

# Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XX, CENA 2,69 EUR z DDV

ZZZS št. 1// 4. 1. 2012

## KAZALO

### AKTI

- Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011 ..... 2
- Aneks št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011 ..... 11
- Aneks št. 1 k Dogovoru za medicinsko-tehnične pripomočke ..... 23
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače ..... 25
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja ..... 33

### INFORMACIJE

- Finančno poslovanje ZZZS v letu 2011 in 2012 ..... 35
- Rezultati nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo 5 izbranih zdravstvenih programov za leto 2011 ..... 36
- Prenova izmenjave podatkov o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov ..... 40

### POROČILA

- Analiza dejavnikov in razlogov za porast absentizma zaradi nege ..... 41

Na podlagi 77. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2011) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilšč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, na podlagi sklepov sklepov Vlade republike Slovenije o spornih vprašanih sprejetih na 147. redni seji dne 25. 8. 2011 in 159. redni seji dne 17. 11. 2011 sprejeli:

## Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011

### 1. člen

V prvem odstavku 2. člena se 23. točka spremeni tako, da se glasi:

»23. Partnerji bodo podpirali in dogovorili uvedbo obnovljivega recepta in obnovljive naročilnice za medicinsko tehnične pripomočke.«

### 2. člen

Točka 5.1.3. prvega odstavka 3. člena se spremeni tako, da se glasi:

»5.1.3. Zavod v pogodbah z izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti dogovori planirano število prvih pregledov ter razmerje med prvimi in kontrolnimi pregledi. Podlaga za določitev plana so podatki o realizaciji prvih in kontrolnih pregledov v obdobju od 1. 9. 2010 do 31. 3. 2011 za vsakega izvajalca posebej. Če na novo opredeljeni plan prvih pregledov pomeni slabšo dostopnost za bolnike glede na doseženo v letu 2010, Zavod z izvajalcem dogovori večji plan prvih pregledov, in sicer na ravni dosežene dostopnosti v letu 2010.«

### 3. člen

Za devetim odstavkom 17. člena se doda nov deseti odstavek, ki se glasi:

»(10) Izvajalci, ki imajo z Zavodom v pogodbi o opravljanju zdravstvenih storitev opredeljeno dejavnost centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, lahko v skladu s Prilogo III/a posebej zaračunavajo metadon, platenko, sok in sig-naturo.«

Ostali odstavki se preštevilčijo. Sprememba velja od 1. januarja 2012.

### 4. člen

V šestem odstavku 25. člena se dodajo naslednje postavke:

	Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2011 (v EUR)
	Zdravstveni svet - novi zdravstveni programi po prioritetah ZS (3,4,...,58)			15.366.864
3	UZKS - Ultrazvočna preiskava z uporabo kontrastnega sredstva druge generacije	UKC Ljubljana, Klinični inštitut za radiologijo	1000	-
4	Mehanični podporni sistemi za levi prekat	UKC Ljubljana, SPS Kirurška klinika	17	-

5	stavljanje balona v želodec (Molded valve BIB) za zdravljenje ekstremne debelosti	UKC Ljubljana, KO za gastroenterologijo	50	-
6	Ambulantno zdravljenje akutne venske tromboze in asimptomatske oz. malo simptomatske pljučne embolije	UKC Ljubljana, KO za žilne bolezni	150	-
7	Confidence, visoko viskozni cementni sistem za hrbtenico	UKC Ljubljana, Ortopedska klinika	10	-
8	Robotsko asistirana radikalna prostatektomija	SB Celje	150	-
9	Skupnostno psihiatrično zdravljenje	vse psihiatrične bolnišnice in oddelki v Sloveniji	210	**
10	Uvedba določanja onkogenega HER-2 po metodi fluorescentne hibridizacije in situ (FISH) pri raku dojke	UKC Maribor, Klinika za ginek. in perinat., Odd. za ginek. onkologijo in onkologijo dojk	96	6.866
11	<b>Citogenetska prenatalna in postnatalna diagnostika:</b>	<b>UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo in Inštitut za medicinsko genetiko</b>	<b>500</b>	<b>181.396</b>
	prenatalna diagnostika		400	148.888
	postnatalna diagnostika		100	32.508
12	Povečanje obsega prenosa vodenja antikoagulacijskega zdravljenja v primarno zdravstvo	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za žilne bolezni	8.000	435.040
13	Določanje 21-genskega podpisa OncotypeDX pri bolnicah z zgodnjim rakom dojk	Onkološki inštitut	25	52.753
14	<b>Metoda fluorescentne in situ hibridizacije (FISH) za hitro diagnostiko aneuploidij, opredelitev strukturnih kromosomskih mutacij in za ugotavljanje subtelo-mernih delecij/duplikacij/translokacij:</b>	<b>UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Inštitut za medicinsko genetiko</b>		<b>122.041</b>
	subtelomerni FISH		10	10.849
	vstavljanje balona v želodec (Molded valve BIB) za zdravljenje ekstremne debelosti		290	111.192

15	Genetsko testiranje z mikromrežami (primerjalna genomsko hibridizacija z uporabo mikromrež - aCGH)	UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Inštitut za medicinsko genetiko	100	144.948	27	Vitrektomija UKC Maribor, Oddelek za očne bolezni		100	112.400
16	Presejanje genov pri dednih oblikah raka dojke, malignega melanoma in raka debelega črevesa	Onkološki inštitut	150	331.371	28	<b>Zgodnje odkrivanje, diagnostika in zdravljenje motenj dihanja, povezanih s spanjem in drugih motenj cikla budnosti/ spanja pri otrocih in mladini</b>	UKC Ljubljana, Pediatrična kl., KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo		<b>16.064</b>
17	<b>Predlog za program kemoterapije 2. in 3. reda za pljučnega raka v Sloveniji</b>	Bolnišnica Golnik - KOPA		<b>119.992</b>		Kaseta PSG in motnje spanj		50	
	kemoterapija 2. reda (nedrobnocelični rak pljuč) - kombinacija docetaksel in cisplatin		108			Motnje dihanja in NŽOD v razvojnem obdobju in CMCRF		120	
	kemoterapija 3. reda (drobnocelični rak pljuč) - kombinacija docetaksel in cisplatin		40		29	Program zdravljenja ter zdravstvene in psihosocialne rehabilitacije oseb s komorbidnostjo	Psihiatrična klinika Ljubljana, Center za zdravljenje odvisnih od prepovedanih drog	65	371.192
	kemoterapija 2. reda (nedrobnocelični rak pljuč) - kombinacija pemetreksed in cisplatin		12		30	Ehokardiografija: transtorakalna, transezofagealna in obremenitvena ehokardiografija	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za kardiologijo	1.000	60.000
18	Imunoprofilaksa okužb z respiratornim sincicijskim virusom (RSV) pri posebej ogroženih otrocih s palivizumabom (Synagis) v skupini prezgodaj rojenih otrok	IVZ	80	278.164	31	Rehabilitacija po nezgodni poškodbi glave	Zavod za usposabljanje, delo in varstvo dr. Marijana Borštnarja Dornava	10	108.225
19	Zdravljenje z zaviralci žilnega endotelijskega rastnega dejavnika (vascular endothelial growth factor, VEGF) v oftalmologiji	UKC Ljubljana, Očesna klinika UKC Maribor, Oddelek za očne bolezni	333 167	2.076.713 1.041.475	32	Zunajtelesno odstranjevanje ogljikovega dioksida	UKC Ljubljana, KO za anesteziologijo in intenzivno terapijo operativnih strok	10	69.576
20	Celostna zdravstvena obravnava odraslih oseb z avtizmom	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo	120	224.624	33	Koronarna rotablacija	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za kardiologijo	50	83.473
21	Zdravljenje lokoregionalno napredovalih malignomov (kolorektum, ovari, melanom) s hipertermično perfuzijo	Onkološki inštitut	100	239.567	34	Paliativna oskrba otrok in mladostnikov na terciarni ravni	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za hematologijo in onkologijo	50	30.930
22	Hitrost pulznega vala	UKC Ljubljana, KO za hipertenzijo	1.000	12.388	35	Obravnava trdovratnih epilepsij	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo	100	102.962
23	Širitev programa intenzivnega zdravljenja in nege novorojenčkov s porodno težo 1000 do 1500 gramov	UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, KO za perinatologijo	20	322.895	36	Operativno zdravljenje stresne in mešane urinske inkontinence z BULKamid polnilom mišice zapiralke vratu sečnega mehurja	UKC Ljubljana, Ginekološka klinika	700	682.717
24	Uporaba specifičnega rekombinantnega IgG1 monoklonskega protitelesa za epidermalni rastni dejavnik (EGFR) - cetuksimaba pri zdravljenju bolnikov z metastatskim rakom debelega črevesa in danke	UKC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za gastroenterologijo	10	237.244	37	Uvedba nove metode zdravljenja vezikoureteralnega refluksa pri kandidatih za ledvično transplantacijo z uporabo gojenih autoloških hondrocitov	UKC Ljubljana, KO za urologijo	3	23.799
25	Uporaba zdravila bevacizumab (Avastin) v prvi liniji zdravljenja bolnikov z metastatskim rakom debelega črevesa ali danke	UKC Ljubljana, SPS Interna klinika, KO za gastroenterologijo	10	305.308	38	Intraluminalna impedanca	UKC Ljubljana, Pediatrična klinika, Služba za gastroenterologijo	100	19.760
26	<b>Zdravljenje z implantabilnim kardioverterjem / defibrilatorjem (ICD)</b>	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za kardiologijo		<b>134.386</b>	39	Laparoskopski bariatrični operativni posegi	SB Celje	80	597.417
	enoprekatni ovatio		9		40	Perkutana vstavev aortne zaklopke (pAVR, TAVI)	UKC Ljubljana, Interna klinika, KO za kardiologijo	70	2.103.303
	dvoprekatni ovatio		10		41	Zdravljenje srčnega popuščanja z resinhronizacijo srčnih prekatov (biventrikularna srčna stimulacija, angl. Cardiac Resynchronisation Therapy – CRT)	UKC Ljubljana, KO za kardiologijo, SPS Interna klinika	70	2.278.730,30
	kardioverter maximo vr.		11						

42	Zgodnje odkrivanje, diagnostika in zdravljenje motenj spanja pri odraslih ter neinvazivno predihavanje bolnikov z živčno mišičnimi boleznimi	UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Inštitut za klinično nevrofiziologijo		673.863			
	somn.amb. in somn. lab.-1-nočna psg v laboratoriju		80				
	somn.amb. in somn.lab.-3-nočna psg-pohodna		240				
	invazivna-3-nevr. pregled s pregl. pljučnih funkc.		100				
	invazivna-4-privajanje na masko in nastavitve nein		100				
	invazivna-5-ambulantna kontrola		100				
	invazivna-6-odvzem paak in test njuhanja		100				
	somn.amb. in somn. lab.-2-dnevna psg-čas do spanja		80				
	invazivna-1-nočna psg v lab. in merjenje respirac.		40				
	invazivna-2-nočna psg pohodna		100				
	invazivna-7-paak ob prebujanju po nočni psg		40				
	somn.amb. in somn.lab.-4-ambulantni pregled		800				
43	Vodenje odraslega bolnika s cistično fibrozo	Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	200 testov	42.000			
44	Umetna medvretenčna ploščica pri degenerativnih okvarah vratne hrbtenice	UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo	80	160.619			
45	Scintigrafija dopaminskega prenašalca v možganih z 123J - ioflupanom (DaTSCAN)	UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, Center za ekstrapiramidne bolezni	144	50.769			
46	Scintigrafija dopaminskega prenašalca v možganih z 123J - ioflupanom (DaTSCAN)	UKC Maribor, Oddelek za nevrološke bolezni	144	40.397			
47	Center za epilepsijo odraslih - ambulantna multidisciplinarna timska obravnava	UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, KO za bolezni živčevja	100	16.363			
48	Center za epilepsijo odraslih - hospitalna multidisciplinarna timska obravnava	UKC Ljubljana, Nevrološka klinika, KO za bolezni živčevja	40	340.039			
49	Ugotavljanje prenašalstva za spinalno mišično atrofijo (SMA), Duchenne/Beckerjevo mišično distrofijo (DMD/BMD) in analiza mutacij v subtelomernih področjih kromosomov z metodo MLPA (Multiple ligation-dependent probe amplification)	UKC Ljubljana, Ginekološka klinika, Inštitut za medicinsko genetiko		49.500			
	subtelomerne regije				100		
	spinalna mišična atrofija				20		
	Duchene/Beckerjeva mišična distrofija (DMD/BMD)				10		
50	Balonska kifoplastika	SB Celje			40	156.814	
51	Nefuzijska dinamična stabilizacija pri degenerativnih okvarah ledvene hrbtenice	UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo			50	185.850	
52	Nevromodulacija	UKC Maribor, Oddelek za nevrokirurgijo				350.412	
	stimulacija hrbtnega mozga				10		
	stimulacija globokih možganskih jeder				5		
	intratekalna baklofenska črpalka				4		
	nevrološka obravnava bolnikov, zdravljenih s stimulacijo globokih možganskih jeder				5		
53	Zdravljenje motenj gibanja z globoko možgansko stimulacijo	UKC Ljubljana, KO za bolezni živčevja Nevrološke kl. in KO za nevrokirurgijo Kirurške kl.			23	38.302	
54	Nevropsihološki pristopi in postopki obravnave otrok, mladostnikov in oseb s trdovratnimi oblikami epilepsije, zlasti tistih, ki potrebujejo operacijski poseg v tujini	UKC Ljubljana, Pediatrična kl., KO za otroško, mladostniško in razvojno nevrologijo			20	197.826	
55	Operativno zdravljenje sklepnih kontraktur in rekonstrukcija uničenega komolčnega sklepa pri primarni ali revizijski operaciji zaradi hude posttravmatske artroze (totalne komolčne endoproteze)	UKC Ljubljana, Ortopedska klinika			5	24.970	
56	Revolucionarni minimal-invazivni pristop k operativnemu postopku za zdravljenje ledvenega dela hrbtenice - AxialIF	UKC Ljubljana, Ortopedska klinika			10	24.068	
57	Operativno zdravljenje erektilne disfunkcije z vstavitvijo penilnih protez	UKC Maribor, Klinika za kirurgijo, Oddelek za urologijo			10	60.353	

58	Preplastitvena artroplastika kolka pri zdravljenju artroze kolčnega sklepa	UKC Ljubljana, Ortopedska klinika	5	27.000
59	Zobozdravstvo dežurna služba ob sobotah			148.818
	Skupaj			15.515.682

Sredstva se zagotovijo v okviru razpoložljivih sredstev v skladu s Paktom o stabilnosti, po katerem zadolževanje Zavoda ni možno. V letu 2011 se financiranje zagotovi od 1. oktobra 2011. V skladu z začetkom financiranja se v tabeli navedeni obseg in vrednosti programov ustrezno znižajo. Programi, kjer izvajanje ne zahteva dodatnih sredstev, se v pogodbe z izvajalci umestijo od 1. julija 2011.

Potrebna sredstva za skupnostno psihiatrično zdravljenje (\*\*\*) pod zap. št. 9 v višini 710.048 evrov se bodo zagotovila znotraj akutne bolnišnične obravnave<sup>1</sup>.«

*Za šestim odstavkom 25. člena se doda nov sedmi odstavek, ki se glasi:*

»(7)Tehnologije, ki jih Zdravstveni svet potrdi za uvedbo v financiranje iz javnih sredstev in so na rangirnem seznamu, se vsako leto prednostno uvrščajo v financiranje iz proračuna Zavoda. V namen financiranja novih tehnologij, ki so klinično in stroškovno dokazano učinkovite, se iz celotnega proračuna Zavoda izločijo ustrezna sredstva na letni ravni pred nadaljnjimi delitvami sredstev.

Zavod sredstva zagotovi kot dodatna sredstva, prek prerazporeditev med različnimi postavkami veljavnega finančnega načrta (in ne zgolj v okviru sredstev, ki se namenljajo izvajanju zdravstvenih programov), ali iz prerazporeditev iz drugih programov istega ali drugih izvajalcev, o čemer se Zavod pogaja z izvajalci. Zavod lahko kot aktiven naročnik zdravstvenih storitev preverja standarde in izračune stroškov navedenih tehnologij ter se o njih pogaja z izvajalci, prav tako lahko spreminja obseg programov izvajalca v skladu s potrebami prebivalstva ali s ciljem zagotavljanja najvišje možne kakovosti izvedenih storitev. Zavod ne more spreminjati odločitve o uvedbi ali neuvvedbi nove zdravstvene tehnologije v predvidenem letu.

Zavod mora v skladu s kazalci za spremljanje učinkov v vlogi spremljati dejansko vpeljavo nove tehnologije v zdravstveni sistem, jo na podlagi podatkov izvajalcev v predvidenih obdobjih evalvirati ter na njihovi osnovi spremljati klinično in stroškovno učinkovitost. V skladu z rezultati evalvacije lahko v časovno smiselnem obdobju (odvisno od tehnologije) Zdravstvenem svetu poda predlog za izločitev ali zamenjavo določene tehnologije iz sistema javnega financiranja.

V letu 2011 je na rangirnem seznamu 56 tehnologij v znesku 15.366.864 evrov. V letu 2011 se zagotovi financiranje od 1. oktobra 2011.«

*Ostali odstavki se preštevilčijo.*

*Prvi stavek obstoječega sedmega odstavka 25. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»Zavod bo do konca leta 2011 izvedel nacionalni razpis za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo naslednjih programov:

- operacija hrbtenice
- ortopedska operacija rame
- artroskopija
- odstranitev osteosintetskega materiala
- lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema
- operacija ženske stresne inkontinence«.

*Tretji stavek obstoječega sedmega odstavka 25. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»Sredstva za izvedbo navedenih zdravstvenih programov iz tega odstavka se zagotovijo tako, da se vsem izvajalcem navedenih zdravstvenih programov s 1. 1. 2012 zniža planirani obseg teh programov za 30 %, v skladu s tem pa tudi planirana vrednost teh programov.«

*Šesti in sedmi stavek obstoječega sedmega odstavka 25. člena se nadomestita z naslednjim besedilom:*

»Obseg programov iz naslova znižanja se na podlagi nacionalnega razpisa za posamezni program nameni najugodnejšemu ponudniku oziroma ponudnikom, pri čemer se kot merilo upošteva ponujena cena, ki ne sme biti višja od veljavne cene v času razpisa. Izvajalci, izbrani na razpisu, izvedejo program do 31. 12. 2012. Izvajalci v okviru cene primera za programe iz nacionalnega razpisa opravijo tudi ambulantna pregleda pred in po opravljeni operaciji oziroma posegu. Natančno vsebino nacionalnega razpisa opredeli Zavod po sprejetju Aneksa št. 2 k Dogovoru 2011, pri čemer se lahko Zavod glede na podatke o dostopnosti v drugi polovici leta 2011 odloči, da se nacionalni razpis, za katerega od zgoraj navedenih programov ne bo izvedel, saj zato z vidika dostopnosti ne bo potrebe. Vsebinska nacionalnega razpisa mora obvezno upoštevati izhodišča, ki so določena v tem odstavku. Poleg obveznih izhodišč lahko Zavod po lastni presoji nadgradi vsebino nacionalnega razpisa.

Zavod predstavi rezultate analize nacionalnega razpisa v letu 2009 in 2010 z vidika dostopnosti do zdravstvenih programov, ki so bili predmet obeh razpisov.«

## 5. člen

*V prvem odstavku 36. člena se 6., 7. in 8. točka spremenijo tako, da se glasijo:*

»6. Dosledno upoštevali in izvajali Zakon o pacientovih pravicah ter Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (v nadaljevanju: Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah).

7. Na vidnem mestu v čakalnici objavili seznam zdravnikov, ki jih zavarovane osebe lahko izberejo v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, sezname zdravnikov, ki delajo v drugih dejavnostih na primarni ravni, v specialističnih ambulantah in njihov ordinacijski čas. Prav tako bodo izvajalci objavili sezname nosilcev drugih dejavnosti, ki opravljajo storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja in njihove ordinacijske čase. Objavljeni ordinacijski časi morajo biti v skladu z ordinacijskimi časi iz priloge k pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev med Zavodom in izvajalcem in se med letom lahko spreminjajo samo s predhodnim pisnim soglasjem obeh pogodbenih strank.

8. Zavod od 1. aprila 2011 v pogodbah z izvajalci dogovoril čakalne dobe v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Čakalne dobe, ki so dogovorjene v pogodbi, se med letom lahko podaljšajo samo s predhodnim pisnim soglasjem Zavoda.«

*Črtajo se 9., 10., 11., 12., 13. in 14. točka prvega odstavka 36. člena.*

*Ostale točke se preštevilčijo.*

*Za 8. točko prvega odstavka 36. člena se dodajo nove 9., 10. in 11. točka, ki se glasijo:*

»9. Izvajalci poročajo Inštitutu za varovanje zdravja podatke o čakalnih dobah v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah, je v Prilogi X tega Dogovora.

10. Izvajalci poročajo Zavodu o realiziranih čakalnih dobah in številu čakajočih v skladu z navodili Zavoda vsake štiri mesece, in sicer do

<sup>1</sup> Psihatrija

31. maja za stanje na dan 30. april, do 30. septembra za stanje na dan 31. avgust in do 31. januarja za stanje na dan 31. december preteklega leta. Ažurno in točno poročanje podatkov Inštitutu za varovanje zdravja in Zavodu je pogoj za sodelovanje izvajalcev pri razporejanju dodatnih sredstev iz 25. člena tega Dogovora.

11. Pri napotitvah na zdravstveno storitev oziroma ob vpisu bolnikov v čakalni seznam upoštevali usmeritve pristojnih razširjenih strokovnih kolegijev glede strokovnih kriterijev razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti.«

*Ostale točke se preštevilčijo.*

*Dosedanja 20. točka prvega odstavka 36. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»20. Vsak delovni dan v ordinacijskem času zagotovili zavarovanim osebam naročanje na pregled, poseg oziroma drugo zdravstveno storitev v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah.«

*Doda se nova 27. točka prvega odstavka 36. člena, ki se glasi:*

»27. V primeru naročila imenovanega zdravnika, da izbrani osebni zdravnik pripravi predlog za obravnavo na invalidski komisiji, je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe dolžan vso potrebno dokumentacijo pripraviti in poslati v 30 dneh na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, in sicer priporočeno s povratnico, ki jo hrani v zdravstveni kartoteki zavarovane osebe.«

*V prvem odstavku 36. člena se 34. točka spremeni tako, da se glasi:*

»34. Po zaključku zdravljenja bodo izvajalci zavarovanim osebam izstavili specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, v skladu z usmeritvami, določenimi v Prilogah ZD ZAS II/a, BOL II/b, ZDRAV II/d ter SVZ II/e.«

*Sprememba velja od 1. januarja 2012.*

## 6. člen

*V četrtem odstavku 40. člena se za prvim stavkom doda nov drugi stavek, ki se glasi:*

»Pri plačilu bo Zavod upošteval točkovni normativ razširjenega pregleda skupaj z začetno oskrbo (ustrezno upoštevaajo ali gre za oskrbo v operativnih ali neoperativnih strokah) v specialistični dejavnosti (šifra razširjenega pregleda 03004; šifri začetne oskrbe: 11003, 11004), povprečno ceno točke in delež obveznega zdravstvenega zavarovanja za posamezno specialistično ambulantno dejavnost v koledarskem letu.«

*V sedmem odstavku 40. člena se dodajo nove alineje, ki se glasijo:*

»- radioterapija v specialistično ambulantni dejavnosti (velja od 1. januarja 2012),

- proktološke obravnave realizirane v obdobju 1. 7.–31. 12. 2011
- operacije rakavih bolnikov (plačajo se vse realizirane operacije, dokler dosežena čakalna doba ni krajša od enega meseca).«

Dodatna sredstva za plačilo vseh opravljenih radioterapij se zagotovijo prek notranjega prestrukturiranja, kot je določeno tretjem odstavku 27. člena Priloge BOL II/b.

