

3. Programi obveznega zdravstvenega zavarovanja

3.1. Program zdravstvenih storitev

3.1.1. Partnersko dogovarjanje v letu 2004

Partnersko dogovarjanje za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004 (v nadaljevanju: Dogovor 2004) se je zaključilo ob koncu leta 2003. Ker partnerji niso uspeli uskladiti vseh določil Dogovora, so se o spornih vprašanjih (126) usklajevali na arbitraži. Uspeli so se dogovoriti o 28 vprašanjih, 26 so jih umaknili, o preostalih 59 pa je odločala Vlada Republike Slovenije na seji 4. 3. 2004, ko je določila končno besedilo Dogovora 2004. Že sredi poletja 2004 pa je bil po dveh narokih arbitraže sprejet aneks št. 1 k Dogovoru 2004. Neusklajena vprašanja iz tega aneksa so partnerji opredelili v aneksu št. 2. Kljub trem narokom arbitraže za ta aneks je ostalo neusklajenih še 15 spornih vprašanj. O njih je Vlada R Slovenije odločila 23. 12. 2004 in tako določila končno besedilo aneksa št. 2 k Dogovoru 2004. Po tem so se partnerji vnovič sestali in se pričeli dogovarjati za aneks št. 3, ki pa ga do konca leta 2004 niso uspeli uskladiti.

Po sprejemu Dogovora 2004 so partnerji do konca junija uspeli uskladiti in skleniti tudi vseh pet področnih dogovorov, in sicer za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost, za bolnišnice, za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč, za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje ter za lekarniško dejavnost.

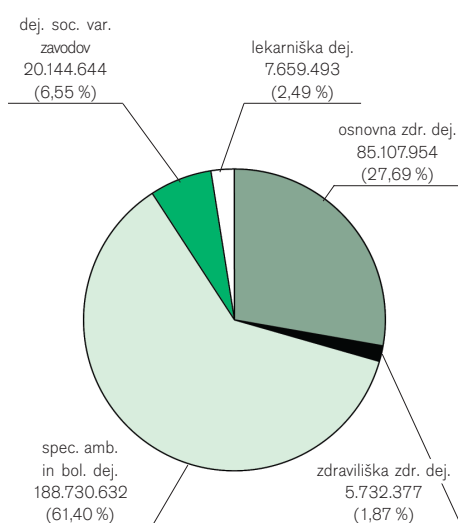
Z Dogovorom 2004 so partnerji opredelili potrebne programe zdravstvenih storitev v tem letu, zmogljivosti za njihovo izvajanje, obseg finančnih sredstev, izhodišča za oblikovanje cen storitev, standarde zdravstvenih storitev za zavarovane osebe in drugo.

Značilnosti Dogovora 2004

Partnerji so se dogovorili za izvedbo rednih programov zdravstvenih storitev praviloma v enakem obsegu kot v letu 2003. Partnerji so se zavzeli tudi za prednostno urejanje čakalnih dob (uvajanje nacionalnih čakalnih list) s povečanjem in širitvijo izbranih programov in druge ukrepe za izboljševanje dostopnosti do zdravstvenih storitev.

Okvirna vrednost dogovorjenih programov (upoštevaje oba aneksa), ki zajema sredstva obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja oziroma doplačila, je v pogodbenem letu 2004 znašala v povprečnih cenah leta 2004, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, 307.375.100 milijonov tolarjev. V ta sredstva niso šteta enkratno dodeljena sredstva za programe v letu 2004 (slika 1).

Povprečni vkalkulirani delež sredstev za plače se je v primerjavi z lanskim letom znižal, kljub temu, da je vkalkuliran nov element v cenah zdravstvenih storitev, to je premija dodatnega pokojninskega zavarovanja in povečan dodatek na delovno dobo od 9 % na 9,75 %. Skupna vrednost



Slika 1
Vrednosti programa zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih za leto 2004 (v tisoč tolarjih).

Tabela 7

Deleži sredstev za plače in materialne stroške po dejavnostih v letih od 2000 do 2004.

Leto	Osnovna dej.		Spec. amb. in bol.dej.		Lekarniška dejavnost		Dejavnost SVZ		Zdraviliška dejavnost		Skupaj vse dejavnosti	
	P	MS	P	MS	P	MS	P	MS	p	MS	P	MS
2000	72,67	27,33	54,44	45,56	78,53	21,47	79,42	20,58	57,69	42,32	62,16	37,84
2001	72,65	27,35	53,71	46,29	81,92	18,08	83,92	16,08	60,52	39,48	61,00	39,00
2002	72,21	27,79	51,29	48,71	80,87	19,13	82,07	17,93	60,76	39,24	59,93	40,07
2003	72,80	27,20	52,96	47,04	80,42	19,58	82,68	17,32	62,30	37,70	61,52	38,48
2004	73,90	26,10	52,28	47,72	81,14	18,86	83,38	16,62	62,54	37,46	60,95	39,05

Legenda:

P - Plače s prispevki delodajalcev in sredstvi za regres ter dodatno pokojninsko zavarovanje.

MS - Materialni stroški, amortizacija, ločeno zaračunljiv material.

obeh povečanj je znašala 4.106 milijonov tolarjev. Delež sredstev za materialne stroške in amortizacijo pa se je povečal. Razlog za to je počasnejša rast oziroma valorizacija sredstev za plače v primerjavi z materialnimi stroški (tabela 7).

Novosti Dogovora 2004

Pomembno novost Dogovora 2004 je prineslo določilo, da »prelivanje« realizacije med strokami in med izvajalci ni več možno, ter da je o morebitnem prestrukturiranju programa potrebno seznaniti Ministrstvo za zdravje.

