarstveni zavodi in enote domov za starejše za posebne oblike varstva

- evidenčni list št. 1/PSZ - dnevna evidenca opravil zdravstvene nege, ki je lahko tudi računalniško voden;
- evidenčni list št. 2 - evidenčni list za obračun zdravstvene nege, izpisan po oskrbovancih za določeno obračunsko obdobje. V primeru akutnih somatskih bolezni pa se uporablja evidenčni list št.1/DS, namenjen domovom za starejše.

Definicije stanj in opravil zdravstvene nege
Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti nege
Donori za starejše

Oskrbovance domov za starejše razvrščamo v tipe zdravstvene nege glede na zdravstveno stanje oskrbovanca in opravila zdravstvene nege. Nega je kategorizirana v tri tipe glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega oskrbovanca.

Zdravstvena nega I

Storitve se praviloma nanašajo na pokretne oskrbovance, to so lažje duševno motene osebe, stabilni kronični bolniki in vsi tisti, ki jim nudimo splošen nadzor, izvajamo pri njih zdravstveno vzgojno delo in jim zagotavljamo naslednje zdravstvene storitve:

- I/1 manjše preveze (defekt vrhnjice velikosti do 5x5 cm) in aplikacija manjših obkladkov
- I/2 priprava, razdeljevanje in aplikacija zdravil
- I/3 opazovanje psihičnega stanja
- I/4 aplikacija svečk, subkutane ali intramuskularne injekcije
- I/5 vlažilna inhalacija
- I/6 menjava - vzdrževanje urinskih vrečk, aplikacija urinala.
- I/7 merjenje vitalnih funkcij.

Potrebni sta najmanj 2 različni storitvi nege I, ki skupno dnevno zahtevata nad 15 minut časa negovalnega tima na varovanca. Lahko

pa gre za eno samo storitev iz nege I, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad 15 minut časa negovalnega tima.

Če gre pri varovancu za eno samo storitev nege I, je poraba časa negovalnega tima manj kot 15 minut.

Zdravstvena nega II

Storitve se praviloma nanašajo na delno pokretne, delno inkontinentne, oskrbovance s srednjo stopnjo demence in nepsihotičnimi duševnimi motnjami, nestabilne somatske kronične oskrbovance, oskrbovance po amputacijah okončin, ki jim poleg splošnega nadzora in zdravstveno vzgojnega dela zagotavljamo naslednje zdravstvene storitve:

- II/1 aplikacije klizme
- II/2 srednje velika preveza (defekt usnjice velikosti do 10x10 cm)
- II/3 odvzem materiala za laboratorijske preiskave
- II/4 kateterizacija ženske
- II/5 aplikacija večjih obkladkov na intaktno kožo
- II/6 aplikacija zdravil na kožo pri kroničnih dermatozah in preventivi dekubitusa
- II/7 aplikacija kisika in terapevtske inhalacije
- II/8 aplikacija intravenozne injekcije
- II/9 pomoč pri vstajanju in hoji, pomoč pri vzdrževanju dnevni aktivnosti ob poslabšanih zdravstvenega stanja
- II/10 terapevtski položaji
- II/11 kontrola odvajanja, aplikacija odvajal in opazovanje izločkov
- II/12 vodenje in nadzor oskrbovanca z neurejenim diabetesom na insulinski terapiji.

Potrebni sta najmanj 2 različni storitvi nege II, ki skupno dnevno zahtevata nad 30 minut časa negovalnega tima na varovanca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad 30 minut časa negovalnega tima.

Če gre pri varovancu za eno samo storitev nege II, je poraba časa negovalnega tima manj kot 30 minut.

Na evidenčni list št. 1 se beleži število, kolikokrat je bila posamezna storitev opravljena.

Zdravstvena nega III

Storitve se praviloma nanašajo na nepokretne bolnike, ki so odvisni od pomoči zdravstvenih delavcev zaradi fizične ali psihične prizadetosti oziroma obeh - zelo zmedeni, nemirni in delirantni bolniki; vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno tudi potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah; to skupino opredeljuje predvsem povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure:

- III/1 zdravstvena nega nepokretnega oskrbovanca - nepokreten je oskrbovanec, ki ni sposoben samostojnega premikanja niti z vozičkom
- III/2 zdravstvena nega težje duševno prizadetih in motenih oseb.
Kriterij obsega:
 - A) trajna stanja duševne motenosti (šifre MKB od F 40 do vključno F 48, izjema F 43.2)

B) začasna stanja težje duševne motenosti ob relapsih kroničnih psihoz in zaradi kratkotrajnih funkcionalnih psihičnih motenj, ki se evidentirajo kot nega III v primeru naslednjih stanj:

- avto in heteroagresivnost
- psihomotorni nemir
- avtizem
- nastajajoča dementna stanja ali že obstoječa z nestabilno klinično sliko, predvsem z motnjami mišljenja in aktivnim agresivnim vedenjem (F 00.0 do F 00.8)
- delirantna stanja.

Stanja pod B zdravnik presoja najmanj enkrat mesečno.

III/3 Zdravstvena nega po težkih operacijah in pri drugih težkih stanjih:

- zdravstvena nega po težjih operacijah in politravmi
- zdravstvena nega pri komplikacijah po kemoterapiji in obsevanju
- nega pri dekompenzaciji kroničnih bolezni.

Storitve je potrebno dnevno evidentirati na dokumentu akutne (specialne) nege.

III/4 Medicinski postopki pri katerih je porabljen čas negovalnega kadra več kot 1 uro na dan:

- vzpostavitev venskega kanala
- nega stome
- menjava in nega endotrahealne kanile s trahealno aspiracijo
- aplikacija obsežnih obkladkov
- preveze obsežnih ran
- hranjenje po nasogastrični sondi ali po gastrostomi
- hranjenje bolnikov z motnjami požiranja.

Najzahtevnejša zdravstvena nega IV

Zajema storitve in uporabo materiala pri bolnikih po odpustu iz bolnišnice po zaključenem bolnišničnem zdravljenju, ki jih ni mogoče odpustiti v domačo nego.

V to skupino uvrščamo tudi tiste oskrbovance socialnovarstvenih zavodov, pri katerih je bilo odklonjeno sicer objektivno utemeljeno bolnišnično zdravljenje zaradi narave diagnoze ali funkcionalnega stanja.

V to nego praviloma sodijo varovanci iz zdravstvene nege III, pri katerih je povečan obseg dela in materiala za zdravstveno nego.

Čas izvajanja zdravstvene nege se poveča na več kot 3 ure dnevno.

Praviloma je zdravstveno stanje bolnika ireverzibilno - ni pričakovati nikakršnega kliničnega izboljšanja oziroma ima tendenco slabšanja.

Posebni socialnovarstveni zavodi in enote domov za starejše za posebne oblike varstva

Osebe, ki potrebujejo posebne oblike varstva zaradi posebnih potreb oskrbe, zdravstvene nege, varstva in zdravljenja, razporejamo v naslednje skupine:

1. osebe s kronično duševno boleznijo
2. osebe z demenco
3. osebe s kroničnimi alkoholnimi organskimi psihozami

4. osebe z zmerno motnjo v duševnem razvoju
5. osebe z zmerno, težjo in najtežjo motnjo v duševnem razvoju, ki so dodatno motene pri gibanju (nepomični, delno pomični)
6. osebe z zmerno, težjo in najtežjo motnjo v duševnem razvoju z dodatnimi kombiniranimi motnjami, kot so gluhoča, naglušnost, slepota ali slabovidnost in drugimi motnjami, zlasti nevrološkimi (epilepsija, telesne spremembe)
7. osebe z vsemi stopnjami motenj duševnega razvoja ali te osebe z duševno boleznijo in druge duševno bolne osebe, s hudimi motnjami vedenja in osebnosti.

Osebe, ki jih zajemajo navedene skupine, razporejamo v štiri skupine psihiatrične zdravstvene nege in druge specifične skupine. Življenjske aktivnosti so osnovni elementi, ki opredeljujejo odvisnost oseb z duševno motnjo in motnjo v duševnem razvoju. Izhajamo iz stanja, v katerem je varovanec, in njegovih potreb po negi.

Zdravstvena nega I

Storitve se praviloma nanašajo na varovance skupine 1., 2., 3. in 4., ki so pretežno samostojni pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti, kot so dihanje, hranjenje, izločanje in gibanje, potrebujejo pa občasen nadzor in spodbudo pri spanju in počitku, osebni higieni, komuniciranju in izrabi prostega časa ter stalen nadzor nad kontinuiranim jemanjem predpisane terapije. Občasno se odvzema material za različne preiskave in izvajajo terapevtski posegi, socioterapevtsko in zdravstveno vzgojno delo:

I/1 stalen nadzor splošnega stanja

I/2 priprava, razdeljevanje in aplikacija zdravil

Potrebni sta najmanj 2 različni storitvi nege I, ki skupno dnevno zahtevata nad 15 minut časa negovalnega tima na varovanca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege I, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad 15 minut časa negovalnega tima.

