

Občasnik

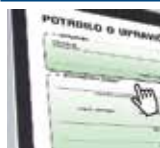
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XXVI, CENA 1,01 EUR z DDV

ZZZS št. 1 // 20. 6. 2019

KAZALO

Razvoj



Elektronsko potrdilo
o upravičeni zadržanosti od dela 2



Seznam ukrepov za administrativno
razbremenitev družinske medicine 4



Celovita rehabilitacija slepih in
slabovidnih 6

Informacije



Sklep Skupščine ZZZS
o problematiki družinske medicine 8

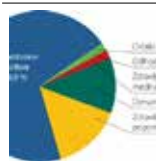
Objava razpisa programov zdravstvenih
storitev za leto 2019 9



Menjava kartic zdravstvenega
zavarovanja druge generacije
(izdane od leta 2008 dalje) 10



Izdaja in distribucija 3 plakatov in 6
zloženek ZZZS za informiranje zavarovanih
oseb o pravicah in obveznostih iz naslova
obveznega zdravstvenega zavarovanja 11



Finančno poslovanje
Zavoda za zdravstveno zavarovanje
Slovenije v letu 2018 15



Infografika
Obvezno zdravstveno zavarovanje
v letu 2017 17

Akti ZZZS

Pravila OZZ

Predlog sprememb in dopolnitev Pravil
obveznega zdravstvenega zavarovanja
– javna razprava 26

Novi predpisi s področja obveznega
zdravstvenega zavarovanja v obdobju od
13. oktobra 2018 do 31. maja 2019 Javna
objava Splošnega dogovora 28

Splošni dogovor 2019

Splošni dogovor
za pogodbeno leto 2019 ter naslednji
dogovori in pripadajoči aneksi
samo v elektronski obliki 31



Spletni portal
za izvajalce zdravstvenih storitev
in dobavitelje medicinskih pripomočkov 32

Elektronsko potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

Uvajanje elektronskega potrdila o upravičeni zadržanosti od dela bo prispevalo tudi k manjšemu številu obiskov pacientov v ambulantah družinske medicine

Uvod

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS) pripravlja informacijsko rešitev, ki bo postopno nadomestila papirno listino - Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (tako imenovani "zeleni" BOL) z njeno elektronsko obliko (v nadaljnjem besedilu: eBOL).

Usklajevanje uvedbe eBOL z zdravniškimi organizacijami in predstavniki izvajalcev zdravstvenih storitev

Vsebinske in tehnične rešitve uvedbe eBOL je ZZZS uskladil s predstavniki Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije in Slovenskega zdravniškega društva, ki so imenovali svoje predstavnike v delovno skupino, ki je sproti pregledovala pripravljene načrte in rešitve, da bi vsebovale vse potrebne funkcionalnosti in bodo kar se da prilagojene postopkom v ambulantah in komunikaciji zdravnika z zavarovancem. Uvedba eBOL je bila predstavljena tudi predstavnikom Koordinativnega telesa družinske medicine. Prav tako ZZZS tesno sodeluje s programskimi hišami, ki pripravljajo informacijske rešitve za izvajalce.

Na tej podlagi bo eBOL uveden v dveh fazah. V prvi fazi bo zagotovljen zapis eBOL v informacijski sistem izvajalca, ki ga bo z uporabo sistema »on-line« posredoval v informacijski sistem ZZZS. V tej fazi bo še vedno potrebna izdaja papirne listine (»zeleni« BOL oz. če bo mogoče izpis podatkov o začasni zadržanosti od dela). V drugi fazi pa bo ZZZS v sodelovanju z Ministrstvom za javno upravo za delodajalce pripravil rešitev, s katero bodo na javnem spletnem portalu za podporo poslovnim subjektom (v nadaljevanju: portal SPOT) delodajalcem na voljo eBOL-i njihovih delavcev, ostali subjekti pa bodo do teh podatkov dostopali na spletnem portalu ZZZS za zavarovane osebe na naslovu <https://moj.zzzs.si>.

Razlogi za uvedbo eBOL in prednosti za vse deležnike

Novost bo prinesla poenostavitve postopkov in prihranke pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti, osebnih zdravnikih, ki so pooblaščenici za izdajo »zelenega« BOL, zavarovancih, delodajalcih, Finančni upravi RS (FURS), Nacionalnemu inštitutu za javno zdravje (NIJZ) in ZZZS, saj trenutna papirna oblika BOL predstavlja administrativno oviro za vse našete subjekte.

Z uvedbo eBOL izvajalci ne bodo imeli več stroškov z nakupom predtiskanih obrazcev in s tiskanjem BOL, prav tako pričakujemo, da se bo s časom zmanjšalo število obiskov zavarovancev v

ambulantah, saj jim zgolj zaradi pridobitve eBOL ne bo potrebno obiskati zdravnika, če bo ocenil, da pregled ob zaključku bolniškega staleža ni potreben. Osebnih zdravnikov, ki so pooblaščenici za izdajo BOL, so namreč v letu 2018 izdali 1.572.468 obrazcev BOL. Nadalje bodo imele pooblaščenice osebe za zapis podatkov eBOL (osebni zdravnik, medicinska sestra, ipd.) na voljo tudi podatke o preteklih zadržanostih zavarovanca od dela, kar jim bo v pomoč pri odločanju glede nadaljnje odsotnosti z dela. Zaradi vgrajenih avtomatskih kontrol se bo verjetnost izdaje napačnega eBOL skoraj povsem odpravila in zato se pričakuje manj obiska v ambulantah. Ukinjeno bo tudi pošiljanje podatkov o izdanih BOL od izvajalcev zdravstvenih storitev na NIJZ, saj bodo podatki iz eBOL neposredno posredovani na NIJZ.

Prednost uvedbe eBOL za zavarovance je, da mu ne bo več treba dostaviti BOL delodajalcu, saj bo delodajalcem omogočen dostop do podatkov eBOL za njihove zaposlene na spletnem portalu SPOT. Samostojnim zavezancem ne bo več potrebno obiskati FURS zaradi izpolnjevanja zadnje strani BOL. Zavarovane osebe bodo lahko dostopale do eBOL na spletnem portalu ZZZS za zavarovane osebe, kjer bodo lahko preverile, ali je osebni zdravnik izdal eBOL, in pridobile izpis eBOL za primere uveljavljanja svojih pravic na drugih področjih (nezgodna zavarovanja, inšpekcijski pregledi, ipd.).

Ukinitev papirne listine bo za delodajalce pomenila avtomatski vnos podatkov iz eBOL v njihove informacijske sisteme za obračun plač in nadomestil plač ter pripravo zahtevkov za refundacijo nadomestila plače na ZZZS. Teh podatkov ne bo več treba ročno vnašati. Prav tako delodajalcem ne bo treba k zahtevkom za refundacijo nadomestil plač prilagati fotokopije ali skeniranega BOLA.

Z uvedbo eBOL FURS-u ne bo več treba ročno izpolnjevati podatkov o osnovi za nadomestilo plače za samostojnega zavezanca, na ZZZS pa bodo ročne kontrole skladnosti zahtevkov in podatkov iz eBOL nadomeščene z avtomatskimi kontrolami.

Postopek zapisa

Zapis eBOL izvede pooblaščenica oseba pri izvajalcu, to je lahko izbrani osebni zdravnik, nadomestni zdravnik, medicinska sestra ali druga oseba pri izvajalcu, ki je pristojna za zapis eBOL v sistem on-line. Postopek zapisa eBOL poteka tako, da osebni zdravnik najprej ugotovi utemeljenost začasne zadržanosti od dela (trajanje, razlog, drugi elementi zadržanosti), pooblaščenica oseba izvajalca vnese podatke o utemeljeni zadržanosti v informacijski sistem izvajalca in izvede branje osebnih podatkov in podatkov o zavarovanju zavarovane osebe in če je potrebno tudi povezane osebe iz sistema on-line (npr. branje podatkov o otroku, če gre za nego otroka). Priporočamo, da pooblaščenica oseba izvede tudi branje podatkov o že zapisanih eBOL zavarovane osebe, da se zmanjša možnost napak. Pooblaščenica oseba zapiše podatke v sistem on-li-

ne in izvede kontrolni zapis, za katerega ni potreben digitalni podpis osebnega zdravnika. Če sistem on-line javi napake, jih je treba popraviti in ponovno izvesti kontrolni zapis. Če ni napak, sistem dodeli eBOL številko. Nato je treba vsak eBOL digitalno podpisati (enako velja tudi za napotnico in recept), kar lahko izvede le osebni zdravnik, ne pa tudi medicinska sestra ali druga pooblaščenca oseba pri izvajalcu. Osebni zdravnik izvede digitalni podpis z uporabo kvalificiranega digitalnega potrdila (v nadaljnjem besedilu: KDP) na svoji profesionalni kartici ali z uporabo KDP, ki ga je izdal drug slovenski izdajatelj. Tudi preklic oziroma storno eBOL lahko z digitalnim potrdilom podpiše le osebni zdravnik. eBOL številka se prepíše tudi na papirno listino BOL, prav tako pa se na papirno listino oziroma izpis prepíšejo podatki o digitalnem potrdilu osebnega zdravnika (kdo, kdaj, s katerim digitalnim potrdilom je podpisal eBOL – t. i. vizualizacija digitalnega podpisa). Tako za papirno listino oziroma izpis ne bo potrebno, da bo podpisan in žigosan s strani osebnega zdravnika. Podrobnosti v zvezi z opisanim postopkom, glede branja podatkov o zavarovani in povezani osebi, nadomestnem zdravniku, digitalnimi potrdili ter pravili v primeru nedelovanja sistema, preklica oziroma storna eBOL, glede povezane osebe, možnosti zapisa eBOL-a vnaprej, so od 15. 4. 2019 dalje v »Navodilu za zajem in posredovanje podatkov iz Potrdil o upravičeni zadržanosti od dela v sistem on-line«, ki ga je ZZS objavil na svoji spletni strani.

Varstvo osebnih podatkov

ZZS pri načrtovanju in razvoju rešitev posveča veliko pozornost varnosti osebnih podatkov, saj spadajo podatki o upravičeni zadržanosti od dela med občutljive osebne podatke, zato bodo do-

stopni le pooblaščenim osebam. Zagotovljene bodo celovite sledi pošiljanja in dostopov do podatkov. Z digitalnimi podpisi pa bodo zagotovljena kakovostna dokazila o avtorstvu in celovitosti eBOL.

Financiranje uvedbe eBOL

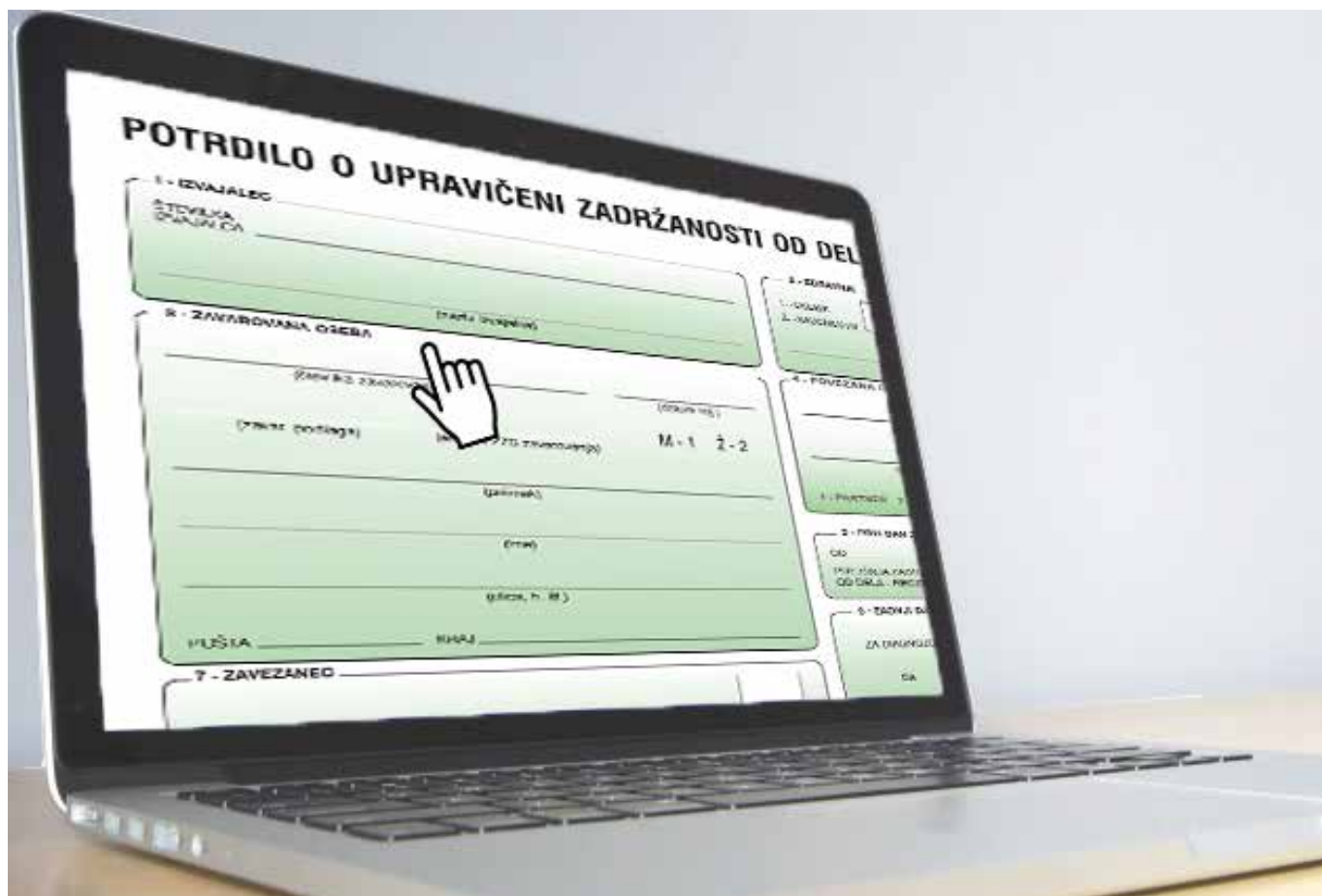
V Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2019 so zagotovljena namenska finančna sredstva za uvedbo eBOL. Sredstva bodo vključena v povečanje sredstev za informatizacijo v kalkulacijah ambulant družinske medicine ter otroških in šolskih dispanzerjev (VZD 302 001, 327 009 in 327 011) v višini 285,57 evra na tim. Sredstva bodo vračunana v ceno storitve, kar pomeni, da bodo izvajalci to vrednost prejeli s povečano ceno količnika v letu 2019.

Roki za uvedbo eBOL

Z dnem 1. 9. 2019 je predvidena pilotna uvedba eBOL z evalvacijo, z 1. 11. 2019 pa nacionalna uvedba, razen novih funkcionalnosti za delodajalce, ki se načrtujejo za začetek leta 2020.