Z Dogovorom 2004 je bil določen nov kalkulativen element v cenah zdravstvenih storitev, in sicer premija za dodatno kolektivno pokojninsko zavarovanje. Prav tako je novost obveznost izvajalcev, da po končanem zdravljenju zavarovani osebi izstavijo informacijo o opravljenih storitvah in računu v breme Zavoda. V skladu z dogovorom partnerjev je Zavod v tem letu prvič, poleg pogodbe z Inštitutom za varovanje zdravja posebej sklenil še pogodbo z devetimi zavodi za zdravstveno varstvo.

Bistvene pa so novosti, ki jih je Dogovor 2004 uveljavil na področju modelov financiranja zdravstvenih storitev. Na področju bolnišnične dejavnosti je bil v letu 2004 vpeljan nov obračunski model za program akutne bolnišnične obravnave, in sicer gre za »skupine primerljivih primerov« oziroma »model SPP«. Program neakutne bolnišnične obravnave pa je Zavod v tem letu plačeval izvajalcem na podlagi bolnišnično oskrbnih dni. Izvajalci so lahko v okviru programa zdravstvene nege Zavodu zaračunali nego do 30 dni za zavarovano osebo, v primeru podaljšanega bolnišničnega zdravljenja pa tudi do 45 dni za zavarovano osebo.

Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost je prinesel spremembo odstotka plačila preseganja plana količnika iz obiskov za programe splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev v primeru nedoseganja oziroma preseganja plana količnikov iz glavarine, in sicer s 50 % na 40 %. Pri tem so se partnerji dogovorili, da se količniki iz glavarine osebnemu izbranemu zdravniku priznajo v celoti v primeru do 2.250 zanj opredeljenih oseb, nato pa se odstotek niža po dogovorjeni regresijski formuli. Poleg tega je bil uveden nov model financiranja nenujnih reševalnih prevozov, kjer so bile namesto kilometrov za obračunsko enoto uvedene točke in startnina.

V program zdravstvene nege se je letos, poleg kalkuliranih materialnih stroškov, v ceno zdravstvene nege vključilo tudi sredstva za hlačne predloge oziroma plenice za inkontinentne varovance v socialnovarstvenih zavodih.

Na področju bolnišnične dejavnosti je bil v letu 2004 vpeljan nov obračunski model za program akutne bolnišnične obravnave – »skupine primerljivih primerov« oziroma »model SPP«.

V letu 2004 se je širil obseg operacij sive mreže, ortopedskih operacij, operacij na odprtem srcu, preiskav z magnetno resonanco in srčno-žilnih posegov.

Povečanje obsega in širitve določenih programov

V Dogovoru 2004 so se partnerji dogovorili za nujne širitve programov, na katere zavarovane osebe predolgo čakajo. Tako se je širil obseg operacij sive mreže, ortopedskih operacij, operacij na odprtem srcu, preiskav z magnetno resonanco in srčno-žilnih posegov. Med drugim pa so se dogovorili tudi za povečanje zdravljenja stresne inkontinence, uporabe zdravila Remicade, programa zdravljenja Fabryeve bolezni in programa ambulantne fizioterapije v zdraviliščih.

Zaradi pomanjkanja določenih kadrovskih zmogljivosti (primerjaj s tabelo 8), so se partnerji z Dogovorom 2004 sporazumeli za dodatne zaposlitve zdravstvenega kadra na primarni, sekundarni in terciarni ravni, ki obsegajo dodatnih 20 zdravnikov in 200 medicinskih sester, vključno s povečanjem kadrov v socialnovarstvenih zavodih.

Skupna vrednost opisanih programov, ki so se začeli izvajati 1. 4. 2004, je po Dogovoru 2004 znašala 8.808,57 milijona tolarjev. Podrobnejši podatki o namenih in vrednosti posameznih programov so razvidni iz tabele 9.

Poleg opisanih sredstev za dodatne programe so partnerji, zaradi doseženih prihrankov Zavoda z izvajanjem prednostnih aktivnosti za obvladovanje izdatkov, na podlagi aneksa št. 1 enkratno razdelili še sredstva v višini 1.571.475.573 tolarjev, in sicer za naslednje programe:

- operacije sive mreže,
- ortopedske operacije,

Tabela 8

Primerjava kazalcev o zmogljivostih zdravstvene službe v Sloveniji z nekaterimi izbranimi evropskimi državami za leti 1993 in 2002.

Država	Št. splošnih zdr.		Št. zobozdr.		Št. farmacevtov**	
	na 1000 preb.	na 1000 preb.	na 1000 preb.	na 1000 preb.	na 1000 preb.	na 1000 preb.
	1993	2002	1993	2002	1993	2002
Avstrija	1,2	1,4	0,4	0,5	0,5	0,6
Belgija	2,0	2,1	0,7	0,8	1,3	1,1
Češka	0,7	0,7	0,6	0,7	0,3	0,5
Danska	0,6	0,7	0,9	0,9	0,5	0,5
Finska	1,4	1,7	0,9	0,9	1,4	1,5
Francija	1,7	1,6	0,7	0,7	1,0	1,1
Grčija	–	–	1,0	1,2*	0,8	–
Irska	0,5	0,6	0,4	0,5	0,6	0,8
Italija	0,9	0,9	0,4	0,5	1,0	1,1
Luksemburg	0,8	0,9	0,5	0,7	0,6	0,8
Madžarska	0,7	0,7	0,4	0,5	0,3	0,5
Nemčija	1,2	1,1	0,7	0,8	0,5	0,6
Nizozemska	0,4	0,5	0,5	0,5	0,2	0,2*
Norveška	0,7	1,1	0,8	0,8	–	0,4
Poljska	–	0,1	0,4	0,3	0,5	0,6
Portugalska	0,6	0,5*	0,2	0,5*	0,6	0,8*
Slovaška	–	0,4	–	0,5	–	0,5
Slovenija***	0,6	0,6	0,5	0,6	0,4	0,4
Španija	–	–	0,3	0,5	–	0,9
Švedska	0,5	–	1,1	–	0,6	–
Velika Britanija	0,6	0,6	0,4	0,4*	0,6	0,5

Viri: OECD Health Data 2004, 1st edition, Zdravstveni statistični letopis Slovenije 1993, 2002

Opombe:

* Podatek za leto 2001.