Zdravstvena nega II

Storitve se praviloma nanašajo na varovance skupin 1., 2., 3., 4. in 6., ki so delno odvisni pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti. Potrebujejo nadzor pri opravljanju večine življenjskih aktivnosti in delno pomoč pomoč s spodbudo pri gibanju, oblačenju, hranjenju, izločanju, osebni higieni in komunikaciji:

II/1 manjše preveze (defekt usnjice velikosti do 5x5 cm)

II/2 aplikacija večjih obkladkov

II/3 aplikacija zdravil na kožo pri kroničnih dermatozah in preventivi dekubitusa

II/4 subkutane in intramuskularne injekcije

II/5 delna pomoč pri vstajanju in hoji, oblačenju, hranjenju, izločanju, osebni higieni in komunikaciji

II/6 drenažni položaji in/ali terapevtski položaji

II/7 kontrola odvajanja, aplikacija odvajal in opazovanje izločkov

II/8 individualna priprava varovanca na življenje izven institucije

II/9 odvzem materiala za laboratorijske preiskave urina, blata in krvi

II/10 aplikacija klizme

II/11 evidenca psihičnega stanja

II/12 merjenje vitalnih funkcij

II/13 vlažilne in terapevtske inhalacije.

Potrebni sta najmanj 2 različni storitvi nege II, ki skupno dnevno zahtevata nad 30 minut časa negovalnega tima na varovanca. Lahko pa gre za eno samo storitev iz nege II, ki se dnevno ponavlja trikrat in več ter skupno dnevno zahteva nad 30 minut časa negovalnega tima.

Če gre pri varovancu za eno samo storitev nege II, je poraba časa negovalnega tima manj kot 30 minut.

Na evidenčni list št.1 se beleži število, kolikokrat je bila posamezna storitev opravljena.

Zdravstvena nega III

Storitve so praviloma nanašajo na varovance iz skupin od 1 do 7, ki so popolnoma odvisni pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti - zelo zmedeni, nemirni in delirantni bolniki. Vse potrebe jim zagotavljajo zdravstveni delavci, vključno s potrebo po varovanju; potrebujejo pomoč, nadzor in zdravstveno nego v vseh treh izmenah. Zaradi kombiniranih motenj, dodatnih somatskih obolenj, akutnih in ob dekompenzacijah kroničnih boleznih, je povečan obseg dela zaradi dodatnih zdravnikovih naročil po meritvah, posegih, nadzoru, opazovanju ter dajanju zdravil v vseh oblikah na določene ure:

III/1 zdravstvena nega nepokretnega varovanca - skupine od 1 do 7 - nepokreten je varovanec, ki ni sposoben samostojnega premikanja niti z vozičkom

III/2 zdravstvena nega duševno prizadetih in duševno motenih oseb - skupine od 1 do 7

Kriterij obsega:

A) trajna stanja motnje v duševnem razvoju in duševne motenosti zajemajo - šifre MKB od F 71 do F 78, F 20.5 in F 10.7

B) začasna stanja težje duševne motenosti ob relapsih kroničnih psihoz, ki se evidentirajo kot nega III v primeru naslednjih stanj:

- avto in heteroagresivnost
- psihomotorni nemir
- avtizem
- begavost.

Stanja pod B zdravnik presoja najmanj enkrat mesečno.

Kriterij se evidentira pri naslednjih stanjih:

- zdravstvena nega po težjih operacijah in politravmi
- zdravstvena nega pri komplikacijah po kemoterapiji in obsevanju
- nega pri dekompenzaciji kroničnih boleznih.

III/3 Zdravstvena nega po težkih operacijah in pri drugih težkih stanjih - skupine od 1 do 7.

Kriterij se evidentira pri naslednjih stanjih:

- zdravstvena nega po težjih operacija in politravmi
- zdravstvena nega pri komplikacijah po kemoterapiji in obsevanju
- nega pri dekompenzaciji kroničnih boleznih.

III/4 Medicinski postopki pri katerih je porabljen čas negovalnega kadra več kot 1 uro - skupine od 1 do 7:

- vzpostavitev venskega kanala
- nega stome
- menjava in nega endotrahealne kanile s trahealno aspiracijo

- preveze srednjih in obsežnih ran
- aplikacija klizme
- hranjenje po nasogastrični sondi ali gastrostomi
- aplikacija kisika in vlažilne ali terapevtske inhalacije
- zdravstvena nega oseb ki morajo biti izolirane ali zahtevajo poseben režim izvajanja zdravstvene nege (preventiva prenosa)
- hranjenje varovancev z motnjami požiranja
- nameščanje v položaje varovancev s težkimi kontrakturami mišic ter deformacijami kosti.

Najzahtevnejša zdravstvena nega IV

V to obliko zdravstvene nege uvrščamo stanja oseb z vsemi stopnjami motenj duševnega razvoja ali te osebe z duševno boleznijo in druge duševno bolne osebe, ki imajo hude motnje vedenja in osebnosti.

Ti varovanci so popolnoma odvisni pri izvajanju nekaterih življenjskih

aktivnosti zaradi osamitve ali fizične omejitve. Hude vedenjske motnje se javljajo ob vsaki situaciji. Potrebujejo 24-urno individualno obravnavo in nadzor, kar pomeni stalno prisotnost zdravstvenega delavca zaradi spremljanja psihičnega in fizičnega stanja.

Pri tem morajo biti v njihovem obnašanju najpogosteje prisotne naslednje značilnosti:

1. agresija
2. senzorični nemir
3. jezavost
4. znaki psihoze (predvsem motnje zaznavanja, razumevanja, mišljenja in nagonov)
5. ekstremno poudarjene značilnosti epileptično spremenjene osebnosti
6. nekontrolirano obnašanje in vznemirjenost, ki lahko preide v katastrofične reakcije.

Takšno obnašanje se pojavlja pogosto in ne glede na starost.

Priloga IV

Fizioterapevtske storitve, zagotovljene v storitvah zdravstvene nege v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih

ŠIFRA	OPREDELITEV ZDRAVSTVENE STORITVE	TOČKOVNA VREDNOST	ŠIFRA	OPREDELITEV ZDRAVSTVENE STORITVE	TOČKOVNA VREDNOST
	Testiranje mišične moči				
12051	Mišični status - orientacijski	3,30	94401	Trening hoje - s protezo (navodila, trening)	2,25
12052	Mišični status - celotni	13,50	94402	Trening hoje - z ortozo (navodila, trening)	2,25
12053	Mišični status - delni	5,55	94420	Naravnavanje in prilagajanje bergle	2,25
	Merjenje obsega gibov		94430	Učenje stoje	2,25
13621	- Enoosni sklepi	1,50	94440	Trening hoje po stopnicah	
13622	- Večosni sklepi	7,50		Učenje stoje ali hoje čez ovire	1,50
85501	Hidroterapija v bazenu	0,75/os.	94450	Učenje usedanja in vstajanja	1,50
85531	Terapija s podvodno masažo celega telesa	4,50	94501	Terapevtske vaje - skupinske	0,45/os.
85532	Terapija s podvodno masažo za posamezne dele telesa	2,25	94502	Terapevtske vaje - individualne	3,75
85550	Hidroterapija v Hubardovi kadi	4,50	94511	Aktivne vaje - skupinske (812 oseb)	0,45/os.
86001	Lokalno gretje (IR)	1,50	94512	Aktivne vaje - individualne	3,00
86010	Splošno ogrevanje telesa	3,00	94520	Asistirane vaje	3,00
86021	Vroči ovitki, obkladki. Naravni faktorji	3,00	94530	Vaje za krepitev mišic	0,75
86022	Vroči ovitki, obkladki. Jodovi, fango, parafin, termopak.	1,50	94540	Vaje za vzdržljivost	3,00
86040	Terapija z diadinamičnimi in interferenčnimi tokovi	2,25	94551	Vaje za sprostitve celega telesa	6,75
86050	Diatermija (UKW, KV, MV, ipd.)	1,05	94601	Pasivne vaje (za sklep)	1,50
86120	Lokalno ohlajevanje (kriopak, ledene obloge)	2,25	94610	Razgibavanje sklepa z elektronskimi in mehanskimi napravami (servosistem)	1,50
86210	Terapija z ultravijolično svetlobo	2,25	94620	Razgibavanje sklepa in vaje	3,00
86310	Elektrostimulacija	2,25	94630	Vaje sklepnih gibov (suspenzija, tehnični pripomočki)	3,00
87120	Asistirano izkašljevanje	1,50	94640	Mobilizacija sklepa (manipulacija)	2,25
93301	Učenje hoje (bergle, oporne longete, drugi začasni pripomočki)	2,25	94701	Kombinirana fizikalna terapija	4,50
93320	Nameščanje ortopeddske nogavice ali navleke	2,25		Masaža	
93321	Kompresijsko povijanje ekstremitet ali krna	2,66	94711	- Celotna ročna	6,75
	Redukcija nevmuskularnega sistema		94712	- Delna ročna	2,25
94301	- Celotna	9,00	94720	Dihalne vaje	2,25
94302	- Delna	3,00	94740	Fizioterapija za zmanjšanje edema	3,00
94320	Trening koordinacije	3,00	94770	Vibracijska masaža (manualno, vibrator)	1,50
			94780	Terapija UZ	2,25

Uradna objava

Število opredeljenih zavarovanih oseb za izbranega zdravnika na dan 31. 8. 2002

V tabelah 1, 2, 3 in 4 prikazujemo podatke o opredeljenih zavarovanih osebah 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. 8. 2002. Prikazani so tudi podatki o številu nosilcev timov (zdravnikov, ginekologov, zobozdravnikov za odrasle in mladino) iz pogodb za leto 2001.