## 7. člen

*Četrty stavek četrtega odstavka 41. člena se nadomesti z naslednjim besedilom:*

»Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 85 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa preventive, v otroškem in šolskem dispanzerju 90 % pogodbeno dogovorjenega programa preventive, v dispanzerju za ženske pa 80 % pogodbeno dogovorjenega programa

preventivnih pregledov raka materničnega vratu. Od 1. januarja 2012 se vsi navedeni odstotki kot kriteriji za doseganje pogodbeno dogovorjenega programa preventive povečajo na 90 %.«

## 8. člen

*Spremenita se 11. in 17. točka prvega odstavka 45. člena, tako da se glasita:*

»11. ima daljše čakalne dobe, kot je določeno s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah oziroma s pogodbo z Zavodom,

17. ne vodi čakalnega seznama v skladu z določbami Zakona o pacientovih pravicah in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah.«

*V prvem odstavku 45. člena se za 20. točko dodata novi 21. in 22. točka, ki se glasita:*

»21. v svojih prostorih ne zagotavlja brezplačne promocije in oglaševanja državnih preventivnih zdravstvenih programov z razpoložljivimi komunikacijskimi gradivi in orodji,

22. dosledno ne vpisuje podatkov o predpisovanju medicinsko tehničnih pripomočkov v sistem on-line.«

## 9. člen

*V šestem odstavku 46. člena se doda nov prvi stavek, ki se glasi:*

»Za dobropise na podlagi ugotovitev nadzora Zavoda veljajo enake določbe kot za dobropise medletnih oziroma končnega letnega obračuna, ki so določeni v tretjem odstavku 37. člena.«

## 10. člen

*Doda se nov tretji odstavek 58. člena, ki se glasi:*

»(3) Če bo potreben rebalans Finančnega načrta Zavoda za leto 2011 in bodo potrebni varčevalni ukrepi, Zavod zaradi tega ne more enostransko znižati akontacije izvajalcem. Akontacije izvajalcem tekom leta morajo namreč v kar največji možni meri odsevati plačilo za do tedaj realizirani obseg programa (glede na pogodbeno dogovorjeno vrednost programa), kot take se lahko dinamično prilagajajo zgolj realiziranemu obsegu programa posameznega izvajalca glede na pogodbeni obseg programa (ki je opredeljen bodisi v pogodbi med izvajalci in Zavodom bodisi v Dogovoru 2011 (na primer: plačevanje do 20 % preseganja planiranega obsega programa)) in posledično vrednosti. Zniževanje akontacij ne more temeljiti zgolj na slabšem finančnem položaju Zavoda. Prav tako Zavod ne more varčevalnih ukrepov uveljaviti s pavšalnim znižanjem vrednosti programov zdravstvenih storitev, temveč te znižuje parcialno, kar pomeni zniževanje cen izbranih zdravstvenih storitev, kjer je to možno brez poseganja v dosedanja raven kakovostnih obravnav s strokovno medicinskega vidika. Ob tem Zavod varčevalne ukrepe za zagotovitev nadaljnje finančne vzdržnosti prioritarno zagotavlja z obvladovanjem izdatkov za zdravila (tako ambulantna kot bolnišnična), bolniškega staleža, z uravnavanjem plačil z drugimi državami, ki izhajajo iz dogovorjenih pravic in obveznosti na osnovi mednarodnih dogovorov in aktivnostmi, ki znižujejo dolg za vezancev za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in preostale odprte terjatve.«

## 11. člen

*Črta se 59. člen.*

*Ostali členi se preštevilčijo.*

## 12. člen

*Drugi stavek prvega odstavka 60. člena se nadomesti z besedilom, ki se glasi:*

»Ob začetku projekta IZDATKI bodo izvajalci poročila, zahtevke za plačilo, račune in druge podatke, ki se nanašajo na obračun zdravstvenih storitev, posredovali Zavodu v skladu z navodili, ki jih bo pripravil Zavod. Sredstva za nadgradnjo programske opreme pri izvajalcih so zagotovljena v okviru cen zdravstvenih storitev. Zavod mora pri izvajalcih zdravstvenih storitev spremljati namenskost porabe sredstev za informatizacijo, kot so opredeljena v drugem odstavku 15. člena tega Dogovora.«

*Za prvim odstavkom 60. člena se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:*

»(2) Izvajalci zdravstvenih storitev zagotovijo prehod na nov šifrant vrst zdravstvenih dejavnosti v skladu s terminskim načrtom in funkcionalnimi zahtevami, ki jih določita Ministrstvo za zdravje in Inštitut za varovanje zdravja. Nov šifrant se uporablja od 1. januarja 2012.«

## 13. člen

*Prvi odstavek 61. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»(1) Če izvajalec Zavodu do roka ne pošlje podatkov, ki bi jih v skladu s tem Dogovorom moral poslati (računi; poročila; zahtevki za plačilo; podatki, potrebni za sklenitev pogodbe, kot so npr. planirana čakalna doba, ordinacijski časi, ločeno zaračunljiv material, seznam šoferjev, vozil ipd.; obrazložitev za več kot 10% preseganja plana ločeno zaračunljivega materiala; poročilo o čakalnih dobah in številu čakajočih v skladu z navodili Zavoda; dobropis oziroma storno poročila v skladu z ugotovitvami nadzora, če ni zahteval sodnega varstva), ali če izvajalec ne ravna v skladu z določbami pogodbe o koncesiji oziroma odločbe o podelitvi koncesije, mu Zavod lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo, vse dokler izvajalec ne pošlje podatkov oziroma ne spoštuje določil pogodbe o koncesiji oziroma odločbe o podelitvi koncesije. Zavod lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo

tudi, kadar izvajalec Inštitutu za varovanje zdravja ne pošlje podatkov o čakalnih dobah v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah, oziroma ko izvajalec ne spoštuje določb navedenega pravilnika. Ustavitev izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo traja, dokler izvajalec ne pošlje podatkov, ki bi jih sicer moral v skladu s predpisanimi roki. V zvezi z neposredovanjem podatkov, ki bi jih izvajalec moral posredovati do roka, in posledično začasno ustavitvijo izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo, Zavod upošteva tudi objektivne težave izvajalca in morebitno nezmožnost posredovanja podatkov na prvi dan v mesecu, če je ta dan sobota, nedelja ali praznik. V zvezi z začasno ustavitvijo izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo Zavod obravnava vsakega izvajalca posebej.«

## 14. člen

V Prilogi I se dodata kalkulacija "Proktoskopija, rektoskopija" s ceno 31,08 eurov in kalkulacija "Sklerozacija, ligatura" s ceno 35,33 eurov. Strukturo kalkulacij, upoštevajoč navedene cene obravnave, pripravi Zavod.

*Pod kalkulacijama se doda naslednje besedilo:*

»Od 1.7.2011 se proktoskopija, rektoskopija, sklerozacija in ligatura ne obračunavajo več preko dosedanjega standarda za specialistično ambulanto kirurgijo. Planirani obseg programa za specialistično ambulanto kirurgijo se pri izvajalcih ne spremeni. Zavod z izvajalci za vsako od navedenih proktoloških obravnave opredeli polletni plan (1.7.2011–31.12.2011), in sicer na podlagi realizacije v letu 2010. Od 1. januarja 2012 se plan posameznega izvajalca opredeli tako, da se realizirano število obravnave v obdobju 1.7.2011–31.12.2011 podvoji (upošteva se letna raven).«

*V Prilogi I se v opombi pod kalkulacijo okulistika-operativa za prvim stavkom doda nov drugi stavek, ki se glasi:*

»Cena operacije se v primeru sprememb izhodišč za izračun cene ne spremeni.«

*V Prilogi I se doda nova kalkulacija, ki se glasi:*

### 101 125 0256 PROGRAM DORA

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO PREGLEDOV
DELAVCI IZ UR	11,04	53	207.801,01	12.000
<b>SKUPAJ</b>	<b>11,04</b>		<b>207.801,01</b>	
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	207.801,01			
OBVEZNOSTI	33.455,96			
SKUPNA PORABA	11.033,27			
PREMIJA ZA DOD. POKOJ. ZAVAROVANJE	4.300,08			
MATERIALNI STROŠKI	882.049,00			
AMORTIZACIJA	220.089,00			
<b>SKUPAJ – EUR</b>	<b>1.358.728,32</b>			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	1.324.760,11			
<b>CENA</b>	<b>110,40</b>			

Opombe:

\* Kalkulacija je v cenah januar 2011

## 15. člen

*Brišeta se predzadnji in zadnji stavek četrtega odstavka 4. člena Priloge ZD ZAS II/a.*

*Na koncu četrtega odstavka 4. člena Priloge ZD ZAS II/a se doda naslednje besedilo:*

»Storitev preventivnega pregleda izvajalec plačniku lahko obračuna šele tedaj, ko je opravil preventivni pregled, o rezultatih preventivnega pregleda poročal v Register oseb, ki jih ogrožajo KVB, in vse osebe, ki imajo 10-letno srčno-žilno tveganje več kot 20 %, ter vse kadilce, osebe s prekomerno težo (ITM > 30), hipertonične, sladkorne bolnike in tvegane pivce napotil v ZVC. Če oseba zavrača obravnavo v ZVC, je od nje potrebno pridobiti podpis o zavrnitvi udeležbe v zdravstvenovzgojnih delavnicah/individualnih svetovanjih v ZVC.«

## 16. člen

*Doda se nov četrti odstavek 10. člena Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:*

»(4) »V programu osnovnega zdravljenja se zagotovi praznoreditev 20 uporabnikov za nosilca osnovnega zdravljenja Marico I. Albegovič iz domskega varstva VDCKranj – enota Škofja Loka.«

## 17. člen

*V 25. členu Priloge ZD ZAS II/a se doda nov prvi odstavek, ki se glasi:*

»(1) Program zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo se izvaja v zdravstvenovzgojnih centrih (ZVC) (preventivni centri), ki so organizirani kot samostojni centri v organizacijski strukturi zdravstvenih domov. ZVC izvajajo dejavnosti promocije zdravja, zdravstvene vzgoje in svetovanja za zdravje (Program svetovanja za zdravje). ZVC, ki tvorijo nacionalno mrežo za izvajanje programov promocije zdravja in zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo, imenuje Ministrstvo za zdravje. ZVC svojo dejavnost zagotavljajo:

- za vse prebivalstvo, ki geografsko gravitira na območje zdravstvenega doma, v katerem je ZVC lociran, ne glede na geografsko lokacijo izbranih osebnih zdravnikov teh prebivalcev;
- za vse osebe, ki se iz različnih razlogov želijo udeležiti dejavnosti, ki potekajo v ZVC, ki ni v njihovem geografskem gravitacijskem območju.

Vsak ZVC mora imeti imenovanega vodjo ZVC, direktor zdravstvenega doma pa je za ZVC dolžan zagotoviti toliko kadra, v rednem delovnem času vezanega na delovno mesto v ZVC, kot je opredeljenega v planu zdravstvenovzgojnih delavnic, individualnih svetovanj in za delovanje ZVC ter za podporo izvajanju Programa Svit.«

*Ostali odstavki se preštevilčijo.*

## 18. člen

*Doda se nov 28. člen Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:*

(1) Nosilec državnega programa zgodnjega odkrivanja raka dojk (v nadaljnjem besedilu: Program DORA) je Onkološki inštitut Ljubljana, ki od leta 2008 program organizira in vodi. Program Dora z vnaprejšnjim vabljenjem omogoča vsem ženskam med 50 in 69 letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki.

(2) Za potrebe programa DORA deluje na Onkološkem inštitutu Ljubljana Centralna upravljalna enota, ki izvaja vabljenje, spremljanje, nadzor, ocenjevanje izvajanja programa ter skrbi za izvajanje kakovosti presejalnega programa (izobraževanje). Te aktivnosti bo enota izvajala tudi za izvajalske enote izven Onkološkega inštituta Ljubljana.

(3) Sredstva za organizacijo programa zgodnjega odkrivanja raka dojk DORA so namenska za delovanje Centralne upravljalne enote

in zagotovitev informacijske podpore za obravnavo udeleženk programa. Sredstva se zagotavljajo v višini iz pogodbe 2009. Centralna upravljalna enota do 15. februarja vsako leto Zavodu posreduje poročilo o realizaciji tega programa in namenski porabi sredstev za preteklo leto. V poročilu izvajalec navede izvedene aktivnosti, odzivnost vabljenih zavarovanih oseb oziroma uspešnost izvajanja programa ter specifikira stroške za vsako aktivnost posebej.

(4) Obravnavo v programu DORA vključuje naslednje storitve:

- ob prvem obisku mamografijo obeh dojk;
- ob ponovnem obisku mamografijo ene dojke;
- potrebno neinvazivno diagnostiko, ki obsega kompresijo ali druge projekcije in ultrazvočne preiskave;
- potrebno invazivno diagnostiko, ki obsega klinični pregled kirurga, stereotaktično biopsijo dojk, ultrazvočno punkcijo, kirurško biopsijo in lokalizacijo netipnih lezij;
- histopatološke storitve odvzetega materiala;
- stroške dela za vodenje programa.

Izvajalec programa Dora za obračun storitev uporablja šifro storitve 32822 – primer v programu DORA. Izvajalec lahko obračuna samo en primer (ceno storitve iz standarda), ne glede na to, ali je bil potreben poleg prvega tudi ponovni obisk zavarovane osebe.

(5) Program je ovrednoten v skladu s kalkulacijo iz Priloge I (101 125 0256 – Program DORA).«

*Ostali členi se preštevilčijo.*

## 19. člen

*Doda se nov 29. člen Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:*

»(1) Zdravstveni zavodi in zasebni zdravniki s koncesijo morajo v svojih prostorih zagotavljati in omogočati promocijo in oglaševanje državnih preventivnih zdravstvenih programov z razpoložljivimi komunikacijskimi gradivi in orodji, ki so del preventivnih programov.

(2) Zagotoviti morajo, da se najmanj 25 % prostora in infrastrukture, namenjene informiranju in oglaševanju v prostorih zdravstvenih zavodov in izvajalcev – koncesionarjev (okvirji za plakate, brošurniki, oglasni panoji, LCD-displeji ...), nameni brezplačni promociji in oglaševanju državnih preventivnih zdravstvenih programov.«

*Ostali členi se preštevilčijo.*

## 20. člen

*V obstoječem 29. členu Priloge ZD ZAS II/a se za tretjim odstavkom doda nov četrti odstavek, ki se glasi:*

»(4) Za izvajanje vzdrževalnega metadonskega programa Centri za zdravljenje odvisnosti pripravljajo metadon v obliki solucije zmešanega s sadnim sokom, pri tem pa Zavodu lahko posebej zaračunajo ločeno zaračunljivi material v skladu s 17. členom tega Dogovora. Odvisniki morajo center obiskovati dnevno, mešanico metadona in soka pa lahko dobijo za domov le za vikende in praznike. Pripravo metadona zmešanega s sokom v lekarnah plača naročnik (Center za zdravljenje odvisnosti).«

*Sprememba velja od 1. januarja 2012.*

## 21. člen

*Prvi stavek drugega odstavka 37. člena Priloge ZD ZAS II/a se spremeni tako, da se glasi:*

»Izvajalci bodo program opravljali ob sobotah, nedeljah in praznikih na lokacijah in v ordinacijskem času:

- Ljubljana 8.00 do 16.00;
- Celje, Kranj in Maribor od 8.00 do 13.00;
- Koper in Piran kombinirano, Slovenj Gradec, Murska Sobota, Nova Gorica in Novo mesto od 8.00 do 12.00.«



## 22. člen

*Doda se nov 59. člen Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:*

»(1) Izvajalci v specialistično ambulantni dejavnosti, v dejavnosti zobozdravstva in v fizioterapiji izstavijo zavarovanim osebam specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, in sicer izključno na podlagi zahteve zavarovane osebe.

(2) Izvajalci patronaže in nege na domu po zaključku obravnave za tekoči mesec izstavijo zavarovanim osebam specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, in sicer izključno na podlagi zahteve zavarovane osebe.

(3) Specifikaciji iz prvega in drugega odstavka tega člena morata vključevati minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datume obravnave, število točk ter znesek zaračunan Zavodu, specifikacija iz drugega odstavka tega člena pa mora dodatno vključevati še datum izdaje specifikacije ter podpis izvajalca in zavarovane osebe oziroma svojca.«

*Določba velja od 1. januarja 2012.*

## 23. člen

*V Prilogi ZD ZAS II/a-4 se v stolpcu 'OE/IZVAJALEC' pri izvajalcu Guliver (Šmarje) briše besedilo v oklepaju (Šmarje).*

## 24. člen

*Prvi odstavek 24. člena Priloge BOL II/b se spremeni tako, da se glasi:*

»(1) Izvajalci po zaključku specialistično ambulantnega oziroma bolnišničnega zdravljenja izstavijo zavarovani osebi specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, ki vključuje minimalni nabor podatkov: kratek opis storitev, datum obravnave (od do), znesek, zaračunan Zavodu, pri ambulantni obravnavi pa tudi število točk. Zaračunani znesek mora biti izračunan v skladu z veljavnimi cenami za posamezno storitev na dan zaključka obravnave.«

*Sprememba velja od 1. januarja 2012.*

## 25. člen

*Drugi in tretji odstavek 27. člena Priloge BOL II/b se spremenita tako, da glasita:*

»(2) Zavod vzpostavi tudi podatkovno bazo za spremljanje podatkov o porabi zdravil v mg aktivne učinkovine oziroma število ampul (kumulativno in po posameznih javnih zdravstvenih zavodih), podatkov o porabljenih sredstvih za zdravila (kumulativno in po posameznih javnih zdravstvenih zavodih), za katera so bila v preteklih vsakoletnih splošnih dogovorih zagotovljena dodatna finančna sredstva ter tudi za spremljanje podatkov o realiziranem številu zdravljenih bolnikov za vsako pogodbeno leto posebej:

- s posameznim dragim bolnišničnim zdravilom, za katerega so bila v splošnih dogovorih zagotovljena dodatna finančna sredstva (kumulativno in po posameznih javnih zdravstvenih zavodih),
- po posameznih odobrenih indikacijah zdravila iz prejšnje alineje (kumulativno in po posameznih javnih zdravstvenih zavodih) in
- po načinu obravnave zdravljenja bolnikov glede na hospitalizirane bolnike, bolnike, ki so prejeli zdravila v okviru dnevniških hospitalov in ambulantnem zdravljenju bolnišnic.

(3) Število zdravljenih bolnikov z dragimi zdravili je osnovno merilo, s katerim se ugotavlja namenskost porabe finančnih sredstev za zdravila, aplicirana v okviru bolnišničnega zdravljenja. Ugotavljanje namenskosti porabe dodatnih sredstev za posamezno zdravilo se

lahko razširi tudi na druga draga zdravila, ki se s strokovnega vidika lahko uporabljajo za zdravljenje teh bolnikov.

- Če je število zdravljenih bolnikov enako ali večje od planiranega števila bolnikov, pri čemer izvajalec porabi manj finančnih sredstev od pogodbeno planiranih, potem Zavod z izvajalcem dogovori dodatno povečanje pogodbenih obveznosti izvajalca. Dodatno povečanje pogodbenih obveznosti se doseže s prestrukturiranjem programov znotraj izvajalca v skladu s 3. členom tega Dogovora. Prestrukturiranje se lahko opredeli tudi vnaprej. Če prestrukturiranja ni mogoče doseči v celotni predvideni neporabljeni vrednosti, se izvajalcu v letu 2011 nerealizirana sredstva ne odvzamejo. Ta sredstva predstavljajo potencialni vir ponovne opredelitve financiranja specifičnih zdravstvenih dejavnosti (na primer: onkologija) na nacionalni ravni v letu 2012.
- Če je število zdravljenih bolnikov manjše od planiranega števila bolnikov, pri čemer izvajalec porabi manj finančnih sredstev od pogodbeno planiranih, je izvajalec upravičen do pogodbenih sredstev glede na delež doseganja planiranega števila bolnikov. Če so tako izračunana sredstva še vedno večja od dejansko realizirane porabe, potem Zavod z izvajalcem dogovori dodatno povečanje pogodbenih obveznosti izvajalca na način, kot je opisan zgoraj. Če je število zdravljenih bolnikov manjše od planiranega števila bolnikov, pri čemer izvajalec porabi več finančnih sredstev od pogodbeno planiranih, je izvajalec upravičen do pogodbenih sredstev glede na delež doseganja planiranega števila bolnikov.«

## 26. člen

*Za petim stavkom drugega odstavka Priloge BOL II/b-1 se doda naslednje besedilo:*

»Izvajalcem, ki v pogodbenem letu 2011 ne bodo realizirali načrtovanega obsega programa na kumulativni ravni, se načrtovani obseg programa 1. januarja 2012 zmanjša na raven realiziranega obsega programa v letu 2011. Določba se ne nanaša na del načrtovanega obsega programa, ki izhaja iz naslova povečanja na osnovi realizacije v obdobju september–december 2010.«

## 27. člen

*V 1. točki sedmega odstavka Priloge BOL II/b-2 se črta točka b).*

## 28. člen

*Doda se nov tretji odstavek 5. člena Priloge LEK II/c, ki se glasi:*

»(3) Od 1.9.2011 dalje se uvaja širitve izdaje zdravil na obnovljivi recept za vse ostale terapevtske skupine zdravil. Z uvedbo širitve izdaje zdravil na obnovljivi recept se spremeni struktura kadra. Upošteva se naslednje število delavcev: 10 farmacevtov specialistov, 627,518 farmacevtov receptarjev, 380,7885 farmacevtskih tehnikov, 87 strokovnih delavcev in 87 lekarniških delavcev.«

*Določba velja od 1. 9. 2011 naprej.*

## 29. člen

*Doda se nov peti odstavek 9. člena Priloge LEK II/c, ki se glasi:*

»(5) Zavod in Lekarniška zbornica Slovenije se uskladi v zvezi s financiranjem stalne pripravljenosti v Lekarni Ribnica. Le-ta se financira v usklajenem znesku, zaradi česar se naknadno ustrezno spremeni Priloga LEK II/c-2.«

### 30. člen

V Prilogi III/a se doda:

	Šifra po šifrantu 16	Šifra po šifrantu 15 j	Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave	Merska enota	Tekoča cena za mersko enoto (v EUR)
(10)	0008		Metadon		po veljavnem ceniku zdravil
(10)	0008		Plastenka	kos	0,27
(10)	0008		Sok	liter	0,79
(10)	0008		Signatura		0,0052

Sprememba velja od 1. januarja 2012.