Želimo in načrtujemo, da bo eBOL prispeval tudi k administrativni razbremenitvi in zmanjšanju števila obiskov v ambulantah družinske medicine, kar je tudi eden izmed skupnih ciljev, o katerih sta se dogovorila ZZS in Koordinativno telo družinske medicine na sestankih letos januarja in marca.

mag. Ana Vodičar
Maja Polutnik
Damjan Kos



Seznam ukrepov za administrativno razbremenitev družinske medicine

ZZZS je v sodelovanju s Koordinativnim telesom družinske medicine opredelil seznam 18 administrativnih poenostavitev v ambulantah družinske medicine (priloga). Nekatere ukrepe smo že izvedli, pri nekaterih se izvajajo aktivnosti za njihovo izpolnitev, nekatere pa terjajo spremembo aktov, zlasti spremembo zakonodaje, npr. sprememba pooblastil za odreditev bolniškega staleža (tudi ginekologom, ne za kratkotrajne staleže ipd.). V tem delu je ZZZS

predloge odstopil Ministrstvu za zdravje, vključno s predlogi, ki so povezani s poenostavitvijo postopkov v okviru e-Zdravja. Načrtuje se dinamična širitev seznama s predlogi iz različnih okolij, posebej so svoje pobude že predstavili pediatri.

mag. Ana Vodičar

Priloga: Seznam administrativnih poenostavitev in razbremenitev za izbrane osebne zdravnike.

| Področje | Izpostavljena težava – obremenitev | Predlog rešitve | Potrebne aktivnosti in rok |
|------------|---|--|--|
| Izbira IOZ | Zahteva novega izbranega osebnega zdravnika po soglasju zavarovane osebe za posredovanje dokumentacije | Poenostavitev postopka posredovanja dokumentacije zaradi nove izbire (za izbranega osebnega zdravnika in zavarovanca) | Pridobiti stališče informacijskega pooblaščenca, da soglasje zavarovane osebe ni potrebno – pojasnilo izvajalcem do 31. 3. 2019. V primeru stališča informacijskega pooblaščenca, da je soglasje zavarovane osebe potrebno – dopolniti listino Izbira IOZ – rok do 30. 6. 2019. |
| | Zgodovina prejšnjega/novega izbranega osebnega zdravnika z vpogledom v KZZ ni vidna (podatek potreben zaradi pošiljanja dokumentacije) | Omogočiti novemu izbranemu osebnemu zdravniku vpogled v neaktivne pretekle izbire Omogočiti prejšnjemu izbranemu osebnemu zdravniku, brez KZZ, s svojo PK, vpogled v novo izbiro | Dvojni popravek aplikacije ZZZS – rok do 31. 5. 2019. |
| | Opredeljene izbire oseb, ki nimajo urejenega zavarovanja več kot 90 dni | Avtomatične prekinitve izbir v primeru neurejenega zavarovanja več kot 90 dni | Postopnost uveljavitve predloga za prekinitve izbire: – v I. fazi: primeri nad 3 leta strnjene obdobja brez zavarovanja – rok do 30. 6. 2019, v II. fazi: primeri pod 3 leta strnjene obdobja brez zavarovanja – prehodni vsebinski pregled – rok do 30. 9. 2019. |
| Napotnice | Specialisti na sekundarni ravni zdravstvenega varstva zavarovani osebi v svoji obravnavi ne predpisujejo napotnic, naročilnic, receptov, četudi imajo za to pooblastila | Veljavna zakonodaja sekundarni ravni že sedaj daje to pooblastilo | Tiste območne enote, ki tega še niso storile, opozorijo sekundarno raven na njihova pooblastila – predlog obvestila so vse območne enote prejele iz Območne enote KK – rok do 31. 3. 2019. |
| | Pisanje napotnic za različne obravnave (različni VZS), če ima bolnik veljavno napotnico za specialista | Mnenje NIJZ: VZS je pomemben za prvo napotitev. Sicer lahko specialist tudi druge storitve (z drugimi VZS) za isto zdravstveno stanje, s pooblastilom 3, napotuje k drugim specialistom | Tiste območne enote, ki tega še niso storile, opozorijo sekundarno raven na njihova pooblastila (glej zgoraj) – rok do 31. 3. 2019. Specialisti slabo poznajo Pravila OZZ – angažiranje območne enote (delovni sestanki, delovni obiski, sprotna pisna opozorila o nepravilnostih) – rok takoj. |
| | Pisanje napotnic za kontrolne preglede | Že sedaj v času veljavnosti napotnice, ni potrebna nova napotnica. Dodati še pravilo, da izbranemu osebnemu zdravniku ni potrebno za kontrolni pregled, tudi po izteku veljavnosti napotnice za prvi pregled, predpisati nove napotnice za kontrolni pregled | Popravek 176. čl. Pravil OZZ tako, da lahko specialist izda napotnico za kontrolni pregled – rok do 30. 11. 2019. |
| | Prekratki roki za predložitev napotnic | Podaljšanje rokov za predložitev napotnic (rednih, hitrih) iz 14 na 30 dni | Potrebna sprememba ZPacP; ZZZS zagovarja to stališče kot član delovne skupine v prvi spremembi zakona – rok do 30. 9. 20109. |
| | Čeprav ima zavarovana oseba veljavno napotnico, potrebuje v primeru poslabšanja zdravstvenega stanja novo napotnico | Če gre za nujno stanje, napotnica ni potrebna. V ostalem delu še preučujemo z MZ | Uskladitev z MZ – rok do 30. 5. 2019. |

| | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|
| Potni stroški | Pri odločanju o potnih stroških ni potrebno strokovno znanje izbranega osebnega zdravnika (obremenitve z iskanjem najbližjega izvajalca) | Naj o potnih stroških odloča ZZS | ZZS predlaga popravek ZZVZZ, da pravica do potnih stroškov ne bi bila omejena z najbližjim izvajalcem (potem diagnoza, zdravstveno stanje in ugotavljanje ustreznega izvajalca ni več dilema) – po spremembi zakonodaje o potnih stroških lahko odloča ZZS. Do spremembe zakonodaje izbrani osebni zdravnik napiše najbližjega izvajalca (če mu je poznan), sicer pa napiše h kateremu specialistu pošilja (sprememba navodila) – rok takoj. Izbranega osebnega zdravnika zaprosimo, da v primeru potovanja k različnim specialistom, zavarovani osebi izdajo več obrazcev. Območne enote za odločanje o najbližjem izvajalcu ne zahtevajo informacij od zavarovane osebe, ki teh informacij ne more zagotoviti kredibilno – rok takoj. |
| Reševalni prevozi | Izbranega osebnega zdravnika razbremeniti odločanja o tej pravici | Izbrani osebni zdravnik naj indicira samo nujnost prevoza skladno z zdravstveno indikacijo | Ni mogoče, ker je strokovno medicinska presoja izbranega osebnega zdravnika o zdravstvenem stanju zavarovane osebe ključna, postopki bi bili predolgi, potencialno visoki zneski za povračilo za zavarovano osebo, če se naknadno ugotovi neutemeljenost Dogovor: sprejeti strokovne smernice za indikacijo nepokretnosti in škodljivosti javnega prevoza – ZZS poda zaprosilo na pristojni RSK – rok do 31. 3. 2019; Izbrani osebni zdravnik mora že sedaj strokovno medicinsko utemeljitev zabeležiti v zdravstveni dokumentaciji |
| Bolniški stalež | Veliko kratkotrajnih bolniških staležev | Za kratke bolniške staleže brez intervencije izbranega osebnega zdravnika, dogovor med delavcem/ delodajalcem | Širši družbeni konsenz, soglasje socialnih partnerjev, sprememba Zakona o delovnih razmerjih. Do tedaj ukrep uvedbe e-BOL – ni potreben obisk za izdajo listine, če osebni zdravnik oceni, da pregled ob zaključku bolniškega staleža ni potreben, beležena zgodovina staleža, ni več poročanja NIJZ, manj napak zaradi kontrol – rok do 30. 11. 2019. |
| | Obremenitve z vodenji dolgotrajnih staležev | Prenos bolniških staležev nad 6/12 mesecev na specialiste medicine dela, IK | Potrebna sprememba ZZVZZ (zakonodaje ZPIZ), problematika mreže MDPS |
| | Izbrani osebni zdravnik predlaga bolniški stalež tudi po navodilih ginekologov, zobozdravnikov | Podelitev pooblastil za predpis bolniškega staleža tudi ginekologom, zobozdravnikom | Potrebna sprememba ZZVZZ, uskladitev med strokami |
| Nega | Izbrani osebni zdravnik ne ugotavlja samo bolezni in potrebe po negi, ampak odloča o pravici | Olajšati postopke pri pediatrih | Ni mogoče, da bi se odločanje o staležu izvedlo dvostopenjsko (predlog postopek, negotovost, dokazovanje pri delodajalcu). Dogovor: V primeru dvomov ZZS izpolnjevanje pogojev praviloma preverja pri zavarovani osebi. ZZS ciljano obvešča zavarovane osebe o »omejitvah« pri negi: priprava posebnega gradiva za zavarovane osebe za pravice pri pediatrih – rok do 30. 6. 2019. Po uvedbi e-BOL preučiti možnost poenostavitve. |
| Medicinski pripomočki | Ukinitev predpisovanja MP | Prenos predpisa MP na DMS | Potrebna sprememba ZZVZZ, uskladitev med strokami |
| Obveščanje in informiranje | Izbrani osebni zdravnik preveč časa porabi za pojasnjevanje pravic | ZZS naj nudi učinkovit servis za informiranje zavarovancev in izbranih osebnih zdravnikov | ZZS redno obvešča zavarovane osebe, posodablja zloženke, hitro odgovarja izbranim osebnim zdravnikom na vprašanja, v prihodnjem SRP je cilj ZZS vzpostaviti klicni center, posodobitev spletnih strani. |
| Spreminjanje pravil | Prepogosto spreminjanje Pravil OZZ | Stabilnost pravnih podlag za delo | Pravila OZZ se spreminjajo enkrat letno, v sodelovanju s predstavniki medicinske stroke. |
| Izobraževanje o programski opremi | Izbrani osebni zdravniki ne poznajo vseh možnosti za optimizacijo dela s pomočjo delovnih aplikacij | Programske hiše opravijo delavnice za učinkovito uporabo programske podpore. | Območne enote ZZS predlaga vodstvom javnih zdravstvenih zavodov, naj v dogovoru s programskimi hišami organizirajo delavnice za učinkovitejšo uporabo delovnih aplikacij – rok takoj. |

Legenda:

- ZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- IOZ – izbrani osebni zdravnik
- KZZ – kartica zdravstvenega zavarovanja
- PK – profesionalna kartica
- ZPačP – Zakon o pacientovih pravicah
- ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
- RSK – Razširjeni strokovni kolegij
- ZDR – Zakon o delovnih razmerjih
- NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje
- IK – Invalidska komisija
- ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
- MDPS – Medicina dela prometa in športa
- MP – Medicinski pripomočki
- DMS – diplomirana medicinska sestra
- SRP – Strateški razvojni program

Celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih

Nov zdravstveni program v UKC Ljubljana od leta 2017 dalje

Po skoraj treh desetletjih skupnih prizadevanj je Državni zbor RS julija 2008 z novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v njegovem 23. členu končno uzakonil tudi pravico slepih in slabovidnih do »celovite obravnave, vključno z zdravljenjem in rehabilitacijo«. A pot do možnosti za uresničevanje te pravice je bila še dolga. Na pobudo nekaterih posameznikov in Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije (ZDSSS), je bila leta 1994 na Očesni kliniki v Ljubljani ustanovljena Ambulanta za slepe in slabovidne, iz katere se je kasneje razvil Nacionalni center za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih (NC CRSS).

Strokovna delovna skupina pri ZDSSS, sestavljena iz slepih in slabovidnih uporabnikov, tiflopedagogov in oftalmologov, je pripravila program »Celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih (CRSS)«. Razširjeni strokovni kolegij za oftalmologijo ga je oktobra 2009 obravnaval in verificiral, s čimer je postal sestavni del slovenske oftalmološke stroke.

Izdelani program CRSS, z opredeljenimi storitvami in multidisciplinarnim pristopom za izvajanje individualnega načrta rehabilitacije od zgodnje obravnave slepih in slabovidnih otrok do starostnikov, smo po navodilu Ministrstva za zdravje jeseni 2014 preskusili s pilotnim projektom CRSS. Projekt je potekal na Očesni kliniki UKC Ljubljana in delno v domačem okolju rehabilitandov. Kljub časovni omejenosti projekta in živega stika z rehabilitandi in svojci, smo potrdili ustreznost programa CRSS. Z izredno motivacijo rehabilitandov in izvajalcev projekta smo uspeli izvesti uvodno CRSS.

Rehabilitacija je celovita, ali pa je ni

Bistvo Programa CRSS je v tem, da posameznika z delno ali popolno izgubo vida obravnava individualno in celovito ter multidisciplinarno, torej mu ponudi nabor storitev, prilagojen njegovi

okvari in psihofizičnemu stanju, njegovim potencialom in potrebam. Rehabilitacija je hkrati proces in cilj tako za posameznega rehabilitanda, kot za njegovo družinsko, delovno ali širše socialno okolje. Ta proces se mora začeti čim prej, lahko celo že pred morebitno zdravstveno obravnavo ali med njo, vsekakor pa čim prej po njej. Predvideva tudi stalno sprotno ocenjevanje učinkov rehabilitacije in zadovoljstva rehabilitanda z njo, po potrebi omogoča tudi sprotne spremembe individualnega rehabilitacijskega načrta in ponoven vstop v proces, bodisi zaradi obnovitve ali dopolnitve nekaterih znanj in veščin ali zaradi spremenjenega zdravstvenega stanja ali okoliščin obravnavanega.

Cilj rehabilitacije je rehabilitanda, torej posameznika z delno ali popolno izgubo vida, usposobiti za čim bolj neodvisno življenje, vključevanje v zasebno, poklicno in javno življenje. Za to je nujna vrsta veščin in tehnik, ki mu pomagajo vse tisto, kar je človek prej opravljal s pomočjo vida, opraviti po drugih poteh in na drugačne načine. Predvsem pa CRSS s pomočjo svetovanja in psihoterapevtske pomoči pomaga posamezniku sprejeti njegovo novo stanje in velike spremembe v življenjskem slogu, ga motivirati za nadaljnje čim bolj polno življenje in morda tudi ustvarjalno delo. S tem njemu in njegovi socialni okolici omogoči kakovost življenja, kakršne brez CRSS ne bi poznal. Posebej pa je v okviru CRSS obravnavana tudi celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih otrok in njihovih družin, ki zahteva povsem svojstven pristop.

CRSS je Očesna klinika formalno začela izvajati šele jeseni 2017. Osnovni strokovni tim je bil vzpostavljen do letošnjega poletja, kar zdaj omogoča minimalne standarde za kakovostno izvedbo programa CRSS. Zavedamo se, da nam še primanjkuje organizacijskih in drugih izkušenj ter da bo, glede na ocene potreb po CRSS, nujno v prihodnje tim še okrepiti, pridobiti prostore, ki bodo primernejši tako za rehabilitande kot za zaposlene, pa tudi za programe in storitve CRSS ter njihovo najvišjo možno kakovost. A glede na to, da gre za storitev, ki je pri nas nova, ali vsaj na novo oživiljena in močno nadgrajena, verjamemo, da smo na pravi poti. Bistvena pa



Slika: Uvedbo novega programa so na tiskovni konferenci predstavili (z leve proti desni): doc. dr. Nataša Vidović Valentinčič, vodja Nacionalnega centra celovite rehabilitacije slepih in slabovidnih, UKCLJ, prof. dr. Branislava Stirn Kranjc, bivša predstojnica Očesne klinike, UKCLJ, Tomaž Wraber, bivši predsednik Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije, prof. dr. Mojca Globočnik Petrovič, predstojnica Očesne klinike UKCLJ, Aleš Šabeder, generalni direktor UKCLJ, Marjan Sušelj, generalni direktor ZZZS in Stane Padežnik, podpredsednik Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije.

je celovitost programa in obravnave, saj je le tako mogoče doseči pravi rehabilitacijski učinek.

»Uspešna implementacija programa CRSS je bila končni cilj dolgotrajnih prizadevanj Očesne klinike. S tem Očesna klinika, kot vrhunska strokovna ustanova v državi, ne samo skuša prepoznati in zdraviti vse težave, povezane z očmi in vidom, ampak nudi tudi celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih kot sestavni del zdravstvenega varstva,« je poudarila prof. dr. **Mojca Globočnik Petrovič**, dr. med., predstojnica Očesne klinike UKC Ljubljana.

Prof. dr. **Branka Stirn Krajnc**, dr. med., nekdanja predstojnica Očesne klinike UKC Ljubljana je izpostavila: »Da bi več tisočim slepim in slabovidnim državljanom lahko omogočili čim boljše socialno in delovno vključenost ter samostojnost, je nadaljnja skrb in dolžnost, da pristojni organi zakonsko in v pravicah iz OZZ (Obveznega zdravstvenega zavarovanja) opredeljeno rehabilitacijo slepih in slabovidnih zares omogočijo.«

»Program CRSS temelji na multidisciplinarnem pristopu, jasnih strokovnih izhodiščih, znanstveno preverjenih in klinično uporabnih metodah, jasno zastavljenih ciljeh rehabilitacije. S tem se rehabilitantom omogoča najoptimalnejši možni izkoristek preostanka vida ali nadomestilo vidne informacije,« je povedala doc. dr. **Nataša Vidović Valentinčič**, dr. med., vodja Nacionalnega centra za celovito rehabilitacijo slepih in slabovidnih iz Očesne klinike UKC Ljubljana.