Tabela 1 prikazuje podatke za splošno, otroško in šolsko dejavnost. 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 2001. 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 DSO).

3. Število prebivalcev (oziroma prebivalk), ki so hkrati zavarovane osebe, na zdravnika, ginekologa oziroma zobozdravnika (stolpec 1 deljeno s stolpcem 2).
4. Število opredeljenih zavarovanih oseb na dan 31.08.2002 (v Tabeli 3 so prikazane vse opredeljene zavarovane osebe nad devetnajstim letom starosti, v Tabeli 4 pa vse opredeljene zavarovane osebe do devetnajstega leta starosti).
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. 1. 2002				preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	otroški	šolski	splošni	SKUPAJ	na zdravnika	31. 8. 2002	opredelj.	na zdravnika
	1	2				3	4	5	6
ZZZS V CELOTI	1.929.764	120,45	126,30	822,55	1069,30	1.805	1.885.250	97,69	1.763
OE CELJE	189.833	10,93	9,55	86,62	107,10	1.772	183.015	96,41	1.709
Celje - sedež	61.567	4,36	3,83	32,56	40,75	1.511	65.695	106,70	1.612
Laško	18.166	1,26	1,30	6,71	9,27	1.960	15.042	82,80	1.623
Slovenske Konjice	21.631	1,49	1,34	9,11	11,94	1.812	20.980	96,99	1.757
Šentjur	19.198	0,73	0,66	7,88	9,27	2.071	18.292	95,28	1.973
Šmarje	31.226	0,92	0,66	16,16	17,74	1.760	29.240	93,64	1.648
Žalec	38.045	2,17	1,76	14,20	18,13	2.098	33.766	88,75	1.862
OE KOPER	135.000	7,36	9,43	57,51	74,30	1.817	127.888	94,73	1.721
Ilirska Bistrica	13.778	0,82	0,96	5,78	7,56	1.822	13.083	94,96	1.731
Izola	14.372	0,68	1,34	4,88	6,90	2.083	13.045	90,77	1.891
Koper - sedež	47.081	2,78	3,25	21,12	27,15	1.734	47.150	100,15	1.737
Piran	16.792	1,34	1,17	7,30	9,81	1.712	15.474	92,15	1.577
Postojna	19.974	1,01	1,51	9,00	11,52	1.734	19.606	98,16	1.702
Sežana	23.003	0,73	1,20	9,43	11,36	2.025	19.530	84,90	1.719
OE KRANJ	192.271	10,94	10,80	78,95	100,69	1.910	182.988	95,17	1.817
Jesenice	30.137	1,80	1,95	13,00	16,75	1.799	27.947	92,73	1.668
Kranj - sedež	73.559	3,87	3,60	30,25	37,72	1.950	70.718	96,14	1.875
Radovljica	33.628	2,50	1,30	15,50	19,30	1.742	31.059	92,36	1.609
Škofja Loka	40.126	2,25	2,95	13,80	19,00	2.112	39.267	97,86	2.067
Trzin	14.821	0,52	1,00	6,40	7,92	1.871	13.997	94,44	1.767
OE KRŠKO	66.982	3,90	3,42	28,10	35,42	1.891	63.961	95,49	1.806
Brežice	22.534	1,12	0,98	9,01	11,11	2.028	21.565	95,70	1.941
Krško - sedež	27.285	1,98	1,29	11,62	14,89	1.832	26.195	96,01	1.759
Sevnica	17.163	0,80	1,15	7,47	9,42	1.822	16.201	94,39	1.720
OE LJUBLJANA	589.531	43,15	43,48	243,06	329,69	1.788	593.020	100,59	1.799
Cerknica	15.665	0,74	1,04	6,40	8,18	1.915	14.135	90,23	1.728
Domžale	48.501	3,16	3,25	16,50	22,91	2.117	44.491	91,73	1.942
Grosuplje	32.124	2,07	1,66	9,69	13,42	2.394	28.083	87,42	2.093
Hrastnik	10.115	0,83	0,86	4,33	6,02	1.680	9.362	92,56	1.555
Idrija	16.951	0,95	0,90	6,50	8,35	2.030	15.598	92,02	1.868
Kamnik	30.553	2,01	2,34	10,76	15,11	2.022	29.161	95,44	1.930
Kočevje	16.979	1,05	1,52	7,19	9,76	1.740	16.626	97,92	1.703
Litija	19.032	1,16	1,65	7,32	10,13	1.879	17.414	91,50	1.719
Ljubljana - sedež	319.490	25,05	23,93	146,24	195,22	1.637	344.377	107,79	1.764
Logatec	11.132	0,76	0,80	3,80	5,36	2.077	9.860	88,57	1.840
Ribnica	13.018	0,90	0,91	4,85	6,66	1.955	11.932	91,66	1.792
Trbovlje	18.065	1,71	1,54	6,66	9,91	1.823	17.118	94,76	1.727

	preb. zav.	št. zdravnikov iz ur - 1. 1. 2002				preb. zav. os.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	otroški	šolski	splošni	SKUPAJ	na zdravnika	31. 8. 2002	opredelj.	na zdravnika
	1	2				3	4	5	6
Vrhnika	20.950	1,64	1,67	6,72	10,03	2.089	18.815	89,81	1.876
Zagorje	16.956	1,12	1,41	6,10	8,63	1.965	16.048	94,64	1.860
OE MARIBOR	302.106	19,88	20,10	130,36	170,34	1.774	297.061	98,33	1.744
Lenart	16.557	0,80	0,72	7,72	9,24	1.792	17.036	102,89	1.844
Maribor - sedež	172.441	12,89	13,28	80,25	106,42	1.620	175.840	101,97	1.652
Ormož	16.591	0,92	0,94	6,68	8,54	1.943	14.985	90,32	1.755
Ptuj	64.176	3,84	3,70	23,21	30,75	2.087	58.801	91,62	1.912
Slovenska Bistrica	32.341	1,43	1,46	12,50	15,39	2.101	30.399	94,00	1.975
OE MURSKA SOBOTA	116.286	7,20	7,31	52,09	66,60	1.746	112.437	96,69	1.688
Gornja Radgona	19.644	1,27	1,33	8,60	11,20	1.754	18.568	94,52	1.658
Lendava	23.127	1,23	1,22	9,25	11,70	1.977	20.196	87,33	1.726
Ljutomer	17.252	1,21	1,16	6,84	9,21	1.873	16.767	97,19	1.821
Murska Sobota - sedež	56.263	3,49	3,60	27,40	34,49	1.631	56.906	101,14	1.650
OE NOVA GORICA	99.723	4,52	6,07	43,21	53,80	1.854	95.162	95,43	1.769
Ajdovščina	22.734	0,85	1,81	9,05	11,71	1.941	22.567	99,27	1.927
Nova Gorica - sedež	57.502	2,58	2,90	24,91	30,39	1.892	54.408	94,62	1.790
Tolmin	19.487	1,09	1,36	9,25	11,70	1.666	18.187	93,33	1.554
OE NOVO MESTO	104.983	5,52	6,53	41,86	53,91	1.947	99.837	95,10	1.852
Črnomelj	18.044	0,89	0,93	7,93	9,75	1.851	17.502	97,00	1.795
Metlika	8.433	0,33	0,36	3,46	4,15	2.032	8.091	95,94	1.950
Novo mesto - sedež	60.351	3,54	4,31	23,28	31,13	1.939	57.925	95,98	1.861
Trebnje	18.155	0,76	0,93	7,19	8,88	2.044	16.319	89,89	1.838
OE RAVNE NA KOROŠKEM	133.049	7,05	9,61	60,79	77,45	1.718	129.881	97,62	1.677
Mozirje	16.255	0,67	0,70	7,67	9,04	1.798	15.425	94,89	1.706
Radlje	16.306	0,60	1,07	7,60	9,27	1.759	15.279	93,70	1.648
Ravne na Koroškem - sedež	34.529	1,42	1,91	15,54	18,87	1.830	33.749	97,74	1.789
Slovenj Gradec	21.286	1,43	1,37	7,50	10,30	2.067	19.530	91,75	1.896
Velenje	44.673	2,93	4,56	22,48	29,97	1.491	45.898	102,74	1.531