** Podatki se nanašajo na farmacevte zaposlene v lekarnah oziroma v zdravstvu. Farmacevti, zaposleni v farmacevtskih podjetjih, administraciji in razvoju niso vključeni.

*** Zdravniki v osnovni dejavnosti.

– Ni podatka.

Tabela 9

Dodatna sredstva in programi v letu 2004.

v milijonih tolarjev

	Polne vrednosti programov od 1. 4. 2004 dalje
Širitev programov z nesprejemljivimi čakalnimi dobami	1.227,50
Operacije na odprtem srcu	420,00
Ortopedske operacije	315,00
Operacije sive mreže	230,00
Srčno žilne operacije	105,00
Program preiskav z magnetno resonanco	157,50
Povečanje obsega zdravljenja	1.100,52
Zdravljenje stresne inkontinence	63,00
Nadaljnja uporaba zdravila Remicade	112,50
Psihiatrična klinika Ljubljana – program zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog	100,00
Zdravljenje Fabryeve bolezni v Splošni bolnišnici Slovenj Gradec	4,20
Nove zmogljivosti v domovih za starejše in zdravstvene storitve za pripornike	467,72
Ostalo (9 manjših programov)	353,10
Boljše vrednotenje programov in povečanje kadrovskih zmogljivosti	6.480,55
Povečanje kadrovskih zmogljivosti	1.229,35
Sredstva za dodatno pokojninsko zavarovanje	3.812,00
Povečanje vkalkuliranega dodatka za delovno dobo in povečanje materialnih stroškov	1.140,00
Druga boljša vrednotenja programov	299,20
SKUPAJ	8.808,57

- operacije na odprtem srcu,
- za program interventne srčno žilne posege in
- za preiskave z magnetno resonanco

Z aneksom št. 2 je bilo dodeljenih še 400 milijonov tolarjev za nova zdravila za sistemsko zdravljenje raka na Onkološkem inštitutu ter dodatnih 235,3 milijona tolarjev za zdravljenje raka na oddelkih urologije v bolnišnicah.

3.1.2. Sklepanje pogodb

Na podlagi Dogovora 2004 in področnih dogovorov je Zavod dne 31.5. 2004 objavil razpis za nove izvajalce programov zdravstvenih storitev v zdravstvenih domovih in pri zasebnikih ter v socialnovarstvenih zavodih, 18. 6. 2004 pa za nove izvajalce bolnišnične in lekarniške dejavnosti. Razpisa sta bila tako ponovno namenjena samo novim izvajalcem, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na osnovi koncesije. Izvajalcem, s katerimi je imel Zavod že sklenjene pogodbe v letu 2003, pa je ponudil sklenitev nove pogodbe.

Zavod je v pogodbenem letu 2004 sklenil pogodbe s 1.406 izvajalci, in sicer 219 z javnimi zavodi in 1.187 z zasebniki. Število pogodbenih partnerjev se je v primerjavi z letom 2003 povečalo za 50 pogodbenih partnerjev.

Za izvedbo dogovorjenih programov je v pogodbah z javnimi zavodi in zasebniki v letu 2004 vkalkuliranih 38.518 delavcev iz ur, od tega 3.464 delavcev iz ur ali 9 % pri zasebnikih.

Število sklenjenih pogodb z javnimi zavodi in zasebniki od leta 1993 do 2004 kaže tabela I v uvodnem besedilu.

S sklepanjem pogodb z izvajalci storitev na primarni ravni zdravstvene dejavnosti za leto 2004 Zavod preverja tudi uresničevanje načela

Zavod je v pogodbenem letu 2004 sklenil pogodbe s 1.406 izvajalci, in sicer 219 z javnimi zavodi in 1.187 z zasebniki.

Tabela 10

Indeksi preskrbljenosti prebivalcev posameznih območnih enot s programi zdravstvenih dejavnosti v letu 2004 glede na povprečje v Sloveniji (preskrbljenost glede na širitve programov po 1. 7. 2004).

Območna enota	SA, OD, ŠD	DŽ	N, P
Celje	100,4	95	101,6
Koper	101,4	96,2	98,35
Kranj	100,4	96,7	98,36
Krško	98,9	99,7	99,66
Ljubljana	98	103,1	96,71
Maribor	101,5	97,1	105,81
Murska Sobota	102,6	104,9	102,56
Nova Gorica	101	103,6	100,77
Novo mesto	97,1	94,4	99,95
Ravne na Koroškem	103,2	104,6	100,67

Legenda: SA, OD, ŠD – Splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer.
DŽ – Dispanzer za ženske.
N, P – Nega na domu in patronaža.

Vir: Podatki o številu nosilcev iz pogodb 2004 in število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe na dan 30. 12. 2003.

zmanjševanja razlik v preskrbljenosti prebivalstva s programi zdravstvenih storitev. Indeksi preskrbljenosti s programi splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev, dispanzerjev za ženske ter nege in patronaže so v skladu s postavljenimi standardi in so razvidni iz tabele 10.

3.1.2.1. Pogodbe z zasebnimi izvajalci

V letu 2004 je Zavod sklenil pogodbe s 1.187 zasebniki. Število pogodb z zasebnimi izvajalci se je v primerjavi z lanskim letom povečalo za 58, največ v Ljubljani (17), najmanj (po 1) pa v Kopru, Murski Soboti, Novi Gorici za 1 in na Ravnah na Koroškem.