»Za vsakogar, ki deloma ali v celoti izgubi vid, je celovita rehabilitacija življenjskega pomena, saj mu samo to zagotavlja človeka vredno nadaljnje življenje. Pri tem pa pogosto spregledamo, da je CRSS pomembna tudi za zdravstvo, predvsem pa tudi za širšo družbo. Vanjo mora biti enakopravno vključenih čim več državljanov saj so ljudje z invalidnostmi, ki niso rehabilitirani v breme sebi, svojcem in družbi,« je opozoril **Tomaz Wraber**, nekdanji predsednik Zveze društev slepih in slabovidnih Slovenije.

»Vsak drugi četrtek v oktobru (letos 11. oktobra) na pobudo IAPB (The International Agency for the Prevention of Blindness), ki sodeluje z WHO, obeležujemo kot svetovni dan vida. Namenjen je opozarjanju na pomen ohranjanja zdravega vida in preprečevanja njegove izgube, oziroma na pomen rehabilitacije, če do nje pride. 15. oktobra pa je vsako leto mednarodni dan bele palice, ki je namenjen opozarjanju, kako huda invalidnost sta slepota in slabovidnost in kako veliko lahko pomagamo slepim in slabovidnim tisti, ki te težave nimamo. Lahko pa se bolj zavedamo njene teže in prispevamo s svojim odnosom kot posamezniki, kot družba pa z vsemi storitvami in prilagoditvami, ki pomagajo pri vključevanju ljudi z okvarami ali popolno izgubo vida v družbo. CRSS je med vsemi temi storitvami zanesljivo najpomembnejša,« je s sklepnimi mislimi predstavitev novega programa sklenila prof. dr. Mojca Globočnik Petrovič, dr. med., predstojnica Očesne klinike UKC Ljubljana.

Služba za odnose z javnostmi UKC Ljubljana

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem je zavarovanim osebam v celoti zagotovljeno plačilo za celovito obravnavo z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije. Strokovne podlage za program celostne rehabilitacije slepih in slabovidnih je potrdil Razširjeni strokovni kolegij za oftalmologijo leta 2009.

Na tej podlagi so se partnerji v zdravstvu v okviru dogovarjanj za aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016 na pobudo Ministrstva za zdravje in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ter na podlagi strokovnega sodelovanja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju: UKC Ljubljana) dogovorili za uvedbo novega zdravstvenega programa »Celostna rehabilitacija slepih in slabovidnih« v specialistični ambulantni dejavnosti. Uvedba novega programa je bila potrebna zaradi zagotavljanja bolj celovite in kakovostne obravnave slepih in slabovidnih oseb v Sloveniji.

Nov program od leta 2017 dalje vzpostavlja in izvaja UKC Ljubljana kot terciarna ustanova, pristojna za oblikovanje strokovnih usmeritev (doktrino) na tem področju. Glede na potrebe bolnikov program obsega obravnavo 350 bolnikov letno.

Za spremljanje, evidentiranje in obračunavanje storitev, ki so izvedene v okviru novega programa, je ZZZS v sodelovanju z Očesno kliniko UKC Ljubljana opredelil tudi nov seznam storitev celostne rehabilitacije slepih in slabovidnih ter novo kalkulacijo za planiranje in financiranje novega interdisciplinarnega tima, ki ga sestavlja 9,51 delavca (iz ur), od tega 1,00 oftalmolog (iz ur), 1,88 diplomirane oz. višje medicinske sestra (iz ur), 3,01 pedagoga specialista – tiflopedagoga (iz ur), 1,01 kliničnega psihologa (iz ur), 0,88 inženirja računalništva (iz ur), 0,32 socialnega delavca (iz ur), 0,15 zdravstvenega tehnika (iz ur) ter 1,26 administrativno-tehničnega kadra (iz ur).

V letu 2018 so bolnišnice izvedle skupno 4.015 bolnišničnih zdravljenj zaradi različnih bolezni očesa in adneksov. Takšno zdravljenje je v povprečju trajalo 4,4 dneva. Izdatki zdravstvenega zavarovanja za takšno zdravljenje so znašali 3.933.067,17 evra oz. v povprečju 979,59 evra za eno zdravljenje. V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti oftalmologije pa so zdravstveni delavci v breme zdravstvenega zavarovanja v letu 2018 obravnavali približno 480.000 obiskov zavarovanih oseb, izdatki za opravljene zdravstvene storitve pa so znašali 52.355.390,93 evra.

Sektor za informiranje in odnose z javnostmi

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO
ZAVAROVANJE SLOVENIJE

Sklep Skupščine ZZZS o problematiki družinske medicine

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) je na 6. redni seji 16. 4. 2019 sprejela naslednji sklep v zvezi z aktualno problematiko družinske medicine:

“Skupščina ZZZS ugotavlja, da je pravica zavarovanih oseb do proste izbire osebnega zdravnika v breme javnih sredstev civilizacijski dosežek sodobnih družb in zakonska pravica v Sloveniji. Skupščina ZZZS zato izraža zaskrbljenost v zvezi z zadnjimi dogodki na področju družinske medicine, ki lahko zavarovanim osebam v določenih območjih otežijo dostop do osebnega zdravnika. Pomanjkanja splošnih zdravnikov ter otroških in šolskih zdravnikov, ki se zaradi različnih demografskih in nedemografskih dejavnikov odraža v vedno večjih obremenitvah družinskih zdravnikov, ni moč reševati z odklanjanjem zavarovanih oseb. Skupščina ZZZS poziva

Upravni odbor ZZZS in službo ZZZS, da v sodelovanju z ostalimi deležniki v zdravstvenem sistemu aktivno išče in dogovarja rešitve za ureditev družinske medicine v smeri nadaljnjega širjenja mreže javne zdravstvene službe na primarni ravni z uvajanjem dodatnih timov družinske medicine, z ukrepi administrativne razbremenitve ambulant družinske medicine in z različnimi spodbudami za zaposlovanje družinskih zdravnikov. Skupščina ZZZS poziva Vlado RS, Ministrstvo za zdravje, Zdravniško zbornico Slovenije, družinske zdravnike, vodstva zdravstvenih domov in njihove ustanovitelje (občine) ter ostale deležnike v zdravstvenem sistemu k odgovornemu sodelovanju pri reševanju problematike družinske medicine ter jih poziva, da zagotovijo ustrežnejše načrtovanje potrebnih kadrov v zdravstvu ter promocijo poklica družinskega zdravnika. “



Člani Skupščine ZZZS med glasovanjem na redni seji.

Objava razpisa programov zdravstvenih storitev za leto 2019

- vključuje tudi širitev dodatnih 53 splošnih ambulant / družinske medicine in otroških ter šolskih dispanzerjev

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je na svoji redni seji 17. 4. 2019 sprejel sklep o razpisu za sklepanje pogodb za opravljanje programov zdravstvenih storitev v letu 2019. Razpis je bil objavljen na spletni strani ZZS in v časniku Dnevnik, v soboto, 20. aprila 2019 in je med drugim namenjen tudi prijavam za programe dodatnih 32 splošnih ambulant/družinske medicine in dodatnih 21 otroških ter šolskih dispanzerjev, za kar bo namenjenih dodatnih 7,1 milijona evrov letno. Zaradi čimprejšnje razbremenitve družinskih zdravnikov in ker so prvi specializanti družinske medicine v letošnjem letu že uspešno zaključili specializacijo, je razpisni rok za prijavo na te programe že 6. maj 2019 oziroma se bo rok za prijavo za te programe podaljšal do oddaje neoddanega programa, vendar ne kasneje kot do 31. 12. 2019.

ZZS je 20. aprila 2019 na svoji spletni strani in v časniku Dnevnik objavil Sklep o razpisu za sklepanje pogodb za opravljanje programov zdravstvenih storitev. Razpis zajema naslednje dejavnosti:

- splošno in dispanzerske dejavnosti, vključno s programom iz prve in druge točke 6. odstavka 24. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019,
- zobozdravstvene dejavnosti,
- dejavnost reševalne službe in nujne medicinske pomoči,
- specialistične ambulantne dejavnosti in dejavnost dializ,
- specialistične bolnišnične dejavnosti,
- zdraviliško zdravstveno dejavnost,
- lekarniško dejavnost,
- dejavnost zdravstvene nege in druge zdravstvene dejavnosti, ki jih opravljajo domovi za starejše in drugi socialnovarstveni zavodi ali gospodarske družbe,
- dejavnost Nacionalnega inštituta za javno zdravje in Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano.

Na razpis se lahko prijavi javni zdravstveni zavodi, gospodarske družbe in drugi zavodi ter zasebni zdravstveni delavci, ki imajo dovoljenje in koncesijo za opravljanje javne zdravstvene službe:

- in še nimajo sklenjene pogodbe z ZZS ali imajo sklenjeno začasno pogodbo,
- se prijavljajo za izvajanje programov, za katere je širitev opredeljena v 24. členu Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019, vendar izvajalci za izvajanje teh programov niso poimensko navedeni v navedenem dogovoru ali seznamu Ministrstva za zdravje.

Rok za oddajo ponudb je 31. 8. 2019, razen za program iz prve in druge točke 6. odstavka 24. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019 (program splošne ambulante/družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja v izbranih izpostavah ZZS), za katerega je rok 6. 5. 2019 oziroma kasneje v primeru neoddanega programa, vendar ne kasneje kot do 31. 12. 2019.

Izvedba razpisa je eden izmed pomembnih ukrepov za razbremenitev družinskih zdravnikov, saj z njim zagotavljamo širitev javne

mreže z dodatnimi 53 timi oziroma ambulantami. Načrtovana širitev je skladna s številom novih specializantov, ki bodo v letu 2019 predvidoma zaključili specializacijo v izbrani regiji. V ta namen bo zagotovljenih dodatnih 7,1 milijona evrov letno. Širitev je skladna s Splošnim dogovorom načrtovana v naslednjih izpostavah v naslednjem obsegu:

| | število timov |
|---|---------------|
| 1 Otroški in šolski dispanzer | 21 |
| – Celje – sedež | 2 |
| – Šmarje | 1 |
| – Žalec | 1 |
| – Koper – sedež | 2 |
| – Brežice | 1 |
| – Kranj | 2 |
| – Ljubljana – sedež | 6 |
| – Domžale | 2 |
| – Idrija | 1 |
| – Nova Gorica – sedež | 1 |
| – Novo mesto – sedež | 1 |
| – Velenje | 1 |
| 2 Splošna ambulanta / družinska medicina | 32 |
| – Celje – sedež | 1 |
| – Slovenske Konjice | 1 |
| – Šentjur | 1 |
| – Koper – sedež | 2 |
| – Krško – sedež | 1 |
| – Sevnica | 1 |
| – Kranj – sedež | 3 |
| – Radovljica | 1 |
| – Škofja Loka | 1 |
| – Tržič | 1 |
| – Ljubljana – sedež | 5 |
| – Cerknica | 1 |
| – Domžale | 1 |
| – Grosuplje | 1 |
| – Logatec | 1 |
| – Ribnica | 1 |
| – Vrhnika | 1 |
| – Zagorje | 1 |
| – Ptuj | 1 |
| – Slovenska Bistrica | 1 |
| – Nova Gorica | 1 |
| – Novo mesto | 1 |
| – Črnomelj | 1 |
| – Mozirje | 1 |
| – Velenje | 1 |

Menjava kartic zdravstvenega zavarovanja druge generacije (izdane od leta 2008 dalje)

Oktober 2018 smo na ZZZS pričeli menjavati kartice zdravstvenega zavarovanja druge generacije, ki so bile izdane po letu 2008 in jim poteče desetletna veljavnost.¹ Zamenjava poteka avtomatsko. Zamenjane bodo vse kartice, ki so bile izdane v letu 2008 ali kasneje ter so v uporabi deset let.² Takih kartic zdravstvenega zavarovanja ni več mogoče uporabiti. Vsi zavarovanci, ki jim bomo kartico zamenjali, bodo mesec dni pred potekom veljavnosti kartice zdravstvenega zavarovanja prejeli novo kartico zdravstvenega zavarovanja s priloženim spremnim dopisom, ki vsebuje vsa potrebna pojasnila. Zamenjava kartice je brezplačna.

Kartice se pošiljajo zavarovanim osebam na naslov iz Centralnega registra prebivalcev po sledečem vrstnem redu: naslov za vročanje ali začasni naslov ali na stalni naslov. Izdelane kartice, ki jih zava-

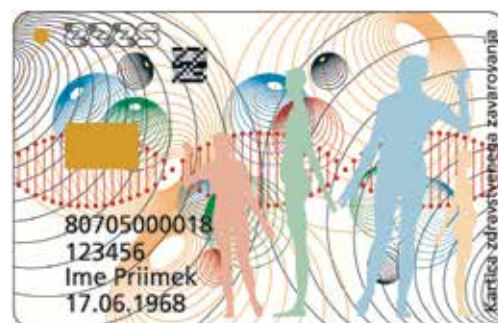
rovane osebe ne bodo prevzele po pošti, se bodo vračale v depo ZZZS Službe za poslovanje s karticami, od koder jih na zahtevo uporabnika lahko ponovno pošljemo.

Kartice prve generacije, ki so bile izdane od leta 2000 do leta 2008, ostajajo veljavne in ne bodo avtomatsko zamenjane.

Za dodatna pojasnila je zavarovanim osebam in drugim strankam ZZZS na voljo ZZZS Služba za poslovanje s karticami na tel. št. 01 30 77 466 ali na elektronskem naslovu: kzz_sluzba@zzzs.si.

Nives Meserko

- Opomba: V sistemu kartice zdravstvenega zavarovanja uporabljamo tri različne generacije kartic. Prva generacija kartic (izdana med letoma 2000 in 2008) ima neomejeno veljavnost, saj uporablja varnostni mehanizem, ki nima časovne omejitve, zato te generacije kartic zaenkrat ne bomo menjali (slika 1). Druga in tretja generacija kartic (izdani po letu 2008 oziroma 2015) imata omejeno veljavnost, saj uporabljata varnostne mehanizme, ki temeljijo na digitalnih potrdilih, ki so časovno omejeni na deset let, zato je potrebna zamenjava teh kartic (slika 2). Pri opredelitvi veljavnosti digitalnega potrdila je ZZZS upošteval mednarodne standarde in priporočila s področja informacijske varnosti tako, da je s čim daljšo veljavnostjo digitalnih potrdil obdržal zadovoljivo raven varnosti in hkrati omejil stroške, ki bi nastali zaradi prepogoste menjave kartic.
- Datum veljavnosti kartice je vidno izpisan na zunanosti samo novih kartic, ki so bile izdane od 22.10.2018 dalje. Starost kartic lahko zavarovane osebe preverijo v ZZZS Službi za poslovanje s karticami na tel. št. 01 / 30 77 466 ali pri območnih enotah in izpostavah ZZZS.



Slika 1. Sprednja stran kartice, ki je bila izdana do leta 2008 in ostaja še naprej v veljavi.



Slika 2. Sprednja stran nove kartice z vidnim zapisom datuma veljavnosti kartice (izdane od 22. 10. 2018 dalje) – različne izvedbe kartic, vključno z italijansko in madžarsko izdajo.

Izdaja in distribucija 3 plakatov in 6 zloženek ZZZS za informiranje zavarovanih oseb o pravicah in obveznostih iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja

ZZZS je februarja 2018 izdal revidirano izdajo 3 plakatov:

- Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti o osnovni zdravstveni dejavnosti?,
- Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti o specialistični ambulantni dejavnosti? in
- Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti o zobozdravstvenem varstvu?.

Za revidirano izdajo smo se odločili zaradi vsebinskih sprememb, ki so se zgodile v obdobju 13 let od zadnje izdaje plakatov. Da bi izboljšali seznanjenosti zavarovanih oseb s svojimi pravicami in obveznostmi v obveznem zdravstvenem zavarovanju, smo se istočasno odločili tudi za ponatis 6 tematskih zloženek:

- Pravica do storitev osnovne zdravstvene dejavnosti,
- Pravica do storitev specialistično ambulantne dejavnosti,
- Pravica do storitev zobozdravstvene dejavnosti,
- Pravica do potnih stroškov (s konkretnimi primeri obračunov),
- Pojmovnik pogostih izrazov v zobozdravstvu,
- Naročanje na zdravstvene storitve z napotnico, čakalne dobe in vodenje čakalnih seznamov.