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

	preb. zav.	št. gin. iz ur	preb. zav.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	1. 1. 02	os na gin.	31.8.02	opred.	na gin.
	1	2	3	4	5	6
ZZZS V CELOTI	872.950	129,76	6.727	581.456	66,61	4.481
OE CELJE	85.689	11,21	7.644	53.384	62,30	4.762
Celje - sedež	28.298	5,21	5.431	25.866	91,41	4.965
Laško	8.253	0,80	10.316	4.187	50,73	5.234
Slovenske Konjice	9.433	1,00	9.433	4.399	46,63	4.399
Šentjur	8.544	1,00	8.544	3.740	43,77	3.740
Šmarje	13.868	1,20	11.557	5.155	37,17	4.296
Žalec	17.293	2,00	8.647	10.037	58,04	5.019
OE KOPER	61.531	7,54	8.161	39.475	64,15	5.235
Iliška Bistrica	6.338	0,50	12.676	4.365	68,87	8.730
Izola	6.511	1,80	3.617	12.044	184,98	6.691
Koper - sedež	21.515	2,00	10.758	8.838	41,08	4.419
Piran	7.863	1,00	7.863	3.781	48,09	3.781
Postojna	8.929	1,24	7.201	6.357	71,19	5.127
Sežana	10.375	1,00	10.375	4.090	39,42	4.090
OE KRANJ	86.341	10,80	7.995	54.156	62,72	5.014
Jesenice	13.612	2,00	6.806	8.785	64,54	4.393
Kranj - sedež	33.181	4,80	6.913	21.761	65,58	4.534
Radovljica	15.516	1,40	11.083	9.049	58,32	6.464
Škofja Loka	17.324	2,00	8.662	11.936	68,90	5.968
Tržič	6.708	0,60	11.180	2.625	39,13	4.375
OE KRŠKO	29.991	3,80	7.892	16.497	55,01	4.341
Brežice	10.334	1,70	6.079	7.875	76,20	4.632
Krško - sedež	12.075	1,10	10.977	4.349	36,02	3.954
Sevnica	7.582	1,00	7.582	4.273	56,36	4.273
OE LJUBLJANA	267.430	43,88	6.095	190.744	71,32	4.347
Cerknica	6.843	0,60	11.405	2.796	40,86	4.660
Domžale	21.527	2,80	7.688	12.307	57,17	4.395
Grosuplje	13.823	1,48	9.340	6.367	46,06	4.302
Hrastnik	4.734	0,85	5.569	3.136	66,24	3.689
Idrija	7.535	1,00	7.535	3.313	43,97	3.313
Kamnik	13.551	2,00	6.776	8.420	62,14	4.210
Kočevje	7.640	1,00	7.640	5.072	66,39	5.072

	preb. zav.	št. gin. iz ur	preb. zav.	št. opred.	%	št. opred.
	osebe	1. 1. 02	os na gin.	31.8.02	opred.	na gin.
	1	2	3	4	5	6
Litija	8.391	1,20	6.993	4.511	53,76	3.759
Lj. - sedež	147.959	28,35	5.219	122.546	82,82	4.323
Logatec	4.695	0,50	9.390	1.959	41,73	3.918
Ribnica	5.558	0,50	11.116	2.682	48,25	5.364
Trbovlje	8.375	1,60	5.234	8.366	99,89	5.229
Vrhnika	9.234	1,00	9.234	4.449	48,18	4.449
Zagorje	7.565	1,00	7.565	4.820	63,71	4.820
OE MARIBOR	138.789	20,29	6.840	93.526	67,39	4.609
Lenart	7.309	0,86	8.499	4.324	59,16	5.028
Maribor - sedež	80.297	11,57	6.940	55.014	68,51	4.755
Ormož	7.485	1,00	7.485	3.334	44,54	3.334
Ptuj	29.292	4,86	6.027	21.701	74,09	4.465
Slovenska Bistrica	14.406	2,00	7.203	9.153	63,54	4.577
OE MURSKA SOBOTA	53.681	9,10	5.899	33.600	62,59	3.692
Gornja Radgona	9.028	1,20	7.523	5.592	61,94	4.660
Lendava	10.663	1,40	7.616	4.442	41,66	3.173
Ljutomer	7.744	1,00	7.744	4.425	57,14	4.425
M. Sobota - sedež	26.246	5,50	4.772	19.141	72,93	3.480
OE NOVA GORICA	45.092	6,91	6.526	29.649	65,75	4.291
Ajdovščina	9.876	1,00	9.876	4.742	48,02	4.742
N. Gorica - sedež	26.321	4,41	5.968	19.011	72,23	4.311
Tolmin	8.895	1,50	5.930	5.896	66,28	3.931
OE NOVO MESTO	45.894	6,40	7.171	30.617	66,71	4.784
Črnomelj	7.996	1,00	7.996	4.248	53,13	4.248
Metlika	3.786	0,25	15.144	1.394	36,82	5.576
N. mesto - sedež	26.277	4,15	6.332	21.150	80,49	5.096
Trebnje	7.835	1,00	7.835	3.825	48,82	3.825
OE RAVNE	58.512	9,83	5.952	39.808	68,03	4.050
Mozirje	7.135	1,00	7.135	2.424	33,97	2.424
Radlje	7.175	1,00	7.175	3.907	54,45	3.907
Ravne - sedež	15.293	1,90	8.049	8.615	56,33	4.534
Slovenj Gradec	9.364	2,00	4.682	8.851	94,52	4.426
Velenje	19.545	3,93	4.973	16.011	81,92	4.074

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

	preh. zav. št. zob. iz ur osobe	preh. zav. št. z obz. na zob.	št. opred. 31.8.02	% opred.	št. opred. na zob.	
	1	2	3	4	5	
6						
ZZS V CELOTI	1.531.547	617,46	2.480	1.042.068	68,04	1.688
OE CELJE	149.886	64,20	2.335	111.547	74,42	1.737
Celje - sedež	49.602	25,07	1.979	39.898	80,44	1.591
Laško	14.343	6,40	2.241	9.783	68,21	1.529
Slovenske Konjice	16.493	7,20	2.291	14.313	86,78	1.988
Šentjur	14.939	4,02	3.716	8.761	58,65	2.179
Šmarje	24.374	10,77	2.263	18.901	77,55	1.755
Žalec	30.135	10,74	2.806	19.891	66,01	1.852
OE KOPER	110.346	41,38	2.667	69.014	62,54	1.668
Ilirska Bistrica	11.256	4,10	2.745	6.001	53,31	1.464
Izola	11.760	4,49	2.619	8.315	70,71	1.852
Koper - sedež	38.640	13,95	2.770	25.910	67,05	1.857
Piran	13.818	5,00	2.764	7.838	56,72	1.568
Postojna	15.939	7,62	2.092	10.178	63,86	1.336
Sežana	18.933	6,22	3.044	10.772	56,90	1.732
OE KRANJ	150.092	54,52	2.753	95.117	63,37	1.745
Jesenice	24.046	8,80	2.733	11.676	48,56	1.327
Kranj - sedež	57.619	20,70	2.784	38.334	66,53	1.852
Radovljica	26.726	10,42	2.565	20.647	77,25	1.981
Škofja Loka	30.052	11,00	2.732	19.800	65,89	1.800
Tržič	11.649	3,60	3.236	4.660	40,00	1.294
OE KRŠKO	52.789	19,74	2.674	36.800	69,71	1.864
Brežice	18.127	6,10	2.972	12.811	70,67	2.100
Krško - sedež	21.319	8,83	2.414	15.356	72,03	1.739
Sevnica	13.343	4,81	2.774	8.633	64,70	1.795
OE LJUBLJANA	468.257	192,51	2.432	316.134	67,51	1.642
Cerknica	12.125	4,50	2.694	7.568	62,42	1.682
Domžale	37.190	13,63	2.729	22.147	59,55	1.625
Grosuplje	24.353	8,90	2.736	13.350	54,82	1.500
Hrastnik	8.180	4,11	1.990	5.302	64,82	1.290
Idrija	13.361	4,20	3.181	7.639	57,17	1.819
Kamnik	23.709	8,16	2.906	14.471	61,04	1.773
Kočevje	13.491	5,70	2.367	9.729	72,11	1.707
Litija	14.634	4,90	2.987	8.277	56,56	1.689
Lj. - sedež	258.756	113,55	2.279	188.756	72,95	1.662
Logatec	8.280	2,70	3.067	4.138	49,98	1.533
Ribnica	9.778	4,37	2.238	6.875	70,31	1.573
Trbovlje	14.741	6,00	2.457	9.878	67,01	1.646
Vrhnika	16.337	5,79	2.822	8.408	51,47	1.452
Zagorje	13.322	6,00	2.220	9.596	72,03	1.599
OE MARIBOR	242.742	98,53	2.464	159.276	65,62	1.617
Lenart	12.617	3,92	3.219	6.080	48,19	1.551
Maribor - sedež	141.423	61,70	2.292	94.793	67,03	1.536
Ormož	12.928	5,08	2.545	7.453	57,65	1.467
Ptuj	50.349	19,20	2.622	36.224	71,95	1.887
Slovenska Bistrica	25.425	8,63	2.946	14.726	57,92	1.706
OE MURSKA SOBOTA	92.633	39,40	2.351	67.280	72,63	1.708
Gornja Radgona	15.488	6,85	2.261	13.637	88,05	1.991
Lendava	18.522	7,10	2.609	11.290	60,95	1.590
Ljutomer	13.586	5,40	2.516	10.302	75,83	1.908
M. Sobota - sedež	45.037	20,05	2.246	32.051	71,17	1.599
OE NOVA GORICA	80.380	32,84	2.448	51.611	64,21	1.572
Ajdovščina	17.667	6,76	2.613	11.473	64,94	1.697
N. Gorica - sedež	47.053	19,40	2.425	30.871	65,61	1.591
Tolmin	15.660	6,68	2.344	9.267	59,18	1.387
OE NOVO MESTO	80.552	30,80	2.615	56.887	70,62	1.847
Črnomelj	14.087	5,20	2.709	10.649	75,59	2.048
Metlika	6.609	2,70	2.448	5.017	75,91	1.858
N. mesto - sedež	46.129	18,02	2.560	32.497	70,45	1.803
Trebnje	13.727	4,88	2.813	8.724	63,55	1.788
OE RAVNE	103.870	43,54	2.386	78.402	75,48	1.801
Mozirje	12.584	5,00	2.517	8.413	66,85	1.683
Radlje	12.744	5,38	2.369	9.052	71,03	1.683
Ravne-sedež	27.293	12,20	2.237	19.152	70,17	1.570
Slovenj Gradec	16.383	6,53	2.509	13.528	82,57	2.072
Velenje	34.866	14,43	2.416	28.257	81,04	1.958