### 31. člen

Za Prilogo IX se doda nova Priloga X, ki se glasi:

»Priloga X

Seznam zdravstvenih storitev za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah

<b>Specialistične ambulante</b> Ambulanta za bolezni dojk in mamografija Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo – pregled Ambulanta za oralno kirurgijo – pregled	<b>Slikovni posegi</b> Ultrazvok dojke CT glave in vratu CT možganov (vključuje CT hipofize) CT orbite (in možganov) CT srednjega ušesa in temporalke (in možganov) CT obraznih kosti in/ali obnosnih votlin CT možganov, pljuč in trebuha (sočasno) CT prsnega koša (vključuje srce in koronarke) CT prsnega koša trebuha in male medenice (sočasno) CT trebuha (abdomna) CT trebuha in medenice (sočasno)
<b>Klinični posegi na endokrinološkem sistemu</b> Operacije ščitnice (tudi obščitnice) Klinični posegi na očeh Operacija sive mreže (katarakta)	CT medenice CT okončin CT angiografije (spiralni CT) CT skeleta CT artrografija Magnetna resonanca glave in vratu Magnetna resonanca prsnih organov Magnetna resonanca trebušnih organov Magnetna resonanca skeleta Magnetna resonanca angiografija Magnetna resonanca srca in koronark Magnetna resonanca nevrološkega sistema Magnetna resonanca obraza Magnetna resonanca artrografija Magnetna resonanca hrbtenice Koronarna angiografija Angiografija (brez koronarne angiografije)
<b>Klinični posegi na nosu, ustih in žrelu</b> Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu	
<b>Klinični posegi na kardiovaskularnem sistemu</b> Operacije na odprtem srcu Posegi na koronarkah (brez PTCA) PTCA Posegi na arterijah (brez PTA) Posegi na venah (vključuje sklerozacijo krčnih žil) Operacije krčnih žil Posegi na perifernem ožilju nespecifično PTA (perkutana transluminalna angioplastika)	
<b>Klinični posegi na prebavnem sistemu</b> Operacija žolčnih kamnov Operacija kile, odrasli Operacija kile, otroci	
<b>Klinični posegi mišično-skeletnega sistema</b> Posegi in operacije hrbtenice Posegi in operacije na medenici (z ali brez kolka), brez artroplastike Artroplastika kolka (protetika, endoproteza) Artroplastika kolena Artroplastika gležnja	

### 32. člen

Ta aneks začne veljati 1. novembra 2011, razen tistih določb, kjer je dan njihove uveljavitve posebej naveden.

Številka: 1720-1/2011-A2

Datum: 17. 11. 2011

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

Na podlagi 77. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2011) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, na seji dne 16. 9. 2011, na arbitraži dne 11. 10. 2011 in na podlagi sklepov Vlade Republike Slovenije o spornih vprašanjih iz 159. redne seje z dne 17. 11. 2011 in sklepa Vlade Republike Slovenije z dne 29. 11. 2011 sprejeli besedilo:

## Aneks št. 3

# k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011

### 1. člen

*Petnajsta točka prvega odstavka 2. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»15. Zavod v skladu s 26. členom ZZVZZ preveri in potrdi ustreznost standardov in normativov. V primeru njihove sprejemljivosti se ti umestijo v okviru razpoložljivih sredstev, s prerazporeditvijo znotraj razpoložljivih sredstev oziroma z opustitvijo ali krčenjem manj prednostnih zdravstvenih programov. Za financiranje spremenjenih ali novih standardov in normativov se ne načrtuje dodatnih sredstev, financiranje se zagotovi v okviru razpoložljivih sredstev, saj v skladu s Paktom o stabilnosti zadolževanje Zavoda ni možno. Finančni učinki, doseženi z ukrepi za zmanjšanje deleža administrativno tehničnega kadra, obračunom dežurstev, dragimi bolnišničnimi zdravili, področjem psihiatrije ter znižanjem cen dializ znašajo v letu 2011 12,2 milijona evrov. Finančni učinki iz ostalih ukrepov v letu 2011 se namenijo za financiranje specialistično ambulantne dejavnosti ter uvajanje novih zdravstvenih tehnologij. Ukrepi, ki se nanašajo na zmanjšanje deleža administrativnega kadra, na plačevanje dragih bolnišničnih zdravil in znižanje cen dializ pomenijo prihranke v vrednosti 12,2 milijona evrov tudi v letu 2012, saj veljajo za celo leto.

Finančni učinki, doseženi z ukrepi iz 58. člena tega Dogovora, ki se nanašajo na področje psihiatrije, se v celoti namenijo za financiranje specialistično ambulantne dejavnosti za psihiatrijo in za financiranje skupnostne psihiatrije skladno s pripravljenim akcijskim načrtom uvajanja skupnostne psihiatrije v Sloveniji.

Finančni učinki, doseženi z ukrepi, ki se nanašajo na spremenjen način obračuna dežurstev iz 10. člena in Priloge BOL II/b-2a, na neakutno bolnišnično obravnavo iz 9. člena Priloge BOL II/b ter ukrepi, ki se nanašajo na terciar v okviru Priloge BOL II/b-4, se v letu 2012 v celoti namenijo za specialistično ambulantno dejavnost, uvajanje ruralnih in referenčnih ambulant ter za uvajanje novih zdravstvenih tehnologij.

Smernice za prenos iz akutne bolnišnične obravnave v specialistično ambulantno dejavnost po posameznih letih pripravi Ministrstvo za zdravje.

Če se izkaže, da je poslovanje Zavoda boljše od predvidenega v Finančnem načrtu in Rebalansu finančnega načrta za leto 2011, pripravljenem na osnovi tega aneksa, se izkazana razlika izvajalcem poračuna v končnem letnem obračunu za leto 2011.«

*Doda se nova 29. točka prvega odstavka 2. člena, ki se glasi:*

»29. Zavod in Inštitut za varovanje zdravja 1. januarja 2012 uvedeta novo klasifikacijo (seznam) SPP s pripadajočimi utežmi, ki nadomesti obstoječo klasifikacijo v Prilogi BOL II/b-2a. Plačevanje akutnih bolnišničnih obravnav v letu 2012 se po potrebi nadgradi v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2012.«

### 2. člen

*Enajsti odstavek 7. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»(11) Delež administrativno-tehničnega kadra v kalkulacijah za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev (Priloga I in Priloga Ia) lahko znaša največ 16,77 %.

*Sprememba velja od 1. novembra 2011.*

### 3. člen

*V prvi tabeli drugega odstavka 10. člena se za drugo alinejo dodata novi tretja in četrta alineja, ki se glasita:*

	Plačni razred
zdravnik specialist 2	51
diplomirani zdravstvenik 2	34

*V prvem odstavku 12. člena se za prvo alinejo doda nova druga alineja, ki se glasi:*

v splošni dejavnosti v času dežurstva	2,00 %
---------------------------------------	--------

*V prvem odstavku 12. člena se spremenita deseta in enajsta alineja tako, da se glasita:*

- v specialistični bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije) *	31,20%
- v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija*	26,50%

V skladu z določbami tega člena aneksa se v Prilogi I spremenijo kalkulacije NMP-A, NMP-B, NMP-B okrepljena, NMP-C in NMP-dežurstvo in kalkulacije, ki se nanašajo na specialistično bolnišnično dejavnost.

*Spremembe veljajo od 1. aprila 2011.*

V Prilogi BOL II/b-2a se v vseh primerih obravnav posameznih zavarovanih oseb, ki so trajale manj kot en dan, korigirajo sredstva za dežurno službo. V skladu s to določbo se ustreznim skupinam primerljivih primerov (SPP) določi nova utež.

*Sprememba velja od 1. januarja 2012.*

Sredstva iz naslova spremenjenih kalkulacij za dežurstva, novih uteži SPP in neakutne bolnišnične obravnave se od 1. januarja 2012 namenijo za:

- specialistično ambulantno dejavnost,
- dnevne obravnave,
- referenčne, učne in ruralne ambulante.

#### 4. člen

*Doda se nova 15. točka prvega odstavka 17. člena, ki se glasi:*

»15. draga bolnišnična zdravila.«

*Sprememba velja od 1. januarja 2011.*

#### 5. člen

*V šestem odstavku 25. člena se na koncu dodajo nove alineje, ki se glasijo:*

	Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva na letni ravni
60	Širitev programa za kardiologijo	ZD Metlika	0,3 tima	45.848,04
61	Širitev programa za kardiologijo	ZD Lendava	0,3 tima	45.848,04
62	Širitev programa dežurne službe	ZD Sežana	0,5 tima	177.761,39
63	Širitev programa nujnih reševalnih prevozov	ZD Sevnica	0,5 tima	168.082,34
64	Širitev programa otroškega in šolskega dispanzerja	ZD Ivančna Gorica	1 tim	122.739,17
65	Širitev programa fizioterapije	ZD Žalec	1 tim	37.186,71
66	Širitev programa splošne ambulante v SVZ	DEOS Ljubljana, Center starejših Notarnje gorice	0,5 tima	59.643,23

Sredstva se za zaporedne številke od 60 do 66 zagotovijo skladno z določilom druge točke prvega odstavka 2. člena tega Dogovora.

*Širitve programov veljajo od 1. januarja 2012.*

*V šestem odstavku 25. člena se na koncu doda nova alineja, ki se glasi:*

67	Povečanje programa v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje		13.140 dni zdravstvene nege	41.610,00
----	--	--	-----------------------------	-----------

Sredstva za zaporedno številko 67 se zagotovijo v skladu z določilom druge točke prvega odstavka 2. člena tega Dogovora.

*Sprememba velja od 1. 11. 2011 do 31. 12. 2011.*

#### 6. člen

*Sedemnajsta točka prvega odstavka 36. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»17. V primeru, da je zavarovana oseba vabljen na preventivni pregled ali preiskavo, je priporočena čakalna doba ne glede na to, kdo je poslal zavarovani osebi vabilo, izvajalec ali drugi pooblaščen organ ali služba, en mesec, dovoljena najdaljša čakalna doba pa toliko, kot velja za tiste zdravstvene storitve, ki so po stopnji nujnosti označene s "hitro".«

#### 7. člen

*Četrta stavek četrtega odstavka 37. člena se spremeni tako, da se glasi:*

»Če je zadnji dan zapadlosti plačila sobota, nedelja, dela prost dan v Republiki Sloveniji ali dela prost dan v plačilnem sistemu Target 2, se plačilo izvede prvi delovni dan po zadnjem dnevu zapadlosti,

vendar mora biti plačilo avansov za prvi obrok izvedeno najpozneje do desetega dne v mesecu.«

#### 8. člen

*Za prvim stavkom tretjega odstavka 40. člena se dodata nov drugi in tretji stavek, ki se glasita:*

»Za programe iz prvega stavka tega odstavka Zavod pri končnem letnem obračunu za koledarsko leto 2012 plača izvajalcem presegevanje rednega programa v višini do 10 % presegevanja pogodbenega plana (seštevek rednega pogodbenega plana in plana po nacionalnem razpisu). S 1. januarjem 2013 se plačevanje presegevanja rednega programa zniža na do 5 % presegevanja pogodbenega plana.«

*Sprememba velja od 1. januarja 2012.*

#### 9. člen

*Četrta in peti stavek četrtega odstavka 41. člena se nadomestita z naslednjim besedilom:*

»Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 90 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa preventive, v otroškem in šolskem dispanzerju 90 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa preventive, v dispanzerju za ženske pa 70 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa preventivnih pregledov raka materničnega vratu. Zaradi drugačne narave dela in večjega poudarka preventivi, se v splošnih referenčnih ambulantah zgornji odstotki ne upoštevajo.

Preventivni pregledi v okviru vseh treh presejalnih programov se plačujejo skladno z realizacijo. Ministrstvo za zdravje letno nadzoruje izvajanje preventivnih programov in sicer:

- ali je bila v okviru presejalnih programov na presejanje vabljen vsa ciljna populacija, ki zadošča pogojem za povabilo;
- odziv ciljne populacije na vabljenje;
- ostalo v skladu z odločitvijo Ministrstva za zdravje.

Ministrstvo za zdravje v sodelovanju z Inštitutom za varovanje zdravja po potrebi presoja in preverja uravnoveženost informacij o presejalnih programih, ki so v okviru nacionalnega vodstva programov podane ciljni populaciji. Vodstva in koordinatori presejalnih programov Ministrstvu za zdravje izročijo vse potrebne podatke, ki jih Ministrstvo za zdravje za presojo poteka presejalnih programov na nacionalni ravni potrebuje.«

#### 10. člen

*Za prvim stavkom se doda nov drugi stavek drugega odstavka 54. člena, ki se glasi:*

»Število posegov na letni ravni, ki je pogoj za sklenitev pogodbe o izvajanju tega posega, se 1. januarja 2012 spremeni na 75 posegov, 1. januarja 2013 pa na 100 posegov.«

*V 54. členu se doda nov tretji odstavek, ki se glasi:*

»(3) Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbenice stranke, predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za:

- pridobitev posla ali
- za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali
- za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali
- za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku; je nična.«

## 11. člen

Doda se nov četrty odstavek 58. člena, ki se glasi:

»(4) Izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti psihiatrije (razen UKC LJ in MKZ Rakitna) se veljavne cene primerov znižajo za toliko, da je znižanje pogodbenih vrednosti na letni ravni enako 1,6 milijonov evrov. Vsem izvajalcem se cene znižajo za enak odstotek. Znižanje cen v letu 2011 mora biti izvedeno tako, da od 1. 11. 2011 pomeni finančni učinek 0,6 milijonov evrov. S 1. 1. 2012 se sredstva, pridobljena z znižanjem pogodbenih vrednosti (1,6 mio EUR) v skladu z dokumenti Ministrstva za zdravje namenijo za širitev specialistično ambulantne dejavnosti psihiatrije in skupnostne psihiatrije.«

## 12. člen

V Prilogi I se briše kalkulacija »201 034 okulistika - zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljnja obravnava z aplikacijo zdravila AVASTIN«.

Sprememba velja od 1. septembra 2011.

V Prilogi I se spremenijo kalkulacije tako, da se glasijo:

### 201 120 PET CT

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO PREISKAV
SPECIALIST NUKLEARNE MEDICINE	3,45	53	150.049,68	2.500
INŽENIR RADIOLOGIJE	3,19	33	63.319,86	
FARMACEVT	0,27	43	7.933,32	
DIPL.MED.SESTRA/VIŠJA MED.SESTRA	0,80	36	17.862,39	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	1,33	24	18.548,28	
<b>SKUPAJ</b>	<b>9,04</b>		<b>257.713,53</b>	<b>2.500</b>
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	257.713,53			
OBVEZNOSTI	41.491,88			
SKUPNA PORABA	8.808,62			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	3.433,05			
MAT STROŠKI	1.596.763,97			
AMORTIZACIJA	226.213,74			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	774,80			
<b>SKUPAJ – EUR</b>	<b>2.135.199,59</b>			
<b>CENA</b>	<b>854,08</b>			

\* Kalkulacija je v cenah julij 2011

Sprememba velja od 1. novembra 2011.

### 201 030 GINEKOLOGIJA - DIAGNOSTIČNA HISTEROSKOPIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	43.492,66	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.327,98	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,75	25	10.877,92	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,47	24	6.554,66	
<b>SKUPAJ</b>	<b>3,22</b>		<b>83.253,22</b>	<b>4.342</b>
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	83.253,22			
OBVEZNOSTI	13.403,77			
SKUPNA PORABA	3.137,58			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.222,84			
MATERIALNI STROŠKI	707.153,95			
AMORTIZACIJA	3.102,17			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	774,80			
<b>SKUPAJ – EUR</b>	<b>812.048,33</b>			
<b>CENA</b>	<b>187,02</b>			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah julij 2011.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po operaciji.
- Poleg cene za storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

Sprememba velja od 1. novembra 2011.

## 201 039 154 DIALIZA I

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO DIALIZ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,08	53	4.223,78	1.000
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,19	25	20.952,09	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,22	24	3.724,52	
<b>SKUPAJ</b>	<b>1,49</b>		<b>28.900,39</b>	<b>1.000</b>
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>SKUPAJ PROGRAM</b>			
BRUTO OD	28.900,39			
OBVEZNOSTI	4.652,96			
SKUPNA PORABA	1.489,09			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	580,36			
MATERIALNI STROŠKI	119.182,56			
AMORTIZACIJA	18.539,88			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	794,67			
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>174.139,91</b>			
<b>SKUPAJ - EUR (-2,5%)</b>	<b>169.786,41</b>			
<b>CENA</b>	<b>169,79</b>			

## Opombe:

- Cena dialize vključuje stroške eritropoetina.
- V primeru, da dializa traja več kot 8 ur, izvajalec po izteku 8 ur obračuna novo dializo.
- Kalkulacija je v cenah julij 2011.

## 201 039 155 DIALIZA II

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO DIALIZ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,36	53	19.007,03	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	2,51	36	68.032,89	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,50	24	8.464,82	
<b>SKUPAJ</b>	<b>3,37</b>		<b>95.504,73</b>	<b>1.000</b>
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>SKUPAJ PROGRAM</b>			
BRUTO OD	95.504,73			
OBVEZNOSTI	15.376,26			
SKUPNA PORABA	3.367,94			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.312,62			
MATERIALNI STROŠKI	168.130,94			
AMORTIZACIJA	18.903,32			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	794,67			
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>303.390,48</b>			
<b>SKUPAJ - EUR (-2,5%)</b>	<b>295.805,71</b>			
<b>CENA</b>	<b>295,81</b>			

## Opombe:

- Cena dialize vključuje stroške eritropoetina.
- V primeru, da dializa traja več kot 8 ur, izvajalec po izteku 8 ur obračuna novo dializo.
- Kalkulacija je v cenah julij 2011.

## 201 039 156 DIALIZA III

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO DIALIZ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,17	53	8.975,54	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,39	36	37.675,58	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,27	24	4.571,00	
<b>SKUPAJ</b>	<b>1,83</b>		<b>51.222,13</b>	<b>1.000</b>
<b>FINANČNI NAČRT</b>	<b>SKUPAJ PROGRAM</b>			
BRUTO OD	51.222,13			
OBVEZNOSTI	8.246,76			
SKUPNA PORABA	1.828,88			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	712,79			
MATERIALNI STROŠKI	150.774,34			
AMORTIZACIJA	18.786,64			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	794,67			
<b>SKUPAJ - EUR</b>	<b>232.366,20</b>			
<b>SKUPAJ - EUR (-2,5%)</b>	<b>226.557,05</b>			
<b>CENA</b>	<b>226,56</b>			

## Opombe:

- Cena dialize vključuje stroške eritropoetina.
- V primeru, da dializa traja več kot 8 ur, izvajalec po izteku 8 ur obračuna novo dializo.
- Kalkulacija je v cenah julij 2011.

V pogodbah z izvajalci Zavod opredeli deleže posameznih tipov dializ in 1. januarja 2012 uvede nadzore o dogovorjenih deležih ter porabi zdravil za izvajanje dializne dejavnosti (eritropoetin, genetriki).

*Spremembe veljajo od 1. novembra 2011.*

### 13. člen

*Prva točka prvega odstavka 26. člena Priloge ZD ZAS II/a se spremeni tako, da se glasi:*

»1. Nosilcu Programa SVIT se v letu 2011 zagotavljajo sredstva za naslednje namene:

- Za upravljanje programa SVIT, ki zajema: vodenje in koordinacijo izvajanja programa SVIT, načrtovanje, spremljanje, izobraževanje, promocijo in komuniciranje s ciljnim javnostmi, osebno in telefonsko svetovanje v zvezi s programom SVIT, zagotavljanje kakovosti, evalvacijo in nadzor nad kakovostjo izvajanja programa. Sredstva se nosilcu zagotavljajo v pavšalu in v letu 2011 znašajo 1.282.958 evrov na letni ravni. Kalkulacija je prikazana v Prilogi ZD ZAS II/a-8a;
- Za izvajanje vabljenja v program SVIT, ki zajema aktivnosti osebnega vabljenja in pridobivanje pisnih soglasij ter za izvedbo testiranja na prikrito krvavitev v blatu, ki zajema pošiljanje testov za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu, laboratorijske preiskave vzorcev blata na prikrito krvavitev, obveščanje preiskovancev in njihovih osebnih zdravnikov o izvidih in nadaljnjih pregledih. Zavod bo storitve plačeval po realizaciji. Storitve vabljenja v program SVIT se obračuna po ceni 1,37 evrov, storitev testiranja na prikrito krvavitev v blatu pa po ceni 1,91 evrov. Kalkulacija cen je v Prilogi ZD ZAS II/a-8b;
- Za stroške testerjev in sredstva za čiščenje črevesa pred kolonoskopijo. Zavod bo storitve plačeval po realizaciji kot posebej zaračunljiv material. Na dan 1. september 2011 je cena sredstva za čiščenje črevesa 13,64 evrov, cena testerja pa 6,54 evrov. Kalkulacija stroškov na letni ravni ob predvideni 65 % odzivnosti v Program SVIT je prikazana v Prilogi ZD ZAS II/a-8c.«

*Enajsti stavek 4. točke prvega odstavka 26. člena Priloge ZD ZAS II/a se spremeni tako, da se glasi:*

»Program SVIT izvajajo Inštitut za varovanje zdravja, osebni zdravniški preiskovancev, centri za izvajanje presejalnih kolonoskopskih pregledov in centri za izvajanje presejalnih histopatoloških pregledov.«

*Trinajsti stavek 4. točke prvega odstavka 26. člena Priloge ZD ZAS II/a se nadomesti z naslednjim besedilom:*

»Seznam pooblaščenih presejalnih kolonoskopskih centrov in pooblaščenih kolonoskopistov za izvajanje presejalnih kolonoskopij ter seznam pooblaščenih patohistoloških centrov in pooblaščenih patohistologov, ki izpolnjujejo predpisane standarde kakovosti v Programu SVIT, je objavljen na spletni strani Programa SVIT. Nosilec enkrat letno, do 15. februarja tekočega leta, seznaniti Zavod z ažurnim seznamom pooblaščenih centrov in izvajalce.«

*Doda se nova 6. točka prvega odstavka 26. člena Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:*

»6. osebe, ki so v Programu SVIT pozitivne pri testiranju na prikrito krvavitev v blatu in po dveh opomnikih ne vrnejo testerjev z vzorci blata in osebe, ki imajo pozitiven test na prikrito krvavitev v blatu ter se ne odzovejo na kolonoskopijo, imajo pravico do preventivnega obiska patronažne sestre. Do preventivnega obiska v programu SVIT imajo pravico tudi slabovidne, slepe, naglušne in gluhe ter drugače invalidne osebe, kronični bolniki ter socialno deprivilirane osebe, ki se slabše odzivajo v program.«

### 14. člen

*Drugi odstavek 53. člena Priloge ZD ZAS II/a se briše.*

*Sprememba velja od 1. novembra 2011.*

### 15. člen

*Dodajo se nove Priloge ZD ZAS II/a-8a, b in c, ki se glasijo:*

*Priloga ZD ZAS II/a-8a*

#### Upravljanje Programa SVIT

v EUR

1	STROŠKI MANAGEMENTA	946.545
	Materialni stroški	69.334
	Amortizacija	36.500
	Upravljanje in izvajanje informacijske poslovne funkcije in upravljanje tehnoloških procesov	100.000
	Komunikacijske dejavnosti in promocija	205.158
	Predavanja - izobraževanja	80.000
	Nacionalna koordinacija- PS Svit	30.000
	Regijska koordinacija Svit	15.000
	Evalvacija, analiza, raziskave	35.000
	Zagotavljanje kakovosti (v kolonoskopskih in patohistoloških enotah - nadzor iz stroke, razvoj kakovosti): 12 kolonoskopskih centrov x 2.000 EUR	31.200
	Strošek plač MANAGEMENT	344.353
2	STROŠKI LABORATORIJA	336.413
	Strošek plač IZVAJANJE	237.413
	Materialni stroški IZVAJANJE	62.500
	Amortizacija IZVAJANJE	36.500
	<b>SKUPAJ 1+2</b>	<b>1.282.958</b>