Z izdajo tiskovin smo želeli doseči, da bi dobra informiranost zavarovanih oseb izboljšala kakovost delovanja javne zdravstvene službe, pozitivno vplivala na zaupen odnos med bolnikom in zdravnikom ter delno razbremenila zdravstvene delavce pri posredovanju

pojasnil o sistemu pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zato je ZZZS navedena tiskana gradiva (razen zloženke o pravici do potnih stroškov) od 15. februarja 2019 dalje posredoval vsem izvajalcem splošne in specialistične zunajbolnišnične dejavnosti, da bi jih lahko posredovali svojim obiskovalcem oz. zavarovanim osebam brezplačno bodisi v čakalnicah in hodnikih zdravstvenih zavodov bodisi v ambulantah.

Tako plakati kot tudi tematske zloženke so uporabnikom interneta dostopne na spletni strani ZZZS: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/zlozenka?OpenView> ter <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/plakat?OpenView>, od koder jih je moč tudi natisniti. Pričakujemo, da bo poslana količina plakatov in zloženek zadostovala za obdobje 2 do 3 let (pri pošiljanju smo upoštevali tudi kriterij števila opredeljenih zavarovanih oseb na osebne zdravnika oz. število pogodbenih timov na izvajalca ter lokacijo osebnega zdravnika).

Za dodatne informacije in za morebitne potrebe po dodatnih izvodih prosimo izvajalce zdravstvenih storitev, da se obrnejo na uredništvo izdaj ZZZS, Nataša Grosar, tel. 01 30 77 541, e-pošta: natasa.grosar@zzzs.si vsak delovni dan med 8. in 10. uro.

Damjan Kos



Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti O OSNOVNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI?

Zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje v osnovni zdravstveni dejavnosti, lahko uveljavite pri izbranemu osebnemu zdravniku. K drugemu zdravniku greste lahko, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, izbrani osebni zdravnik pa ni dosegljiv. Zdravstvene storitve lahko pri izbranem osebnem zdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja.

Kako si izberete osebnega zdravnika?

Osebnega zdravnika si izberete prosto med zdravniki v zdravstvenem domu ali med zasebniki, ki opravljajo osnovno zdravstveno dejavnost na podlagi pogodbe z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). Izbrano opravite tako, da pri zdravniku izpolnite ustrezno listino. Za otroka, ki se ni star 15 let, to opravijo starši, varuh ali skrbnik. Izberete si lahko osebnega zdravnika splošne oziroma družinske medicine in osebnega zobozdravnika, ženske pa tudi osebnega ginekologa.

Kdo je lahko izbrani osebni zdravnik?

Izbrani osebni zdravnik za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta starosti je specialist pediater ali specialist šolske medicine, izjemoma je lahko specialist splošne oziroma družinske medicine. Za zavarovane osebe, starejše od 19 let, je izbrani osebni zdravnik specialist splošne oziroma družinske medicine ali specialist medicine dela, prometa in športa, izjemoma je lahko tudi zdravnik splošne medicine s podiplomskim študijem socialne medicine.

Ženske si osebnega ginekologa praviloma izberejo pri izvajalcu osnovne zdravstvene dejavnosti, izjemoma pa tudi na sekundarni ali terciarni ravni (v bolnišnici ali kliniki). Izvajalec zdravstvene dejavnosti na sekundarni ali terciarni ravni lahko opravlja storitve izbranega osebnega ginekologa le izven ordinacijskega časa, ki je po pogodbi z ZZZS namenjen izvajanju zdravstvenih storitev na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti ter lahko na podlagi predhodne informacije o predvidenih stroških zdravstvene storitve, zahteva doplačilo za zdravstvene storitve.

Izbrani osebni zobozdravnik za starostno obdobje do dopolnjenega 19. leta je praviloma zobozdravnik, usposobljen za zobozdravstveno varstvo otrok in mladine oziroma specialist pedontolog.

Izbrani osebni zdravnik je lahko, na podlagi ocene mentorja, tudi specializant s področja družinske medicine, pediatrije ali ginekologije in porodništva, ki opravlja četrto leto specializacije iz družinske medicine oziroma zadnje leto specializacije iz pediatrije ali iz ginekologije in porodništva, če specializant v tem pisno soglaša.

V čakalnici mora biti vidno objavljen seznam zdravnikov, ki si jih lahko izberete, in njihov ordinacijski čas. Seznam vseh zdravstvenih zavodov in zasebnikov, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS ter poimnični seznam zdravnikov, ki so lahko izbrani osebni zdravniki, ter še druge koristne podatke najdete na spletni strani ZZZS: <http://zavarovavec.zzzs.si> (poglavje Izbrana in zamenjava osebnega zdravnika).

Zdravnik lahko odkloni vašo izbiro le, če ima že preveč opredeljenih zavarovanih oseb.

Svetujemo, da si izberete osebnega zdravnika, ki vam je najbližji, saj obvezno zdravstveno zavarovanje ne krije potnih stroškov za potovanje do osebnega zdravnika, ki ni najbližji.

Ali je izbranega osebnega zdravnika mogoče zamenjati?

Da, vendar najmanj leto dni po izbiri, razlogov pa vam ni treba navajati. To opravite tako, da pri novoizbranemu zdravniku izpolnite listino o novi izbiri.

Pred enim letom je zamenjava možna izjemoma, če pride med vam in vašim izbranim osebnim zdravnikom do nesporazumov ali nezauzanja, ki onemogoča nadaljnje sodelovanje ali, če se preselite za stalno ali daljšo dobo v drug kraj. Zamenjavo lahko zahteva tudi vaš izbrani osebni zdravnik. Ta zamenjava se opravi sporazumno ali na podlagi odločitve ZZZS. Ob zamenjavi bo vaš dotedanji zdravnik poslal vašo medicinsko dokumentacijo novoizbranemu osebnemu zdravniku. Novega osebnega zdravnika si boste morali izbrati tudi, če se vaš osebni zdravnik upokoji ali preneha s svojo dejavnostjo.

Kako uveljavljate pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Vedno, kadar potrebujete zdravstvene storitve, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika in predložite kartico zdravstvenega zavarovanja. Samo v izjemnih primerih, ko gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, se lahko obrnete na katerakoli zdravnik, v tem primeru tudi ne potrebujete kartice zdravstvenega zavarovanja. Nujnost zdravstvene storitve presoja zdravnik, ki storitev izvede.

Katero nalogo ima izbrani osebni zdravnik?

Izbrani osebni zdravnik vam zagotavlja diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, določene za primarno raven zdravstvene dejavnosti, preventivne storitve po programu, zdravljenje na domu in hišne obiske, če ugotovi, da so utemeljeni.

Izbrani osebni ginekolog zagotavlja ženski storitve s področja svetovanja o načrtovanju družine, kontracepciji, v zvezi z nosečnostjo, porodom in poporodno dobo, zgodnje odkrivanje raka na vratu maternice in vse preventivne preglede ter storitve diagnostike in zdravljenja ginekoloških bolezni, ki se opravljajo v osnovni zdravstveni dejavnosti. Izbrani osebni ginekolog pod izbranim osebnemu zdravniku zavarovane osebe mnenje o njeni začasni nezmožnosti za delo zaradi bolezni oziroma stanj, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju. Izbrani osebni zdravnik vam zagotavlja uresničevanje pravic s svojega delovnega področja, v okviru tega pa:

- opravlja zdravstvene storitve in kot njihov sestavni del predpisuje zdravila, živila in medicinske pripomočke;
- ugotavlja začasno zadržanost od dela do 30 dni (razen izbranega osebnega ginekologa in izbranega osebnega zobozdravnika) in podaja navodila za vaše ravnanje;
- anje v času vaše zadržanosti od dela; osebni zdravnik otroka je pooblaščen ugotavljati začasno zadržanost od dela zaradi nege ali spremljanja otroka, vendar o tem najpogosteje v treh dneh obvesti osebnega zdravnika osebe, ki otroka neguje oziroma spremlja;
- vlaga predloge na ZZZS, pristojnim organom Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje in drugim pristojnim organom; če trajno zadržanost od dela dalj časa, napoti zavarovano osebo k imenovanemu zdravniku ZZZS ali na invalidsko komisijo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje;
- napotuje k napotnim zdravnikom in napotnim zdravstvenim delavcem (specialistom, kliničnim psihologom...); izstavlja listine za uveljavljanje pravic (npr. Naloga za prevoz, Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremljanje);
- zbira in hrani zdravstveno dokumentacijo;
- opravlja druge storitve in naloge v skladu s predpisi.

Izbrani osebni zdravnik, ki je začasno odsoten zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje teh nalog v dogovoru z nadomestnim zdravnikom v osnovni zdravstveni dejavnosti v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini.

Izbrani osebni otroški zdravnik – zdravnik splošne (družinske) medicine praviloma pooblašča najbližjega zdravnika specialista pediatra ali specialista šolske medicine za izvajanje preventivnih zdravstvenih storitev.

Preventivni presejalni programi za pravočasno odkrivanje in preprečevanje bolezni

V okviru programa preventivnega zdravstvenega varstva odraslih (www.nijz.si) se na ravni osnovnega zdravstvenega varstva izvajajo:

- preventivni pregledi odraslih oseb s presejanjem in oceno tveganja za kronične nenalezljive bolezni za zgodnje odkrivanje oseb z eno ali več takimi boleznimi in oseb z dejavniki tveganja za zanje ter svetovanje za zdrav življenjski slog in krepitev duševnega zdravja; preventivni pregled se opravi od 30 leta starosti dalje vsakih 5 let. Pri posameznikih, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, družinsko hiperlipidemijo oziroma dislipidemijo in pri bolnikih s sladkorno boleznijo se lahko opravi preventivni pregled že pred to starostjo;
- obravnave za krepitev zdravja, ki obsegajo zdravstvenozgojne in, psihodukativne delavnice ter individualna svetovanja za dolgotrajno spremenbo življenjskega sloga oziroma za krepitev duševnega zdravja.

V okviru državnega presejalnega programa ZORA (<http://zora.unko-lsi.si>) dobi vsaka ženska, stara med 20. in 64. letom starosti, ki v zadnjih treh letih ni opravila pregleda z obvezno brisa materničnega vrata, na dom pisno vabilo na pregled. Ker rak materničnega vrata raste počasi in potrebuje več let, da iz predrakave oblike napreduje v raka, je mogoče s pregledi žensk na tri leta veliko večino nevarnih sprememb materničnega vrata odkriti in zdraviti pravočasno.

DORA, državni program presejanja za raka dojk (<http://dora.unko-lsi.si>) omogoča vsako drugo leto vsem ženskam z vnapejšnjim vabljenjem med 50. in 69. letom starosti pregled z mamografijo, kjer gre za slikanje dojk z rentgenskimi žarki, s katerim je mogoče odkriti bolezenske spremembe, ki se niso tako velike, da bi jih lahko zatipali.

SVIT, državni program za zmanjšanje obolevnosti in smrtnosti zaradi raka na debelem črevesu in danki (www.program-svit.si) omogoča vsako drugo leto vsem ženskam in moškim z vnapejšnjim vabljenjem med 50. in 74. letom starosti pravočasno odkrivanje in odstranjevanje predrakavih sprememb.

Kdaj morate za storitve plačati ali doplačati?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotavljajo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zavarovanja. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni potrebno doplačevati. V primeru (doplačil vas je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan o tem vnaprej obvestiti in od vas pridobiti pisno soglasje, da se z (doplačilom strinjate).

Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

- **Pogodbene cene zdravstvene storitve,** če uveljavljate zdravstvene storitve, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov;
- **cene zdravstvenih storitev, ki jo dolži izvajalec,** če uveljavljate zdravstvene storitve;
- **brez kartice zdravstvenega zavarovanja** ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč;
- **ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja** (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu);
- **pri zdravniku, ki ni vaš izbrani osebni zdravnik,** razen v primeru nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
- **v času, ki ne spada v standard** (med 20. in 7. uro ob delavnicah, med vikendi in prazniki, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma reševalni prevoz);
- **dela cene zdravstvenih storitev v višini razlike med izvajalcevo in pogodbeno ceno,** ko uveljavljate zdravstvene storitve;
- **pri osebnem ginekologu na terciarni ravni (kliniki).**

Kam se lahko obrnete po pomoč, kam naslovite pritožbo?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem, vprašani glode univerzalnih pacientovih pravic ali glode čakalne dobe za prvi pregled in zdravljenje, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministertvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glode pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti (doplačil in podobnega) pa smo vam na voljo pri ZZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni v območni enoti ali izpostavi ZZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svoj problem vpisete v pritožno knjigo oziroma svojo pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate območni enoti ali izpostavi ZZZS.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZZS, pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

Želimo Vam veliko zdravja in čim manj zapletov, kadar potrebujete zdravstveno pomoč!



30,6 odstotka slovenskih zdravnikov, ki so doživeli ali bili priča nasilju, se zaradi zelo pogostega nasilja pacientov ali njihovih svojcev na delovnem mestu ne počuti varno.

Uspelno zdravi lahko le zdravstveno osebo, ki se na delovnem mestu počuti varno.

ZDRAVNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE

Ustavimo nasilje nad zdravniki!

- Pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb v zdravstveni dejavnosti, so:
- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstveni zavarovanju (Uk. list RS, št. 73/2006 – uradno prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami);
 - Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uk. list RS, št. 30/2003 – prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami);
 - Splošni dogovor za pogodbeno leto (objavljen na spletni strani ZZZS – <http://www.zzzs.si/>, poglavje Elektronska gradiva ZZZS);
 - pogodbe med kolektivnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.



Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti O SPECIALISTIČNI AMBULANTNI DEJAVNOSTI?

Izbrani osebni zdravnik lahko zaradi konzultacije, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitacijskih zdravstvenih storitev izda napotnico, in sicer za tista zdravstvena stanja, ki jih obseva na svojem delovnem področju. Z napotnico prenaša svoja pooblastila na napotnega zdravnika (v nadaljevanju: specialista). Izbrani osebni zdravnik izda napotnico tudi v primeru, če omeni, da imate pravico do medicinskega pripomočka, za predpisovanje katerega ni sam pooblaščen. Izbrani osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje preneso pooblastila za isto obdobje le na enega specialista iste vrste specialnosti.

Izbrani osebni zdravnik ob napotitvi seznanja specialista z napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na vaše zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve. Pred tem opravi vse zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja izbrani osebni zdravnik.

Kaj določa napotnica?

Na napotnici izbrani osebni zdravnik označi vrsto specialnosti, vrsto zdravstvene storitve in vrsto pooblastila, ki se prenaša na specialista glede zdravstvenega stanja, zaradi katerega vas napotuje. Z napotnico na specialista lahko prenese pooblastila za:

- pregled zaradi podaje mnenja in predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi, pri čemer specialist zagotovi diagnostične zdravstvene storitve, ki so potrebne za podajo mnenja in predloga;
- zdravljenje, pri čemer specialist zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uređena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih potrebujete pri redni terapiji;
- nadaljnjo napotitev na drugo zdravstveno storitev.

Specialist, na katerega je izbrani osebni zdravnik prenesel tudi pooblastilo za nadaljnjo napotitev, vas lahko napoti na drugo zdravstveno storitev le zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je sam prejel napotnico in le v obdobju veljavnosti napotnice izbrane osebnega zdravnika.

Brez napotnice lahko greste na specialistični pregled na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le k oculistu zaradi pregleda vida in predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida, k psihiatru, ali če potrebujete pregled zaradi odkrivanja kontaktno pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih. K drugim specialistom pa samo, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč in izbrani osebni zdravnik ni dosegljiv. Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri zdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja. Izbrani osebni zdravnik vas lahko na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi iste bolezni v določenem času napoti le k enemu specialistu določene stroke.

Kako dolgo velja napotitev?

Pooblastila, ki jih izbrani osebni zdravnik izda specialistu z napotnico, so časovno omejena. Na napotnici je označeno obdobje njene veljavnosti, ki je lahko največ eno leto, razen v primeru ortodontskega zdravljenja, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja.