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

	preh. zav. št. zob. iz ur osebe	preh. zav. št. z obz. na zob.	št. opred. 31.8.02	% opred.	št. opred. na zob.	
	1	2	3	4	5	
6						
ZZS V CELOTI	398.217	302,48	1.317	291.827	73,28	965
OE CELJE	39.947	23,90	1.671	31.139	77,95	1.303
Celje - sedež	11.965	10,47	1.143	10.347	86,48	988
Laško	3.823	1,30	2.941	2.829	74,00	2.176
Slovenske Konjice	5.138	2,62	1.961	3.902	75,94	1.489
Šentjur	4.259	1,00	4.259	3.551	83,38	3.551
Šmarje	6.852	3,31	2.070	4.663	68,05	1.409
Žalec	7.910	5,20	1.521	5.847	73,92	1.124
OE KOPER	24.654	20,23	1.219	17.209	69,80	851
Ilirska Bistrica	2.522	2,10	1.201	1.749	69,35	833
Izola	2.612	1,90	1.375	1.834	70,21	965
Koper - sedež	8.441	7,00	1.206	6.546	77,55	935
Piran	2.974	2,88	1.033	2.305	77,51	800
Postojna	4.035	3,05	1.323	2.240	55,51	734
Sežana	4.070	3,30	1.233	2.535	62,29	768
OE KRANJ	42.179	28,50	1.480	30.931	73,33	1.085
Jesenice	6.091	4,20	1.450	4.163	68,35	991
Kranj - sedež	15.940	11,20	1.423	11.641	73,03	1.039
Radovljica	6.902	3,70	1.865	5.137	74,43	1.388
Škofja Loka	10.074	7,00	1.439	8.018	79,59	1.145
Tržič	3.172	2,40	1.322	1.972	62,17	822
OE KRŠKO	14.193	8,57	1.656	10.648	75,02	1.242
Brežice	4.407	2,49	1.770	3.328	75,52	1.337
Krško - sedež	5.966	3,68	1.621	4.640	77,77	1.261
Sevnica	3.820	2,40	1.592	2.680	70,16	1.117
OE LJUBLJANA	121.274	107,06	1.133	93.463	77,07	873
Cerknica	3.540	2,50	1.416	2.554	72,15	1.022
Domžale	11.311	7,36	1.537	8.402	74,28	1.142
Grosuplje	7.771	4,60	1.689	5.081	65,38	1.105
Hrastnik	1.935	2,00	968	1.301	67,24	651
Idrija	3.590	3,35	1.072	2.910	81,06	869
Kamnik	6.844	5,00	1.369	4.976	72,71	995
Kočevje	3.488	2,27	1.537	2.110	60,49	930
Litija	4.398	3,00	1.466	2.893	65,78	964
Lj. - sedež	60.734	63,70	953	50.548	83,23	794
Logatec	2.852	1,85	1.542	1.839	64,48	994
Ribnica	3.240	2,00	1.620	2.230	68,83	1.115
Trbovlje	3.324	3,00	1.108	2.579	77,59	860
Vrhnika	4.613	3,05	1.512	3.241	70,26	1.063
Zagorje	3.634	3,38	1.075	2.799	77,02	828
OE MARIBOR	59.364	47,36	1.253	40.100	67,55	847
Lenart	3.940	1,27	3.102	876	22,23	690
Maribor-sedež	31.018	28,61	1.084	23.236	74,91	812
Ormož	3.663	1,02	3.591	2.167	59,16	2.125
Ptuj	13.827	11,81	1.171	10.143	73,36	859
Slovenska Bistrica	6.916	4,65	1.487	3.678	53,18	791
OE MURSKA SOBOTA	23.653	14,10	1.678	14.725	62,25	1.044
Gornja Radgona	4.156	3,00	1.385	3.151	75,82	1.050
Lendava	4.605	3,00	1.535	3.033	65,86	1.011
Ljutomer	3.666	2,15	1.705	1.328	36,22	618
M. Sobota - sedež	11.226	5,95	1.887	7.213	64,25	1.212
OE NOVA GORICA	19.343	17,60	1.099	14.910	77,08	847
Ajdovščina	5.067	3,69	1.373	3.951	77,98	1.071
Nova Gorica-sedež	10.449	10,60	986	8.237	78,83	777
Tolmin	3.827	3,31	1.156	2.722	71,13	822
OE NOVO MESTO	24.431	15,76	1.550	17.298	70,80	1.098
Črnomelj	3.957	2,80	1.413	3.112	78,65	1.111
Metlika	1.824	1,00	1.824	1.069	58,61	1.069
N. mesto - sedež	14.222	9,46	1.503	10.142	71,31	1.072
Trebnje	4.428	2,50	1.771	2.975	67,19	1.190
OE RAVNE	29.179	19,40	1.504	21.404	73,35	1.103
Mozirje	3.671	2,00	1.836	2.392	65,16	1.196
Radlje	3.562	2,26	1.576	2.205	61,90	976
Ravne - sedež	7.236	3,94	1.837	4.524	62,52	1.148
Slovenj Gradec	4.903	3,05	1.608	3.754	76,57	1.231
Velenje	9.807	8,15	1.203	8.529	86,97	1.047

Kartica zdravstvenega zavarovanja

Medicinsko-tehnični pripomočki na kartici zdravstvenega zavarovanja

V marcu letos smo v Modrem občasniku opisali prvo širitev nabora podatkov na kartici, to je zapis medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki jih je prejela zavarovana oseba. Napovedali smo tudi poskusno uvedbo novosti v Gorenjski regiji.

Poskusna uvedba zapisa medicinsko-tehničnih pripomočkov (pripomočkov) je skladno z načrti potekala od 15. aprila do 15. junija na področju Kranja in Jesenic. Vključenih je bilo 53 osebnih zdravnikov, 23 specialistov, Gorenjske lekarne s 7 enotami, 4 zasebne lekarne, 3 pogodbeni dobavitelji pripomočkov, 7 optikov ter 192.496 zavarovanih oseb.

Izvajalci in dobavitelji so se pred začetkom zapisa s pomočjo predstavitev in pisnih navodil seznanili s sistemom zapisa in uporabe novega podatka ter z uporabo dopolnjene programske opreme. V času poskusne uvedbe so posebej pozorno spremljali dogajanje na tem segmentu in posebnosti ter odprta vprašanja posredovali Zavodu v obliki dvotedenskih pisnih poročil. Najpomembnejša pridobitev pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti je šifrant pripomočkov, ki je dopolnjen s podatki, potrebnimi za predpis (trajnostna doba, pooblaščen zdravnik za predpis...). Šifrant je dostopen na Zavodovih spletnih straneh (www.zzzs.si/sifranti), njegova uporaba pa vgrajena v programsko opremo, zato le-ta na podlagi podatkov s kartice samodejno opozori v primeru predčasnega predpisa novega pripomočka. Iz poročil izvajalcev in osebnih kontaktov z njimi lahko zaključimo, da je uporaba novega podatka potekala brez zapletov, zdravnikom pa tudi ni prinesla nikakršnih dodatnih obveznosti. V času poskusne uvedbe so bili za predpis novega pripomočka v polovici primerov že uporabljeni podatki s kartice (2.966 izdanih naročilnic, od tega podatki s kartice uporabljeni v 1435 primerih).

V lekarnah in pri drugih dobaviteljih pripomočkov je novost prinesla največ sprememb. Kljub temu je iz njihovih poročil razvidno, da pri zapisu podatka na kartico niso imeli problemov. Izjema je zapis pripomočkov pri težavah z odvajanjem seča ("plenice") v lekarnah, saj možnost izdaje istega artikla za različno stopnjo inkontinence onemogoča enolično uvrstitev artikla v vrsto pripomočka in s tem korekten zapis izdane količine na kartico. Problem je bil rešen naknadno. Druga vprašanja, ki so se še pojavila, so bila vsebinska in neodvisna od zapisa na kartico.