*Priloga ZD ZAS II/a-8b*

na osebo 1,37

#### Vabljenje v Program SVIT

		Število vabljenih	Cena enote v EUR z DDV	Skupaj stroški v EUR z DDV
3.1	PRVO vabilo in privolitev v sodelovanje			246.688,20
	dopis A4	305.000	0,0236	7.210,20
	knjižica o tihem morilcu	305.000	0,0784	23.899,80
	pisemska ovojnica C5 z okencem	305.000	0,0204	6.222,00
	dopis 2 (privolitev) A4	305.000	0,0236	7.210,20
	pisemska ovojnica C6 (za dopis 2)	305.000	0,0187	5.709,60
	poštni stroški pošiljanja dopisa 1	305.000	0,3684	112.362,00
	poštni stroški vračanja dopisa 2 (65% odziv)	200.000	0,4050	81.000,00
	kuvertiranje	305.000	0,0101	3.074,40
3.2	PRVO vabilo in privolitev v sodelovanje za 5.000 oseb z izgubljenimi vabili			3.121,20
	dopis A4	5.000	0,0236	118,20
	knjižica o tihem morilcu	5.000	0,0784	391,80
	pisemska ovojnica C5 z okencem	5.000	0,0204	102,00
	dopis 2 (privolitev) A4	5.000	0,0236	118,20
	pisemska ovojnica C6 (za dopis 2)	5.000	0,0187	93,60
	poštni stroški pošiljanja dopisa 1	5.000	0,0444	222,00
	poštni stroški vračanja dopisa 2 (65% odziv)	5.000	0,4050	2.025,00
	kuvertiranje	5.000	0,0101	50,40

3.3	Opomnik1 - neodzivnim na dopis 1 (85%)			109.538,31
	dopis A4	259.250	0,0236	6.128,67
	pisemska ovojnica C5 z okencem	259.250	0,0204	5.288,70
	poštni stroški pošiljanja dopisa 1	259.250	0,3684	95.507,70
	kuvertiranje	259.250	0,0101	2.613,24
3.4	Opomnik2 - neodzivnim na dopis 1 (40%)			51.547,44
	dopis A4	122.000	0,0236	2.884,08
	pisemska ovojnica C5 z okencem	122.000	0,0204	2.488,80
	poštni stroški pošiljanja dopisa 1	122.000	0,3684	44.944,80
	kuvertiranje	122.000	0,0101	1.229,76
3.5	Poštni stroški 2X letno (teden požarne varnosti in teden solidarnosti): 3.000 kuvert/dan			4.860,00
	poština	30.000	0,1620	4.860,00
3.6	1. opomnik na nepodpisano izjavo			718,05
	dopis A4,	1.000	0,0236	23,64
	kopija izjave, A4 obojestranska	1.000	0,0236	23,64
	pisemska ovojnica C5 z okencem	1.000	0,0204	20,40
	pisemska ovojnica C6	1.000	0,0187	18,72
	poštni stroški pošiljanja dopisa	1.000	0,3684	368,40
	poštni stroški vračanja dopisa (65% odziv)	650	0,4050	263,25
3.7	2. opomnik na nepodpisano izjavo			35,90
	dopis A4,	50	0,0236	1,18
	kopija izjave, A4 obojestranska	50	0,0236	1,18
	pisemska ovojnica C5 z okencem	50	0,0204	1,02
	pisemska ovojnica C6	50	0,0187	0,94
	poštni stroški pošiljanja dopisa	50	0,3684	18,42
	poštni stroški vračanja dopisa (65% odziv)	33	0,4050	13,16
<b>3</b>	<b>SKUPAJ</b>			<b>416.509,10</b>

### Testiranje na prikrito krvavitev v blatu

		Število vabljenih	Cena enote v EUR z DDV	Skupaj stroški v EUR z DDV
4.1	FOBT - pošiljanje testa (izhodiščna 65 % odzivnost z odštetimi 12% izključitvenih kriterijev)			210.517,71
	pisemska ovojnica C5 z okencem	198.250	0,0204	4.044,30
	dopis A4	198.250	0,0128	2.545,53
	Zloženka FOBT, navodila za odvzem blata	198.250	0,0314	6.232,98
	poštni stroški pošiljanja	198.250	0,4320	85.644,00
	obložena pisemska ovojnica	198.250	0,0792	15.701,40
	test 2 x	198.250	0,0000	0,00
	poštni stroški vračanja	198.250	0,4860	96.349,50
4.2	FOBT - pošiljanje: neuporabni vzorci (6 %)			11.115,76
	pisemska ovojnica C5 z okencem	10.468	0,0204	213,55
	dopis A4	10.468	0,0128	134,41
	Zloženka FOBT, navodila za odvzem blata	10.468	0,0314	329,11
	poštni stroški pošiljanja	10.468	0,4320	4.522,18
	obložena pisemska ovojnica A5	10.468	0,0792	829,07

	test 2 x	10.468	0,0000	0,00
	poštni stroški vračanja	10.468	0,4860	5.087,45
4.3	Opomnik FOBT - 1 (30 %)			26.999,27
	dopis A4	59.475	0,0286	1.698,61
	pisemska ovojnica C5 z okencem	59.475	0,0204	1.213,29
	poštni stroški pošiljanja	59.475	0,4050	24.087,38
4.4	Opomnik FOBT - 2 (22 %)			19.799,47
	dopis A4	43.615	0,0286	1.245,64
	pisemska ovojnica C5 z okencem	43.615	0,0204	889,75
	poštni stroški pošiljanja	43.615	0,4050	17.664,08
4.5	Obvestilo o negativnem FOBT - bolnik (94 %)			82.352,04
	dopis A4	186.355	0,0128	2.392,80
	pisemska ovojnica C5 z okencem	186.355	0,0204	3.801,64
	poštni stroški pošiljanja	186.355	0,4050	75.473,78
	poština - obvestilo o negativnem FOBT - zdravnik 1x letno	1.500	0,4050	607,50
	kuverte	1.500	0,0204	30,60
	dopis A4 2X	3.000	0,0152	45,72
4.6	Obvestilo o pozitivni FOBT - bolnik (6 %)			20.986,78
	dopis A4	11.895	0,0370	439,64
	pisemska ovojnica C5 z okencem	11.895	0,0204	242,66
	poštni stroški pošiljanja - navadno	11.895	0,4320	5.138,64
	Brošura kolonoskopija A5	11.895	0,1706	2.029,76
	Anamnestični vprašalnik A4	11.895	0,0370	439,64
	Navodila za MoviPrep	11.895	0,0570	678,02
	Vprašalnik za oceno izkušnje kolonoskopije	11.895	0,0368	438,21
	poština za vrnjen vprašalnik	11.895	0,4050	4.817,48
	povratna kuverta	11.895	0,0187	222,67
	Dopis o terminu in lokaciji kolonoskopije	11.895	0,0404	480,76
	pisemska ovojnica C5 z okencem	11.895	0,0204	242,66
	Navodila za MoviPrep	11.895	0,0570	678,02
	poštni stroški pošiljanja - navadno	11.895	0,4320	5.138,64
4.7	Obvestilo o pozitivni FOBT - zdravnik (6 %)			5.499,77
	dopis A4	11.895	0,0370	439,64
	pisemska ovojnica C5 z okencem	11.895	0,0204	242,66
	poštni stroški pošiljanja - navadno	11.895	0,4050	4.817,48
4.8	Obvestilo o pozitivnem FOBT - neodzivniki na kolonoskopijo (10% od vseh pozitivnih testov)			550,21
	dopis A4	1.190	0,0370	43,98
	pisemska ovojnica C5 z okencem	1.190	0,0204	24,28
	poštni stroški pošiljanja - navadno	1.190	0,4050	481,95
4.9	Obvestilo o pozitivnem FOBT - neodzivniki na kolonoskopijo - zdravnik (10% od že poslanih opomnikov neodzivnikom na kolonoskopijo)			55,02
	dopis A4	119	0,0370	4,40
	pisemska ovojnica C5 z okencem	119	0,0204	2,43
	poštni stroški pošiljanja - navadno	119	0,4050	48,20
<b>4</b>	<b>SKUPAJ</b>			<b>377.876,03</b>



## Priloga ZD ZAS II/a-8c

Izračun sredstev za nabavo testerjev  
in sredstva za čiščenje črevesa pred kolonoskopijo

		Število oseb	Cena enote v EUR z DDV	Skupaj stroški v EUR z DDV
5	Direktni stroški medicinskega materiala			1.537.340,63
	Pripravki za čiščenje - MoviPrep (pozitivni testi + 5% ponovljena kolonoskopija)	12.500	13,64	170.480,63
	Nakup testov z reagenti + posebne transportne vrečke z absorpcijskim materialom	209.000	6,54	1.366.860,00
5	<b>SKUPAJ</b>			<b>1.537.340,63</b>

**16. člen**

Doda se nov četrty odstavek 5. člena Priloge BOL II/b, ki se glasi:

»(4) Akcijski načrt uvajanja skupnostne psihiatrije do leta 2015 v Sloveniji ter posebej za leto 2012 pripravi, koordinira ter nadzira Koordinacijski svet za uvajanje skupnostne psihiatrije, ki ga imenuje minister za zdravje. Koordinacijski svet akcijski načrt pripravi do 10. 12. 2011.«

**17. člen**

Tretji odstavek 27. člena Priloge BOL II/b se briše.

**18. člen**

Zadnji stavek prvega odstavka 28. člena Priloge BOL III/b se spremeni tako, da glasi:

»Določba velja od 1. julija 2011 naprej, z izjemo učinkovine natalizumab, ki se izloči iz pogodbe UKC Ljubljano od 1. februarja 2011 naprej in iz pogodbe UKC Maribor od 1. avgusta 2011 naprej.«

**19. člen**

Planirana sredstva za terciar I iz Tabele 2 Priloge BOL II/b-4 se znižajo za 5 %.

Sprememba velja od 1. novembra 2011.

**20. člen**

Sedma točka Priloge BOL II/b-5 (Seznam zdravil v bolnišnični dejavnosti, za katere se poraba spremlja na nivoju bolnika) se spremeni tako, da se glasi:

»7. pegilirani liposomski doksorubicin«

Sprememba velja od 1. januarja 2012 naprej.

Iz Priloge BOL II/b-5 se brišejo naslednje točke:

5. cisplatin
6. docetaksel
12. gemcitabin
17. irinotekan
20. oksaliplatin
22. paklitaksel
29. topotekan
33. vinorelbin

Sprememba velja od 1. januarja 2012 naprej.

**21. člen**

V zadnjem stavku prvega odstavka 9. člena Priloge LEK II/c se briše pika in doda naslednje besedilo:

»in določbami Zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o sistemu plač v javnem sektorju (Ur. list RS št. 59/2010).«

**22. člen**

V Prilogi LEK II/c-1 se doda novo lekarniško storitev za obračun storitev z Zavodom:

70017	Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept za 4x večje pakiranje od najmanjšega (storitev s šifro 70017 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70011 za vsako izdano škatlo zdravila).	0,08
-------	--	------

V Prilogi LEK II/c-1 se storitev s šifro 72212 spremeni tako da se glasi:

72212	Izdelava pripravkov iz zdravju škodljivih zdravilnih učinkovin (metronidazol, tretinoin, etinilestradiol)	1. mag. farm 1. farm.tehn	6,00 18,00	3,29
-------	---	------------------------------	---------------	------

**23. člen**

V prilogi ZDRAV II/d - 3 se pri Termah Lendava pod točko B dodata standarda tipa 7 in 9.

**24. člen**

V tabeli 1 drugega odstavka 2. člena Priloge SVZ II/e se pri izvajalcih v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije briše točka 8 in na koncu doda novi točki, ki se glasita:

10.	Dom upokoencev Ptuj, enota Juršinci *	56	19.710
11.	DEOS Ljubljana, Center starejših Notranje gorice **	156	51.246

Pod tabelo se dodata opombi, ki se glasita:

»\*Prenos programa Doma Hodoš, ki se črta.

\*\*Sredstva za povečane kapacitete za izvajalca DEOS enota Notranje gorice so zagotovljena na način, da se za ustrezen znesek znižajo cene zdravstvene nege I, II in III v enotah DEOS: Center starejših Cerknica, Center starejših Trnovo, Center starejših Medvode in Center starejših Gornji grad. Ukrep velja do 31. 12. 2011.«

## 25. člen

Priloga SVZ II/e-1 se spremeni tako, da se glasi:

## Plan zdravstvenih storitev v letu 2011

Izvajalci v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije

Priloga SVZ II/e-1

OBMOČNA ENOTA ZZSZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			SKUPAJ
Izvajalec				I	II	III	
<b>I. DOMOVI ZA STAREJŠE</b>							
<b>CELJE</b>							
1	Dom ob Savinji Celje	241	A	10.101	1.956	66.025	78.081
2	Dom sv.Jozefa Celje	121	A	17.084	1.176	24.616	42.876
3	THERMANA d.d., Dom starejših, Laško	165	A	22.015	1.444	33.536	56.994
4	"Lambrechtov dom" Slovenske Konjice	160	A	7.174	1.887	46.113	55.174
5	Dom starejših Šentjur	167	A	8.784	4.668	40.743	54.196
6	Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah	197	A	9.353	9.528	51.740	70.621
7	Dom Lipa Celje, Dom Štore	136	A	10.943	3.619	33.589	48.151
8	Dom upokojencev Polzela	224	A	27.323	1.836	49.614	78.773
9	Comett domovi Lj., Pegazov dom Rogaška Slatina	131	A	12.025	40	34.331	46.396
10	Contraco d.o.o., Špesov dom Vojnik	169	A	8.694	1.760	47.798	58.252
11	Zavod sv. Rafaela, Vransko	62	A	6.901	738	14.626	22.265
	Skupaj	1.773		140.397	28.651	442.731	611.779
<b>KOPER</b>							
12	Center za starejše občane Lucija, Piran	164	A	20.117	272	28.912	49.301
13	Dom upokojencev Izola	225	A	25.512	1.462	47.598	74.572
14	Obalni dom upokojencev Koper	203	A	16.276	404	53.574	70.254
15	Dom upokojencev Postojna	160	A	19.791	1.211	31.238	52.240
16	Talita kum zavod Postojna	40	A	11	1	14.584	14.596
17	Dom upokojencev Sežana	192	A	26.099	1.065	34.486	61.650
18	Dom starejših občanov Ilirska Bistrica	231	A+B	29.430	30	51.045	80.505
	- mesta za starejše	178	A	22.811	30	39.458	62.299
	- mesta za posebne oblike varstva	53	B	6.619	-	11.587	18.206
	Skupaj	1.215		137.236	4.445	261.437	403.118
<b>KRANJ</b>							
19	Dom sv.Martina, Srednja vas, Bohinj	60	A	4.769	-	15.324	20.093
20	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	195	A	13.383	3.555	50.412	67.350
21	Dom upokojencev Kranj	211	A	12.323	3.699	57.295	73.317
22	Dom starejših občanov Preddvor	233	A	5.837	4.975	71.833	82.645
23	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	220	A	19.139	4.835	49.917	73.891
24	Center slepih in starejših Škofja Loka	216	A	11.073	2.796	53.420	67.289
25	Dom Petra Uzarja Tržič	180	A	5.394	10.059	48.146	63.599
	Skupaj	1.315		71.918	29.919	346.347	448.184
<b>KRŠKO</b>							
26	Dom starejših občanov Krško	212	A	17.706	1.649	55.179	74.534
27	Dom upokojencev in oskrbovancev Impoljca	506	A+B	35.452	4.537	141.612	181.601
	- enote Brežice in Sevnica, za starejše	211	A	24.331	4.537	46.193	75.061
	- enota Impoljca, posebna enota	295	B	11.121	-	95.419	106.540
28	Trubarjev dom upokojencev Loka pri Zidanem mostu	222	A	24.105	552	52.299	76.956
	Skupaj	940		77.263	6.738	249.090	333.091
<b>LJUBLJANA</b>							
29	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Notranje Gorice, Brezovica	156	A	10.772	2.485	37.989	51.246
30	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Cerknica	157	A	13.105	1.854	42.159	57.118
31	Dom upokojencev Domžale	171	A	8.484	8.777	41.345	58.606
32	Zavod sv.Terezije, Videm, Dobrepolje	76	A	3.748	2.954	18.082	24.784
33	Dom starejših občanov Grosuplje	237	A	14.042	5.919	61.011	80.972
34	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Horjul	100	A	2.214	43	27.447	29.704
35	Dom starejših Hrastnik	131	A	11.772	970	31.446	44.188
36	Dom upokojencev "Jožeta Primožiča - Miklavža" Idrija	274	A+B	5.753	2.587	86.874	95.214
	- enota Idrija, za starejše	125	A	4.499	205	38.022	42.726
	- enota Spodnja Idrija, posebna enota	149	B	1.254	2.382	48.852	52.488
37	SVZ Vitadom, PE Dom za starejše Bor, Črni vrh na Idrijo	138	A	4.020	509	43.775	48.304
38	Dom starejših občanov Kamnik	223	A	2.898	337	62.908	66.143
39	Dom starejših občanov Kočevje	160	A	7.641	846	46.053	54.540
40	Dom "Tisje" Šmartno pri Litiji	194	A	16.186	1.148	50.861	68.195

OBMOČNA ENOTA ZZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			
Izvajalec	I			II	III	SKUPAJ	
41	Dom starejših občanov Ljubljana - Bežigrad	228	A+B	27.806	7.220	44.763	79.789
	- mesta za starejše	215	A	27.537	7.219	40.534	75.290
	- mesta za posebne oblike varstva	13	B	269	1	4.229	4.499
42	Dom upokoencev Center, Tabor-Poljane	505	A	39.207	17.145	116.832	173.184
43	Dom starejših občanov Fužine, Ljubljana	171	A+B	16.405	6.864	30.958	54.227
	- mesta za starejše	166	A	16.374	6.864	29.097	52.335
	- mesta za posebne oblike varstva	5	B	31	-	1.861	1.892
44	Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje	212	A	17.310	392	56.780	74.482
45	Dom starejših občanov Ljubljana - Šiška	230	A	10.609	3.732	52.815	67.156
46	Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik	570	A	41.491	6.817	150.017	198.325
47	Dom sv. Janeza Krstnika, Trnovo, Ljubljana	66	A	5.705	1.672	12.649	20.026
48	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Trnovo	150	A	18.162	1.857	32.734	52.753
49	Dom starejših Logatec	163	A	10.990	1.193	41.023	53.206
50	Dom Marije in Marte Logatec	68	A	6.771	126	16.643	23.540
51	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Medvode	195	A	14.488	3.177	51.375	69.040
52	Dom počitka Mengeš	261	A	6.229	11.116	73.694	91.039
53	RIVE, Dom starejših občanov Ribnica	154	A	8.126	813	43.268	52.207
54	Dom upokoencev "Franca Salamona" Trbovlje	204	A	18.626	9.903	40.519	69.048
55	Dom upokoencev Vrhnika	242	A	24.442	305	56.516	81.263
56	Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	165	A	14.823	606	40.061	55.490
	Skupaj	5.601		381.825	101.367	1.410.596	1.893.788
<b>MARIBOR</b>							
57	Dom upokoencev "Danice Vogrinc" Maribor	809	A+B	65.980	5.883	188.749	260.612
	- enoti Pobrežje in Tabor, za starejše	620	A	64.858	5.883	124.824	195.565
	- enota Pobrežje, za posebne oblike varstva	189	B	1.122	-	63.925	65.047
58	Dom starejših Tezno, Maribor	200	A	12.191	1.063	56.735	69.989
59	Dom pod Gorco, Maribor	150	A	10.358	2.390	36.528	49.276
60	Sončni dom Maribor	159	A	7.291	5.495	42.812	55.598
61	Center za starejše Ormož	153	A	4.441	8.230	40.258	52.929
62	Dom starejših Idila, Jarenina	165	A	9.919	921	41.606	52.446
63	Dom Lenart, d.o.o.	165	A	16.671	2.523	33.635	52.829
64	Dom upokoencev Ptuj	611	A	40.822	1.960	172.431	215.213
65	Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	295	A	20.946	720	71.597	93.263
	Skupaj	2.707		188.619	29.185	684.352	902.155
<b>MURSKA SOBOTA</b>							
66	Dom starejših Rakičan	360	A	5.763	609	104.882	111.254
67	Zavod sv.Cirila in Metoda, Beltinci	84	A	3.222	144	21.217	24.583
68	Dom starejših občanov Gornja Radgona	132	A	6.540	443	41.190	48.173
69	Vital Glammy d.o.o., Trbovlje, Dom Kuzma	64	A	2.240	-	12.854	15.094
70	Dom starejših Lendava	172	A	5.557	220	48.689	54.466
71	Dom starejših Ljutomer	150	A	10.425	7.389	36.992	54.806
72	DOSOR, Dom starejših občanov Radenci	132	A	15.769	8.583	22.383	46.735
73	Zavod Čebela Slov.Konjice, Dom Velika Polana	60	A	543	-	7.129	7.672
	Skupaj	1.154		50.059	17.388	295.336	362.783
<b>NOVA GORICA</b>							
74	Dom starejših občanov Ajdovščina	151	A	13.236	1.274	36.844	51.354
75	Dom upokoencev Nova Gorica	325	A	24.437	6.837	79.373	110.647
76	Dom upokoencev Gradišče	147	A	17.457	1.153	32.013	50.623
77	TURZIS, Renče	32	A	2.758	56	4.766	7.580
78	Dom upokoencev Podbrdo	372		23.295	3.924	88.718	115.937
	- enoti Podbrdo in Tolmin, za starejše	276	A	20.524	1.900	59.554	81.978
	- enota Petrovo brdo, za posebne oblike varstva	96	B	2.771	2.024	29.164	33.959
79	Zavod Pristan, Center starejših Pristan, Vipava	104	A	8.113	3.566	15.820	27.499
	Skupaj	1.131		89.296	16.810	257.534	363.640
<b>NOVO MESTO</b>							
80	Dom starejših občanov Črnomelj	200	A	3.022	3.065	59.215	65.302
81	Dom počitka Metlika	174	A	18.004	4.981	36.059	59.044
82	Dom starejših občanov Novo mesto	360	A	15.895	202	108.766	124.863
83	Penzion Sreča, Šmarješke Toplice	36	A	2.016	1.089	9.619	12.724
84	Dom starejših občanov Trebnje	217	A	11.943	4.200	58.480	74.623
	Skupaj	987		50.880	13.537	272.139	336.556

OBMOČNA ENOTA ZZZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			
Izvajalec	I			II	III	SKUPAJ	
RAVNE NA KOROŠKEM							
85	Koroški dom starostnikov Dravograd	364	A	24.843	17.619	82.243	124.705
86	Zavod Čebela SI.Konjice, Dom sv. Eme Šentjanž pri Dravogradu	21	A	2.680	413	3.072	6.165
87	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Gornji grad	155	A	14.609	1.138	38.054	53.801
88	Dom starejših na Fari, Prevalje	190	A	7.021	674	57.692	65.387
89	DOM HMELINA, dom za starejše občane, Radlje ob Dravi	148	A	11.405	1.245	33.884	46.534
90	Center starejših Zimzelen Topolšica, PV Invest d.o.o.	150	A	8.802	4.304	22.043	35.149
91	Dom za varstvo odraslih Velenje	190	A	20.083	9.262	38.811	68.156
	Skupaj	1.218		89.443	34.655	275.799	399.897
<b>SKUPAJ DOMOVI ZA STAREJŠE</b>		<b>18.041</b>	<b>A, B</b>	<b>1.276.935</b>	<b>282.695</b>	<b>4.495.361</b>	<b>6.054.992</b>
<b>II. POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI</b>							
CELJE							
92	Dom Nine Pokorn Grmovje	240	C	-	43	85.606	85.649
KOPER							
93	Socialnovarstveni zavod Dutovlje	165	C	18	23	58.688	58.729
LJUBLJANA							
94	Delovnovarstveni zavod Prizma, Ponikve	130	C	971	13.998	29.572	44.541
MARIBOR							
95	SVZ Hrastovec	680	C I	807	-	236.689	237.496
MURSKA SOBOTA							
96	Dom Lukavci	303	C	2.782	395	106.029	109.206
<b>SKUPAJ POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI</b>		<b>1.518</b>	<b>C, C1</b>	<b>4.578</b>	<b>14.459</b>	<b>516.584</b>	<b>535.621</b>
<b>III. PODALJŠANA BOLNIŠNIČNA REHABILITACIJA</b>							
97	Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	15	I	oskrbni dan rehabilitacije			BOD 5.475