Veljavnost napotnice račne teči od dneva, ko vas specialist sprejme. Veljavnost napotnice preneha, ko specialist opravi zdravstvene storitve, zaradi katerih je prejel pooblastilo, najpozneje pa s prekomom njene veljavnosti. Če je potrebna nadaljnja zdravstvena obravnavna za isto zdravstveno stanje pri specialistu iste vrste specialnosti, se nova napotnica izstavi največ 15 dni pred istemu veljavnosti prejšnje izstavitelne napotnice.

Kako izberete ustreznega specialista in se naročite?

Ko prejmete napotnico, se sami odločite, k kateremu specialistu ustrežne stroke boste šli. Seznam zdravnikov specialstov najdete na spletni strani NIJZ <https://kalnedobe.edzdrav.si/>, spletni strani ZZZS <http://www.zzss.si/irajvalci> in v ZZZS knjižnici z naslovom »Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev«. Pri izbiri vam lahko z informacijami pomagata tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Za izbiro pa so pomembni tudi podatki o čakalnih dobah pri posameznih specialistih.

Na zdravstvene storitve, za katere vam je bila izdana napotnica, se lahko pri specialistu naročite:

- elektronsko preko sistema eNarocanje na naslovu <https://narocanje.edzdrav.si/> ali elektronske pošte ali spletne strani,
- telefonsko, v okviru ordinacijskega časa,
- po pošti ali
- osebno med ordinacijskim časom.

Narocai vas lahko tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Napotnica se označi s stopnjo nujnosti in skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

Napotnico je potrebno specialistu predložiti v naslednjih primerih:

- napotnico s stopnjo nujnosti »nujno« najpozneje naslednji dan po njeni izstavitvi,

- napotnico s stopnjo nujnosti »zelo hitro« v petih dneh po njeni izstavitvi;
- napotnico s stopnjo nujnosti »hitro« in »redno« v štirinajstih dneh po njeni izstavitvi.

Napotnica preneha veljati, če ni predložena v navedenem roku.

Obvezno zdravstveno zavarovanje bo krišo stroške opravljenih specialističnih storitev, če:

- ste izbrali specialista oziroma zdravstveni zavod, ki ima pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) za opravljanje takih storitev in
- bodo storitve opravljene v obsegu, ki je označen na napotnici.

V primeru, da si izberete specialista, ki ni najbližji vašemu prebivališču, vam obvezno zdravstveno zavarovanje povrne potne stroške le v višini, kot veljajo v primeru poovanja do najbližjega specialista, ki je usposobljen za storitve zaradi katerih ste napoteni.

Kako hitro lahko privede do ustreznega specialista?

Zdravnik, ki izda napotnico, na napotnici označi stopnjo nujnosti. Te so:

- nujno,
- zelo hitro,
- hitro in
- redno.

Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvedejo takoj oziroma 24 ur od predložitve napotnice in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, se izvedejo v 14 dneh od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo v treh mesecih od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno«, se izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložitve napotnice. Ob sumu na maligno bolezen se vedno določi stopnja nujnosti »zelo hitro« ali »nujno«. Do 31. decembra 2020 veljajo nekatere izjeme glede navedenih določbne čakalne dobe pri stopnji nujnosti »hitro« ali »redno«, in sicer:

- za začetek ortodontskega zdravljenja: 6 mesecev,
- za izdelavo protetičnih nadomestov: 6 mesecev po zaključeni sanaciji zobovja,
- za ortopedске operacije: 12 mesecev,
- na operacije krlinih hil: 12 mesecev,
- na oralsko in maksilofacialno kirurgijo: 12 mesecev,
- za prvi pregled na podočju revmatologije: 12 mesecev za stopnjo nujnosti redno.

Stopnja nujnosti se določi le za prvi pregled. Za kontrolni pregled se ne določi stopnja nujnosti, ampak se pregled opravi glede na medicinsko indikacijo in strokovno presojo specialista, ki vas zdravi.

Ob tem je dobro vedeti, da so se zdravniki in zdravstveni zavodi, ki imajo pogodbo z ZZZS, obvezali, da bodo:

- nudili zavarovanim osebam zdravstvene storitve, ki sodijo v program obveznega zdravstvenega zavarovanja, enakomerno skozi vse leto,
- uvledli čakalno listo za prvi obisk pri določenem specialistu za storitve, ki jih je mogoče odložiti, vanjo dosledno vpisovali datum in uro naročenega prvega pregleda in spoštovani vrstni red po čakalni knjigi,
- v času zdravljenja upoštevali doktrinarna stališča o čakalnih dobah.

Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti, so vam dostopne na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje <https://kalnedobe.edzdrav.si/>. Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu tudi v čakalnici ali v prostorih izvajalcev zdravstvenih dejavnosti in na njihovih spletnih straneh.

Če odgovorna oseba ob uvrstitvi v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega nadaljnjo dostopno čakalno dobo, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ne presega dopolne čakalne dobe. Če boste termin pri drugem izvajalcu odložili, vam bo odgovorna oseba vrnila na svoj čakalni seznam in posebej označila, da želite izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

Kaj mora upoštevati specialist?

Specialist mora opraviti storitve, za katere ga je pooblastil zdravnik, ki je izdal napotnico. Če so podatki na napotnici pomanjlnivi, specialist sam zaprosi zdravnika, ki je napotnico izdal, da mu pošlje dodatno dokumentacijo in potrebne podatke.

Če niso predloženi opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti izbrani osebni zdravnik, specialist v treh dneh vrne napotnico izbranim osebnemu zdravniku in vas o tem obvesti.

Specialist po opravljenih zdravstvenih storitvah posreduje vam in izbranimu osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke

o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Specialist posreduje izvid v sedmih dneh po opravljeni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V ujnih primerih in v primerih suma na maligno obolenje oziroma med zdravljenjem malignega obolenja se izvid izda takoj.

Kdaj morate za storitve plačati ali doplačati?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotavljajo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zavarovanja. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in sšlejneno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni potrebno doplačevati. V primeru (doplačil vas je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan o tem vnapej obvestiti in od vas pridobiti pisno soglasje, da se z (doplačilom strinjate. Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

- pogodbene cene zdravstvene storitve**, če uveljavljate zdravstveno storitev, ki ni nujna medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko imate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov,
- cene zdravstvenih storitev**, ki jo določi izvajalec, če uveljavljate zdravstveno storitev:
 - brez kartice obveznega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če se gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč,
 - ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu);
 - v času, ki ne spada v standard (med 20. in 7. uro, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč oziroma reševalni prevoz),
 - pri specialistu brez napotnice, če se gre za nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč oziroma druge primere, ko napotnica ni potrebna,
- dela cene zdravstvenih storitev v višini razlike med izvajalcem in pogodbeno ceno**, ko lahko skladno s predpisi uveljavljate zdravstveno storitev v drugem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z ZZZS izvajalecova cena višja od pogodbene cene (npr. nastanitev v zdravilišču ali bolnišnici v višjem standardu, izbira jiničologije pri izvajanju terciarne dejavnosti).

Vse specialistične storitve razen tujnih (vključno s predpisanimi zdravili in medicinskimi pripomočki) pa morate plačati:

- kadar vam zdravstvene storitve opravi specialist ali zdravstveni zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZZS, ali
- kadar vam zdravstvene storitve opravijo v samoplačniški ambulanti.

V teh primerih vam ZZZS stroške povrne le, če je šlo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. V zdravstvenih zavodih in pri zasebnih zdravnikih, ki imajo pogodbo z ZZZS, lahko deluje samoplačniška orednacija le zunaj pogodbeno določenega delovnega časa, ta pa mora biti označen na vstopu v orednaco.

Kam se lahko obrnete po pomoč, kam naslovite pritožbo?

V zvezi s strokovnimi vpisanimi, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem, vprašajte glede uveljavljanja pacientovih pravic ali glede čakalne dobe za prvi pregled se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, na zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti plačati in drugih vprašanj, ki se tičejo obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa smo vam na voljo pri območnih enotah in izpostavah ZZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni pri območni enoti ali izpostavi ZZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svoyo težavo vpišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate v območno enoto ali izpostavo ZZZS.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZZS. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljate postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

Želimo vam veliko zdravja in čim manj zapletov, kadar potrebujete zdravstveno pomoč!



30,6
odstotka

slovenskih zdravnikov, ki so doživeli ali bili priča nasilju, se zaradi zelo pogostega nasilja pacientov ali njihovih svojcev na delovnem mestu ne počuti varno.

(Vir: Pregledni izvidi nad zdravstvenimi stroški ZZZS Zbornica Slovenije)

Ustavimo nasilje nad zdravnik!

Uspešno zdravje lahko le zdravstvena oseba, ki se na delovnem mestu počuti varno.



Pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb v zdravstveni dejavnosti, so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uč. list RS, št. 72/2006 – uradno prečiščeno besedilo) s spremembami in dopolnitvami),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uč. list RS, št. 30/2003 – prečiščeno besedilo) s spremembami in dopolnitvami),
- Splnišni dogovor za pogodbeno leto (objavljen na spletni strani ZZZS – <http://www.zzss.si/>), po glavnju Elektronska gradiva ZZZS),
- pogodba med kolektivnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zaviškom ali zasebnim zdravnikom) in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2018

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) je na seji dne 12. 1. 2018 sprejela Finančni načrt ZZZS za leto 2018, nanj pa je Vlada Republike Slovenije dala soglasje dne 18. 1. 2018. Obseg načrtovanih prihodkov in odhodkov je znašal 2.847 milijonov evrov.

Na osnovi višjih vplačil prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje že v prvih mesecih leta 2018 - zaradi višje zaposlenosti in rasti plač v Republiki Slovenije glede na predvideno s Finančnim načrtom ZZZS za leto 2018 - so spomladi 2018 organi upravljanja ZZZS večkrat zahtevali spremembo Odloka o okviru za pripravo proračunov sektorja država za obdobje 2018 do 2020 (v nadaljevanju: Odlok¹) in s tem povišanje zgornje meje izdatkov ZZZS za povečanje dostopnosti do zdravstvenih storitev, skrajševanje čakalnih dob in za izboljšanje oskrbe zavarovanih oseb. Državni zbor Republike Slovenije je nato 23. 8. 2018 sprejel spremembo Odloka in povečal obseg izdatkov za zdravstveno blagajno za 35 milijonov evrov. Na tej osnovi je Skupščina ZZZS na seji dne 17. 9. 2018 sprejela Rebalans finančnega načrta ZZZS za leto 2018, nanj pa je Vlada Republike Slovenije dala soglasje dne 4. 10. 2018. Zaradi pozno sprejetih zakonskih podlag za povečano financiranje zdravstvenih storitev, so bile omejene zmožnosti izvajalcev zdravstvenih programov za realizacijo naknadno povečanih programov do konca leta 2018 po Aneksu št. 2 k Splošnemu dogovoru za leto 2018.

Preliminarni podatki o finančnem poslovanju ZZZS v letu 2018 kažejo, da so **prihodki realizirani v višini 2.890,5 milijona evrov** in so za 8,5 milijona evrov večji od načrtovanih. **Odhodki so realizirani v višini 2.858,5 milijona evrov** in so pod načrtovanimi za 23,5 milijona evrov. Med odhodki so tudi sredstva za oblikovanje rezervnega sklada (10,7 milijona evrov) v višini 25 % ugotovljenega presežka prihodkov nad odhodki (42,7 milijona evrov), v skladu s Statutom ZZZS in sklepom Skupščine ZZZS. **Presežek prihodkov nad odhodki ZZZS v letu 2018 tako znaša 32 milijonov evrov**, ki po računovodskih predpisih povečuje splošni sklad ZZZS in predstavlja vir financiranja v prihodnje.

V letu 2018 so na večje prihodke v primerjavi z načrtovanimi vplivali predvsem večji prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (večje število prejemnikov plač, višja rast prispevne osnove ter višja rast bruto plač zaposlenih) ter večji prihodki po mednarodnih sporazumih z drugimi državami.

S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2018 ter aneksom št. 1 in 2 k temu dogovoru so bila zagotovljena dodatna sredstva v višini 151 milijonov evrov za zdravstvene programe na prednostnih področjih (večja dostopnost do zdravstvenih storitev) in boljše vrednotenje nekaterih programov. Del teh sredstev v letu 2018 ni bil porabljen, kar se je odrazilo v manjših odhodkih glede na načrtovane. Razlogi so predvsem v pozno sprejeti spremembi Odloka in drugih pravnih podlag, kar je otežilo pravočasno načrtovanje

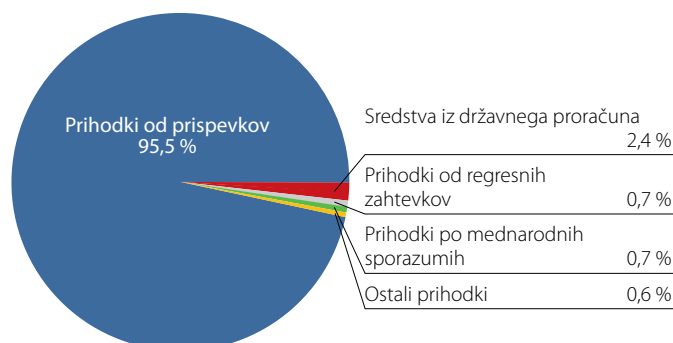
in izvedbo zdravstvenih programov pri izvajalcih zdravstvenih storitev, omejene zmogljivosti izvajalcev za realizacijo dovoljenega presegevanja nekaterih programov in pomanjkanje kadrov na trgu dela za oblikovanje dodatnih timov na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (družinska medicina, pediatrija...).

1. Prihodki ZZZS v letu 2018

Celotni prihodki ZZZS v obdobju januar – december 2018 znašajo 2.890,5 milijona evrov in so za 207 milijonov evrov oz. za 7,7 % večji glede na preteklo leto (od tega so večji prihodki od prispevkov za 170,2 milijona evrov in transferni prihodki iz državnega proračuna za 30,1 milijona evrov). Celotni prihodki so za 0,3 % večji od načrtovanih, predvsem na račun večjih prihodkov od prispevkov in prihodkov po mednarodnih sporazumih.

Prihodki od prispevkov znašajo 2.761,3 milijonov evrov (predstavljajo 95,5 % vseh prihodkov) in za 3,7 milijona evrov presegajo načrtovane. Stopnja rasti prihodkov od prispevkov je za 3,2 odstotni točki večja od rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v letu 2018, predvsem zaradi večjega števila prejemnikov plač.

Drugi prihodki ZZZS znašajo 129,2 milijona evrov (predstavljajo 4,5 % vseh prihodkov) in za 4,8 milijona evrov presegajo načrtovane vrednosti, največ zaradi večjih prihodkov po mednarodnih sporazumih. Največji delež med drugimi prihodki predstavljajo sredstva iz državnega proračuna v višini 69,6 milijona evrov za povračilo že izplačanih sredstev za plače in nadomestila plače pripravnikov in specializacije zdravnikov, za enkratni dodatni program ter izvedbo posebnega vladnega projekta za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanja kakovosti zdravstvene obravnave in za povračilo plačila zdravstvenih storitev do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene. Sledijo prihodki od regresnih zahtevkov v višini 21,5 milijona evrov, prihodki po mednarodnih sporazumih v višini 20,1 milijona evrov ter plačila po dogovorih o cenah in povračilu stroškov za zdravila, ki jih je ZZZS sklenil z nekaterimi dobavitelji zdravil v višini 13,4 milijona evrov.



Slika 1. Struktura prihodkov ZZZS v letu 2018.

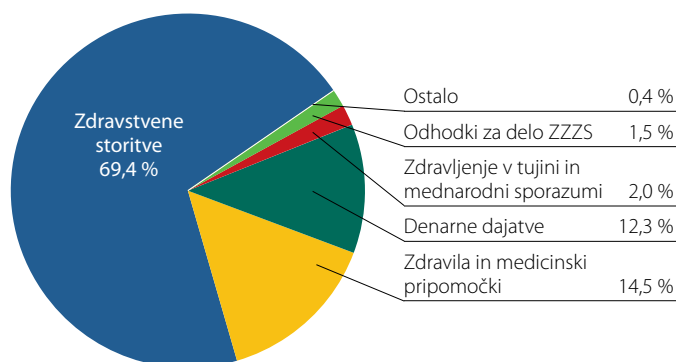
¹ ZZZS lahko posluje le v okviru največjega obsega izdatkov določenega za zdravstveno blagajno, po Odloku o okviru za pripravo proračunov sektorja država, ki ga določi Državni zbor RS.