Spodnja tabela prikazuje nekatere številčne parametre dogajanja pri dobaviteljih in lekarnah. Podatki so dobljeni iz rednih poročil izvajalcev in njihovih programskih hiš za pilotno obdobje.

	dobavitelji	lekarna
število vseh izdanih pripomočkov na stroške OZZ	1.294	1.836
število zapisov na kartico	1.172	1.231
število izpisanih Obvestil o prejemu MTP	122	13
število primerov, ko je bila KZZ polna (>= 21 zapisov)	0	0

Med dobavitelji imajo poseben položaj **optiki**, saj je njihova programska oprema večinoma zelo raznolika in praviloma neintegrirana, zato bistveno težje vključujejo kartično tehnologijo v svoje

delo. Zavod je zato pripravil poseben program za delo s kartico (KZZiWin), ki so ga uporabljali vsi optiki v poskusni uvedbi.

Vse lekarne in dobavitelji z uvedbo zapisa pripomočkov na kartico posredujejo Zavodu podatke o izdanih pripomočkih v elektronski obliki. Ta "elektronska specifikacija" je priloga k zahtevku za plačilo. Elektronsko pošiljanje podatkov pri novih partnerjih običajno povzroči nekaj začetnih težav, ki pa jih je moč uspešno rešiti s pomočjo Zavodovih strokovnjakov.

Zavarovane osebe so novost dobro sprejele, kar lahko sklepamo iz zelo majhnega števila vprašanj v zvezi z novostjo. Za informiranje najširšega kroga "uporabnikov" je Zavod pripravil informativno zloženko, ki je bila zavarovancem dostopna pri izvajalcih in dobaviteljih ter na enotah Zavoda. Dodatne informacije so zavarovanci lahko dobili na stalni telefonski številki Službe za poslovanje s kartico ter na brezplačnem telefonu Območne enote Zavoda v Kranju. Vprašanj je bilo presenetljivo malo, večinoma pa so se nanašala na pojasnila v zvezi s tem, kaj sploh so pripomočki, in pojasnjevanje konkretnih situacij (zavarovanci so pozabili, da so pripomoček prejeli v preteklosti). Dodatne informacije so zavarovanci iskali in dobili tudi ob obiskih pri zdravnikih in dobaviteljih.

V pilotno uvedbo je bilo vključenih 192.496 zavarovanih oseb, kar je približno 10% vseh zavarovanih oseb v državi. Od teh jih je imelo 32.993 (17%) zapis o prejetih pripomočkih v obstoječi Zavodovi bazi, med njimi jih je 22.170 v času pilotne uvedbe potrjevalo kartico na samopostrežnih terminalih, pri čemer so se jim podatki prepisali na kartico.

Na podlagi pridobljenih podatkov in mnenj lahko zaključimo, da je bila **pilotna uvedba uspešna**, saj je bil v praksi potrjen sistem zapisa podatka na kartico in uporabe tega podatka, prav tako pa je bila preverjena programska oprema pri izvajalcih, dobaviteljih in v omrežju samopostrežnih terminalov. Pridobljene izkušnje bo Zavod uporabil pri nacionalni uvedbi.

Nacionalna uvedba je bila prvotno predvidena za jesen 2002, vendar jo je bil Zavod zaradi priprave in uvedbe številnih novosti v zvezi s spremenjeno zakonodajo, ki začnejo veljati v začetku 2003, prisiljen zamakniti. Tako načrtujemo nadaljevanje projekta s predstavitvijo novosti izvajalcem, lekarnam, dobaviteljem in programskim hišam v januarju 2003, začetek zapisa pa postopno po regijah:

Kranj (preostali del), Nova Gorica, Koper, Celje	25.marca
Maribor, Ravne, Murska Sobota	8.aprila
Ljubljana, Novo mesto, Krško	22.aprila.

Sodelovanje izvajalcev, lekarn in dobaviteljev je bilo v poskusni uvedbi v gorenjski regiji zgledno, za kar se vsem najlepše zahvaljujemo. Upamo, da bo nacionalna uvedba potekala prav tako uspešno in bodo s to dodano vrednostjo naše skupne storitve za zavarovance še kakovostnejše.

Zamenjava "pilotnih" kartic zdravstvenega zavarovanja

Pred nacionalno uvedbo zapisovanja medicinsko-tehničnih pripomočkov na kartico, to je v obdobju med 6. 1. in 30. 3. 2003, bo Zavod postopno zamenjal "pilotne" kartice zdravstvenega zavarovanja. To so tiste kartice, ki so bile zavarovancem v Posavju izdane v času pilotne uvedbe med aprilom 1998 in oktobrom 1999. Nove kartice, ki jih bodo prejeli zavarovanci iz Posavja, so vizualno in funkcionalno povsem enake karticam, izdanim v nacionalni uvedbi od oktobra 1999 dalje. Zavarovanci bodo o zamenjavi kartic pravočasno in ustrezno obveščeni, sam način dela s kartico pa se ne bo v ničemer spremenil.

Druge novosti

Med drugimi prelomnimi dogodki je bil 11. septembra 2001 ustanovljen Projektni svet za uvedbo zdravstvenih podatkov na kartico, v katerem pod vodstvom Ministrstva za zdravje sodelujejo predstavniki Kliničnega centra, Združenja zdravstvenih zavodov, Inštituta za varovanje zdravja, Zdravniške zbornice in Lekarniške zbornice, seveda pa tudi Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije kot upravljalca kartičnega sistema.

Na projektu **Darovalec na KZZ**, to je kartični zapis posameznikove prostovoljne odločitve glede posmrtnega darovanja delov človeškega telesa, smo bili v preteklem letu priča zatikajočemu se razvoju. Gre za projekt, ki ga že od leta 1999 navajamo kot "tik pred uvedbo". S tehničnega vidika gre za relativno preprost in kratek zapis, prostor na kartici je že pripravljen, vsebinsko pa zadeve še vedno niso dokončno dorečene. Konec 1997 je idejo o kartičnem zapisu o pripravljenosti za posmrtno darovanje sprožil Razširjeni strokovni kolegij za transplantacijo, naslednje leto je bila ustanovljena projekta skupina, ki je v enem letu pripravila vsebinsko zasnovo, predlog pravnih podlag in obrazcev. Marca 2000 je bil sprejet Zakon o odvzemu in presaditvi delov človeškega telesa zaradi zdravljenja, ki je prinesel nove zahteve in odprl nove dileme. Junija 2002 je bilo končno sprejeto Navodilo o postopkih in aktivnostih na področju pridobivanja darovalcev delov človeškega telesa zaradi presaditve - s tem so izpolnjeni pravni pogoji za uvedbo kartičnega zapisa. Predvidoma naj bi projekt zaživel marca 2003, najprej z zbiranjem izjav o opredelitvah posameznikov na mariborskem območju.

Precej krajšo zgodovino ima projekt zapisa izbranih **stabilnih medicinskih podatkov na kartici**. To so podatki, ki se ne spreminjajo

iz dneva v dan in ki so pomembni za posameznika v zdravstvenih postopkih v nujnih situacijah, ko drugačen prenos podatkov med izbranim osebnim zdravnikom in drugimi zdravstvenimi delavci ni možen. Na podlagi pobud zdravstvenih delavcev s terena, posameznih pristojnih institucij, dogovorov z Ministrstvom za zdravje ter izkušenj iz nacionalne uvedbe kartičnega sistema je bila sprejeta odločitev, da bi na kartici najprej omogočili zapis podatkov o alergijah in cepljenjih.

V iztekajočem se letu je strokovna skupina pod vodstvom doc. dr. Mitje Košnika pripravila vsebinski predlog za **zapis težkih alergijskih reakcijah**, pa tudi podatkov o **preobčutljivostnih reakcij po zdravlilih**. Ti zadnji so pomembni za varno in kvalitetno predpisovanje zdravil, saj je pri današnji ponudbi na farmacevtskem trgu možno in potrebno preprečiti vse nezaželene reakcije, četudi niso življenjsko ogrožajoče. Predlog kartičnega zapisa in tudi organizacijsko shemo poskusnega sistema s pravnega in finančnega vidika trenutno preučuje Projektni svet za uvedbo zdravstvenih podatkov na kartico, poskusna uvedba je predvidena v naslednjem letu.