## Izvajalci v okviru Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije

OBMOČNA ENOTA ZZZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			
Izvajalec	I			II	III	SKUPAJ	
<b>I. SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI ZA USPOSABLJANJE</b>							
CELJE							
1	CUDV Dobrna	82	E	-	10.173	21.721	31.894
	Dnevni programi				651	1.948	2.599
	Celodnevni programi				9.522	19.773	29.295
KRANJ							
2	CUDV Matevža Langusa, Radovljica	124	E	-	19.026	25.858	44.884
	Dnevni programi				600	420	1.020
	Celodnevni programi				18.426	25.438	43.864
LJUBLJANA							
3	CUDV Dolfke Boštjančič Draga, Ig	360	D	-	16.100	108.027	124.127
	Dnevni programi				2.113	10.074	12.187
	Celodnevni programi				13.987	97.953	111.940
MARIBOR							
4	Zavod dr.Marjana Borštnarja, Dornava	355	D	7.361	6.226	110.287	123.874
	Dnevni programi			384	1.162	5.780	7.326
	Celodnevni programi			6.977	5.064	104.507	116.548
RAVNE NA KOROŠKEM							
5	CUDV Črna na Koroškem	254	E	4.376	51.335	35.146	90.857
	Dnevni programi			641	2.290	1.722	4.653
	Celodnevni programi			3.735	49.045	33.424	86.204
	Skupaj I	1.175		11.737	102.860	301.039	415.636

OBMOČNA ENOTA ZZZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			
Izvajalec				I	II	III	SKUPAJ
<b>II. ZAVODI ZA USPOSABLJANJE</b>							
LJUBLJANA							
6	Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik	175	F		35.730		35.730
NOVA GORICA							
7	CIRIUS, Vipava - dnevna obravnava	27	F		6.048		6.048
	- institucionalna obravnava	63	F		13.968		13.968
	Skupaj II	265		-	55.746	-	55.746
<b>III. DOMSKO VARSTVO PRI VARSTVENODELOVNIH CENTRIH</b>							
CELJE							
8	Center za usposabljanje, delo in varstvo Golovec, Celje	162	G		41.723		41.723
9	Varstvenodelovni center Šentjur	10	G		3.650		3.650
KOPER							
10	Varstvenodelovni center Postojna	7	G		2.555		2.555
11	Varstvenodelovni center Koper	10	G		3.650		3.650
	Skupaj	17			6.205		6.205
KRANJ							
12	VDC Kranj	50	G		16.060		16.060
KRŠKO							
13	Varstvenodelovni center Krško, Leskovec	12	G		4.009		4.009
LJUBLJANA							
14	Društvo Barka, Zbilje	12	G		3.650		3.650
15	INCE Mengeš	32	G			11.082	11.082
16	Sonček, Zveza društev za cerebralno paralizo Slovenije	46	G		9.622		9.622
17	Varstvenodelovni center Tončke Hočevar, Ljubljana	250	G		71.124		71.124
18	Varstvenodelovni center Želva, Ljubljana	38	G		9.751		9.751
19	Varstvenodelovni center Idrija Vrhnika	32	G		11.092		11.092
20	Varstvenodelovni center Zagorje ob Savi	12	G		2.840		2.840
	Skupaj	422			108.079	11.082	119.161
MARIBOR							
21	Varstvenodelovni center Polž, Maribor	20	G		4.452	3.829	8.281
22	Medobčinsko društvo Sožitje	10	G		3.650		3.650
23	Medobčinsko društvo Ptuj	12	G		2.555	1.825	4.380
	Skupaj	42			10.657	5.654	16.311
MURSKA SOBOTA							
24	Varstvenodelovni center Murska Sobota	17	G		8.553		8.553
NOVA GORICA							
25	Varstvenodelovni center Nova Gorica	71	G			22.581	22.581
26	Varstvenodelovni center Tolmin	39	G		11.630		11.630
	Skupaj	110			11.630	22.581	34.211
NOVO MESTO							
27	Varstvenodelovni center Črnomelj	17	G		4.015		4.015
28	Varstvenodelovni center Novo mesto	77	G	3.573	1.903	17.753	23.229
	Skupaj	94		3.573	5.918	17.753	27.244
RAVNE NA KOROŠKEM							
29	Varstvenodelovni center Čebela, Slovenske Konjice	9	G	1.460	1.095	730	3.285
	Skupaj III	945		5.033	217.579	57.800	280.412
<b>IV. CENTRI ZA SLUH IN GOVOR</b>							
KOPER							
30	Center za korekcijo sluha in govora Portorož		CSG				248.925
LJUBLJANA							
31	Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana		CSG				502.368
MARIBOR							
32	Center za sluh in govor Maribor		CSG				438.199
	Skupaj IV						1.189.492

OBMOČNA ENOTA ZZS		število mest	tip izvajalca	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege"			
Izvajalec				I	II	III	SKUPAJ
<b>V. REHABILITACIJA PO POŠKODBI GLAVE</b>							
LJUBLJANA							
33	Zavod za varstvo in rehabilitacijo po poškodbi glave Zarja LJ	62	J			16.240	16.240
KRANJ							
34	Zavod za varstvo in rehab. po poškodbi glave Korak	29	J			7.812	7.812
MARIBOR							
35	Zavod za varstvo in rehab. po poškodbi glave Naprej	34	J			8.500	8.500
NOVA GORICA							
36	Varstvenodelovni center Nova Gorica	10				3.650	3.650
	Skupaj V	135				36.202	36.202
<b>VI. SVETOVALNI CENTRI</b>							
LJUBLJANA							
37	Svetovalni center za otroke, mladostnike in starše		K				379.596
	Skupaj VI						379.596

## LEGENDA

Tipi izvajalcev:

A - domovi za starejše

B - posebne enote v domovih za starejše

C, C1 - posebni socialnovarstveni zavodi

D, E - socialnovarstveni zavodi za usposabljanje

F - zavodi za usposabljanje

G - VDC

CSG - centri za sluh in govor

I - podaljšana bolnišnična rehabilitacija v DSO Izlake

J - rehabilitacija po poškodbi glave

K - svetovalni centri

\* Program pod zaporedno številko 29 v okviru izvajalcev Skupnosti socialnih zavodov Slovenije se izvaja do 31.12.2011.

## 26. člen

Ta aneks velja od dneva sprejema s strani partnerjev, odločitve arbitraže oziroma dneva sprejema sklepov Vlade Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. oktobra 2011 naprej, razen v primerih, ko je pri posameznih členih določeno drugače.

Številka:1720-1/2011-A3

Datum: 29. 11. 2011

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

Na podlagi 2. odstavka 36. člena Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009 – 2011 (v nadaljevanju: Dogovor) Trgovinska zbornica Slovenije, Obrtno podjetniška zbornica Slovenije ter Lekarniška zbornica Slovenije, kot predstavniki dobaviteljev medicinskih in tehničnih pripomočkov, ki opravljajo promet z medicinskimi in tehničnimi pripomočki na drobno, in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije sklepajo

# Aneks št. 1

## k Dogovoru o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009 - 2011

### 1. člen

*Besedilo 3. točke 2. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*  
»Sodelovanje in skupno odgovornost pri sprejemanju racionalnih rešitev pri organiziranju in zagotavljanju oskrbe zavarovanih oseb z MTP na podlagi strokovnih in medicinskih utemeljitev.«

### 2. člen

*Besedilo 4. točke 4. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*  
»Pogodbene cene v višini cenovnega standarda za posamezno vrsto MTP po katerih bo dobavitelj zagotavljal MTP zavarovanim osebam v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in prostovoljnega zavarovanja so enake veljavni vrednosti cenovnega standarda.«

### 3. člen

*Besedilo 1. in 2. točke 1. odstavka 5. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*

»1.Specializirane prodajalne izpolnjevati pogoje iz Pravilnika o proizvodnji in prometu z medicinskimi pripomočki (Uradni list RS št. 37/2010 z vsemi spremembami, v nadaljevanju Pravilnik o MP), 2.Specializirane prodajalne, ki izdajajo očala, kontaktne leče, povečevala in ortopedske čevlje izpolnjevati, razen pogojev iz prejšnje alineje, še pogoje, ki jih določa Pravilnik o MP za vpis v register proizvajalcev ter obrtno dovoljenje ustrezne dejavnosti.«

*Besedilo 3. odstavka 5. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*  
»Specializirane prodajalne, ki izdajajo kontaktne leče morajo poleg pogojev iz prvega odstavka in obrtnega dovoljenja ustrezne smeri, imeti zaposleno osebo z nazivom očesni optik.«

### 4. člen

*Besedilo 1. in 2. točke 9. člena Dogovora se briše. 3. točka postane prva točka 9. člena.*

### 5. člen

*Besedilo 7. odstavka 11. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*  
»Zavod bo sklepal pogodbe z novimi dobavitelji le na podlagi izvedenih razpisov.«

### 6. člen

*V 2. odstavku 12. člena Dogovora se briše besedilo 1. točke. Ostale točke se preštevilčijo.*

*V 3. odstavku 12. člena se za obstoječim besedilom doda naslednje besedilo:*

»Aneks stopi v veljavo in se začne uporabljati s prvim dnevom naslednje dekade (dekade se začnejo s 1., 11. in 21. dnevom v mesecu) po podpisu pogodbenih strank.«

*Za 3. odstavkom 12. člena Dogovora se doda se nov, 4. odstavek, ki se glasi:*

»Vse spremembe, ki se nanašajo na seznam pripomočkov (artiklov), urejajo dobavitelji in ZZS v skladu s predhodno dogovorjenim protokolom med združenji dobaviteljev in ZZS.«

### 7. člen

*Besedilo 24. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*

»Zaradi posebnosti pri izposojanju inzulinske črpalke, se izposojnina na dan, kot način obračunavanja stroškov za obvezno zdravstveno zavarovanje in za zavarovane osebe oz. dopolnilno zdravstveno zavarovanje, za to vrsto MTP ne uporablja.

V primerih te vrste MTP se ob prvi izposoji celotna pogodbeni vrednost novo nabavljenega pripomočka obračuna na podlagi opredelitev na Naročilnici za medicinsko tehnični pripomoček v skladu z ZZVZZ in drugimi predpisi v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja oziroma zavarovane osebe same ali zavarovalnice, pri kateri ima sklenjeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

Dobavitelj v teh primerih za vsako izposajo zaračuna pavšalni znesek v skladu s 24. členom tega Dogovora.«

### 8. člen

*Besedilo 29. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*

»ZZS bo o vseh spremembah in dopolnitvah, ki se nanašajo na pravice, na uveljavljanje in zagotavljanje izvajanja teh pravic, obvestil pogodbene dobavitelje in jim posredoval pisno izčrpna in natančna navodila za izvajanje, najmanj 30 dni pred uveljavitvijo sprememb, za spremembe v strukturi podatkov oz. programski opremi pa najmanj 60 dni pred uveljavitvijo.

V primeru spremembe cenovnih standardov je ZZS o tem dolžan obvestiti pogodbene dobavitelje najmanj 45 dni pred uveljavitvijo sprememb.«

## 9. člen

*Besedilo 4. odstavka 30. člena Dogovora se dopolni tako, da se glasi:*  
»ZZS je dolžan izplačevati dobaviteljem uporabnino za izposojene MTP do konca izteka trajnostne dobe v primeru, da je medtem prišlo do sprememb v pravicah iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, po katerih zavarovane osebe do posameznega MTP ne bi bile več upravičene oz. MTP, ki je bil predmet izposoje postane individualna pravica in v primerih izteka veljavnosti pogodbe. Kot začetek trajnostne dobe se v teh primerih upošteva datum prve izposoje (novega MTP) zavarovani osebi.«

## 10. člen

*Za 1. odstavkom 32. člena Dogovora se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:*

»O zahtevah za arbitražo v primerih neizbranih dobaviteljev na podlagi izvedenega razpisa iz 11. člena Dogovora, odloča arbitražna v skladu s prvim odstavkom tega člena.«

## 11. člen

*Besedilo 2. točke 3. odstavka 33. člena Dogovora se spremeni tako, da se glasi:*

»izda ali izposodi vrsto pripomočka, ki ni predmet pogodbe«.

*Brišeta se 7. in 8. točka 4. odstavka 33. člena Dogovora.*

## 12. člen

*Aneks začne veljati z dnem sklenitve in velja za obdobje veljavnosti Dogovora.*

*Vsi ostali členi ostanejo nespremenjeni.*

Številka: 1721-17/2009-DI/2  
Datum: 21.01.2011

TRGOVINSKA ZBORNICA SLOVENIJE  
Mija Lapornik,  
izvršna direktorica Trgovinske zbornice Slovenije

Liljana Reljič, predsednica TZS -  
Sekcije trgovcev z medicinskimi pripomočki  
in zdravili na drobno

OBRATNO PODJETNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
Štefan Grosar, podpredsednik OZS  
predsednik Upravnega odbora OZS

LEKARNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE  
Monika Šonc  
v.d. predsednice LZS

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE  
SLOVENIJE  
Samo Fakin, generalni direktor



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

## I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje:

1. izvajanje določb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 - ZUTPG, 91/07, 76/08 in 62/10 – ZUPJS; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 - prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11; v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ) glede uresničevanja pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela (bolniški stalež) in pravice do nadomestila plače ter

2. uporaba in način izpolnjevanja listine POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA (Obr. BOL/04, v nadaljnjem besedilu: POTRDILO), ki ga je založil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) in je uveden s P ravilnikom o spremembah in dopolnitvah Pravilnika obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur.l. RS, št. 98/06).

## II. Uveljavljanje pravice dočasne 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 ZZVZZ in Pravila OZZ. Izplačilo nadomestila uveljavljajo na podlagi POTRDILA, ki ga izda izbrani osebni zdravnik.

### 2. Upravičenci do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

POTRDILO se izpolnjuje le za zavarovance, ki so obvezno zdravstveno zavarovani po eni izmed naslednjih šifer zavarovalnih podlag: 002000, 005000, 008000, 011000, 012000, 013000, 016000, 019000, 020000, 021000, 027000, 028000, 029000, 034000, 036000, 040000, 051000, 052000, 064000, 085000, 103000, 104000.

POTRDILO se izpolnjuje tudi za:

- tuje zavarovane osebe, ki so v evidenci obveznega zdravstvenega zavarovanja evidentirane po šifri zavarovalne podlage 090000, 091000 ali 092000;

- tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ali certifikata, ki začasno nadomešča evropsko kartico in tuje zavarovane osebe katerim je za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev izdano "Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane (zavarovalna podlaga 077077).

Pri naslednjih zavarovalnih podlagah je potrebno upoštevati določene posebnosti:

#### 1. Upravičenci do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja - 012000

Pravico do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja ima zavarovanec, ki mu je v času začasne nezmožnosti za delo prenehalo delovno razmerje. Zavarovanec, ki je bil v času prenehanja delovnega razmerja začasno nezmožen za delo zaradi bolezni ali poškodbe izven dela, ima pravico do nadomestila plače še največ 30 koledarskih dni, zavarovanec, ki je bil na dan prenehanja delovnega razmerja začasno nezmožen za delo zaradi poškodbe pri delu ali poklicne bolezni pa do ponovne delazmožnosti.

Ti zavarovanci so zavarovani po šifri zavarovalne podlage 012000. Zavezanec za prijavo za zavarovance je Zavod.

#### 2. Starši, ki delajo skrajšani delovni čas na podlagi 84. in 85. člena Zakona o delovnih razmerjih 085000

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 (v nadaljnjem besedilu: ZDR-90), in sicer da takšna 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 zboli ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po ZZVZZ (npr.: nega, transplantacija, spremstvo, usposabljanje za poznejšo 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-90 pridobili do uveljavitve Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Ur.l. RS, št. 97/01, v nadaljnjem besedilu: ZSDP), zadržijo to pravico v obsegu in trajanju, kot je to veljalo do 31.12.2001. To pravico lahko uveljavijo najdlje do 31.12.2005.

#### 3. Oseba, ki opravlja dopolnilno delo - 036000

Delavec, ki pri enem ali več delodajalcih (zavezancih) že dosega polni delovni čas, lahko v skladu s 146. členom Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 42/02, 79/06 - ZZZPB-F, 103/07, 45/08 - ZArbit, 83/09 - Odl.US, v nadaljnjem besedilu: ZDR) sklene dopolnilno delo še za največ osem ur na teden pri drugem delodajalcu.

Zato ima takšna oseba poleg podlage 036000 obvezno še eno od zavarovalnih podlag, ki pomenijo zavarovanje na podlagi delovnega razmerja in torej dva ali več zavezancev za prispevek. POTRDILO se ji zato izda za vsakega zavezanca posebej, saj tudi pravico do nadomestila uveljavlja pri vseh zavezcih, sorazmerno njeni urni delovni obveznosti pri posameznem zavezancu.

#### 4. Brezposelna oseba – prejemnica denarne pomoči – 011000

Pravico do nadomestila ima brezposelna oseba, prejemnica denarne pomoči po Zakonu o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (Uradni list RS, št. 5/91, 17/91 - popr., 2/94 - popr., 12/92, 12/93 - ZUPDN93, 71/93, 38/94, 69/98, 97/01 - ZSDP, 67/02, 2/04 - ZDSS-1, 63/04 - ZZRZL in 79/06) in sicer od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov.

Za brezposelne osebe, zavarovane po zavarovalni podlagi 011000 ni možno izdati POTRDILA v primeru, ko gre za nego, spremstvo ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka.

#### 5. Brezposelna oseba – prejemnica denarnega nadomestila - 028000

Pravico do nadomestila ima brezposelna oseba, prejemnica denarnega nadomestila po Zakonu o urejanju trga dela (Ur.l. RS, št. 80/2010) in sicer od 31. delovnega dne začasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov.

Za brezposelne osebe, zavarovane po zavarovalni podlagi 028000 ni možno izdati POTRDILA v primeru, ko gre za nego, spremstvo ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka.

#### 6. Prejemnik delne pokojnine - 070000

To je oseba, ki je v delovnem razmerju za največ polovico polnega delovnega časa delodajalca oziroma iz naslova opravljanja samostojne dejavnosti, za preostali delovni čas pa prejema delno pokojnino. Ta oseba ima poleg zavarovalne podlage, ki pomeni delovno razmerje oziroma opravljanje samostojne dejavnosti, vpisano še zavarovalno podlago 070000. V primeru, da tak zavarovanec zbolí ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po ZZVZZ (npr.: nega, transplantacije, spremstvo, idr.), je v tem času upravičen do nadomestila plače za ure, ko bi sicer moral delati.

#### 7. Pravice zavarovancev iz tretjega in četrtega odstavka 137. in 169. člena ZDR

Pravice iz tretjega in četrtega odstavka 137. in 169. člena ZDR pripadajo samo zavarovancem, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi. Te osebe so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje po naslednjih zavarovalnih podlagah:

- 001000 – osebe, ki so v delovnem razmerju v RS;
- 002000 – detaširani delavci – osebe v delovnem razmerju pri delodajalcu s sedežem v RS, poslane na delo ali na strokovno izpopolnjevanje v tujino;
- 008000 – osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah in ustanovah, tujih konzularnih in diplomatskih predstavništvi s sedežem v RS;
- 013000 – osebe, ki so v delovnem razmerju v RS pri osebah, ki samostojno opravljajo pridobitno ali gospodarsko dejavnost (pri samostojnih podjetnikih);
- 016000 – zaposleni pri fizičnih osebah (npr. gospodinjske pomočnice);

- 020000 – osebe, zaposlene pri tujih in mednarodnih organizacijah, ustanovah in tujih diplomatskih predstavništvi s sedežem v RS;
- 021000 – osebe s stalnim prebivališčem v RS, zaposlene pri tujem delodajalcu (če je delovno razmerje sklenjeno na podlagi pogodbe o zaposlitvi na območju Republike Slovenije);
- 029000 – osebe, ki so v delovnem razmerju na območju RS pri osebah, ki opravljajo poklicno dejavnost kot edini in glavni poklic;
- 034000 – udeleženci javnih del;
- 036000 – osebe, ki delajo nad polnim delovnim časom pri drugem delodajalcu v skladu s 47.členom ZDR-90 oziroma 146. členom ZDR (dopolnilno delo);
- 085000 – mati z otrokom, ki dela polovični delovni čas po ZDR-90 in ni uveljavila pravic po ZSDP.

Tretji odstavek 137. člena ZDR določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti za delo delavca za delo zaradi njegove bolezní 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 obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Četrty odstavek 137. člena ZDR določa, da v primeru, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezní 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, izplača delodajalec za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitve dalje, nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

#### 8. Pravica do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi

169. člen ZDR 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 POTRDILO, temveč se izda posebno potrdilo o darovanju krvi (izstavi ga ustanova, kjer je delavec daroval kri).

#### 9. Invalidi in pravica do nadomestila plače

Ne glede na to, da je zavarovanec zavarovan po kateri od uvodoma navedenih podlag za zavarovanje (podlag za zavarovanje navedenih v uvodu 2. točke II. poglavja tega navodila), ni upravičen do nadomestila plače, če je na podlagi pravnomočne odločbe Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZPIZ) spoznan za invalida I. kategorije. V primeru pravnomočno ugotovljene invalidnosti I. kategorije zavarovancu, ki je zavarovan po eni od teh podlag za zavarovanje, preneha lastnost zavarovanca po tej podlagi z dnem pravnomočnosti odločbe ZPIZ-a.

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.

### 3. Pristojnost za ocenjevanje začasne zadržanosti od dela

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

Utemeljenost upravičene zadržanosti od dela ocenjuje:

#### a) osebni zdravnik zavarovanca

- za prvih 30 koledarskih dni zaradi bolezni, poklicne bolezni, poškodbe izven dela, poškodbe pri delu, poškodbe po tretji osebi izven dela, izolacije in spremstva;
- za prvih 7 delovnih dni za nego zakonca; v tem primeru predlaga nego osebni zdravnik zakonca ki potrebuje nego, osebnemu zdravniku zakonca, ki ga neguje. Predlog mora vsebovati tudi podatke, ki se izpolnjujejo v rubriki 4 POTRDILA.

#### b) 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;

Daljšo zadržanost od dela lahko ugotovi le imenovani zdravnik oziroma 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 oziroma 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 oziroma zdravstvena komisija.

#### c) imenovani zdravnik

je pristojen za odločanje že od prvega dne v primeru zadržanosti zaradi transplantacije, usposabljanja za rehabilitacijo otroka, poškodb pri delu, ki so nastale v okoliščinah iz 18. člena ZZVZZ ter v primerih iz 3. in 4. odstavka 137. člena Zakona o delovnih razmerjih. Osebni zdravnik mora takoj napotiti k imenovanemu zdravniku tudi upravičence do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja (zavarovalna podlaga 012000).

Za odločanje o začasni zadržanosti od dela je pristojen imenovani zdravnik območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, v kateri ima sedež osebni zdravnik, ki je pristojen za izdajo POTRDILA.

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 se šteje, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno v okviru petih delovnih dni (brez sobote), če ne izkažejo drugače z letnim delovnim planom.

Za kmete se šteje, da imajo tedensko delovno obveznost razporejeno na šest delovnih dni (od ponedeljka do sobote).

### 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 upravičenosti začasne 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 zdravnika osebnemu zdravniku 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.