Od vseh splošnih zdravnikov in pediatrov dela v zasebni dejavnosti 242 zdravnikov oziroma 20,08 odstotkov vseh. Od vseh zobozdravnikov je zasebnih že 494 zobozdravnikov ali 46,38 %. Od vseh specialistov v specialistični ambulantni dejavnosti je v zasebni dejavnosti 178 zdravnikov specialistov ali 13,56 %. Od vseh zdravnikov v ginekoloških dispanzerjih na primarni ravni pa jih dela v zasebni dejavnosti 39 oziroma 30 % vseh (slika 2).

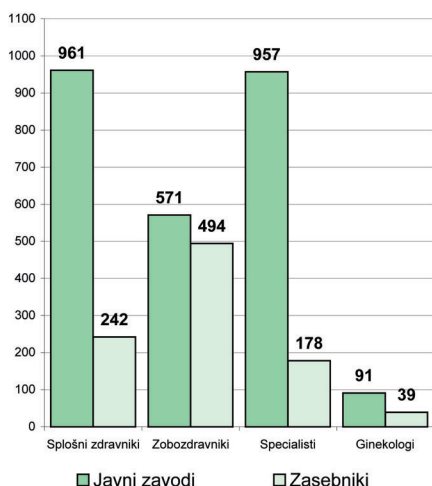
Delež zasebnih izvajalcev v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve je v letu 2004 znašal 6,93 % (slika 3).

3.1.2.2. Pogodbe z javnimi zavodi

Bolnišnice

V letu 2004 je imel Zavod sklenjene pogodbe o izvajanju programa zdravstvenih storitev s 26 bolnišnicami, v katerih je bilo vkalkuliranih 18.115 delavcev iz ur.

Program specialistično ambulantne dejavnosti je v večini dejavnosti ostal na ravni plana iz pogodb 2003, povečal se je le program preiskav z magnetno resonanco za 1.977 (157 milijonov tolarjev). V Sloveniji je opravljalo preiskave z magnetno resonanco šest izvajalcev, in sicer: Splošna bolnišnica dr. Franc Derganc Nova Gorica, Splošna bolnišnica Celje, Ortopedska bolnica Valdoltra, Splošna bolnišnica Izola, Klinični center Ljubljana in Splošna bolnišnica Maribor.



Slika 2

Število zdravnikov* v javnih zavodih v primerjavi s številom zdravnikov zasebnikov v letu 2004.

* Podatki niso primerljivi s številom pogodb, ker prikazujejo število zdravnikov iz ur in ne števila zdravnikov po stanju.

Programi obveznega zdravstvenega zavarovanja

V okviru bolnišnične dejavnosti je bilo v letu 2004 načrtovanih 310.988 primerov v akutni bolnišnični obravnavi. Od vseh bolnišnic je 19 bolnišnic izvajalo program akutne in program neakutne bolnišnične obravnave. Program akutne obravnave so izvajali tudi štiri zasebni izvajalci (Kirurški Sanatorij Rožna dolina, Kirurški center TOŠ, MC Medicor Ljubljana in MC Medicor Koper). V okviru akutne bolnišnične obravnave se je v letu 2004 povečal program operacij na odprtem srcu (za 281 operacij v letu 2004), ortopedskih operacij (za 769 operacij v letu 2004), operacij sive mreže (za 3.952 operacij v letu 2004, vključeni so bili tudi zasebni izvajalci s koncesijo), program zdravljenja stresne inkontinence in srčno-žilnih operacij.

S področnim dogovorom so partnerji Kliničnemu centru in Splošni bolnišnici Maribor namenili dodatna sredstva za uporabo zdravila Remicade. Kliničnemu centru so se namenila dodatna sredstva še za širjenje dejavnosti na področju ginekologije, za dopolnitev kadrov za delovanje Centra za obravnavo otrok z motnjami v razvoju ter za prilagoditev cene za membransko plazmaferezo, LDL aferezo in imunske absorpcije. Dodatna sredstva so se namenila tudi Splošni bolnišnici Slovenj Gradec za zdravljenje Fabryeve bolezni, Inštitutu za rehabilitacijo Ljubljana za program zdravljenja spastičnosti z baklofensko črpalko ter Onkološkemu inštitutu za vzpostavitev organiziranega presajanja za raka dojke. V okviru akutne bolnišnične obravnave so bolnišnice v letu 2004 dodatno zaposlile 10 farmacevtov.

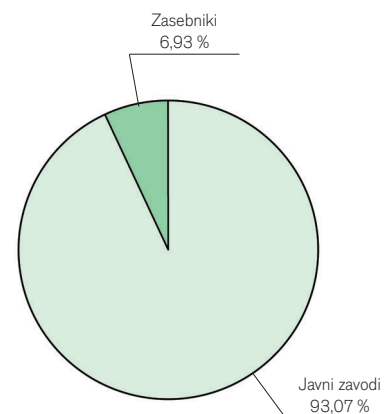
S področnim dogovorom so partnerji namenili dodatna sredstva tudi za Psihiatrično kliniko v Ljubljani, in sicer za program zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog v višini 133,3 milijona tolarjev.

Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja iz leta 2003 se je vključil v program neakutne bolnišnične obravnave tako, da se je del programa podaljšanega bolnišničnega zdravljenja namenil za zdravstveno nego v bolnišnicah, del pa za program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja bolnikov nad 30 dni. Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja so izvajale Splošna bolnišnica Murska Sobota, Bolnišnica za zdravljenje in rehabilitacijo kroničnih pljučnih bolnikov in podaljšano splošno-bolnišnično nego Sežana in Splošna bolnišnica Jesenice. Program neakutne bolnišnične obravnave se je financiral iz lastnih sredstev bolnišnic (1,3 milijarde), dodatnih sredstev iz naslova sredstev za dodatne zaposlitve (540 milijonov tolarjev) ter prerazporejenih sredstev podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (399,23 milijona tolarjev).