2. Odhodki ZZS v letu 2018

Odhodki ZZS so izkazani po načelu denarnega toka (realizirana plačila v letu 2018) in v letu 2018 znašajo 2.858,5 milijona evrov. V primerjavi s predhodnim letom so večji za 176 milijonov evrov oziroma za 6,6 %. Največjo rast odhodkov (18,2 %) izkazujejo odhodki za zdravljenje v tujini, sledijo odhodki za cepiva (17 %) in odhodki za nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti od dela (10,5 %). Celotni odhodki so za 23,5 milijona evrov pod načrtovanimi za leto 2018, predvsem zaradi nerealiziranih zdravstvenih programov, določenih v Splošnem dogovoru z aneksom 1 in 2 za leto 2018.

a) Odhodki za zdravstvene dejavnosti

Odhodki za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke, pripravke za hemofilike in cepiva, odhodki za zdravljenje v tujini in odhodki po mednarodnih sporazumih predstavljajo 85,8 % vseh odhodkov ZZS.



Slika 2. Struktura odhodkov ZZS v letu 2018.

V strukturi celotnih odhodkov ZZS imajo **odhodki za zdravstvene storitve** 69,4 % delež in v letu 2018 znašajo 1.983 milijonov evrov. V primerjavi z letom 2017 so večji za 5,8 % oz. za 108,8 milijona evrov. Odhodki za zdravstvene storitve so za 2,2 % manjši od načrtovanih.

Odhodki za zdravila, medicinske pripomočke, pripravke za hemofilike iz krvi in cepiva so znašali 413,9 milijona evrov in so skupaj v okviru načrtovanih vrednosti. V primerjavi z letom 2017 so večji za 4,6 % oz. za 18,1 milijona evrov. Ti odhodki v strukturi vseh odhodkov ZZS predstavljajo 14,5 % delež.

Največji delež v tej skupini odhodkov predstavljajo **odhodki za zdravila**. V letu 2018 znašajo 331 milijonov evrov. V primerjavi z letom 2017 so večji za 6,1 % oziroma za 19 milijonov evrov ter malenkostno presegajo letno načrtovano vrednost. V kolikor rast odhodkov za zdravila ne bi bila regulirana z ukrepi ZZS na področju zdravil - izvajanje terapevtskih skupin zdravil ter skupin medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, pogajanja za nižje cene originalnih zdravil preko različnih vrst dogovorov z dobavitelji zdravil, razvrščanje novih generičnih zdravil, ki prav zaradi nižjih cen in s tem nižjih stroškov zdravljenja omogočajo vključitev najnovejših zdravil na listo, nadzor nad predpisovanjem zdravil - bi bila rast odhodkov za zdravila še višja.

Odhodki za medicinske pripomočke so znašali 73,5 milijona evrov in so v okviru načrtovanih. V primerjavi z letom 2017 so za 3,6 % ali 2,5 milijona evrov večji, kar je posledica povečanja števila zavarovanih oseb, ki so upravičene do teh pripomočkov v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji posameznih vrst obolenj ter širitve pravic po spremembi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2018.

Odhodki za pripravke za hemofilike in cepiva so v letu 2018 znašali 9,4 milijona evrov in so za 26,5 % ali za 3,4 milijona evrov manjši od realiziranih v letu 2017 zaradi manjših odhodkov za pripravke za hemofilike (za 4,4 milijona evrov), ker se pripravki za hemofilike po novem predpisujejo tudi na recept in so evidentirani med odhodki za zdravila. Odhodki za cepiva so se povečali zaradi uvedbe cepljenja proti klopnemu meningoencefalitisu za določene skupine zavarovancev.

Odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov so v letu 2018 znašali 56,4 milijona evrov in so za 3,4 milijona oz. 6,5 % nad načrtovanimi ter za 4,3 milijona oz. 8,3 % večji kot v letu 2017. Razlogi za rast odhodkov so povečano število napotitev za zdravljenje v tujino, zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji (na področju otroške srčne kirurgije, za različne vrste obsevanj, zdravljenje limfedema), zviševanje cen zdravstvenih storitev v tujini ter višji odhodki po mednarodnih sporazumih tako za slovenske kot tuje zavarovance, upoštevaje princip reciprocitete.

b) Odhodki za povračilo denarnih dajatev

Odhodki za povračilo denarnih dajatev za pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (nadomestila, potni stroški) so realizirani v višini 350,4 milijona evrov in so za 10,5 % ali za 33,3 milijona evrov večji v primerjavi z letom 2017. Načrtovane vrednosti presegajo za 2,8 %.

Največji delež (99,3 %) predstavljajo odhodki za nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti od dela. V letu 2018 so znašali 347,9 milijona evrov in so v primerjavi z načrtovanimi za 2,8 % oz. za 9,5 milijona evrov večji. Glede na leto 2017 ti odhodki izkazujejo 10,5 % rast oz. so večji za 33,1 milijona evrov. V primerjavi s preteklim letom se je povečalo tako število primerov (za 9,3 %) kot tudi število dni odsotnosti v breme ZZS (za 8,5 %), na kar je vplivalo več različnih dejavnikov, predvsem povečanje števila zaposlenih, podaljševanje delovne dobe, rast plač in drugi delovni, socialni in ekonomski dejavniki.

c) Odhodki za delo službe ZZS

Odhodki za delo službe ZZS so v letu 2018 znašali 44,1 milijona evrov in so za 1,6% manjši od načrtovanih. V primerjavi z letom 2017 so večji za 2,8 %. Ti odhodki predstavljajo 1,5 % delež vseh odhodkov ZZS (1,6 % v letu 2017).

3. Zaključne ugotovitve

Leto 2018 je peto zaporedno leto gospodarske rasti, kar se je odrazilo tudi v večjih prihodkih ZZS, ki so bili za 207 milijonov evrov večji kot leta 2017. Ti so omogočili več sredstev za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja - ponovno je bilo zagotovljeno tudi povečanje programov in storitev za zavarovane osebe nad obsegom leta poprej. Sredstva, ki so bila namenjena za povečan obseg zdravstvenih storitev, v letu 2018 niso bila v celoti porabljena, kar se je odrazilo v presežku prihodkov nad odhodki. Razlogi za manjšo porabo glede na načrtovano so v relativno pozno sprejetih pravnih podlagah za povečano financiranje programov, omejene kapacitete izvajalcev zdravstvenih storitev in v organizaciji dela pri izvajalcih.

Daniela Dimić
Damjan Kos

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
www.zzzs.si



V strukturi odhodkov je ZZZS v letu 2018 zagotovil 69,4 % sredstev za uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev, 14,4 % za zdravila, medicinske pripomočke, cepiva, preskrbo s krvjo in sanitetni material, 12,3 % za denarne dajatve in povračila ter 2 % za zdravljenje v tujini.

1. VKLJUČEVANJE IN UREJANJE ZAVAROVANJ ZAVAROVANIH OSEB



- Na dan 31. 12. 2018 vključenih v zavarovanje 2.116.739 zavarovanih oseb.
- 3.430 oseb, ki niso imele urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja več kot 2 meseca, in 653 oseb, ki niso imele urejenega zavarovanja več kot 1 leto.
- 7.081 zavarovanih oseb, ki so imele zaradi neplačila prispevkov zadržane pravice (razen do nujnih zdravstvenih storitev) več kot 1 leto.
- 1.182.908 prijav, odjav in sprememb v zavarovanju, ki so jih uredili zaposleni v prijavno-odjavnih službah ZZZS, 2.289.918 M-obrazcev pa je bilo urejenih avtomatsko (elektronsko) na podlagi programske podpore.



Tabela 1. Spremembe statusov zavarovanih oseb v Sloveniji v letu 2018 v primerjavi z letom 2017.

| obdelani obrazci za urejanje zavarovalnega statusa | število dogodkov v letu 2017 | | | število dogodkov v letu 2018 | | | indeks 2017/2018 |
|--|------------------------------|-------------------------|------------------|------------------------------|-------------------------|------------------|---------------------|
| | obravnave referentov | avtomatske obravnave | skupaj | obravnave referentov | avtomatske obravnave | skupaj | |
| obrazec prijava M-1 | 399.894 | 180.433 | 580.327 | 441.471 | 279.448 | 720.919 | 154,88 |
| obrazec odjava M-2 | 378.315 | 185.466 | 563.781 | 420.608 | 279.544 | 700.152 | 150,73 |
| obrazec sprememba M-3 | 72.274 | 7.550 | 79.824 | 92.276 | 7.412 | 99.688 | 98,17 |
| skupaj M1+M2+M3 | 850.483 | 373.449 | 1.223.932 | 954.355 | 566.404 | 1.520.759 | 151,67 |
| obrazec MDČ | 147.199 | 115.221 | 262.420 | 138.916 | 111.209 | 250.125 | 96,52 |
| obrazec M12 | 82.965 | 1.486.709 | 1.569.674 | 89.637 | 1.612.305 | 1.701.942 | 108,45 |
| SKUPAJ | 1.080.847 | 1.975.379 | 3.056.226 | 1.182.908 | 2.289.918 | 3.472.826 | 115,92 |

Vir: podatki ZZZS, baza podatkov o zavarovanih osebah.

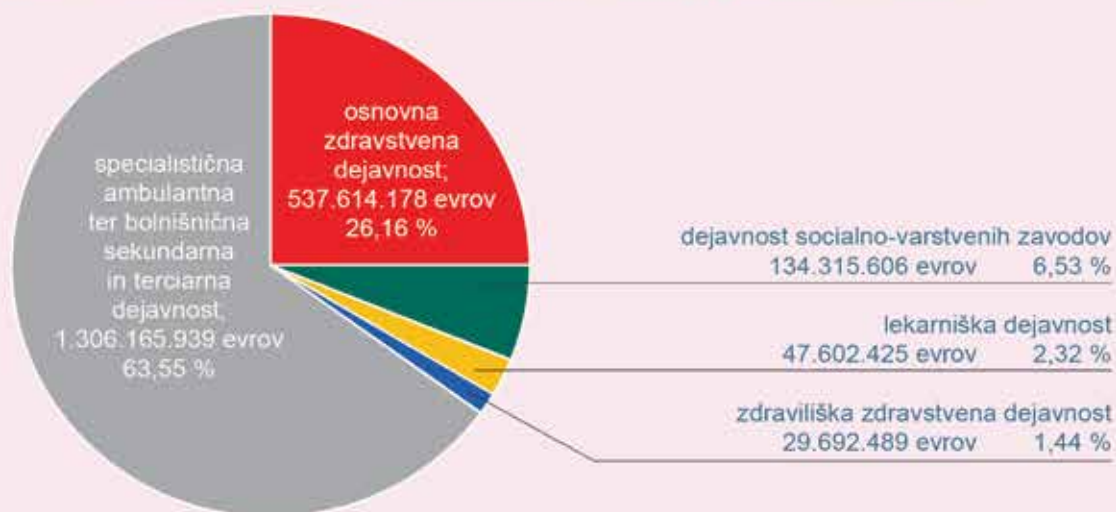
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

2. PROGRAM ZDRAVSTVENIH STORITEV



- V osnovni zdravstveni dejavnosti je bilo opravljenih 14,3 milijona obiskov zavarovanih oseb (obiski osebnega zdravnika, otroškega ter šolskega zdravnika, osebnega ginekologa, patronažne službe, fizioterapije...).
- V zobozdravstveni dejavnosti je bilo opravljenih 2,6 milijona obiskov zavarovanih oseb.
- V specialistično ambulantni dejavnosti je bilo opravljenih 6,5 milijona obiskov.
- V akutno bolnišnično obravnavo je bilo sprejetih 346.782 primerov (hospitalizacij, sprejemov in odpustov bolnikov iz bolnišnice). Polovica vseh primerov akutne bolnišnične obravnave je povezana z boleznimi obtočil, neoplazmami, boleznimi dihal, boleznimi prebavil ter poškodbami in zastrupitvami. Najpogosteje je bil obračunan vaginalni porod brez zapletenih diagnoz (10.433 primerov).
- Okvirna vrednost celotnega programa zdravstvenih storitev iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018, ki vključuje obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah in zdravil iz Seznama B, je v tekočih cenah v letu 2018 znašala 2.055 milijonov evrov. Znesek ne vključuje obveznosti za pripravnike, sekundarije in specializacije.

Slika 1. Pogodbena vrednost programa zdravstvenih storitev po dejavnostih v letu 2018.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

- V letu 2018 je ZZZS imel sklenjene pogodbe s 1.696 izvajalci zdravstvenih storitev, in sicer 204 z javnimi zavodi in 1.492 z zasebnimi izvajalci. Za izvedbo programov je v pogodbah z javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo dogovorjenih 45.856 delavcev (iz ur), od tega 7.912 oziroma 17,26% pri koncesionarjih.
- V letu 2018 je ZZZS opravil skupno 790 nadzorov nad izvajanjem pogodb, sklenjenih med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev. Sistemsko je ZZZS nadzoroval obračun akutne bolnišnične obravnave oseb s cerebrovaskularnim inzultom, diagnostike in operativnih posegov pri pljučnih boleznih, artroskopije, traheostomije, neakutne bolnišnične obravnave ter obračun specialistične zunaj bolnišnične dejavnosti diabetologije, pulmologije, psihiatrije in pedopsihiatrije, dermatologije, kardiologije z vaskularno medicino, fizioterapije, nevrologije, internistike, urologije, okulistike, otorinolaringologije, slikovne diagnostike in vsa področja zobozdravstvene specialitike. Poseben poudarek je bil dan nadzoru obračuna storitev v urgentnih centrih ter predpisovanju medicinskih pripomočkov.
 - o Na področju zdravljenj je bilo poleg nadzora izdaje zdravil v lekarnah sistemsko nadzorovano predpisovanje anksiolitikov in hipnotikov, antibiotikov in zdravil z omejitvijo predpisovanja. Pri tem je bila polifarmakoterapija pomemben kriterij izbora za nadzor.
 - o Sistemski nadzori primarne ravni so obsegali obračunavanje nege v domovih starejših občanov s poudarkom na najzahtevnejši negi, patronaže, storitev klinične psihologije, ginekologije, predpisovanje medicinskih pripomočkov ter obračunavanje diagnostike, zdravljenja in protetike v osnovnem zobozdravstvu.
 - o ZZZS je opravil tudi 20 nadzorov izključno v zvezi z vodenjem čakalnih seznamov.
 - o Na podlagi izvedenih nadzorov je ZZZS zmanjšal svoje obveznosti do izvajalcev v letu 2018 za 2,8 milijona evrov, izvajalcem pa je izrekel za 246.500 evrov pogodbenih kazni.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

3. OSKRBA Z ZDRAVILI



- Predpisanih 17.411.793 receptov za zdravila za 39,7 milijona pakiranj (škatic...); poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih, se je zvišala za 1,8 % glede na predhodno leto. Vsaj en recept v breme ZZZS je prejelo 1.521.395 (73,5 %) prebivalcev.
- Poraba bioloških, tarčnih in drugih dragih zdravil na recept narašča, saj so izdatki zanje znašali 169,9 milijona evrov, kar je za 23,3 milijona evrov več glede na predhodno leto.
- Odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in živila, ki zajemajo izdajo na recepte, seznam B (bolnišnična zdravila) in seznam A (seznam ampuliranih zdravil za zunaj bolnišnično zdravljenje), zdravila v centrih za zdravljenje odvisnosti, krvne pripravke, cepiva in povračila, so znašali 456.044.526 evrov, kar predstavlja 9,7 % povečanje glede na predhodno leto.
- Na listo za ambulantno predpisovanje je bilo razvrščenih 22 novih zdravil, na seznam bolnišničnih zdravil 5 novih zdravil, na seznam A prav tako 5 novih zdravil. Razvrščeno je bilo tudi 1 novo živilo.

4. ZAGOTAVLJANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV



- Predpisanih 529.195 naročilnic za medicinske pripomočke, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah, najpogosteje pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni, pripomočki pri težavah z odvajanjem seča ter pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi.
- Najmanj 1 pripomoček v breme ZZZS je prejelo 287.458 oseb.
- Stroški izdanih pripomočkov v breme ZZZS so znašali 72.410.207 evrov, kar je za 5 % več glede na predhodno leto.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

5. ODLOČANJE O PRAVICAH



Imenovani zdravniki ZZZS so izdali 390.066 odločb (4,7 % več kot v letu 2017), od tega:

- 294.670 odločb o začasni nezmožnosti za delo (6,3 % več kot v 2017),
- 44.996 odločbe o zobnoprotetični rehabilitaciji (2,5 % več kot v 2017),
- 42.042 odločb o zdraviliškem zdravljenju (3,3 % več kot v 2017),
- 6.454 odločb o medicinskih pripomočkih (26,6 % manj kot v 2017),
- 1.904 odločbe za nego družinskega člana (0,7 % manj kot v 2017).

Senat zdravstvene komisije kot pritožbeni organ na drugi stopnji je izdal 7.120 odločb (1,5 % manj kot v 2017), od tega:

- 4.771 odločb za začasno nezmožnost za delo (6,5 % več kot v 2017),
- 1.696 odločb za zdraviliško zdravljenje (36,6% manj kot v 2017).

Območne enote ZZZS so rešile 4.222 zahtev za odločbo v zvezi z uveljavljanjem pravic do nadomestila plače, povračila potnih stroškov, izbire osebnega zdravnika, povračila stroškov za opravljene zdravstvene storitve, povračila stroškov zdravil in stroškov medicinskih pripomočkov v Sloveniji. V zvezi s tem je Direkcija kot pritožbeni organ na drugi stopnji prejela v reševanje 192 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji.



6. NADOMESTILO PLAČE MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA



- 1.150.676 primerov zadržanosti od dela, najpogosteje zaradi bolezni in poškodbe izven dela; izgubljenih skupno 12.124.558 delovnih dni (6,4 % več kot 2017), od tega 6.534.029 v breme ZZZS.
- Porast števila izgubljenih dni in primerov tako v breme delodajalcev kot tudi v breme ZZZS, rahlo zmanjšanje skupnega povprečnega trajanja (10,5 dneva; v letu 2017 10,6 dneva).
- Skupni odstotek izgubljenih dni 4,60 % (v letu 2017 4,26 %), od tega v breme delodajalcev 2,12 % (v letu 2017 2,01 %) in v breme ZZZS 2,47 % (v letu 2017 2,25 %).
- Nad 1 letom trajanja je bilo v bolniškem staležu 8.219 oseb (v letu 2017 7.065).
- Stroški za nadomestila ZZZS 347.902.628 evrov (v letu 2017 314.771.215 evrov oziroma za 10,5 % več)
- 3.484. laičnih nadzorov nad bolniškimi odsotnostmi (v letu 2017 3.852), najpogosteje pri delavcih in samozaposlenih; 5,3 % kršitev glede na opravljene nadzore (v letu 2017 6 %); najvišji delež kršitev pri samozaposlenih; najpogostejše kršitve: neupravičena odsotnost od doma, opravljanje pridobitne dejavnosti; neposredni učinek nadzorov: 159 zaključenih bolniških staležev (117 manj kot v 2017), 50 ugotovitev zmožnosti za delo za krajši delovni čas (122 v 2017), 7 odločb o odvzemu oziroma zadržanju nadomestila plače (3 v 2017).

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

7. IZVAJANJE EVROPSKEGA PRAVNEGA REDA IN MEDNARODNIH SPORAZUMOV



- Tuji organi za zvezo so obračunali ZZS stroške za 78.063 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini, oziroma so bile napotene na zdravljenje v tujino (0,7 % manj kot leta 2017); skupni znesek novonastalih obveznosti ZZS do tujine je tako znašal 32.307.366 evrov in je najvišji do Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Avstrije in Nemčije.
- ZZS je tujim organom za zvezo obračunal stroške za 58.973 primerov tujih zavarovanih oseb, ki so v Sloveniji uveljavljale zdravstvene storitve, kar je 8,8 % več primerov kot v letu 2017; skupna vrednost novonastalih terjatev v letu 2018 znaša 21.357.982 evrov in je najvišja do Avstrije, Nemčije, Hrvaške in Italije.
- ZZS je v letu 2018 izdal slovenskim zavarovanim osebam 674.175 evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja in 95.964 certifikatov.
- Načrtovano zdravljenje v tujini:
 - o zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji (44.a člen ZZVZZ) je bilo na zdravljenje, pregled in preiskavo v tujino napotenih 514 oseb, kar je 2,1 % manj kot v letu 2017,
 - o zaradi predolge čakalne dobe (44.b člen ZZVZZ) je bilo 16 oseb napotenih na zdravljenje v tujino (10 v letu 2017),
 - o ZZS je izvedel 1.523 povračil stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi evropskega direktive in 44.c člena ZZVZZ in tako zavarovancem povrnil 309.541 evrov (v letu 2017 288.422 evrov).
- Skupni stroški načrtovanega zdravljenja v tujini so znašali 7.781.957 evrov, kar je za 18,2 % več kot leta 2017.



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
www.zzs.si



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

8. IZDATKI ZA ZDRAVSTVO V SLOVENIJI IN V DRŽAVAH ČLANICAH EU



Tabela 3. Javni in zasebni tekoči izdatki za zdravstvo v PPP evrih na prebivalca in v deležu BDP v Sloveniji ter v primerjavi z državami EU v letu 2017¹.

| država | PPP € na prebivalca | | | |
|--------------------|---------------------|--------------|------------------|--------------|
| | javni | zasebni | celotni | % od BDP |
| Avstrija | 2.924 | 1.021 | 3.945 | 10,3 |
| Belgija | 2.753 | 740 | 3.493 | 10,0 |
| Bolgarija | 626 | 607 | 1.234 | 8,4 |
| Ciper | 728 | 994 | 1.722 | 6,8 |
| Češka | 1.535 | 338 | 1.873 | 7,1 |
| Danska | 3.223 | 608 | 3.831 | 10,2 |
| Estonija | 1.173 | 378 | 1.551 | 6,7 |
| Finska | 2.244 | 769 | 3.013 | 9,2 |
| Francija | 2.961 | 611 | 3.572 | 11,5 |
| Grčija | 1.030 | 649 | 1.678 | 8,4 |
| Hrvaška | 1.056 | 311 | 1.367 | 7,5 |
| Irska | 2.832 | 1.098 | 3.930 | 7,1 |
| Italija | 1.900 | 651 | 2.551 | 8,9 |
| Latvija | 979 | 484 | 1.463 | 6,3 |
| Litva | 684 | 568 | 1.252 | 6,3 |
| Luksemburg | 3.814 | 899 | 4.713 | 6,1 |
| Madžarska | 976 | 497 | 1.473 | 7,2 |
| Malta | 1.626 | 943 | 2.568 | 8,9 |
| Nemčija | 3.520 | 641 | 4.160 | 11,3 |
| Nizozemska | 3.146 | 739 | 3.885 | 10,1 |
| Poljska | 984 | 425 | 1.409 | 6,7 |
| Portugalska | 1.371 | 695 | 2.066 | 9,0 |
| Romunija | 770 | 213 | 983 | 5,2 |
| Slovaška | 1.312 | 313 | 1.625 | 7,1 |
| Slovenija | 1.470 | 553 | 2.023 | 8,0 |
| Španija | 1.742 | 703 | 2.446 | 8,8 |
| Švedska | 3.376 | 643 | 4.019 | 10,9 |
| Velika Britanija | 2.422 | 623 | 3.045 | 9,6 |
| EU 28 ² | 1.899 (2.135) | 633 (638) | 2.532 (2.773) | 8,3 (9,6) |

Opombi: 1 – 2017 ali zadnji razpoložljiv podatek.
2 – podatki za EU 28 so navadno povprečje. Določeni viri (OECD, Health at a Glance) objavljajo tudi tehtana povprečja (podatek v oklepaju), kjer imajo večjo težo podatki večjih držav EU.

Vir: Health at a Glance: Europe 2018.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2018

9. IZBRANI KAZALNIKI O ZDRAVSTVENIH AKTIVNOSTIH V SLOVENIJI
IN PRIMERJAVA S POVPREČJI V DRŽAVAH EU



Tabela 4. Izbrani kazalniki o zdravstvenih aktivnostih v Sloveniji in primerjava s povprečji v državah Evropske unije v letu 2016.

| Izbrani kazalci | Slovenija | EU 15 |
|---|-----------|-------|
| Št. obiskov na prebivalca v zunajbolnišnični ambulantni dejavnosti skupaj | 6,7 | 6,1* |
| – na primarni ravni | 4,4** | 3,7* |
| – na sekundarni ravni | 2,3 | 2,4* |
| Stopnja hospitalizacije (odpusti iz bolnišnic) zaradi bolezni na 1.000 prebivalcev skupaj | 182,6 | 157,9 |
| – zaradi srčnožilnih bolezni | 21,1 | 20,4 |
| – zaradi raka | 18,2 | 13,6 |
| Povprečna ležalna doba v bolnišnicah (v dnevih) | 6,8 | 7,5 |
| Operacije sive mreže – delež v enodnevnih obravnavah | 97,8 | 94,0 |

Opombe: * – Eurostat, ocena za 2014,
** – podatek NIJZ, Podaljšalni portal.

Vir: OECD, Health at a Glance: Europe 2016.



Predlog sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja – javna razprava

Upravni odbor ZZZS je 22. 5. 2019 sprejel Predlog sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: novela Pravil) in ga posredoval v javno razpravo in medresorsko usklajevanje. Temeljni cilji novele Pravil so:

- boljša zdravstvena obravnava (bolj primerna, kakovostna in varna);
- lažja dostopnost do zdravstvenih storitev (poenostavitev postopkov uveljavljanja zdravstvenih storitev z odpravo administrativnih ovir na strani zavarovanih oseb in izvajalcev);
- primernejša pravna ureditev.

Z novelo Pravil se spreminjajo in dopolnjujejo naslednji vsebinski sklopi:

- pravica do medicinskih pripomočkov;
- uveljavljanje zdravstvenih storitev;
- uveljavljanje zdravil in živil na recept;
- posamezne druge določbe Pravil.

V nadaljevanju so navedene bistvene spremembe ureditve pravice do medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: MP), ki jih vsebuje Novela Pravil.

1. širitev obsega pravice do MP:
 - neizključevanje pravice do toaletnega stola in sedeža za kopalno kad ali tuš kabino;
 - neizključevanje pravice do Braillovega pisalnega stroja in Braillove vrstice, z določeno petletno trajnostno dobo Braillove vrstice ter pravico do njenega vzdrževanja in popravil;
 - šest novih MP iz skupine MP pri kolostomi, ileostomi in urostomi (nočna urinska drenažna vrečka, zaščitni film za peristomalno kožo, zatesnitveni obroček za poškodovano peristomalno kožo, odstranjevalec lepil, pritisna plošča za irigacijo, enodelna stomakapa), ki se bodo začeli uporabljati, ko bodo uvrščeni na seznam MP, medtem ko se v prehodnem obdobju uporabljajo dosedanji MP iz te skupine MP z izjemo prevleke za zbirno vrečko;
 - dodaten kos katetra za dovajanje kisika oziroma največ dva katetra na 30 dni;
 - dnevno do dve dodatni posteljni podlogi, predlogi ali hlačni predlogi (plenici) za enkratno uporabo pri določenih zdravstvenih stanjih oziroma največ 150 kosov na 30 dni;
 - mobilne neprepustne hlačke kot nov MP, ki se lahko predpišejo namesto dveh predlog ali hlačnih predlog (plenic) za enkratno uporabo z omejitvijo največ 30 kosov na 30 dni;
 - nov sistem za spremljanje glukoze v medceličnini (v nadaljevanju: novi sistem SGM), ki obsega čitalnik (s trajnostno dobo štirih let) in senzorje (največ eden na 14 dni);
 - večje število senzorjev za obstoječ sistem za kontinuirano merjenje glukoze v medceličnini (v nadaljevanju: obstoječi sistem KMGGM), in sicer največ eden na sedem dni.
2. omejitev števila diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi pri sočasni uporabi aparata in obstoječega sistema KMGGM ali aparata in novega sistema SGM, z možnostjo predpisa dodatne količine diagnostičnih trakov zaradi spremembe zdravstvenega stanja zavarovane osebe.
3. izključitev MP iz pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi zastarelosti ureditve:
 - prevleka za zbirno vrečko;
 - inzulinska črpalka s funkcijo aparata za določanje glukoze v krvi;
 - izposoja inzulinske črpalke pred načrtovano nosečnostjo, med nosečnostjo in dojenjem.
4. pravica do temnih očal: jasnejša ureditev.
5. postopek uveljavljanja pravice do MP:
 - predpis vrvice za polžev vsadek: pooblastilo osebnega zdravnika;
 - izpolnitev naročilnice: odprava administrativnih ovir pri pooblaščenih zdravnikih.
6. obveznosti dobaviteljev MP:
 - pri izposoji MP: ureditev novih obveznosti v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja;
 - pri izdaji MP: obveznost ponuditi najprej artikle s seznama MP;
 - pri zagotavljanju artiklov s seznama MP na izdajnih mestih: izvzeti so določeni MP iz skupine MP pri inkontinenci in težavah z odvajanjem seča ter iz skupine MP pri sladkorni bolezni.
7. Uskladitev aktov ZZZS – uskladitev Pravil s predlogoma splošnih aktov skupščine ZZZS, to sta:

- Pravilnik o seznamu in izhodiščih za vrednosti MP iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, po katerem bo v skladu s Pravili en od pogojev za uvrstitev artikla na seznam MP tudi sklenitev pogodbe z dobaviteljem;
- Sklep o pogojih za MP iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, s katerim bodo po novem določena ne le zdravstvena stanja in drugi pogoji za uveljavljanje pravice do posameznega MP, temveč tudi skupine MP, morebitne podskupine MP in vrste MP.

Novela Pravil vključuje naslednje bistvene spremembe pri uveljavljanju zdravstvenih storitev:

1. podaljšanje napotnice zaradi kontrolnega pregleda in širitev pooblastila napotnega zdravnika s ciljem administrativne razbremenitve osebnega zdravnika in zavarovane osebe; obseg pooblastila za zdravljenje se širi s pooblastilom napotnega zdravnika, da podaljša veljavnost napotnice, in sicer zaradi izvedbe kontrolnega pregleda, če meni, da je ta pregled potreben in da bo opravljen po preteku obdobja veljavnosti napotnice, ki ga je na njej označil osebni zdravnik. Napotni zdravnik namreč v okviru zdravljenja zavarovane osebe praviloma opravi tudi enega ali več kontrolnih pregledov. Ti so namenjeni preverjanju učinkov začete zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda. Z novo ureditvijo se želi zmanjšati administrativno breme za zavarovane osebe, ki bi morale v nasprotnem primeru (zaradi neveljavnosti napotnice osebnega zdravnika na dan kontrolnega pregleda) ponovno nazaj k osebnemu zdravniku, da jim izstavi novo napotnico za predvideni kontrolni pregled. Poleg tega se z dopolnjeno ureditvijo razbremenjujejo osebni zdravniki, saj bo napotni zdravnik, ki je ob obravnavi zavarovane osebe predvidel kontrolni pregled, hkrati tudi podaljšal veljavnost napotnice, posledično pa tudi napotnemu zdravniku ne bo treba od zavarovane osebe zahtevati nove napotnice za naslednji kontrolni pregled. Na ta način se želi zmanjšati število obiskov zavarovanih oseb pri osebnih zdravnikih, tako da se jim zagotovi čim več storitev na enem mestu – pri pooblaščenem napotnem zdravniku, in ne da se po nepotrebnem pošiljajo ponovno k osebnim zdravnikom zaradi izstavitve napotnice za kontrolni pregled. Z novo

ureditvijo se napotni zdravnik dodatno ne obremenjuje, saj mu ni treba izdati nove napotnice za kontrolni pregled, temveč le podaljšati veljavnost obstoječe napotnice, to dejstvo pa je treba zapisati v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe.