## III. Vsebina in način izpolnjevanja potrdila

### 1. Splošno

POTRDILO je javna listina, s katero zavarovanec uveljavlja pravico do izplačila nadomestila med začasno zadržanostjo od dela 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 z Zakonom o urejanju trga dela 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 POTRDILO tudi osnova za vodenje nacionalne zdravstvene statistike o nezmožnosti za delo 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

##### Rubrika 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 oziroma nadomestni zdravnik, ki izpolnjuje POTRDILO

##### Rubrika 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

##### Rubrika 3 ZAVAROVANA OSEBA

###### - ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

vpiše se 9-mestna številka zdravstvenega zavarovanja

Za tuje zavarovane osebe, ki nimajo kartice zdravstvenega zavarovanja se predmetna rubrika ne izpolnjuje.

###### - DATUM ROJSTVA

podatek se vpiše v obliki DDMMLLLL.

###### - ZAVAROVALNA PODLAGA

vpiše se 6-mestna šifra zavarovalne podlage

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

###### - ENOTA ZZS ZAVAROVANJA

vpiše se 2- mestna šifra izpostave Zavoda, ki je določena po kraju zaposlitve zavarovane osebe z vodilnima ničloma (00xx).

Za tuje zavarovane osebe, ki nimajo kartice zdravstvenega zavarovanja, se za vse razloge obravnave vpiše 2- mestna šifra izpostave Zavoda, kjer si je tuja zavarovana oseba uredila dokumente za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev oziroma po izpostavi Zavoda, v kateri ima sedež osebni zdravnik, z vodilnima ničloma (00xx).

###### - SPOL

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

###### - PRIIMEK IN IME

vpiše se 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.

##### Rubrika 4 DRUŽINSKI ČLAN

podatke se izpolnjuje le v primeru, ko je kot razlog zadržanosti navedena nega družinskega člana (razlog 06) ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka (razlog 10).

###### - PRIIMEK IN IME

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

###### - DATUM ROJSTVA

vpiše se datum rojstva v obliki DDMMLLLL.

###### - OTROK, ZAKONEC

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

##### Rubrika 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 za OZZ, 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 oziroma 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 Pravil za OZZ 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 odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in od odločbe še ni poteklo 30 dni, lahko oceno o utemeljenosti ponovne zadržanosti podata le imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija z odločbo.

##### 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 prekinitiv 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).

Pri brezposelnih osebah z zavarovalno podlago 011000 in 028000, ki so bile zadržane od dela že v času druge oblike zavarovanja (npr. kot osebe v delovnem razmerju, po prenehanju delovnega razmerja ipd.), nato pa neprekinjeno naprej še kot brezposelne osebe, se kot prvi dan zadržanosti vedno vpiše datum nastopa zavarovanja po zavarovalni podlagi 028000 oziroma 011000.

### Rubrika 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 (oziroma 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.

### Rubrika 7 ZAVEZANEC

#### – NAZIV, REGISTRSKA ŠTEVILKA, DEJAVNOST

Vpiše se naziv zavezanca za prijavo (delodajalca, samostojnega zavezanca, Zavoda RS za zaposlovanje, Zavoda), 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 posa-

meznem 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.

Za tuje zavarovane osebe, navedene v 2. odstavku točke II/2 tega navodila, se predmetna rubrika ne izpolnjuje.

### Rubrika 8 ODLOČBA

#### – ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠTEVILKA

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

#### – DO

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

#### – IMENOVANI ZDRAVNIK/ZDRAVSTVENA KOMISIJA

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

### Rubrika 9 NAPOTEN NA IK

#### – NAPOTEN DNE

vpiše se datum, ko je osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oziroma 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. Postopek pred invalidsko komisijo je zaključen, ko je izdano izvedensko mnenje.

### Rubrika 10 ZADRŽANOST OD DELA

#### – ZA POLNI DELOVNI ČAS, OD - DO

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

Zadržanost od dela za krajši delovni čas je potrebno vedno vpisati pri zavarovancu z zavarovalno podlago 85, ki na podlagi ZDR-90 dela polovico ali več kot polovico polnega delovnega časa, ter pri invalidu II. kategorije invalidnosti oziroma invalidu III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa.

Brezposelna oseba z zavarovalno podlago 011000 in 028000, 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.

Rubriki "dolžan delati \_\_\_ ur na dan" in "od tega zadržan od dela \_\_\_ ur na dan" se izpolnita le v primeru zadržanosti za krajši delovni čas.

– **DOLŽAN DELATI \_\_\_\_\_ UR NA DAN**

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

a) Pri zavarovancu s polno delovno obveznostjo, ki je po oceni osebnega zdravnika oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije upravičen do krajše zadržanosti od dela kot znaša njegova polna delovna obveznost, se vpiše število ur, ki jih je zavarovanec dolžan delati na dan.

b) Pri zavarovancu, ki je z dokončno odločbo invalid II. oziroma III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa, se vpiše število ur njegove delovne obveze.

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**

Ta podatek se vpiše le v primeru, da je zavarovanec invalid II. oziroma III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa. Vpiše se, koliko ur na dan je od svoje delovne obveze zadržan od dela.

1. primer: Zavarovanec, ki je zaposlen za polni delovni čas in bi imel v primeru, da ne bi bil zadržan od dela polno delovno obvezo, je na podlagi odločbe imenovanega zdravnika dolžan delati 4 ure na dan. V tem primeru se izpolni le: "dolžan delati 4 ure na dan".

2. primer: Ko je zavarovanec po dokončni odločbi ZPIZ invalid III. kategorije in je dolžan delati 6 ur dnevno, od tega pa je 2 uri odsoten spremstva, se vpiše v ti dve rubriki naslednje: "dolžan delati 6 ur na dan, od tega zadržan od dela 2 uri na dan".

3. primer: Ko je zavarovanec po dokončni odločbi ZPIZ invalid III. kategorije in je dolžan delati 4 ure dnevno, se v primeru, da je zadržan od dela za celotno delovno obveznost, vpiše: "dolžan delati 4 ure na dan, od tega zadržan od dela 4 ure na dan".

4. primer: Zavarovanka z zavarovalno podlago 85 ima 4-urno delovno obveznost. V primeru, ko je zadržana od dela za celotno delovno obveznost, se vpiše: "dolžan delati 4 ure na dan, od tega zadržan od dela 4 ure na dan".

## Rubrika 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 zadržanost

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 (oziroma izvenzakonski partner) 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 (lahko je družinski upokojenec, zavarovan po drugem zakonu).

Zavarovanec ima pravico do nadomestila plače za nego ožjega družinskega člana- otroka:

- če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela,
- največ do dopolnjenega 18. leta starosti otroka oziroma dokler traja roditeljska pravica. Roditeljska pravica preneha s polnoletnostjo otroka, to je ko otrok dopolni 18 let oziroma že prej če mladoletnik pred polnoletnostjo sklene zakonsko zvezo ali če je mladoletniku, ki je postal roditelj, s strani sodišča podeljena popolna poslovna sposobnost. Roditeljska pravica se lahko podaljša čez otrokovo polnoletnost, če otrok zaradi telesne ali duševne prizadetosti ni sposoben, da sam skrbi zase, za svoje koristi in pravice. V primeru podaljšanja roditeljske pravice, izda sodišče odločbo o podaljšanju roditeljske pravice.

– **TRANSPLANTACIJA (07)**

s tem razlogom se označuje zadržanosti od dela le za dajalce živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika tkiva oziroma organa 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 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 (oziroma napotni) zdravnik.

Ne glede na zdravstveno stanje ima pravico do spremstva na vsakem potovanju 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 napotnega 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.

Izvajalec, pri katerem se izvaja usposabljanje, pošlje obvestilo osebnemu zdravniku zavarovanca, ki dokumentacijo posreduje v odločanje imenovanemu zdravniku. Na podlagi odločbe imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije izda POTRDILO osebnemu zdravniku zavarovanca.

#### – 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.

#### – Rubrika 12 INVALIDNOST

Označi ali vpiše se številka 1, 2 ali 3 glede na to, katera kategorija invalidnosti je ugotovljena pri zavarovancu. Kategorija invalidnosti se označi šele takrat, ko odločba ZPIZ o priznanju II. oziroma III. kategorije invalidnosti dokončna oziroma ko je odločba ZPIZ o priznanju I. kategorije invalidnosti pravnomočna.

#### KRAJ, DATUM, PODPIS

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

#### **B. Podatki, ki jih izpolni delodajalec, 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, 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 dejanski mesečni delovni obveznosti delavca v dnevih in urah;
- o dejanski tedenski delovni obveznosti v dnevih in urah;
- o datumih delovnih sobot, ob katerih bi delavec moral delati, in sicer za tekoči mesec, za pretekli mesec pa le ob prvem prehodu izplačila v breme Zavoda;
- o urah delovne obveznosti ob sobotah in o urah delovne obveznosti v ostalih dneh tedna z delovno soboto;
- o povprečni mesečni delovni obveznosti v urah (če podjetje uporablja t.i. fiksni obračun plač in nadomestil);
- 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.

#### 2. DURS na POTRDILO vpiše naslednje podatke za samostojnega zavezanca:

- o letu oziroma mesecih, za katere je prikazana skupna osnova za plačilo prispevka;
- o znesku skupne osnove za plačilo prispevkov za koledarsko leto, ki je osnova za obračun nadomestila;
- o celotnem številu ur skupne osnove za plačilo prispevka;
- o zavarovančevi osnovi za plačilo prispevka, po kateri bi bil v mesecu zadržanosti od dela zavarovan in za koliko ur bi bila ta osnova za plačilo prispevka. Pri tem se upošteva raven osnove za mesec pred nastankom zadržanosti.

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

#### 3. Zavod RS za zaposlovanje

Vpiše višino zadnjega izplačanega denarnega bruto prejema 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

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 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 Zavodov za zdravstveno varstvo so navedeni v navodilih Inštituta za varovanje zdravja.

## IV. Evidenca in nacionalna zdravstvena statistika absentizma

V vsebino evidenc na področju zdravstva ter nacionalnega programa zdravstvenih statističnih raziskovanj sodi tudi zdravstveni absentizem. Za zbiranje in vodenje teh podatkov je pooblaščen Inštitut za varovanje zdravja (IVZ). Podatke dobi od izvajalcev, ki so pooblaščen za ugotavljanje zadržanosti od dela.

Pri snovanju POTRDILA je aktivno sodeloval tudi IVZ, zato obrazec vsebuje vse podatke, ki so potrebni za vodenje navedene evidence oziroma statistike. POTRDILO zato istočasno predstavlja tudi osnovo izvajalcem za pošiljanje podatkov območnim ZZV, ki obdelane podatke posredujejo dalje IVZ-ju.

Navodilo o rokih in načinu sporočanja podatkov, ki je namenjeno izključno osebnim zdravnikom, ki so pristojni za izdajo POTRDILA, je pripravil IVZ.

## V. Naročanje potrdila

Izvajalci naročajo Potrdilo neposredno pri tiskarju, s katerim ima ZZS sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

## VI. Pričetek veljave

Z dnem pričetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače št. 1902-4/2004-DI/1 z dne 24.11.2004.

To navodilo prične veljati 01.07.2011.

Številka: 0072-14/2011-DI/1  
Ljubljana, dne 14.06.2011

Generalni direktor  
Samo Fakin, dr. med.



# Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je na 10. redni seji dne 21.12.2011 sprejela **Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja** (v nadaljevanju: Spremembe in dopolnitve Pravil).

Na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je potrebno na Spremembe in dopolnitve Pravil pridobiti soglasje Ministra za zdravje, še pred tem pa mora besedilo Sprememb in dopolnitev Pravil v medresorsko usklajevanje.

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

- **Natančnejšo ureditev pravice do zdravljenja v drugi državi**, v kateri velja pravni red EU, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob na podlagi Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) 987/09 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) 883/2004. To pravico ZZZS že sedaj zagotavlja zavarovanim osebam, in sicer neposredno na podlagi navedenih uredb.  
O pravici do zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob bo odločal imenovani zdravnik ZZZS. Pri tem velja domneva, da je razumem čas presežen, če je zavarovani osebi določena čakalna doba, ki presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, kakor je za posamezno zdravstveno storitev določena v Pravilniku o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov. Ob tem je potrebno upoštevati tudi določbe navedenega pravilnika, ki določajo, kdaj se šteje, da je najdaljša dopustna čakalna doba spoštovana in kako ravnati v primeru, ko se zavarovana oseba ne želi naročiti pri izvajalcu, pri katerem bi lahko prišla na vrsto znotraj te dobe. Spremembe in dopolnitve Pravil jasneje določajo, da ima otrok pravico do spremstva tudi, če uveljavi pravico do pregleda ali preiskave v tujini, v tem primeru ima eden od staršev pravico do nadomestila plače za čas takšne zadržanosti od dela. To pravico ima tudi v primeru, če spremlja otroka, ki uveljavlja pravico do zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini zaradi predolgih čakalnih dob.
- Dopolnitev definicije zunajzakonske skupnosti **omogoča lažje dokazovanje obstoja zunajzakonske skupnosti**. Veljavna Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da lahko zavarovanec kot družinskega člana zavaruje osebo, ki je najmanj 2 leti pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje živela z njim v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo. Spremembe in dopolnitve Pravil bodo omogočile vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje tudi družinskim

članom, ne glede na čas trajanja zunajzakonske skupnosti, če se jima je rodil skupni otrok ali sta posvojili otroka in ne gre za enostarševsko družino, in ni razlogov, zaradi katerih bi bila zakonska zveza neveljavna.

- **Določitev pogojev za organizatorje skupinske rehabilitacije** po 50. in 51. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Organizator pravice do skupinske rehabilitacije je reprezentativna invalidska organizacija, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije in je hkrati interesno združevanje po medicinski diagnozi zavarovanih oseb, otrok in mladostnikov za katere organizirajo skupinsko obnovitveno rehabilitacijo. V primeru, da za posamezno medicinsko diagnozo iz 50 ali 51. Člena Pravil reprezentativna invalidska organizacija ne obstaja ali se ne prijavi na javni razpis ZZZS je lahko organizator humanitarna organizacija za kronične bolnike, ki ji je priznan ta status in je hkrati interesno združevanje za kronično bolezen iz 50. Oziroma 51. člena Pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje. Navedena sprememba pomeni višjo raven kakovosti organizacije skupinske obnovitvene rehabilitacije in njene izvedbe ter omogoča večjo vključitev zavarovanih oseb v skupinsko obnovitveno rehabilitacijo.
- **Drugačno ureditev postopka uveljavljanja pravice dočasne zadržanosti od dela v primeru spremstva otroka**. Veljavna Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo, da zavarovanec uveljavlja pravico dočasne zadržanosti od dela zaradi nege otroka pri otrokovemu osebnemu zdravniku – pediatru, pravico dočasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka pa pri svojem izbranem osebnem zdravniku. Spremembe in dopolnitve Pravil prinašajo novost, da bo zavarovana oseba tudi pravico dočasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka uveljavljala pri otrokovem osebnem zdravniku. Prenos pooblastila za ugotavljanječasne zadržanosti od dela od izbranega osebnega zdravnika zavarovanca k otroškemu osebnemu zdravniku, pomenil za zavarovane osebe poenostavitev postopka uveljavljanja te pravice.
- **Uskladitev z Zakonom uveljavljanju pravic iz javnih sredstev** (Uradni list RS, št. 62/10 in 40/11). Državljeni Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova in imajo pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje po Zakonu o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev, pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem ko jim je priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje s strani centra za socialno delo in ne več z dnem, ko so vložili vlogo na občino. Skladno z Zakonom uveljavljanju pravic iz javnih sredstev je namreč pristojnost za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev za pridobitev te pravice prešla z občin na centre za socialno delo.

- **Vzpostavitev Seznama pripomočkov – artiklov**, ki se lahko izdajajo na račun sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Spremembe in dopolnitve Pravil prinašajo novost glede opredelitve minimalnih zahtev glede materialov in drugih zahtev pri posameznih vrstah medicinsko tehničnih pripomočkov, ki jih morajo izpolnjevati pripomočki (artikli). Imenovale se bodo posebne strokovne komisije, ki bodo ugotovljale izpolnjevanje minimalnih zahtev materialov in drugih zahtev za posamezne pripomočke (artikle), ZZZS pa bo na spletni strani objavljala seznam vseh medicinsko tehničnih pripomočkov z minimalnimi zahtevami za materiale in drugimi zahtevami, ki jih je sprejela Skupščina ZZZS ter seznam pripomočkov (artiklov), za katere je bilo ugotovljeno, da izpolnjujejo te zahteve. Novost se bo uveljavljala postopoma po posameznih skupinah medicinsko tehničnih pripomočkov.
- **Podelitev pooblastila za predpisovanje ortopedskih ndrčkov** za prsno protezo osebnim zdravnikom. Do ortopedskega ndrčka so upravičene zgolj tiste zavarovane osebe, ki uporabljajo prsno protezo in je ortopedski ndrček potreben za ohranitev pravilne drže ramenskega obroča in hrbtenice. Glede na to, da je bilo s Spremembami in dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/11) osebnim zdravnikom že podeljeno pooblastilo za predpisovanje prsnih protez, spremembe in dopolnitve Pravil določajo, da se tudi pooblastilo za predpisovanje ortopedskih ndrčkov za prsno protezo podeli osebnim zdravnikom. Ortopedski ndrček za prsno protezo bo kot prvi predpisal specialist onkolog, nadalje pa ga bo na podlagi specialističnih izvidov predpisoval osebni zdravnik. S tem se za zavarovane osebe poenostavi postopek uveljavljanja pravice ter hkrati razbremeni specialiste onkologe.

Peter Rutar

# Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2011 in 2012

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je v obdobju januar – november 2011 izkazal primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 57.014.447 evrov, ki tako presega načrtovani primanjkljaj za to obdobje za 45.311.279 evrov. Razen v mesecu aprilu, juliju in septembru je ZZS vsak mesec posloval s primanjkljajem prihodkov nad odhodki. Ob upoštevanju predpostavk, po katerih je pripravljena projekcija po spontanem scenariju, so ocenjeni prihodki za leto 2011 manjši od načrtovanih z veljavnim Finančnim načrtom za leto 2011 za 43 milijonov evrov in odhodki večji za 12,3 milijonov evrov. V skladu z veljavnim Finančnim načrtom za leto 2011 ZZS v letu 2011 ne sme izkazovati niti zadolžitve niti tekočega primanjkljaja. Zato mora izravnati tekoče odhodke s tekočimi prihodki. Zato je moral ZZS v decembru 2011 preložiti plačilo dela obveznosti, ki zapadejo v letu 2011, in sicer v višini celotnega primanjkljaja prihodkov nad odhodki, v leto 2012. Konec leta 2011 tako ZZS ni izkazoval primanjkljaja prihodkov nad odhodki ter ni izkazoval zadolžitve. Zaradi nedovoljene porabe prostih sredstev na računu ZZS v letu 2011, ki znašajo 18.751.000 evrov, pa bodo ta sredstva namenjena za pokrivanje primanjkljaja v letu 2012, v katero so bile tudi prenesene obveznosti iz leta 2011 v višini okoli 53,5 milijonov evrov. Prenos plačil navedenih obveznosti ZZS iz leta 2011 v leto 2012 vpliva na odhodke ZZS v letu 2011 (jih zmanjšuje) in hkrati vpliva na ocenjene odhodke ZZS v letu 2012 (jih povečuje).

Upravni odbor ZZS je 30. 11. 2011 sprejel tudi sklep o začasnem financiranju dejavnosti ZZS v letu 2012, saj do konca leta 2011 še niso bili dokončno poznani pogoji poslovanja v letu 2012, kar onemogoča v tem trenutku realno načrtovanje prihodkov in odhodkov ZZS v letu 2012. Tako je bila decembra 2011 še precej nezanesljiva ocena realizacije prihodkov in odhodkov za leto 2011, ki predstavlja osnovo za pripravo finančnega načrta za leto 2012. Prav tako niso poznani interventni ukrepi za vzdržnost javnih financ, ki jih bo Vlada RS morala sprejeti v letu 2012. Obenem je ne-realna tudi zadnja, uradna, jesenska napoved makroekonomskih izhodišč Urada RS za makroekonomske analize in razvoj (v nadaljevanju: UMAR) za leto 2011 in 2012, na kar je opozoril sam UMAR dne 9. 11. 2011 (višja rast cen življenjskih potrebščin, nižja rast prispevne stopnje, nižja rast BDP – kar bo negativno vplivalo tudi na predvidevanje poslovanja ZZS). Skladno s Statutom ZZS se v primeru, da finančni načrt ZZS ni sprejet do začetka obdobja, na katerega se nanaša, finančno poslovanje ZZS začasno opravlja na podlagi finančnega načrta za preteklo obdobje. Glede na navedeno je Upravni odbor ZZS sprejel sklep, da traja v letu 2012 obdobje začasnega financiranja 3 mesece, in sicer na podlagi veljavnega Finančnega načrta za leto 2011 v višini treh dvanajstin, to je do 591.904.729 evrov. Če tudi v tem obdobju ne bo sprejet Finančni načrt ZZS za leto 2012, se začasno financiranje podaljša s posebnim sklepom Skupščine ZZS.

Spričo navedenih negativnih trendov je Upravni odbor ZZS in Skupščina ZZS že pripravila predlog sprememb zakonodaje s ciljem nadaljnjega zagotavljanja primerne dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva na podlagi stabilnejšega sistema financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja. Gre za naslednje spremembe zakonodaje, s katerimi bi se:

- 1) na proračun Republike Slovenije preneslo financiranje:
  - pripravnikov v mreži javne zdravstvene službe za državljane držav članic Evropske unije in državljane tretjih držav ter
  - specializacij zdravnikov za mrežo javne zdravstvene službe;
- 2) na proračun Republike Slovenije preneslo financiranje terciara I (program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja ter vzpostavitvev in koordiniranje nacionalnih čakalnih list, nacionalnih evidenc in nacionalnega registra bolezni);
- 3) izločilo financiranje nadomestila za začasno nezmožnost za delo brezposelnim osebam;
- 4) na proračun Republike Slovenije preneslo financiranje nadomestila delavcu za odsotnost z dela zaradi darovanja krvi;
- 5) določila prispevna stopnja glede na obseg pravic, ki jih imajo na podlagi Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zavarovanci iz 23., 24. in 25. točke prvega odstavka 15. člena citiranega zakona;
- 6) ukinila možnost odpisa in delnega odpisa prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje ter določilo povračilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje iz državnega proračuna za zavezance in zavarovance iz drugega odstavka 60. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju;
- 7) določila jasnejša pravna podlaga o predmetu spornih vprašanj, ki se predložijo arbitraži v postopku sklepanja pogodb z izvajalci zdravstvenih storitev;
- 8) določile pravne podlage za dodatno obvladovanje izdatkov za zdravlila;
- 9) določilo obdobje in obseg izplačevanja nadomestila za začasno nezmožnost za delo v primeru ugotovljene invalidnosti;
- 10) omogočilo ZZS-ju povezovanje zbirk osebnih podatkov;
- 11) omogočilo ZZS-ju za potrebe učinkovitejšega nadzora pridobitev in obdelavo podatkov iz zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva, vključno s podatkom o diagnozah.

ZZS ocenjuje, da bi se zaradi navedenih sprememb zakonodaje:

- zmanjšali odhodki ZZS za 124,2 milijonov evrov letno in
- povečali prihodki ZZS za 13,993 milijonov evrov letno.

Navedena sredstva bi se namenila za uresničevanje pravic zavarovanih oseb v obveznem zdravstvenem zavarovanju ter s tem k zagotavljanju primerne dostopnosti in kakovosti zdravstvenega varstva na podlagi stabilnejšega sistema financiranja obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Dokler ne bo sprejeta interventna zakonodaja za vzdržnost javnih financ Republike Slovenije, objavljene nove realne napovedi makroekonomskih izhodišč UMAR za leto 2012 ter spremenjena zakonodaja, ki jo predlaga ZZS, ne bo mogoče pripraviti realnega Finančnega načrta za leto 2012, ki bi zagotavljal pokrivanje načrtovanih odhodkov z realno načrtovanimi prihodki.