Vrednost programa za terciarno dejavnost je znašala 24,507 milijarde tolarjev. Vrednost programa za terciar I (7,089 milijarde tolarjev) je bila določena kot seštevek bruto plač zaposlenih v tej dejavnosti in materialnih stroškov, vrednost programa za terciar II (17,419 milijarde tolarjev) pa kot seštevek sredstev za težavnost in izvedenost za posamezno terciarno ustanovo.

Zdravstveni domovi

V letu 2004 je Zavod sklenil pogodbe z 61 zdravstvenimi domovi, v katerih je bilo načrtovano 8.225 delavcev iz ur. Širitev programov zdravstvenih storitev v zdravstvenih domovih ni bila predvidena, z izjemo



Slika 3

Delež zasebnikov v finančnih sredstvih za zdravstvene storitve v letu 2004.

V letu 2004 je imel Zavod sklenjene pogodbe o izvedenosti programa zdravstvenih storitev s 26 bolnišnicami, v katerih je bilo vključenih 18.115 delavcev iz ur.

V letu 2004 je Zavod sklenil pogodbe z 61 zdravstvenimi domovi, v katerih je bilo načrtovano 8.225 delavcev iz ur.

priznanja širitve 20 dodatnih timov v splošnih ambulantah ter priznanih dodatnih 520 ur letno za kontinuirano zdravstveno nego bolnika na domu (tudi ob nedeljah in praznikih) na vsakih 10 patronažnih sester oziroma skupno dodatnih 25,9 tima. Novost so bila tudi dodatno priznana sredstva namenjena za pripornike v višini 5,8 milijona tolarjev.

V letu 2004 se je v enakem finančnem obsegu kot v predhodnem letu načrtovala izvedba preventivnih zdravstvenih programov za odrasle. Področni dogovor je prinesel novost, da se skupinske delavnice lahko izvajajo tudi v manjših domovih in postajah, ki so bolj dostopne zavarovanim osebam. Prav tako se program zdravstvene vzgoje oziroma celotna preventivna dejavnost spremljanja, vodenja in koordiniranja programa promocije reproduktivnega zdravja na primarni ravni v okviru projekta Zora, ne izvaja več pod okriljem IVZ, temveč Onkološkega inštituta Ljubljana.

S področnim dogovorom so se partnerji zavzeli tudi za izenačevanje preskrbljenosti zavarovanih oseb s programom ambulantne fizioterapije.

Lekarne

V letu 2004 je Zavod sklenil 102 pogodbi z lekarnami, od tega 24 pogodb z javnimi in 78 pogodb z zasebnimi lekarnami. Poleg navedenih opravlja lekarniško dejavnost še Klinični center Ljubljana in Inštitut RS za rehabilitacijo. Lekarniško dejavnost so tako v letu 2004 izvajali 104 izvajalci. Število pogodb z zasebnimi lekarnami je glede na leto 2003 večje za pet pogodb.

V skladu s področnim dogovorom za lekarniško dejavnost je bilo planirano število storitev v pogodbenem letu 2004 enako realizaciji lekarniških storitev v letu 2003 in je znašalo 10.827.357 točk. To je bilo za 2,9 odstotka več kot v letu 2003.

Za izvajanje programa lekarniške dejavnosti se je Zavod dogovoril v pogodbah skupno za 1.166 delavcev. Povprečna produktivnost na delavca je bila nižja kot v letu 2003 in je znašala 9.061 točk.

Zdravilišča

V 2004 je Zavod sklenil pogodbe s 15 zdravilišči, od tega 13 pogodb z zdravilišči za odraslo populacijo in 2 pogodbi z zdraviliščema za otroke in mladino. Število sklenjenih pogodb se glede na preteklo leto ni spremenilo.

Poleg zdraviliške zdravstvene dejavnosti je 8 zdravilišč izvajalo tudi programe specialistično ambulantne dejavnosti internistike, gastroenterologije, rentgenologije, kardiologije, fizioterapije, nevrologije, mamografije in ortopedije. Eno zdravilišče pa je izvajalo tudi program nege za starejše občane v domu in v varovanih stanovanjih.

Program zdraviliške dejavnosti je v letu 2004 obsegal 299.285 nemedicinskih oskrbnih dni s 5.568.352 točkami stacionarnega zdraviliškega zdravljenja in 20.794 teoretičnih oskrbnih dni s 359.736 točkami ambulantnega zdraviliškega zdravljenja. Program je omogočil zdraviliško zdravljenje skupno 22.289 osebam. Ob predpostavki, da traja povprečno zdraviliško zdravljenje odraslih 14 dni je lahko odšlo na zdraviliško zdravljenje 19.997 odraslih oseb, ob upoštevanju dejanske povprečne dobe zdraviliškega zdravljenja otrok, ki traja povprečno 17,5 dni, pa 2.292 otrok.

Za izvajanje programa lekarniške dejavnosti se je Zavod dogovoril v pogodbah skupno za 1.166 delavcev.

Program specialističnega ambulantnega zdravljenja je v primerjavi s planiranim v letu 2003 ostal enak, tako v skupnem obsegu kot v posameznih zdraviliščih, ki te programe izvajajo.

Obseg ambulantne fizioterapije v zdraviliščih je bil v letu 2004 povečan za 219.703 točk, tako, da je znašal 2.047.380 točk. Povečanje je bilo v posameznih zdraviliščih različno.

Socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje

V letu 2004 je Zavod sklenil pogodbo za program zdravstvene nege s 93 socialnovarstvenimi zavodi, gospodarskimi družbami oziroma zavodi za usposabljanje, in sicer:

- 63 z domovi za starejše in gospodarskimi družbami
- 30 s posebnimi socialnovarstvenimi zavodi, zavodi za usposabljanje in gospodarskimi družbami.

Za program zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih je bilo dogovorjeno plačilo za 3.799 delavcev iz ur, od tega 2.727 delavcev iz ur za program zdravstvenih storitev v domovih za starejše, 1.073 delavcev iz ur pa za program zdravstvenih storitev v posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje.