2. izdaja dragega zdravila (pakiranje presega 200 evrov) – ukinitve obveznosti mesečne izdaje;

Zaradi ukinitve obveznosti mesečne izdaje dragih zdravil bodo odhodki iz sredstev ZZZS in doplačil manjši za skupaj približno 142.000 evrov letno. Zaradi širitev pravice do MP bodo odhodki ZZZS višji za približno 6.709.700 evrov letno, od tega za:

| | |
|---|-----------------|
| 1. posteljne podloge, predloge, hlačne predloge (plenice) | 4.852.000 evrov |
| 2. mobilne neprepustne hlačke | 606.500 evrov |
| 3. novi sistem SGM | 672.300 evrov |
| 4. senzorje obstoječega sistema KMGM | 401.000 evrov |
| 5. Braillove vrstice – dodatne | 95.100 evrov |
| 6. Braillove vrstice – nove | 76.100 evrov |
| 7. sedeže za kopalno kad ali tuš kabino | 3.900 evrov |
| 8. katetre za dovajanje kisika | 2.800 evrov |
| 9. Braillove vrstice – vzdrževanja in popravila | ocena ni mogoča |

V oceni višjih odhodkov ZZZS je že upoštevano zmanjšanje odhodkov ZZZS zaradi omejitve števila diagnostičnih trakov za aparat za določanje glukoze v krvi pri sočasni uporabi aparata in novega sistema SGM (zmanjšanje za 817.600 evrov) ali obstoječega sistema KMGM (zmanjšanje za 204.400 evrov).

Predlog sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je trenutno v javni razpravi na spletnem portalu E-demokracija, in sicer do vključno 28. 6. 2019, ter v medresorskem usklajevanju. Po zaključku teh postopkov bo Upravni odbor ZZZS novelo Pravil ponovno obravnaval na seji, za njeno uveljavitev pa jo mora nato sprejeti še Skupščina ZZZS, k noveli Pravil pa mora nato skladno z zakonom podati soglasje še minister za zdravje, čemur sledi objava v Uradnem listu RS.

Snežana Marković
Damjan Kos

Novi predpisi s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od 13. oktobra 2018 do 31. maja 2019

Za boljšo obveščenost izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov objavljamo seznam pravnih aktov, navodil in okrožnic Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter pravnih aktov partnerjev v zdravstvu, ki so bili v obdobju od 13. oktobra 2018 do 31. maja 2019 objavljeni ali posodobljeni v ZZZS spletni aplikaciji »E-gradiva« na naslovu www.zzzs.si/egradiva (po kronološkem vrstnem redu glede na datum objave).

Iva Štirn

1. Pravni akti partnerjev v zdravstvu:

- Aneks št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 4. 12. 2018)
- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2019; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 3. 2019)

2. Pravni akti ZZZS:

- Sklep o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 10. 2018)
- Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 10. 2018)
- Navodilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z napotnico; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 10. 2018)
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače (neuradno prečiščeno besedilo št. 4); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 11. 2018)
- Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev fizioterapije z delovnim nalogom za fizioterapijo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 11. 2018)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil z lokalnim delovanjem za zdravljenje glavkoma; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2018)
- Sklep o javnem razpisu za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2018)
- Sklep o objavi javnega razpisa programa izvajanja šolanja psov vodičev slepih zavarovanih oseb za obdobje od 1. 3. 2019 do 29. 2. 2024; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2018)
- Sklep o določitvi zdravstvenih stanj in drugih pogojev za upravičenost do posameznih medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 11. 2018)
- Navodilo za izpolnjevanje listine Recept in listine Recept za osebno rabo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 11. 2018)
- Rebalans finančnega načrta ZZZS za leto 2018; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 4. 12. 2018)
- Sklep o rokih plačil avansov v letu 2019; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 21. 12. 2018)
- Pravilnik o receptih za osebno rabo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 28. 1. 2019)
- Finančni načrt ZZZS za leto 2019; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 2. 2019)
- Sklep o izbiri izvajalcev za izvajanje programa šolanja psov vodičev slepih zavarovanih oseb za obdobje od 1. 3. 2019 do 29. 2. 2024; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2019)
- Sklep o izbiri dobaviteljev za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2019)
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do potnih stroškov in spremstva (čistopis); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 4. 2019)
- Navodilo za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v obveznem zdravstvenem zavarovanju (čistopis); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 4. 2019)
- Navodilo za zajem in posredovanje podatkov iz Potrtil o upravičenosti zadržanosti od dela v sistem on-line; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 4. 2019)
- Sklep o določitvi cen standardnih materialov za zobozdravstvene storitve; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 4. 2019)
- Dopolnitev Poslovnika Upravnega odbora Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 4. 2019)
- Navodilo za izvajanje 78. a člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (neuradno prečiščeno besedilo št. 3); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 4. 2019)
- Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 4. 2019)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za skupine medsebojno zamenljivih zdravil in za terapevtske skupine zdravil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 5. 2019)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 5. 2019)
- Navodilo za Excipial podlage; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 5. 2019)
- Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja
- (neuradno prečiščeno besedilo št. 4); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 28. 5. 2019)

3. Okrožnice in navodila ZZS:

- Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 10. 2018)
- Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja glede podrobnejše ureditve pravice do zdravlil in živil za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 48/18: Dopolnitev podatkov o izdanih zdravilih na recept s podrobnimi podatki o magistralnih zdravilih ter dopolnitev kontrol lekarniških storitev za magistralna zdravila brez dodeljene šifre; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 10. 2018)
- Okrožnica MP št. 4/2018: Pooblaščeni zdravniki za predpisovanje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 44/18: Nov obračunski model specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti dermatologije; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 46/18: Sprememba dolgega opisa ter obračunavanja storitve 43390 »Cepljenje – posamična aplikacija vaccine«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 47/18: Dodatne storitve specialistične endodontije (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 49/18: Nove podvrste zdravstvene dejavnosti 057 »Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov«, 058 »Ambulantna obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih« in 059 »Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih« v okviru vrste 512 »Psihijatrija«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 38/18: Ukinitev storitev 31070 in 31071 ter uvedba novih šifer LZM Q0277 »CBCT slikanje« in Q0278 »CBCT odčitavanje« v specialistični zobozdravstveni dejavnosti; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 61/17: Kontrole v zobozdravstvu; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 50/18: Uvedba novih storitev v šifrantu 15.21 »Storitve v ginekologiji na primarni ravni (306 007)« in v šifrantu 15.28 »Ločeno zaračunljivi material in storitve (LZM)«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 51/18: Nova šifra povečane zahtevnosti obravnave pri izvajanju ambulantne izven bolnišnične dejavnosti otroškega in šolskega dispanzerja v zavodih za usposabljanje Cirijs Kamnik in Vipava; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 52/18: Uvedba poročanja podatkov o diagnozah za storitve v strukturi Obravnava v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (Q86.210) za storitve opravljene od 1. 1. 2019 dalje; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 10. 2018)
- Okrožnica ZAE 41/18: Nove storitve za beleženje zalivk - kompozitni material; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 51/16: Kontrola količine storitve in maksimalnega dovoljenega števila storitev na obravnavo; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 11. 2018)
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja - izključni izvajalec, pravica do povračila potnih stroškov in do reševalnega prevoza; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 34/18: Dopolnitev dolgih opisov evidenčnih storitev referenčnih ambulant; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 53/18: Sprememba šifranta 15.20 »Storitve v splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolarje ter nujni medicinski pomoči« zaradi dopolnitev obstoječih storitev in uvedbe novih storitev; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 4/18: Nove patronažne storitve - asistirana peritonealna dializa na domu in v socialno varstvenih zavodih; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 11. 2018)
- Navodilo o zagotavljanju servisiranja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 11. 2018)
- Okrožnica MP št. 3/2018: Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki se nanašajo na servisiranje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 54/18: Dopolnitev kratkih in / ali dolgih opisov nekaterih storitev na področju zobozdravstvene dejavnosti; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 55/18: Ukinitev storitev 72000, 72230 in 72240 ter uvedba novih storitev v lekarniški dejavnosti (743 601, 743 602); (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 14/18: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti pedontologija – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 59/18: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17, 41/17, 52/17, 6/18, 26/18, 27/18 in 42/18; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE št. 56/18: Nova šifra storitve E0708 v dejavnosti 111 301 »Kardiovaskularna kirurgija v bolnišnični

- dejavnosti« za UKC Ljubljana, UKC Maribor in MC Medico od 1. 1. 2018 dalje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 11. 2018)
- Okrožnica ZAE 60/18: Uvedba dveh novih storitev v šifrantu 15.28 »Ločeno zaračunljivi material in storitve (LZM)«: Q0282 - Vlita zalivka s standardno kovino v zobozdravstvu, Q0283 – dvojna prevleka s standardno kovino v zobozdravstvu ter sprememba naziva pri Q0001;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 11. 2018)
 - Okrožnica ZAE št. 58/18: Prestavitev podvrste zdravstvene dejavnosti »033 Klinična psihologija« in »050 Obsojenci in priporniki - klinična psihologija« iz vrste dejavnosti »512 Psihologija« na novo vrsto dejavnosti »549 Klinična psihologija« od 1. 1. 2019 dalje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 11. 2018)
 - Okrožnica ZAE 35/17: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti zobozdravstvo za mladino – dopolnitve Okrožnice ZAE 46/16;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 11. 2018)
 - Okrožnica ZAE 25/18: Evidenčno beleženje storitev v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 26. 11. 2018)
 - Okrožnica ZAE 3/18: Novi podvrsti zdravstvene dejavnosti 280 »UC – Enota za bolezni« in 281 »UC – Enota za poškodbe« v okviru vrste 238 »Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« ter nova podvrsta 051 »Enota za hitre preglede v rednem delovnem času« v okviru vrste 338 »Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 26. 11. 2018)
 - Okrožnica ZAE 50/16: Nova kontrola vsebine obravnave;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 30. 11. 2018)
 - Tehnično navodilo za varno elektronsko pošiljanje zdravstvene dokumentacije imenovanemu zdravniku in zdravstveni komisiji ZZZS;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 12. 2018)
 - Okrožnica ZAE 57/18: Nova storitev za beleženje presejalnega testiranja pri krvodajalcu na prisotnost virusa Zahodnega Nila ter ukinitve šifranta 15.4;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 10. 12. 2018)
 - Okrožnica ZAE 7/16: Uvedba novih vrst delavnic v dejavnosti 346 025 »Zdravstvena vzgoja«, sprememba dolgega opisa in minimalnega števila udeležencev pri delavnici E0522 »Podpora pri spoprijemanju z depresijo«, dodatno evidenčno beleženje storitev v okviru Programa za krepitev zdravja;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 10. 12. 2018)
 - Okrožnica ZAE 11/17: Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 278 »Celostna rehabilitacija slepih in slabovidnih« v okviru vrste 220 »Oftalmologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2018)
 - Okrožnica ZAE 61/18: Dodatne storitve specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti okulistike (220 229);
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2018)
 - Okrožnica ZAE 62/18: Uvedba on-line kontrol nad zdravili in živili za posebne zdravstvene namene, izdanimi na recepte za osebno rabo;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2018)
 - Tehnično navodilo in pogoji za varen dostop do sistema on-line iz vrstomata;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 12. 2018)
 - Obrazec za nova izdajna mesta in šifranti za izmenjavo podatkov o artiklih - dobavitelji izbrani na razpisu po letu 2010;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 1. 2019)
 - Okrožnica MP št. 5/2018: Dobe trajanja, uvedba oznake predčasnega predpisa MP in nove kontrole v sistemu on-line;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 1. 2019)
 - Okrožnica MP št. 6/2018: Dobe trajanja, uvedba oznake predčasnega predpisa MP in nove kontrole v sistemu on-line;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 1. 2019)
 - Pooblaščenim zdravnikom za predpisovanje zdravil za zdravljenje hepatitisa B in C;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2019)
 - Tehnično navodilo za elektronski prenos podatkov Centralne baze zdravil v obliki XML;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 1. 2019)
 - Okrožnica ZAE 1/19: Dopolnitve šifrantov K1, K2 in K10 z šifro dejavnosti 215 224 - Maksilofacialna kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti in storitvami za to dejavnost Q0235 - Q0237, Q0262 – Q0264 (zdravila iz Seznama A) in Q0265-Q0272 (zdravila iz Seznama B);
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 1. 2019)
 - Seznam farmacevtskih svetovalcev;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 1. 2. 2019)
 - Spremembe Seznama A;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 5. 2. 2019)
 - Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on - line sistemu;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 2. 2019)
 - Dodatni podatki za lekarne;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 28. 2. 2019)
 - Navodilo o profesionalni kartici in pooblastilih;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 3. 2019)
 - Navodilo za uporabo portala ZZZS za izvajalce in dobavitelje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 3. 2019)
 - Okrožnica ZAE 2/19: Dopolnitve šifrantov za obračun zdravstvenih storitev;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 3. 2019)
 - Spremembe list zdravil in živil;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 3. 2019)
 - Spremembe seznama B;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 3. 2019)
 - Seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 3. 2019)
 - Struktura XML datoteke za elektronsko objavo šifrantov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 3. 2019)
 - Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 3. 2019)
 - Spremembe list zdravil in živil;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 2. 4. 2019)
 - Seznam zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter seznam najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 4. 2019)
 - Pooblaščenim zdravnikom za predpisovanje koagulacijskih faktorjev VIII in IX, ter kombinacije Von Willebrandovega faktorja in koagulacijskega faktorja VIII;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 10. 4. 2019)

- Okrožnica ZAE 3/19: Dopolnitev šifrantov za obračun zdravstvenih storitev;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 4. 2019)
- Tehnično navodilo za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 4. 2019)
- Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 4. 2019)
- Seznam farmacevtskih svetovalcev;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 5. 2019)
- Navodilo za obračun - vprašanja in odgovori - št.1/2019;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 10. 5. 2019)
- Spremembe list zdravil in živil;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 5. 2019)
- Seznam zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter seznam najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 5. 2019)
- Okrožnica ZAE 4/19: Dopolnitve šifrantov za obračun zdravstvenih storitev;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 5. 2019)
- Spremembe Seznama A;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 5. 2019)
- Navodilo za uporabo portala ZZZS za izvajalce in dobavitelje;
(<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 5. 2019)

Vir: <http://www.zzzs.si/egradiva>

Javna objava Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019 ter naslednjih dogovorov in pripadajočih aneksov samo v elektronski obliki

Vlada RS je dne 21. 2. 2019 odločila o spornih vprašanjih k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2019. Po odločitvi Vlade RS in opredelitvi besedila Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2019 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ta dogovor objavil le v elektronski obliki, in sicer na spletnem portalu za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu: <https://partner.zzzs.si>. Na enak način je ZZZS objavil tudi Aneks št. 1 k Splošnemu dogovo-

ru za pogodbeno leto 2019 potem, ko je Vlada RS z odločitvijo o spornih vprašanjih 16. 5. 2019 določila njegovo končno besedilo. Zaradi obsežnosti in s tem povezanih težav pri izvedbi tiskane izdaje ZZZS splošnih dogovorov in pripadajočih aneksov ne objavlja več v tiskani obliki v Občasniku Akti & Navodila.

Uredništvo

Spletni portal za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu <https://partner.zzzs.si>

omogoča:

- dostop do vseh informacij in storitev glede zagotavljanja zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev, cenikov, podatkov za obdobje obračuna in podatkov o izbirah osebnih zdravnikov, ogled rezultatov kontrol podatkov obračuna zdravstvenih storitev;
- dostop do podatkov o imetnikih profesionalne kartice in kvalificiranega digitalnega potrdila, ki v imenu izvajalca zdravstvenih storitev ali dobavitelja medicinskih pripomočkov lahko uporabljajo varovani, zasebni spletni portal in sistem on-line ter pripomoček za izpolnjevanje obrazcev za naročanje novih pooblastil in odvzem nepotrebnih.



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:

Marjan Sušelj, generalni direktor

Urednik:

Damjan Kos

Tajništvo uredništva:

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

Prelom:

Danila Perhavec

Tisk:

Tiskarna Skušek d. o. o.

Vzorčni izvod OBČASNIKA dobivajo vse službe ZZZS, vsi izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinskih pripomočkov brezplačno. Ostale izvode lahko pisno naročite na naslovu uredništva.

Naklada: 3.000 izvodov,
ISSN 1318-8895,
Ljubljana, junij 2019

OBČASNIK

izhaja po potrebi in občasno v dveh različnih izdajah:

akti & navodila,

ki je namenjena predvsem izvajalcem zdravstvenih storitev (javnim zdravstvenim zavodom in zasebnikom) in dobaviteljem medicinskih pripomočkov

novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev ZZZS