Damjan Kos

# Rezultati nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo 5 izbranih zdravstvenih programov za leto 2011

Planirani obseg programa akutne bolnišnične obravnave je tudi v letu 2011 - tako kot v letu 2009 in 2010 - opredeljen na podlagi nacionalnega razpisa za izvedbo dodatnih programov, ki omogočajo izbor najboljšega ponudnika oziroma ponudnikov specifičnih zdravstvenih programov s ciljem povečevanja dostopnosti na podlagi povečevanja konkurenčnosti med izvajalci zdravstvenih storitev.

Na podlagi Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 je ZZS izvedel nacionalni razpis za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo naslednjih dodatnih programov:

- program št. 1: operacija hrbtenice v skupni vrednosti 2.074.576,63 evrov;
- program št. 2: ortopedska operacija rame v skupni vrednosti 507.385 evrov;
- program št. 3: artroskopija v skupni vrednosti 1.039.487,50 evrov;
- program št. 4: odstranitev osteosintetskega materiala v skupni vrednosti 567.650 evrov;
- program št. 5: operacija ženske stresne inkontinence v skupni vrednosti 527.348 evrov.

V ta namen je Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) dne 6. 10. 2011 sprejel sklep in dne 8. 11. 2011 je objavil Nacionalni razpis za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo omenjenih zdravstvenih programov ter ob tem imenoval komisijo za obravnavo vlog, ocenjevanje in izbiro najugodnejših ponudnikov. Dodatna sredstva za izvedbo navedenih programov so se zagotovila tako, da se je vsem izvajalcem zdravstvenih storitev znižal planirani obseg navedenih programov v letu 2011 za 30 % skladno s tem pa tudi planirana vrednost programov. Pri tem so se posameznemu izvajalcu celotna sredstva lahko znižala za največ 3% glede na skupno planirano vrednost akutne bolnišnične obravnave na letni ravni po veljavnih cenah oziroma za največ 3% glede na skupno planirano vrednost specialistične ambulantne dejavnosti na letni ravni po veljavnih cenah. Obseg programov iz naslova zmanjšanja se je na podlagi nacionalnega razpisa za posamezni program namenil najugodnejšim ponudnikom, pri čemer se je kot merilo upoštevala ponujena cena, ki ni smela biti višja od veljavne cene v času razpisa. Na nacionalni razpis se je lahko prijavil ponudnik, ki je za izvajanje ponujenega zdravstvenega programa v ponudbi predložil klinično pot in na podlagi klinične poti zagotovil spremljanje vsaj treh bistvenih kazalnikov kakovosti, ki jih je opredelil ponudnik sam. Kazalniki kakovosti morajo pokriti najbolj kritične faze obravnave bolnikov. Pri opredelitvi kazalnikov kakovosti so se morala upoštevati strokovna merila pred poslovnimi. Za zdravstvena programa artroskopija in odstranitev osteosintetskega materiala je moral ponudnik prav tako predložiti klinično pot. Ta zdravstvena programa bo moral izbrani ponudnik spremljati po notnih kazalnikih kakovosti, ki so opredeljeni v nadaljevanju:

**1. Okužba kirurške rane:** okužba, ki nastane med kirurškim postopkom na mestu kirurške incizije ali v globljih strukturah do 30 dni po operaciji.

**Definicija kazalnika:** število okuženih kirurških ran \* 100 / skupno število realiziranih primerov v okviru nacionalnega razpisa.

**Spremljanje kazalnika:** po posameznem bolniku ob rednih kontrolah 1 teden in 30 dni po posegu.

**2. Nenačrtovani ponovni sprejem:** nenačrtovani ponovni sprejem v obdobju 30 dni po odpustu zaradi iste diagnoze ali zapletov po kirurškem posegu.

**Definicija kazalnika:** število nenačrtovanih ponovnih sprejemov \* 100 / skupno število realiziranih primerov v okviru nacionalnega razpisa.

**Spremljanje kazalnika:** po posameznem bolniku ob ponovnem sprejemu v obdobju 30 dni po odpustu.

**3. Bolečina:** stopnja bolečine, merjena po ocenjevalni lestvici (VAS). **Definicija kazalnika:** povprečna stopnja bolečine za bolnike v naprej definiranih časovnih točkah, za vsako točko posebej.

**Spremljanje kazalnika:** stopnja bolečine za vsakega posameznega bolnika takoj po operativnem posegu in 4 ure po operativnem posegu.

**4. Kvaliteta življenja bolnika:** izmerjena na podlagi EQ-5D anonimnega vprašalnika pred in po posegu.

EQ-5D anonimni vprašalnik je objavljen na spletni strani ZZS [www.zzs.si](http://www.zzs.si) (rubrika Novosti). Izvajalec posreduje vprašalnik obravnavani osebi, ki ga izpolni pred in po posegu.

Merilo, ki je bilo uporabljeno pri ocenjevanju ponudb, je bila cena. Na osnovi ponujene cene je bila lahko ponudba ovrednotena za največ 100 točkami. Natančna metodologija ocenjevanja ponudb je razvidna iz besedila nacionalnega razpisa. Ponudniki so lahko na razpis predložili ponudbe za enega, več ali za vse programe. Vsak ponujen program mora biti izveden v obdobju za katerega je izvajalec ponudil storitev, vendar najkasneje do 31.12.2012. Do roka za predložitev ponudb (24. 11. 2011) je prispelo 65 popolnih ponudb, od tega:

- 8 ponudb za program operacija hrbtenice;
- 14 ponudb za program ortopedska operacija rame;
- 17 ponudb za program artroskopija;
- 15 ponudb za program odstranitev osteosintetskega materiala;
- 11 ponudb za program operacija ženske stresne inkontinence.

Popolne vloge je Komisija ocenila skladno z metodologijo izbora najugodnejših ponudnikov, navedeno v Nacionalnem razpisu za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo izbranih zdravstvenih programov. Točka VI.2 (Metodologija izbora najugodnejšega ponudnika oziroma ponudnikov) nacionalnega razpisa za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo izbranih zdravstvenih programov za leto 2012 določa, da se v primeru, da razpoložljivih sredstev za določeno skupino ponudb ni dovolj, obseg programa izva-

jalcem v tej skupini opredeli na osnovi deleža obsega ponujenega programa posameznega izvajalca v skupnem obsegu ponujenih programov vseh izvajalcev v isti skupini, ki se nato vsem izvajalcem v tej skupini zmanjša za enak odstotek, in sicer do vrednosti razpoložljivih sredstev. Skladno z navedenim se je obseg ponujenega programa delno zmanjšal ponudnikom, katerih ponudbe niso bile izbrane v celoti.

**Izbrani in neizbrani ponudniki** po posameznih programih so navedeni v spodnjih tabelah.

Z uspešno izvedenim nacionalnim razpisom v letih 2009, 2010 in 2011 je ZZS tudi v obdobju relativnega pomanjkanja dodatnih sredstev za širitve programov zavarovanim osebam omogočil večjo dostopnost. Ta temelji na doseženih nižjih cenah v okviru obstoječih sredstev na nacionalni ravni. Pozitivni učinki in letošnjega nacionalnega razpisa predstavljajo podlago za nadaljnje aktivnosti ZZS pri izvajanju nakupne funkcije. V letu 2011 je tako ZZS na podlagi nacionalnega razpisa povečal obseg programa na skupni ravni za 10,4% (povečanje števila obravnav z 3.828 na 4.225).

Jakob Ceglar  
Damjan Kos

**Tabela št. 1: Obseg programa, cena 1 enote, vrednost celotnega programa ponudnikov v okviru nacionalnega razpisa za leto 2011 za operacijo hrbtenice.**

Ponudnik	Obseg programa	Cena 1 enote v EUR	Vrednost v EUR	Število točk	Skupina
<b>IZBRANI PONUDNIKI</b>					
Splošna bolnišnica Murska Sobota	30	2.550,00	76.500,00	100	1
Asist.mag.Marko Bitenc, dr.med., Zasebni zdravnik	120	2.650,00	318.000,00	96	2
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.o.o.	100	2.700,00	270.000,00	94	3
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	49	2.713,88	132.980,12	93	4
Splošna bolnišnica Celje	35	2.741,13	95.939,55	92	4
Splošna bolnišnica Jesenice	55	2.741,13	150.762,15	92	4
Univerzitetni klinični center Ljubljana	239	2.740,00	654.860,00	92	4
Univerzitetni klinični center Maribor	137	2.741,13	375.534,81	92	4

**Tabela št. 2: Obseg programa, cena 1 enote, vrednost celotnega programa ponudnikov v okviru nacionalnega razpisa za leto 2011 za ortopedsko operacijo rame.**

Ponudnik	Obseg programa	Cena 1 enote v EUR	Vrednost v EUR	Število točk	Skupina
<b>IZBRANI PONUDNIKI</b>					
Kirurški center Toš	40	1.200,00	48.000,00	100	1
Artros, zdravstvena dejavnost d.o.o.	150	1.330,00	199.500,00	89	6
Splošna bolnišnica Murska Sobota	30	1.360,00	40.800,00	86	7
Asist.mag.Marko Bitenc, dr.med., Zasebni zdravnik	77	1.375,00	105.875,00	85	8
Senekovič d.o.o.	77	1.380,00	106.260,00	85	8
Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica	5	1.390,00	6.950,00	84	8
<b>NEIZBRANI PONUDNIKI</b>					
Splošna bolnišnica Trbovlje	-	1.410,00	-	82	9
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-	1.416,46	-	81	10
Splošna bolnišnica Celje	-	1.430,68	-	80	10
Splošna bolnišnica Jesenice	-	1.430,68	-	80	10
Splošna bolnišnica Novo mesto	-	1.430,68	-	80	10
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	-	1.430,00	-	80	10
Univerzitetni klinični center Ljubljana	-	1.430,00	-	80	10
Univerzitetni klinični center Maribor	-	1.430,68	-	80	10

Tabela št. 3: Obseg programa, cena 1 enote, vrednost celotnega programa ponudnikov v okviru nacionalnega razpisa za leto 2011 za artroskopijo.

Ponudnik	Obseg programa	Cena 1 enote v EUR	Vrednost v EUR	Število točk	Skupina
<b>IZBRANI PONUDNIKI</b>					
Kirurški center Toš	300	600,00	180.000,00	100	1
Asist.mag.Marko Bitenc, dr.med., Zasebni zdravnik	150	629,05	94.357,50	95	3
Senekovič d.o.o.	150	630,00	94.500,00	95	3
Univerzitetni klinični center Maribor	400	630,00	252.000,00	95	3
Splošna bolnišnica Novo mesto	150	640,00	96.000,00	93	4
Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica	44	645,00	28.380,00	92	4
Splošna bolnišnica Celje	142	660,00	93.720,00	90	5
Splošna bolnišnica Jesenice	250	661,00	165.250,00	89	6
Splošna bolnišnica Brežice	42	840,00	35.280,00	60	20
<b>NEIZBRANI PONUDNIKI</b>					
Splošna bolnišnica Murska Sobota	-	849,00	-	58	21
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	-	849,00	-	58	21
Artros, zdravstvena dejavnost d.o.o.	-	858,00	-	57	22
Kirurški sanatorij Rožna dolina d.o.o.	-	880,00	-	53	24
Splošna bolnišnica Trbovlje	-	890,00	-	51	25
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-	949,00	-	41	30
Univerzitetni klinični center Ljubljana	-	950,00	-	41	30
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	-	961,80	-	39	31

Tabela št. 4: Obseg programa, cena 1 enote, vrednost celotnega programa ponudnikov v okviru nacionalnega razpisa za leto 2011 za odstranitvev osteosintetskega materiala.

Ponudnik	Obseg programa	Cena 1 enote v EUR	Vrednost v EUR	Število točk	Skupina
<b>IZBRANI PONUDNIKI</b>					
Splošna bolnišnica Brežice	150	485,00	72.750,00	100	1
Splošna bolnišnica Novo mesto	250	490,00	122.500,00	98	1
Splošna bolnišnica Celje	243	495,00	120.285,00	97	2
Splošna bolnišnica Trbovlje	28	540,00	15.120,00	88	6
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	12	550,00	6.600,00	86	7
Splošna bolnišnica Jesenice	121	550,00	66.550,00	86	7
Splošna bolnišnica Murska Sobota	24	549,00	13.176,00	86	7
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	31	549,00	17.019,00	86	7
Univerzitetni klinični center Ljubljana	152	550,00	83.600,00	86	7
Univerzitetni klinični center Maribor	91	550,00	50.050,00	86	7
<b>NEIZBRANI PONUDNIKI</b>					
Kirurški center Toš	-	620,00	-	72	14
Artros, zdravstvena dejavnost d.o.o.	-	645,00	-	67	17
Senekovič d.o.o.	-	650,00	-	65	18
Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica	-	680,00	-	59	21
Ortopedska bolnišnica Valdoltra	-	697,31	-	56	22

Tabela št. 5: Obseg programa, cena 1 enote, vrednost celotnega programa ponudnikov v okviru nacionalnega razpisa za leto 2011 za operacijo ženske stresne inkontinence.

Ponudnik	Obseg programa	Cena 1 enote v EUR	Vrednost v EUR	Število točk	Skupina
<b>IZBRANI PONUDNIKI</b>					
Splošna bolnišnica Trbovlje	25	1.400,00	35.000,00	100	1
Asist.mag.Marko Bitenc, dr.med., Zasebni zdravnik	50	1.485,00	74.250,00	93	4
Splošna bolnišnica "Dr. Franca Derganca" Nova Gorica	26	1.510,00	39.260,00	92	4
Splošna bolnišnica Celje	65	1.500,00	97.500,00	92	4
Splošna bolnišnica Novo mesto	62	1.500,00	93.000,00	92	4
Splošna bolnišnica dr. Jožeta Potrča Ptuj	100	1.526,86	152.686,00	90	5
Bolnišnica za ginekologijo in porodništvo Kranj	2	1.550,90	3.101,80	89	6
Splošna bolnišnica Jesenice	2	1.550,90	3.101,80	89	6
Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	3	1.549,00	4.647,00	89	6
Univerzitetni klinični center Ljubljana	14	1.550,00	21.700,00	89	6
Univerzitetni klinični center Maribor	2	1.550,90	3.101,80	89	6

# Prenova izmenjave podatkov o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov

Skladno z napovedjo v Splošnem dogovoru Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) uvaja za vse izvajalce vseh zdravstvenih dejavnosti nov način elektronske izmenjave podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja – projekt »Izdanki za zdravstvene storitve«. O tem je ZZS vse izvajalce obvestil 31.5.2011 z okrožnico ZAE 9/11.

V okrožnici ZAE 17/11 z dne 17.10.2011, ki je v celoti dostopna na spletnem naslovu [www.zzs.si/egradiva](http://www.zzs.si/egradiva) (vrsta gradiva: »Okrožnice ZAE za obračun«), pa je ZZS dopolnil gradiva, objavljena v okrožnici ZAE 9/11, s čimer upošteva tudi pripombe in predloge partnerjev, evidentirane pri dosedanjih obravnavah gradiv. Gradiva so dopolnjena v naslednjih delih:

- iz nabora podatkov so umaknjeni podatki o predpisanih in realiziranih listinah;
- glede na zgornje spremembe so dopolnjena tehnična navodila za izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev, podatkov zdravil, elektronsko objavo šifrantov in cenikov, podrobno so opisane funkcionalnosti portala in spletnih storitev za izmenjevanje podatkov;
- dodan je dokument »Izvajalec-Izdanki«, v katerem so nasveti in priporočila za lažjo uvedbo sprememb v programskih rešitvah in morebitnih sprememb posameznih delovnih procesov pri izvajalcih;
- opisane so nove on-line funkcije za zapis in branje podatkov o tujih zavarovanih osebah in s tem povezane prilagoditve ostalih funkcij;
- dopolnjeni so opisi kontrol podatkov;
- dopolnjeni so opisi podatkov in pravil v delih, kjer se je izkazalo, da niso zapisani dovolj podrobno ali jih ni mogoče razumeti enolično;
- odpravljene so nekatere redakcijske pomanjkljivosti.

Novi način izmenjave podatkov se začne uporabljati 1. 1. 2013, in sicer hkrati pri vseh izvajalcih.

Za razvoj in testiranje programskih rešitev ter pripravo na uvedbo so predvideni naslednji termini:

- do 28.2.2012 zagotovljeni testni podatki na ZZS,
- do 31.5.2012 vzpostavljeno celovito testno okolje na ZZS – vključuje testno okolje portala in testne aplikacije za obdelavo podatkov.

Za enotno razumevanje gradiv in razčiščevanje morebitnih dodatnih vprašanj bo ZZS organiziral dodatne predstavitve navodil, če bodo izvajalci in njihove programske hiše ocenile, da je to potrebno. ZZS se bo s predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov dogovoril tudi o podrobnem terminskem načrtu za izvedbo aktivnosti za razvoj in testiranje rešitev ter pripravo na uvedbo.

V okviru predstavljenih aktivnosti ZZS uvaja tudi portal in spletne storitve za izmenjavo podatkov, ki bo omogočal izvajalcem tako izmenjavo obračunskih dokumentov z ZZS kot tudi nekatere do-

datne funkcionalnosti, predvsem objavo vseh pomembnih gradiv ZZS (npr. okrožnic) na enem mestu, prevzem podatkov za šifrante in cenike ter pregledne sezname izmenjanih obračunskih dokumentov. Po terminskem načrtu bo portal vzpostavljen v testnem okolju, ki bo omogočalo testiranje izmenjave podatkov z zunanjimi partnerji, do konca aprila 2012. Poleg izmenjave podatkov prek portala bo vzpostavljena tudi druga možnost izmenjave podatkov, in sicer prek spletnih storitev. Predvidoma bodo le-te vzpostavljene tehnološko kot nove funkcije informacijskega sistema neposrednega (on-line) dostopa do podatkov zdravstvenega zavarovanja. S tem bi bila uporaba za izvajalce podobna kot uporaba obstoječih on-line funkcij. Izmenjava podatkov prek spletnih storitev omogoča večjo avtomatizacijo izmenjave podatkov zlasti na strani izvajalcev.

Za pridobivanje podatkov o tujih zavarovanih osebah, ki uveljavljajo pravice na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, certifikata in avstralske kartice Medicare, bosta uvedeni dve novi funkciji v on-line sistemu. Z njima bodo izvajalci zapisovali podatke o tuji zavarovani osebi neposredno v evidenco ZZS in podatke na enak način tudi pridobivali. Za ta namen je bil podrobno opredeljen celoten postopek in razvita informacijska podpora, ki je že v fazi internega testiranja. Za tiste tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravice na podlagi potrdila, ki ga izda ZZS, bodo dopolnjene sedanje funkcije on-line sistema (branje podatkov o obveznem zdravstvenem zavarovanju, branje in zapis podatkov o medicinsko-tehničnih pripomočkih in zdravil) tako, da bodo izvajalci vse podatke o teh zavarovanih osebah prejeli na elektronski način prek on-line sistema.

ZZS bo zagotovil izvajalcem tudi vse šifrante in cenike v elektronski obliki tako, da jih bodo izvajalci lahko enostavno in avtomatizirano prenesli v svoje informacijske sisteme. Za ta namen je opredeljen postopek za pripravo podatkov za cenike: poleg podatkov, ki izhajajo neposredno iz pogodb z izvajalci, bo zagotovljena tudi enotna elektronska oblika podatkov za plačilo specializacij, pripravništva idr. Ceniki za medicinsko-tehnične pripomočke bodo zaradi drugačne ZZS evidence še naprej objavljeni po sedanjem sistemu – v okviru šifranta pripomočkov. Opredeljene so strukture in tabele v bazi podatkov za vse šifrante – tako vsebinske kot kontrolne. Pripravljen je načrt za aplikacijo, ki bo omogočala ažuriranje in vzdrževanje šifrantov.

Po dogovoru s ključnimi institucijami (Ministrstvo za zdravje, Inštitut za varovanje zdravja in ZZS) se novi šifrant uvede za namen statističnega poročanja (IVZ) s 1.1.2012, za vse namene uporabe na ZZS (poleg beleženja in obračuna storitev še zapis in branje podatkov o izbranem osebnem zdravniku, medicinsko-tehničnih pripomočkih in zdravilih, podatki o čakalnih dobah idr.) pa skupaj z začetkom uporabe novega načina izmenjave podatkov o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

Anka Bolka  
 Sladjana Jelisavčić  
 Damjan Kos



# Začasna zadržanost od dela zaradi nege

## Analiza dejavnikov in razlogov za porast absentizma zaradi nege

### 1. Uvod

Začasna zadržanost od dela z nadomestilom plače je ena izmed pravic, ki jih ZZS zagotavlja, kadar upravičenec ne more na delo zaradi bolezni, poškodbe ali drugega razloga. Eden izmed razlogov je tudi nega. Do nadomestila plače zaradi nege so upravičeni zavarovanci, ki negujejo osebo, ki potrebuje nego - zakonca, zunajzakonskega partnerja ali otroka (ožji družinski član, varovanec, rejenc, pastorek), ne glede na to ali z osebo, ki potrebuje nego živi v skupnem gospodinjstvu<sup>1</sup>.

Upravičenci do nadomestila plače zaradi nege so:

1. **zakonec ali izvenzakonski partner**, ki neguje svojega zakonca ali izvenzakonskega partnerja;
2. **starš**, ki neguje svojega otroka (zakonskega otroka, zunajzakonskega otroka in posvojenca);
3. **zavarovanec**, ki neguje otroka, ki je z odločbo pristojnega organa nameščen v družino zavarovanca z namenom posvojitve;
4. **zakonec ali zunajzakonski partner**, kadar dejansko neguje in varuje pastorka (otroka svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja);
5. **skrbnik**, kadar dejansko neguje in varuje otroka – varovanca in
6. **rejniki**, kadar dejansko neguje in varuje otroka – rejenca.

Trajanje upravičenja do nadomestila plače zaradi nege je za zakonca ali izvenzakonskega partnerja, ki neguje svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja v času trajanja zakonske zveze ali zunajzakonske skupnosti in za starša, ki neguje svojega otroka (zakonskega otroka, zunajzakonskega otroka ali posvojenca) do dopolnjenega 18. leta starosti otroka oziroma dokler traja roditeljska pravica.

Po podatkih iz ZZS baze Absentizem se je število dni in primerov nege v zadnjih letih povečalo, kar se odraža tudi na odhodkih ZZS za nadomestila plač. V letu 2010 so odhodki ZZS za nego predstavljali 26,3 milijonov evrov, kar je več kot 10% vseh nadomestil plač zaradičasne zadržanosti od dela, zato je smiselno ugotoviti vzroke za ta porast oz. ta segment posebej intenzivno spremljati z možnostjo umiritve rasti.

Tabela 1: Število primerov, dni in izplačana nadomestila zaradi nege po letih.

	2005	2006	2007	2008	2009	2010
primeri	107.368	96.173	114.762	127.010	143.144	138.697
dnevi	472.578	402.049	472.258	491.734	548.521	552.008
povprečna dolžina trajanja (v dnevih)	4,4	4,2	4,1	3,9	3,8	4,0
znesek v mio €* <sup>2</sup>	...	...	17,8	20,7	24,2	26,3

Vir: Baza Absentizem, ZZS

Opomba: \* - podatke iz aplikacije Nadomestila; ... - ni podatka

<sup>1</sup> S 1. 1. 2009 se je na podlagi novele Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (17. člen ZZVZ-K, Ur. list RS, št. 76/2008) pričela uporabljati spremenjena določba 30. člena ZZVZ, ki spreminja pogoje za upravičenost do nadomestila plače, razširja krog upravičencev do nadomestila plače in opredeljuje trajanje upravičenja do nadomestila plače.