Več dilem je imela strokovna skupina za **kartični zapis cepljenj**, ki jo vodi dr. Alenka Kraigher. Po zakonu je obvezno evidentiranje v cepilno knjižico, ki pa je pogosto bolniki ne nosijo s seboj. S tega vidika bi bila mnogo bolj primerna priročna kartica zdravstvenega zavarovanja, ki jo imamo običajno vedno pri sebi pri zdravstvenih storitvah. Dilema, ali na kartico zapisati vse ali samo nekatere vrste cepljenj ter sploh katere podatke o cepljenju, še ni v celoti razrešena. Prvi vsebinski predlogi naj bi bili pripravljeni še v tem letu

Posebna strokovna skupina pod vodstvom državne sekretarke dr. Jožice Maučec Zakotnik je proučevala možnost zapisovanja **dejavnikov zdravstvenih tveganj** na kartico. Strokovna skupina je tik pred letošnjim poletjem oblikovala mnenje, da kljub prvotnim pobudam ta podatek na kartico ne sodi. Gre za podatek, ki na primarni ravni koristi pri preventivni obravnavi bolnika, za ta namen kartični zapis nima vloge, za usmerjanje pacientov k drugim zdravnikom in specialistom pa je potrebna podrobnejša informacija kot zapis količnika na kartici. Dokončna odločitev še ni sprejeta. Sodelovanje pri navedenih medinstitucionalnih projektih je za Zavod velik izziv. Zaradi zahtevnosti strokovnih, zakonodajnih in medinstitucionalnih usklajevanj pa je napredek počasnejši, kot bi si lahko želeli.

Anka Bolka, Ana Groznik, Marjan Sušelj

Informacije

Finančno poslovanje Zavoda v letu 2002

Likvidnostni problemi in njihovo premoščanje z zagotavljanjem zunanjih virov ter vključitev plačilnega prometa Zavoda v sistem enotnega zakladniškega sistema države sta bili osrednji značilnosti finančnega poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavoda) v prvih sedmih mesecih leta 2002.

Finančne obveznosti Zavoda do izvajalcev zdravstvenih storitev in drugih pogodbenih partnerjev se tekoče in v celoti izpolnjujejo, vendar na osnovi zadolževanja. To bo ob koncu leta po rebalansu finančnega načrta znašalo 12,6 milijarde tolarjev, kar je za 4,5 milijarde tolarjev več od prvotno predvidene zadolževanja.

Novelirane ocene proračunskega memorandum, spremembe glede obveznosti iz davka na dodano vrednost, realizacija nekaterih programov iz leta 2001 v leto 2002 (4,4 milijarde tolarjev), višji predvideni odhodki za zdravila in nadomestila odsotnosti (skupaj za 3,1 milijarde tolarjev), so zahtevali pripravo rebalansa finančnega

načrta Zavoda za leto 2002. Po tem načrtu, ki ga je obravnavala in sprejela Skupščina Zavoda, dne 1. 10. 2002, je ocenjen primanjkljaj za leto 2002 v višini 12.986 milijonov tolarjev. Odhodki za zdravstvene storitve, ki predstavljajo 69,2 % celotnih predvidenih odhodkov v letu 2002, bodo znašali 244.073 milijonov tolarjev, kar je v primerjavi z realizacijo v letu 2001 za 12,2 % več. Odhodki za zdravila bodo znašali 47.361 milijonov tolarjev, kar je za 15 % več od porabe v letu 2001 oz. za 1.970 milijonov tolarjev več od prvotno načrtovanih izdatkov (7,5 % realna rast). Realno močan porast (11,5 %) v letu 2002 predvidevamo tudi pri izdatkih za nadomestila za čas bolezenske odsotnosti. Poleg opisanih gibanj glavnih odhodkov Zavoda, pa Zavod ponovno zaznava večjo rast odhodkov, ki so posledica uveljavitve sprememb predpisov na področju davka na dodano vrednost. Zaradi sprememb pravilnika o izvajanju zakona o davku na dodano vrednost, ki so stopile v veljavo v letu 2001, je arbitražna določila, da je potrebno izvajalcem v ceni priznati za 1,4 milijarde tolarjev višje materialne stroške.

Samo prihodki iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje v letu 2002 ne omogočajo Zavodu izpolnjevati tekočih obveznosti. Na osnovi realizacije poslovanja v obdobju od januarja do julija 2002 ter projekcije prihodkov in odhodkov do konca leta ocenjujemo, da bodo prihodki za 2.222 milijonov tolarjev višji od prvotno predvidenih prihodkov in bodo znašali 339.878 milijonov tolarjev.

Zavod se mora zaradi likvidnostnih težav že od začetka leta zadolževati. Ob polletju je znašala zadolžitev že 6 milijard tolarjev. Po ocenah projekcije do konca leta bo zadolžitev znašala več kot 12 milijard tolarjev. Ker tudi projekcije poslovanja do leta 2005 ne kažejo, da bi Zavod realiziral presežke prihodkov nad odhodki, ki so vir za vračilo najetih posojil, obstaja vprašanje nadaljnega zadolževanja eno od pomembnejših na področju javnih financ. Ob tem pa tudi, kako, iz katerega vira bo mogoče zadolžitev poravnati. Na pobudo Skupščine Zavoda je bila že opravljena prva razprava o spremembi prispevne stopnje na Ekonomsko socialnem

svetu Vlade Republike Slovenije, ki pa še ni dala dokončne odločitve.

Sicer pa je Zavod na osnovi odločitev Skupščine (15. 4. 2002) v tem času izvajal tudi številne aktivnosti za izravnavo prihodkov z odhodki. Med temi so na prihodkovni strani najpomembnejši ukrepi za izboljšanje plačevanja prispevkov, kjer je še posebej odmevna in aktualna uveljavitev zakonskih novosti, ki zaostrujejo odgovornost samostojnih zavezancev za plačevanje prispevkov. Na strani odhodkov je predvidena vrsta ukrepov, ki so upoštevana v predlogu rebalansa finančnega načrta za leto 2002, ker naj bi prispevali k za 2.954 milijonov tolarjev manjšim odhodkom. Kljub temu pa projekcije za pripravo rebalansa finančnega načrta Zavoda za leto 2002, predloga finančnega načrta za leto 2003 ter ocena za 2004 kažejo, da le z ukrepi za izravnavo prihodkov z odhodki ne bo mogoče zagotoviti uravnoteženje odhodkov s prihodki Zavoda.

Barbara Pišek

Novice

6. in 7. redna seja Skupščine Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Skupščina Zavoda je 1. 10. 2002 na 6. redni seji med drugim sprejela rebalans finančnega načrta Zavoda za leto 2002 in finančni načrt Zavoda za leto 2003. Rebalans finančnega načrta Zavoda za leto 2002 je posledica novih makroekonomskih pogojev in ocen poslovanja na področju obveznega zdravstvenega zavarovanja v letošnjem letu. Primanjkljaj prihodkov nad odhodki se načrtuje v višini 12,9 milijarde SIT. Tudi v finančnem načrtu Zavoda za leto 2003 je predviden primanjkljaj prihodkov nad odhodki in sicer v višini 11,7 milijarde SIT. Neuravnoteženo poslovanje je rezultat večletnih trendov, med katerimi so najpomembnejši rast izdatkov za zdravila, nadomestila, rast plač zdravstvenega osebja in nekaterih novih obveznosti ter širitve pravic, ki jih določajo drugi zakoni. Na rebalans finančnega načrta za leto 2002 in finančni načrt za leto 2003 mora dati soglasje še Vlada Republike Slovenije.

Poleg obeh finančnih dokumentov je Skupščina Zavoda obravnavala in sprejela še razvojni dokument Strateški razvojni program Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije za obdobje 2002 do leta 2007, ki v središče razvojnih prizadevanj v sistemu zdravstvenega zavarovanja postavlja zavarovanca, ki se mu zagotavljajo pravice na ustreznih kakovostnih ravni in v skladu z materialnimi možnostmi družbe.

Skupščina Zavoda je na 7. redni seji sprejela tudi spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila). Namen tokratne spremembe in dopolnitve Pravil je zlasti uskladitev z določbami zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, ki začnejo veljati z 1. 1. 2003, ter uskladitev s sprejetim zakonom o delovnih razmerjih, ki prav tako začne veljati z 1. 1. 2003, čemur v tokratni številki Občasnika posvečamo posebno pozornost. Poleg tega Pravila uvajajo tudi poenostavitev in racionalizacijo postopkov za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb, tako da bodo lahko zavarovane osebe uveljavljale svoje pravice pri katerikoli območni enoti ali izpostavi Zavoda.

Skladno z zakonom mora na Pravila podati soglasje še minister za zdravje.

Navodilo o načinu posodabljanja osnovnih podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev v bazah Zavoda in v drugih uradnih bazah podatkov

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod) je v jesenskih mesecih oblikoval tehnično rešitev, ki predstavlja enotni vir podatkov o izvajalcih zdravstvenih storitev, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom, za informiranje splošne javnosti preko različnih medijev Zavoda (intranet, internet, samopostrežni terminali, brošura "Kako do zdravnika"). Tehnična rešitev pomeni prehod od zamudnega ročnega načina na avtomatični, elektronski način osveževanja podatkov. Na tej podlagi in zaradi izjemnega interesa javnosti po tovrstnih podatkih je Zavod od septembra dalje omogočil uporabnikom interneta na naslovu <http://www.zzss.si/izvajalci> vpogled v seznam izvajalcev zdravstvenih storitev, ki obsega osnovne podatke o izvajalcih:

- ZZZS številka,
- naziv,
- naslov,
- pošta,
- telefon,
- dejavnost,
- lokacije podenot (do drugega nivoja),
- območna enota in
- pravni status.