Glede na razpoložljive zmogljivosti je bilo konec leta 2004 v domovih za starejše 14.079 mest za oskrbovance. V posebnih socialnih zavodih in zavodih za usposabljanje pa ima možnost bivanja 3.437 oskrbovancev.

V letu 2004 so bile sklenjene pogodbe z dvema novima domovoma za starejše (Talita Kum Postojna, Dom za starejše Vukovski dol) ter v okviru zavodov za usposabljanje z Zavodom Korak v Kranju. S tem so se zmogljivosti povečale za 190 postelj v domovih za starejše ter za 11 v zavodih za usposabljanje. V vseh socialnovarstvenih zavodih skupaj ima tako možnost bivanja 17.516 oseb.

V pogodbenem letu 2004 je Zavod v skladu z 259. členom Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja financiral tudi najzahtevnejšo zdravstveno nego – nego IV. Program najzahtevnejše zdravstvene nege je Zavod odobril 33 zavarovanim osebam v vrednosti 192 milijonov tolarjev. Na dan 31. 12. 2004 je to vrsto nege potrebovalo 25 oskrbovancev.

Za izvajanje zdravstvene nege v domovih za starejše prispeva Zavod na oskrbovanca v povprečju 87.538 tolarjev mesečno (v cenah december 2003). Za izvajanje zdravstvene nege v posebnih enotah domov za starejše, posebnih socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje prispeva Zavod v povprečju 105.322 tolarjev na oskrbovanca mesečno (v cenah december 2003).

V letu 2004 je izvajalo dnevno varstvo 15 izvajalcev – domov za starejše, medtem ko so izvajali zdravstveno nego v oskrbovanih stanovanjih štirje izvajalci (DU Podbrdo, DEOS Medvode, DU Logatec ter Zdravilišče Laško, Dom za starejše).

3.1.3. Realizacija zdravstvenih programov

Tabela 11 prikazuje realizacijo količine storitev po vrstah zdravstvenih dejavnosti v Sloveniji v letu 2004 v primerjavi z letom 2003. Iz tabele je razvidno, da se je plan storitev v letu 2004 občutneje povečal glede na plan leta 2003 v naslednjih dejavnostih:

Glede na razpoložljive zmogljivosti je bilo konec leta 2004 v domovih za starejše 14.079 mest, za oskrbovance v posebnih socialnih zavodih pa 3.437 oskrbovancev.

Tabela 11

Realizacija količine storitev po dejavnostih v Sloveniji v letih 2003 in 2004 v primerjavi s planom.

Program	Enota	Plan storitev	Plan storitev	Indeks	Plačana realiza-	Plačana realiza-	Indeks	Indeks
		2003	2004		cija storitev 2003	cija storitev 2004		
		1	2	3=2/1	4	5	6=5/4	7=5/2
Osnovna dejavnost	točke	22.067.576	24.420.810	110,66	21.775.783	23.027.926	105,75	94,30
Osnovna dejavnost	kol. za stor.	37.717.008	38.080.891	100,96	37.717.008	37.955.963	100,63	99,67
Zobozdravstvena dejavnost	točke	45.048.456	46.050.389	102,22	44.570.072	45.226.583	101,47	98,21
Nenujni reševalni prevozi	km in točke	20.502.404	25.968.347	126,66	21.290.127	25.688.623	120,66	98,92
Specialistično ambulantna dejavnost	točke	51.192.685	52.636.317	102,82	50.432.635	51.669.440	102,45	98,16
Magnetna resonanca	točke	215.551	294.316	136,54	216.388	284.007	131,25	96,50
Lekarniška dejavnost	točke	10.581.852	10.616.210	100,32	10.564.395	10.620.803	100,53	100,04
Dejavnost socialnovarstvenih zavodov	zdr. nega	5.822.847	5.919.948	101,67	5.683.660	5.851.690	102,96	98,85
Stacionarno zdraviliško zdravljenje	NOD ¹	294.781	298.156	101,14	300.381	267.860	89,17	89,84
Stacionarno zdraviliško zdravljenje	točke	5.469.690	5.543.548	101,35	5.990.249	5.448.237	90,95	98,28
Ambulantno zdraviliško zdravljenje	točke	359.737	359.737	100,00	248.983	245.164	98,47	68,15
Akutna bolnišnična obravnava ²	SPP ¹		310.988			310.889		99,97
Neakutna bolnišnična obravnava	BOD ¹		93.747			69.423		74,05
– podaljšano bolnišnično zdravljenje	BOD ¹	43.737	33.271	76,07	41.574	31.968	76,89	96,08
– zdravstvena nega in paliativna oskrba ³	BOD ¹		60.476			37.455		61,93
Psihijatrija	primer	10.181	10.356	101,72	11.044	10.329	93,53	99,74
Ostalo ⁴	primer	5.589	5.696	101,91	6.870	5.690	82,82	99,89
Invalidna mladina	BOD ¹	19.926	19.926	100,00	19.525	19.420	99,46	97,46
Transplantacije	operacija	164	156	95,12	159	212	133,33	135,90

Opombe:

1 BOD – bolnišnični oskrbni dan, NOD – nemedicinski oskrbni dan, SPP – skupina primerljivih primerov,

2 v akutno bolnišnično obravnavo so vključene tudi operacije na odprtem srcu,

3 program je načrtovan od 1. 7. 2004 dalje,

4 ostalo vključuje IRI, CZBO Stična, doječe matere in spremljanje.

Vir: Aplikacija Spremljanje in sklepanje pogodb z izvajalci in aplikacija Stroški zdravstvenih storitev.