### 2. Razlogi za porast absentizma zaradi nege

Možni razlogi za povečanje absentizma zaradi nege tičijo v zdravstvenem in socialno-ekonomskem stanju najmlajših otrok, saj podatki kažejo, da je 99,7 odstotkov vseh dni nege izplačanih za kategorijo otrok in le 0,3 odstotke za zakonce oz. izvenzakonskega partnerja. Podrobni podatki po območnih enotah, ločeno glede na vrsto družinskega člana so prikazani v prilogi 1.

#### 2.1. Zdravstveno stanje otrok

Zdravstveno stanje otrok po starostnih skupinah spremlja Inštitut za varovanje zdravja (v nadaljevanju: IVZ) v posebni publikaciji. Letni podatki kažejo, da se je število obiskov v zunaj bolnišničnem zdravstvenem varstvu na primarni ravni v starosti od 1 do 3 let postopno povečevalo vse do leta 2009, ko je na voljo tudi zadnji razpoložljivi podatek.

Tabela 2: Število vzrokov za obisk v zunaj bolnišničnem zdrav. varstvu na primarni ravni.

	2005	2006	2007	2008	2009
od 1 do 3 let					
vsi vzroki	274.031	284.396	284.010	291.022	325.799
št. vzrokov / 1000 preb.	5159,6	5294,6	5187,5	5117,2	5446,6
od 4 do 6 let	2005	2006	2007	2008	2009
vsi vzroki	231.730	230.814	234.066	221.770	217.817*
št. vzrokov / 1000 preb.	4261,6	4251,6	4349,8	4137,1	5977,6

Vir: poglavje ZSL 4.2.,

Opomba:\* - podatek za starostno skupino 4-5 let.

V starostni skupini od 4 do 6 let lahko potrdimo porast obiskov do leta 2007, potem je zaradi metodološke spremembe zajema podatkov starostna skupina zmanjšana na 4-5 let, kar ne daje več primerljivih podatkov, ki bi potrdili porast števila obiskov. Če bi starostna skupina ostala enaka kot v prejšnjih letih, pa bi porast obiskov gotovo zabeležili, saj se je število vzrokov za obisk na 1000 prebivalcev povečalo (tabela 2).

Manjši porasti obiskov na primarnem nivoju se evidentirajo tudi v starostni skupini od 7 do 9 let in od 10 do 14 let, vendar so kazalniki za polovico nižji, se pravi da se beleži polovica manj obiskov zdravnika kot pri najmlajših. V starostni skupini 15-19 let pa praktično porasta ni in se zabeleži letno okoli 2400 obiskov na 1000 prebivalcev.

Obolenost otrok v najnižji starosti je v porastu in zato lahko vpliva na porast nege, kadar upravičenec ne more na delo, ko neguje otroka. Ker se vključenost otrok v institucionalno varstvo iz leta v leto povečuje (eden izmed razlogov je tudi ta, da je vsak drugi in naslednji otrok v organiziranem varstvu brezplačno), se povečuje možnost širjenja raznih nalezljivih bolezni, ki so razlog, da otrok ne sme v varstvo in potrebuje nego doma. Problem obolenja otrok v vrtcih je bil že indiciran, saj je IVZ maja 2011 izdal Priporočila za ukrepanje v vrtcu ob nujnih stanjih in nenadno nastalih bolezenskih znakih. Dokument je pripravil v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje ter

Ministrstvom za šolstvo in šport, namenjen pa je za pomoč osebju v vrtcu pri ravnanju ob življenje ogrožajočih in drugih nenadno nastalih stanjih, ki zahtevajo ukrepanje in / ali zdravniško pomoč. V priporočilih so opredeljena načela, kako je treba pravilno ukrepati, posebno poglavje pa je namenjeno ukrepanju ob bolezenskih znakih, pri katerih obstaja možnost širjenja nalezljivih bolezni.

## 2.2. Demografske spremembe

Razlogi za porast nege so povezani tudi z demografskim gibanjem. Po podatkih vitalne statistike IVZ-ja se je letno število živorojenih otrok od leta 2003 dalje povečevalo iz 17.066 na 21.644 v letu 2009. Gre za kumulativni dodatni prirast 4.804 otrok v najnižji starosti, ki so po preteku enega leta (po porodniškem dopustu) v večji meri deležni institucionalnega varstva in predšolske vzgoje. Tam so otroci izpostavljeni nekaterim dejavnikom, ki vplivajo na njihovo zdravstveno stanje. Poleg tega so v tem najbolj zgodnjem obdobju izpostavljeni tudi nekaterim nalezljivim otroškim boleznim (norice, škrlatinka...), katerih pojav ni mogoče zatreti in se v kasnejših obdobjih življenja ne pojavijo več. Rast števila otrok zanesljivo vpliva na porast nege, saj povzroča večanje v obsegu oz. absolutnem merilu.

## 2.3. Socialno ekonomski dejavniki

Med socialno ekonomske dejavnike, ki posredno vplivajo na obseg nege sodijo obseg števila zaposlenih – predvsem žensk, število žensk, ki so matere, število gospodinjstev in tip gospodinjstva. Število zaposlenih žensk se je od leta 2005 do 2009 stalno povečevalo zaradi izboljšanja dohodkovnih virov in blaginje družine. Zaradi gospodarske krize in stečajev podjetij se je sicer to število v letu 2009 nekoliko zmanjšalo, vendar je v sredini letošnjega leta ponovno v porastu. Da je število zaposlenih žensk v korelaciji z nego, kažejo tudi podatki o negi, kjer dnevi odsotnosti sledijo tem gibanjem. Vsak zaposleni namreč ima pravico da neguje družinskega člana, ko zbolí oz. kadar to nego potrebuje.

Tabela 3: Število zaposlenih žensk od decembra leta 2005 do junija 2011

	2005	2006	2007	2008	2009	2010	1-6 2011
št. zaposlenih žensk *	335.834	341.588	351.281	355.847	342.764	336.972	338.827
št. dni nege za ženske**	...	340.159	397.945	412.622	451.830	449.732	256.150

Vir: SURS, Podatkovni portal www, ZZS, baza Absentizem,

Opomba: \* - stanje na dvanajsti mesec posameznega leta

\*\* - obdobje januar – december, za leto 2011 obdobje januar - junij

Drugi socialni moment je ta, da se v Sloveniji v zadnjih letih povečuje število žensk, ki postajajo matere. 1. januarja 2011 jih je bilo 663.127 od 894.475 prebivalc. Matere so v povprečju rodile 2 otroke in tudi sicer je bilo največ mater z dvema otrokoma. Več otrok ko ima mati, večkrat bo morala v primeru bolezni otroka koristiti nego. Še posebej v primeru nalezljivih bolezni, saj se ponavadi iz enega otroka prenese okužba na drugega.

Poseben vpliv na ravnanje staršev v primeru bolezni otroka pa imajo oblike gospodinjstev oziroma tip družine, saj lahko v določenih okoliščinah v okviru gospodinjstva oz. družine na primer drugi družinski člani prevzamejo negovanje otroka, starši pa lahko nemoteno odhajajo na delo.

V Sloveniji se je v zadnjih desetih letih število gospodinjstev povečalo za 128.000, povprečna velikost gospodinjstva pa se je zmanjšala z 2,8 na 2,5 člana. Povečanje števila gospodinjstev je (bilo) predvsem posledica povečanja števila prebivalcev Slovenije (to število se je glede na podatke iz leta 2002 povečalo za 86.000) in intenzivne stanovanjske gradnje v tem času. Ta je omogočila, da so se številni mlajši prebivalci osamosvojili iz primarnega gospodinjstva in si rešili stanovanjski problem ter ustvarili nova gospodinjstva oz. družine. Odločitve mlajših, da se osamosvojijo, pa so privedle do tega, da v gospodinjstvu ni več »varuške« - starih staršev, ki pa so včasih bili in reševali marsikateri problem varovanja zdravega ali nege bolnega otroka.

Najpogostejši tip gospodinjstva je enodružinsko gospodinjstvo<sup>2</sup>, to je gospodinjstvo, v katerem so vsi člani hkrati tudi člani ene družine (takih gospodinjstev je po zadnjih podatkih 450.000 tisoč ali 55 %). Enostarševske družine (mati z otrokom, oče z otrokom) predstavljajo že četrtno vseh družin v Sloveniji (v letu 2002 jih je bilo 18,7 %) (SURS, Gospodinjstva in družine, Slovenija, 1. januar 2011 – končni podatki). Posebej zanimivi so podatki o nedružinskih gospodinjstvih starih staršev in vnukov. S starimi starši živi 3.500 otrok. Statistični podatki kažejo registrirano stanje. Starši očitno – iz različnih vzrokov (eden pomembnejših je zagotovitev mesta v vrtcu) – prijavljajo prebivališče otroka pri svojih starših, kjer pa sami ne prebivajo (več).

Zdravstveno statistični in socialno ekonomski ter demografski podatki potrjujejo domnevo, da so na večji obseg nege družinskega člana – otroka vplivali:

- zdravstveno stanje najmlajših otrok,
- večja vključenost otrok v institucionalno varstvo,
- povečanje števila živorojenih otrok,
- povečanje števila zaposlenih žensk,
- povečanje števila žensk, ki so matere;
- povečanje števila gospodinjstev,
- povečanje števila enostarševskih družin.

## 3. Odsotnosti oseb-nosilcev dejavnosti zaradi nege

Obstaja še en možen vzrok povečevanja nege, ki pa nima temeljev v podatkih, temveč izvira iz družbene situacije in sistema zdravstvenega zavarovanja.

V Sloveniji imamo sistem obveznega zdravstvenega zavarovanja, v katerega so vključeni skoraj vsi prebivalci. Vključevanje v zavarovanje poteka preko delodajalcev, v določenih primerih pa se morajo v obvezno zavarovanje vključiti osebe same. Zavarovanje lahko obsega vse pravice iz obveznega zavarovanja ali samo določen del pravic. Osebe zaposlene pri delodajalcih v primerih, ko koristijo nego, same ne občutijo večjih finančnih posledic, saj dobijo 80 odstotkov dohodka. Strošek nastane za delodajalca, a ta ga refundira iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V primeru, ko je fizična oseba hkrati nosilec dejavnosti, je možno, da se zaradi nastale slabe gospodarske situacije in znanih težav neplačevanja obveznosti med podjetji, nekateri poizkušajo zagotoviti lastni dohodek tako, da ga pridobijo iz drugih virov. Možno

<sup>2</sup> Statistična definicija družine je usklajena z mednarodnimi priporočili za popise prebivalstva in z uredbo EU o popisih prebivalstva in stanovanj. Družina je opredeljena kot življenjska skupnost najmanj dveh oseb v okviru zasebnega gospodinjstva. To je lahko: življenjska skupnost staršev (obeh ali enega) in otrok, ki živijo z njima oziroma z enim od staršev. Starost otrok ni omejena, vendar pa ti nimajo svoje družine oziroma ne živijo v zunajzakonski skupnosti; življenjska skupnost moškega in ženske, ki sta sklenila zakonsko zvezo; življenjska skupnost partnerjev, ki živita v zunajzakonski skupnosti.

je, da tudi iz zdravstvenega zavarovanja, saj je npr. v primeru nege obveznost izplačila takoj na strani zavarovanja (nego plača ZZS od prvega dne dalje). Čeprav je nega omejena časovno, si vsaj za krajši čas zagotovijo vir lastnega dohodka.

ZZS vodi za lastne potrebe evidenco podatkov za razloge odsotnosti po zavarovalnih podlagah zavarovancev, iz katerih je mogoče določiti, koliko nadomestil za odsotnosti po različnih razlogih je bilo izplačanih v nekem obdobju. V tabeli 4 so prikazani podatki za prvo polovico leta 2011 po skupinah zavarovalnih podlag, ki so jim bile v tem obdobju izplačana nadomestila za nego. Podatki kažejo, da je bilo v povprečju v Sloveniji 6,7 dni nege skupaj na zavarovanca, ki je nego koristil. Nad povprečjem so bile osebe, ki so samostojni podjetniki z 12,6 dni na zavarovanca in osebe s samostojnimi poklici s 14,0 dnevi na zavarovanca. Pri tem velja opozoriti da je skupno število dni na zavarovanca odvisno od tega, ali je bil enkrat ali večkrat na negi, za enega ali več svojih otrok oz. enkrat ali večkrat za zakonca oz. izvenzakonskega partnerja.

Samostojni poklici, družbeniki zasebnih družb (poslovodne osebe) ter detaširani delavci imajo zneske nad povprečjem, tako na osebo kot na dan. V številu dni na zavarovano osebo pa odstopajo navzgor samostojni podjetniki posamezniki z 12,6 dni na zavarovano osebo, pri njih zaposleni malo manj 9,5, samostojni poklici 14 dni na zavarovano osebo, pri njih zaposleni samo 5,6 dni na zavarovano osebo ter še kmetje od 9,7 do 12 dni na zavarovano osebo. Vzroki za razlike se iz teh podatkov težko ugotovijo.

Za podlage 005, 013, 019 in 040, kjer so podatki pokazali, da so se pojavila odstopanja po dnevih na zavarovanca, je značilno, da so deleži zavarovancev z nego zelo nizki (od 1,9 do 3,2), še posebej napram deležu za zavarovalno podlago 001, kjer je delež zavarovancev z nego 7,1. Ker je teh zavarovancev po obsegu največ, je tudi povprečje zato zelo visoko (6,1). Kljub temu pa obstajajo določena odstopanja, in sicer pri:

- s.p. posameznikov (005) odstopajo po dnevih na zavarovanca najbolj območne enote Koper, Murska Sobota in Ljubljana, kar pomeni, da so lahko zavarovanci bili v povprečju večkrat ali dlje na negi;
- podlagi 013 odstopajo po dnevih na zavarovanca najbolj v območni enoti Murska Sobota, Maribor in Ljubljana;
- podlagi 019 odstopajo po dnevih na zavarovanca najbolj v območni enoti Ravne na Koroškem in Ljubljani;
- podlagi 040 odstopa najbolj območna enota Koper.

Razlike v zneskih na zavarovano osebo in zneskih na dan so odvisne od višine osnov, od katerih se obračunavajo nadomestila. Osnove so najvišje pri samostojnih poklicih, družbenikih in detaširanih delavcih, najnižje pa pri članih in nosilcih kmečkega gospodarstva.

Istočasno pa ne glede na vrsto zaposlitev obstaja precejšnja skupina žensk, ki so zaposlene s krajšim delovnim časom od polnega. Zaradi tega so njihove osnove, od katerih se izplačujejo nadomestila plač nižje in ker nadomestila za nego znašajo le 80 odstotkov osnove, predpostavljamo, da niso motivirane za »ostajanje doma«.

Tabela 4: Nega po zavarovalnih podlagah v obdobju januar – junij 2011

	OE	Število dni	Št. zavarovancev - nega	Št. vseh zavarovancev po zav. podlagah*	Delež zavarovancev z nego	Znesek v €	št. dni na zav.	znesek na zav. v €	znesek na dan v €
Delovno razmerje v RS v podjetju, zavodu, drugih organizacijah	Skupaj 001	300.754	46.744	660.602	7,1	17.673.804	6,4	378	59
Detaširani delavci v delov. razmerju v RS, poslani v tujino...	Skupaj 002	88	19	4.823	0,4	7.939	4,6	418	90
Samostojni podjetniki posamezniki	Skupaj 005	13.520	1.077	55.893	1,9	409.464	12,6	380	30
Zaposleni pri mednarodnih org., konzulati, diplomat., predstavništva	Skupaj 008	48	11	379	2,9	3.437	4,4	312	72
Delovno razmerje pri sam. podjetnikih posameznikov v RS	Skupaj 013	9.828	1.037	54.337	1,9	326.976	9,5	315	33
Delovno razmerje v RS pri fizičnih osebah, ki uporab. dopolnilno delo drugih oseb	Skupaj 016	107	8	571	1,4	2.705	13,4	338	25
Samostojni poklici, osebe na območju RS	Skupaj 019	3.007	215	6.748	3,2	113.923	14,0	530	38
Delovno razmerje v RS pri osebah, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost	Skupaj 029	489	88	2.948	3,0	30.971	5,6	352	63
Udeleženci javnih del	Skupaj 034	441	89	1.881	4,7	13.613	5,0	153	31
Družbeniki zasebnih družb in zavodov v RS, ki so poslovodne osebe	Skupaj 040	2.343	213	15.363	1,4	123.859	11,0	581	53
Nosilci kmečkega gospodarstva	Skupaj 051	374	34	4.197	0,8	8.188	11,0	241	22
Člani kmečkega gospodarstva	Skupaj 052	454	47	3.140	1,5	10.048	9,7	214	22
Kmetje ter člani kmečkega gospodarstva	Skupaj 064	638	53	4.202	1,3	8.094	12,0	153	13
Mati z otrokom, ki dela po posebnih predpisih	Skupaj 085	2	1	12	8,3	42	2,0	42	21
Osebe na območju RS opravljajo sam. gospod. poklic. dejav. (zdrav. zavarovani)	Skupaj 104	22	2	625	0,3	462	11,0	231	21
<b>SKUPAJ</b>		<b>332.115</b>	<b>49.638</b>	<b>815.721</b>	<b>6,1</b>	<b>18.733.525</b>	<b>6,7</b>	<b>377</b>	<b>56</b>

Vir: aplikacija Nadomestila,

Opomba: \* - vir Baza OZZ, stanje na dan 30. 6. 2011; zavarovanec je lahko več kot enkrat na negi v obdobju

## 4. Zaključek

Država si prizadeva za dvig rodnosti, uvaja nove ugodnosti za starše, prizadeva si, da bi bili starši z majhnim otrokom čim več časa (krajši delovni čas mater), sofinancira plačila staršev za vrtec, v celoti pa financira plačilo vrtca za drugega in nadaljnje otroke.

Z varstvom predšolskih otrok je staršem omogočeno, da svobodno odločajo o organizaciji svojega življenja ter bolje uskladijo poklicno in družinsko življenje. Smernice EU za večjo vključenost otrok v vrtece so barcelonski cilj iz leta 2002, kjer je namen predvsem spodbuditi dostop do zaposlitve, ohraniti zaposlenost staršev, zlasti žensk in tako podpreti enakost med spoloma.

Glede na opisane trende, ki so veljali zadnjih pet do deset let lahko pričakujemo, da se bo večina njih nadaljevala tudi sedaj in v bližnji prihodnosti. Smernice EU in prizadevanja države pa bodo imele pomemben vpliv na demografsko socialne spremembe in na zdravstveni sistem ter zdravstveno blagajno.

Lahko pričakujemo, da se bo ZZS tudi v prihodnje soočal z nastalo situacijo in nadaljnjo rastjo odhodkov za nadomestila plač zaradi nege. Dokler bo pravica do nadomestila za nego ostajala in se celo širila ne moremo pričakovati zaustavitve rasti odhodkov za nadomestila. Morda bi ZZS moral vztrajati na tem, da bi se spremenila zakonska določila v zvezi z nadomestili plač za kategorijo brez-

poselnih oseb, ki so prijavljeni na Zavodu za zaposlovanje, katerim ZZS izplačuje nadomestila v primeru bolezni. Prenos te pravice iz zdravstvene na socialno področje bi lahko kratkoročno zadržal nadomestila plač na vzdržnem nivoju. Do takrat pa mora ZZS krepiti sodelovanje in razgovore z IVZ in območnimi Zavodi za zdravstveno varstvo za boljše spremljanje in nadzor nad naležljivimi boleznimi v vrtcih, vodstvu zdravstvenih domov in zdravniki pediatri, ter izvesti neposredne nadzore tam, kjer primeri nege izrazito odstopajo in nimajo podlage ne v zdravstvenem stanju in ne drugih dejavnikih, ki vplivajo na nastanek nege.

Nena Bagari Bizjak

### NEGA-ZAKONEC

	Število dni	št. zavarovancev	Znesek izplačila v €	št. dni na zavarovanca	znesek na zav. v €	znesek na dan v €
CE	46	7	2.686	6,6	384	58
KP	107	20	4.876	5,4	244	46
KK	59	12	2.407	4,9	201	41
KR	162	33	9.299	4,9	282	57
LJ	235	59	14.401	4,0	244	61
MB	57	9	3.813	6,3	424	67
MS	14	3	1.119	4,7	373	80
NG	206	45	11.728	4,6	261	57
NM	144	25	7.574	5,8	303	53
RAV	52	6	2.291	8,7	382	44
<b>Skupaj</b>	<b>1.082</b>	<b>219</b>	<b>60.194</b>	<b>4,9</b>	<b>275</b>	<b>56</b>

### Priloga 1 – Obdobje januar - junij 2011

#### NEGA-OTROK

	Število dni	št. zavarovancev	Znesek izplačila v €	št. dni na zavarovanca	znesek na zav. v €	znesek na dan v €
CE	24.126	3.171	1.169.992	7,6	369	48
KP	31.210	4.869	1.600.972	6,4	329	51
KK	7.097	989	352.044	7,2	356	50
KR	23.193	3.545	1.152.802	6,5	325	50
LJ	152.856	23.387	9.352.790	6,5	400	61
MB	35.858	5.415	1.853.889	6,6	342	52
MS	7.853	1.139	375.131	6,9	329	48
NG	20.748	3.103	1.071.268	6,7	345	52
NM	15.828	2.160	931.611	7,3	431	59
RAV	12.476	1.705	589.119	7,3	346	47
<b>Skupaj</b>	<b>331.245</b>	<b>49.483</b>	<b>18.449.618</b>	<b>6,7</b>	<b>373</b>	<b>56</b>
	99,7	99,6	99,7			

#### NEGA- SKUPAJ

	Število dni	št. zavarovancev	Znesek izplačila v €	št. dni na zavarovanca	znesek na zav. v €	znesek na dan v €
CE	24.172	3.178	1.172.678	7,6	369	49
KP	31.317	4.889	1.605.848	6,4	328	51
KK	7.156	1.001	354.451	7,1	354	50
KR	23.355	3.578	1.162.101	6,5	325	50
LJ	153.091	23.446	9.367.191	6,5	400	61
MB	35.915	5.424	1.857.702	6,6	342	52
MS	7.867	1.142	376.250	6,9	329	48
NG	20.954	3.148	1.082.996	6,7	344	52
NM	15.972	2.185	939.185	7,3	430	59
RAV	12.528	1.711	591.410	7,3	346	47
<b>Skupaj</b>	<b>332.327</b>	<b>49.702</b>	<b>18.509.812</b>	<b>6,7</b>	<b>372</b>	<b>56</b>

Vir: Aplikacija ZZS Nadomestila.

Opomba: en zavarovanec je lahko več kot enkrat na negi.

### OBČASNIK akti & navodila

#### Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje  
Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

#### Za izdajatelja:

Samo Fakin, generalni direktor

#### Uredništvo:

Uršula Jerše Jan, Damjan Kos (urednik),  
Boris Kramberger, Sladjana Jelisavčić,  
Janko Štok

#### Tajništvo uredništva:

tel.: (01) 30 77 541,  
faks: (01) 23 12 182  
e-pošta: natasa.grosar@zzzs.si

#### Prelom:

Bergla d.o.o.

#### Tisk:

Littera Picta d. o. o.

### OBČASNIK

izhaja po potrebi  
in občasno v dveh  
različnih izdajah:

#### akti & navodila,

ki je namenjena predvsem izvajalcem  
– javnim zdravstvenim zavodom in  
zasebnikom

#### novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev  
ZZS

Vzorčni izvod OBČASNIKA  
dobivajo vse službe ZZS  
in vsi izvajalci brezplačno.  
Ostale izvode lahko pisno  
naročite na naslov:  
ZZS – za uredništvo,  
Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana

Naklada: 3.100 izvodov,  
ISSN 1318-8895, Ljubljana 2012