Z namenom, da zagotovimo javnosti najvišjo možno kakovost podatkov, smo vsem izvajalcem zdravstvenih storitev praviloma ob letošnjem podpisu pogodbe posredovali tudi izpis njihovih podatkov, ki jih med drugim sedaj črpamo tudi avtomatično iz uradnih baz podatkov, ki jih Zavod pridobi po uradni dolžnosti. V primeru, da so bili na ta način pridobljeni podatki na izpisu iz interne baze Zavoda navedeni napačni podatki, morajo izvajalci postopati na sledeč način:

- če je v izpisu navedena napačna ZZZS številka, dejavnost (izpisane so le z Zavodom pogodbeno dogovorjene dejavnosti!), območna enota, pravni status, tip izvajalca, telefonska številka 1, telefonska številka 2, titula 1, titula 2, e-mail naslov (ni javno objavljen!) ali opombe, mora izvajalec o tem obvestiti skrbnike podatkov na območni enoti Zavoda, ki so navedeni v tabeli
- za vse ostale podatke pa velja, da morajo izvajalci kontaktirati druge uradne upravljavce baz podatkov, in sicer:
 - izpostave Agencije RS za javno-pravne evidence in storitve, ki so po novem pristojne za vodenje Poslovnega registra Slovenije (in ne več Statistični urad RS, kot smo to zapisali še v prejšnji številki Modrega občasnika); tukaj javni zavodi in d.o.o.-ji spremenijo podatke o svojem Nazivu, Dodatnem nazivu, Naslovu

Slika: Izbrana stran iz seznama izvajalcev zdravstvenih storitev na naslovu www.zzss.si/izvajalci

The screenshot displays the ZZZS website interface. At the top, it says 'Seznam izvajalcev zdravstvenih storitev JAVNI ZAVODI - OE Maribor'. Below this, there's a search bar and a list of providers. One provider is highlighted: 'ZD DR. ADOLFA DROLCA MARIBOR'. The details for this provider include:

- ZZZS št.: 90255
- Dodatni naziv: Naslov: ULICA TALCEV 9
- Pošta: 2000 MARIBOR
- Dejavnost: SOLSKA MLADINA; CENTRI ZA ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI; DEJAVNA SLUŽBA; ODPRAVER ZA ŽARKE; PIZDA TRILA; FIZIOTERAPIJA; INTERDISCIPLINARNA; NEGA NA DOMU; MENJŠINE REŠ. PREVOZI; NUJNA MEDICINSKA POMOČ; NUJNE REŠ. POMOČI; OULISTEJA; ONKOLOGIJA; OTODONTIJA; OTORINOLARINGOLOGIJA; PATRONAŽA; PEDIATRIJA; PEDIKULOLOGIJA; PEDIPROSTETIKA; PIZDA TRILA; PULMOLOGIJA; RAZVOJNA APLIKANTA; REFITIČNI IN IJA TRAJNO; SPLANE; V OSO; SLOVENSKA AMBLANTA; VZGOJA; ZOB. MLADINA; ZOB. ODRAŠLI; ZOBNA PROTETIKA; ZOBNE IN USTNE BOLEZNI
- Območna enota: OE MARIBOR
- Pravni status: JAVNI ZAVODI
- Tip izvajalca: ZDRAVSTVENI DOMOVI
- Tel. številka 1: (02) 226 62 80
- Tel. številka 2:

in Pošti, ki jih nato Zavod avto-matično preko Poslovnega registra Slovenije črpa v svoje evidence;

- izpostave Davčne uprave RS, ki so pristojne za vodenje vpisnika samostojnih podjetnikov posameznikov; tukaj samostojni podjetniki spremenijo podatke o svojem Nazivu, Dodatnem nazivu, Naslovu in Pošti, ki jih prav tako Zavod avtomatično preko Poslovnega registra Slovenije črpa v svoje evidence;
- Inštitut za varovanje zdravja RS oz. območne enote zavodov za zdravstveno varstvo; tukaj vsi izvajalci spremenijo podatke o lokacijah svojih podenot oz. t.i. Šifro nadrejenega izvajalca

območna enota Zavoda	skrbnik podatkov 1	skrbnik podatkov 2
Celje	Franc Sintič; tel. št.: 03/42 02 365	Franc Podgoršek; tel. št.: 03/42 02 243
Koper	Marijana Čulina; tel. št.: 05/66 87 231	Suzana Rot; tel. št.: 05/66 87 231
Krško	Matjaž Merhar; tel. št.: 07/49 02 440	Zlata Povhe; tel. št.: 07/49 02 445
Kranj	Marjana Perkovič; tel. št.: 04/23 70 308	Karmen Petrič; tel. št.: 04/23 70 307
Ljubljana	Polona Bregar; tel. št.: 01/30 77 275	Bernarda Hribnik Sever; tel. št.: 01/30 77 250 Ana Škufca; tel. št.: 01/30 77 251
Maribor	Olga Šerbinek; tel. št.: 02/29 09 351	Duška Rostohar; tel. št.: 02/29 09 362
Murska Sobota	Vera Čer; tel. št.: 02/53 61 528	Silvo Ružič; tel. št.: 02/53 61 521
Nova Gorica	Boris Brajnik; tel. št.: 05/33 81 242	Darjo Lasič; tel. št.: 05/33 81 243
Novo mesto	Marica Štangelj; tel. št.: 07/39 33 533	Marija Parkelj; tel. št.: 07/39 33 535
Ravne	Franc Bukovec; tel. št.: 02/82 10 229	Majda Oder; tel. št.: 02/82 10 220
Direkcija*	Alojz Štepec; tel. št.: 01/30 77 383	Maja Tomšič; tel. št.: 01/30 77 448

* Direkcija je skrbnik podatkov za vsa naravna zdravilišča, Klinični center Ljubljana, Onkološki inštitut v Ljubljani, Inštitut za rehabilitacijo in Inštitut za varovanje zdravja RS.

in šifro izvajalca oz. lokacije, katere nato Zavod preko evidence Izvajalci ZV IVZ avtomatično črpa v svojo bazo. Izpisane so vse lokacije podenot do drugega nivoja. Izpisane so tudi morebitne t.i. samoplačniške lokacije podenot izvajalca, ki je sicer na podlagi pogodbe z Zavodom vključen v mrežo javne zdravstvene službe.

Z razvojem nove tehnične rešitve Zavod ne bo več ročno posodabljal vseh podatkov, ki so objavljeni v brošuri "Kako do zdravnika" in samopostrežnih terminalih, kot je to veljalo doslej, temveč bo moral izvajalec lastne podatke posodobiti samostojno pri uradnem upravljavcu baze podatkov bodisi, da je to Zavod ali druge pristojne ustanove. Na tej podlagi bo Zavod predvidoma v začetku leta 2003 izvedel avtomatično posodobitev podatkov, ki so objavljeni na samopostrežnih terminalih in v novi izdaji brošure "Kako do zdravnika".

Kakovostni nabor podatkov v seznamu izvajalcev zdravstvenih storitev je izjemnega pomena ne le za splošno javnost temveč tudi za Zavod, ki bo tako lahko razvil tudi nove sodobne elektronske

storitve za izvajalce zdravstvenih storitev, kot so na primer elektronsko informiranje o novih okrožnicah, pravnih aktih in navodilih preko elektronske pošte in drugo.

Kot pomoč pri posodabljanju podatkov o izvajalcih dodajamo še nekaj koristnih povezav na internetu:

1. Seznam izpostav Agencije RS za javno-pravne evidence in storitve, obrazci za vpis poslovnih subjektov v Poslovni register Slovenije in Naročilnica za izpis podatkov iz Poslovnega registra Slovenije:
<http://www.sdk.si/html/predstavitev.html>
2. Seznam izpostav Davčne uprave RS in uradne ure za vodenje vpisnika samostojnih podjetnikov:
<http://www.sigov.si/durs/index.php?f=02,02.html>
3. Vpis v vpisnik samostojnih podjetnikov posameznikov:
<http://www.sigov.si/durs/index.php?f=08.html>
4. Seznam območnih enot Zavodov za zdravstveno varstvo:
<http://www.sigov.si/ivz/>

Damjan Kos

Zdravstvenemu osebju
in poslovnim partnerjem
voščimo vesele božične praznike
in obilo sreče, zdravja ter uspehov
v letu 2003!
Uredništvo

OBČASNIK ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Založnik in izdajatelj: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije,
Miklošičeva 24, Ljubljana
Za izdajatelja: Franc Košir, v. d. generalnega direktorja
Uredništvo: Breda Butala, Boris Kramberger (urednik),
Sladjana Jelisavčić, Janko Štok, Martin Toth,
Tajnica uredništva: Bojana Kušar, tel.: (01) 30 77 434
fax: (01) 23 12 182
Grafična zasnova: Marko Pentek, Medija, d.o.o.
Računalniško stvarjenje in prelom: Danila Perhavec
Tisk: Tiskarna Present, 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 ZZZS

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