- osnovna dejavnost (indeks 110,66) – porast programa je posledica povečanja javne zdravstvene mreže za dodatnih 20 timov v splošnih ambulantah, povečanja obsega programa fizioterapije v zdraviliških in v patronaži;
- nenujni reševalni prevozi (indeks 126,66) – plan storitev v tej dejavnosti se realno ni spremenil, do povečanja pa prihaja zaradi uvedbe nove obračunske enote in s tem povečanja obsega programa, vendar v okviru istih sredstev. Od 1. 7. 2004 dalje se nenujni reševalni prevozi obračunavajo v točkah in ne več v kilometrih;
- magnetna resonanca (indeks 136,54) – plan preiskav z magnetno resonanco se je glede na leto 2003 povečal za 78.765 točk oziroma 3.532 preiskav.

Plan za leto 2004 se pri ostalih dejavnostih, glede na leto 2003, ni spreminjal.

Primerjava plana in plačane realizacije kaže, da je bila plačana realizacija storitev v letu 2004 manjša od plana v večini od prikazanih dejavnosti. Razlika je majhna, okrog 2 %. Razlog za nedoseganje plana je predvsem v ukinitev prelivanja programa med strokami pri posameznem izvajalcu na letni ravni.

V splošnih ambulantah, otroškem in šolskem dispanzerju ter dispanzerju za ženske je Zavod posameznemu izvajalcu plačal celoten program storitev, če je le-ta realiziral vsaj približno polovico planiranega obsega storitev in izpolnil dogovorjeni program preventive, v splošni ambulanti, otroškem in šolskem dispanzerju pa po številu napotitev ni presegal slovenskega povprečja.

Primerjava plana in plačane realizacije kaže, da je bila plačana realizacija storitev v letu 2004 manjša od plana v večini od prikazanih dejavnosti.

Programi obveznega zdravstvenega zavarovanja

V okviru ambulantne dejavnosti je bilo v letu 2004 načrtovanih 35.593.514 točk. Plan je ostal na ravni predhodnega leta, z izjemo povečanja preiskav z magnetno resonanco.

V pogodbenem letu 2004 je financiranje bolnišnične dejavnosti potekalo na osnovi 653 skupin primerljivih primerov (SPP) s pripadajočimi utežmi. Planirano število primerov za leto 2004 znaša 310.988, plačana realizacija pa znaša 310.889 primerov, kar je skoraj 100 % doseganje plana.

Plan za akutno bolnišnično obravnavo se je v letu 2004 povečal na osnovi dodatnih sredstev za operacije na odprtem srcu, ortopedske operacije, operacije sive mreže, srčno-žilne operacije in zdravljenje stresne inkontinence. Primerjava z letom 2003 v primeru akutne bolnišnične obravnave ni možna zaradi novega načina obračunavanja storitev v letu 2004. V tabeli 12 je prikazan seznam dvajsetih najpogosteje opravljenih in obračunanih skupin primerljivih primerov. Povprečno število uteži na primer po posameznih bolnišnicah pa je razvidno iz tabele 13.

Neakutna bolnišnična obravnavo predstavlja nadaljevanje akutne diagnostične in terapevtske bolnišnične obravnave in obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje ter od 1. 7. dalje zdravstveno nego in paliativno oskrbo. Izvajalci programa podaljšane bolnišnične zdravljenja niso dosegli plana (indeks 96,08), ravno tako ni dosežen plan pri zdravstveni negi in paliativni oskrbi. Na podlagi določila iz aneksa št. 2 k Področnemu dogovoru za bolnišnice za pogodbeno leto 2004 izvajalci, ki niso realizirali celotnega programa neakutne bolnišnične obravnave, razliko prenesejo v povečanje plana akutne bolnišnične obravnave. Prenos programa neakutne bolnišnične obravnave v program akutne bolnišnične obravnave

V pogodbenem letu 2004 je financiranje bolnišnične dejavnosti potekalo na osnovi 653 skupin primerljivih primerov.

Tabela 12

Seznam najpogosteje opravljenih in obračunanih skupin primerljivih primerov v letu 2004.

	Skupine primerljivih primerov (SPP)	Utež	Število primerov	Število uteži
1	O60D Vaginalni porod brez zapletenih diagnoz	0,91	8.261	7.517,51
2	O40Z Splav z D&C, aspiracijska abrazija ali histerotomija	0,40	5.012	2.004,80
3	C08Z Obsežni posegi na leči	0,42	4.059	1.704,78
4	N09Z Konizacija in posegi na nožnici, materničnem vratu in zunanjem spolovilu	0,44	3.761	1.654,84
5	I68B Nekirurška stanja vratu & hrbtenice brez postopkov za obvladovanje bolečine ali mielograma starost < 75 brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,60	3.428	2.056,80
6	N10Z Diagnostična abrazija ali diagnostična histeroskopija	0,39	3.291	1.283,49
7	C07Z Drugi posegi pri glavkomu	0,80	3.221	2.576,80
8	I18Z Posegi na kolenu	0,82	2.982	2.445,24
9	N62B Bolezni ženskega reprodukcijskega sistema in motnje menstrualnega ciklusa brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,28	2.943	824,04
10	O65B Ostali primeri sprejema pred porodom zaradi zmernih ali brez zapletenih diagnoz	0,33	2.902	957,66
11	N07Z Ostali posegi na maternici, jajčnikih in jajcevodih zaradi ne malignih tvorbo	0,68	2.900	1.972,00
12	H04B Holecistektomija brez zaprtega CDE brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,29	2.755	3.553,95
13	F62B Odpoved srca in šok brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,20	2.645	3.174,00
14	G09Z Posegi pri ingvinalni in femoralni kili starost > 0	0,84	2.628	2.207,52
15	R61B Limfom in neakutna levkemija brez katastrofalnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	1,48	2.560	3.788,80
16	E71A Neoplazme dihal s spremljajočimi bolezenskimi stanji ali zapleti	1,71	2.460	4.206,60
17	G67B Vnetje požiralnika – ezofagitis, gastroenterologija & razne okvare prebavnega sistema starost > 9 brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,44	2.239	985,16
18	B80Z Druge poškodbe glave	0,37	2.194	811,78
19	F71B Manj resna motnja ritma in motnja prevajanja brez katastrofalnih ali resnih spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,60	2.125	1.275,00
20	E62C Infekcije/vnetja dihal brez spremljajočih bolezenskih stanj ali zapletov	0,84	1.984	1.666,56

Tabela 13

Realizacija skupin primerljivih primerov v Sloveniji v obdobju od aprila do decembra 2004.

		Število primerov	Število uteži	Povpr. št. uteži na primer
1	SB Celje	23.531	23.197,32	0,99
3	SB Izola	9.123	7.551,81	0,83
4	B Sežana	434	484,78	1,12
5	BŽBP Postojna	2.550	1.468,18	0,58
6	SB Jesenice	8.126	7.922,88	0,98
7	BGP Kranj	3.299	2.049,76	0,62
9	B Golnik	5.305	6.492,63	1,22
10	SB Brežice	4.030	3.360,50	0,83
12	SB Trbovlje	4.370	3.581,24	0,82
15	SB Maribor	35.195	38.131,67	1,08
16	SB Ptuj	7.351	5.637,11	0,77
18	SB Murska Sobota	12.943	10.150,52	0,78
19	SB "Dr. F. Derganca" Nova Gorica	11.614	9.924,35	0,85
20	SB Novo mesto	13.690	12.855,08	0,94
21	SB Slovenj Gradec	10.769	8.798,42	0,82
22	SB Topolšica	2.479	2.921,86	1,18
23	Klinični Center	68.584	76.336,82	1,11
24	OB Valdoltra	4.234	6.438,99	1,52
25	Onkološki Inštitut	10.059	10.368,08	1,03
27	Kirurški sanatorij Rožna Dolina	1.050	592,28	0,56
28	Kirurški center TOŠ	55	27,60	0,50
29	Medicor Ljubljana	58	595,52	10,27
30	Skupaj	238.849	238.887,40	1,00

Vse uteži so znižane s koeficientom 1,31.

pa se ne upošteva v izračunih prelivanja sredstev med izvajalci akutnih bolnišničnih obravnav.

Inštitut RS za rehabilitacijo, Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični, oddelek za rehabilitacijo invalidne mladine v Splošni bolnišnici dr. Franc Derganc Nova Gorica in psihiatrične bolnišnice programa niso načrtovali na podlagi skupin primerljivih primerov, temveč je program načrtovan na podlagi primerov iz pogodb za leto 2003 in se v letu 2004 ni spremenil.

Iz tabele 11 je razvidno, da v letu 2004 ni bil realiziran plan zdraviliškega zdravljenja.

Na osnovi podatkov, zbranih pri izvajalcih dializne dejavnosti, smo ugotovili tudi število dializnih bolnikov v Sloveniji, ki znaša 1.488 (tabela 14). Z upoštevanjem dogovorjenih cen za posamezne vrste dializ, števila bolnikov in realiziranega števila dializ v letu 2004 lahko ocenimo, da znašajo povprečni letni stroški dialize za enega bolnika 6.018.989 tolarjev.

Tabela 14

Število dializnih bolnikov in realizacija dializ v Sloveniji v letu 2004.

Dializa	Enota mere	Plan 2004	Realizacija 2004	SIT/dializo oziroma dan	Št. bolnikov
I	dializa	103.472	90.420	38898	585
II	dializa	5144	7128	65780	120
III	dializa	80394	80582	50388	661
IV	dan	18278	35897	15785	84
V	dan	10025	16234	21142	38
Skupaj					1.488

Vir: Podatki izvajalcev dializne dejavnosti. Cena za obdobje od aprila do decembra 2004.

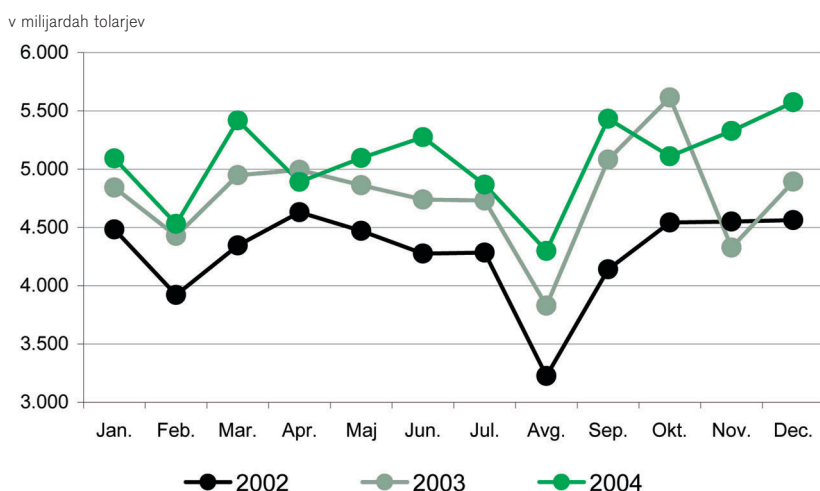
Povprečni letni stroški dialize za enega bolnika znašajo 6.018.989 tolarjev.

3.1.4. Predpisovanje in poraba zdravil

V letu 2004 so bile na področju zdravil v ospredju ponovno celovite aktivnosti za obvladovanje izdatkov za zdravila, ki so dale tudi ustrezen rezultat, saj je bila v tem letu dosežena najnižja realna rast izdatkov v zadnjem petletnem obdobju. Ta dosežek je v prvi vrsti rezultat nadaljnje širitve sistema medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo in pa pogajanj za doseganje nižjih cen zdravil, ki so potekala vzporedno. Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo se je razširil za polovico, s 26 skupin zdravil na 40 oziroma s 148 zdravil na 239. Zdravila s seznama predstavljajo 38,7 % vseh razvrščenih zdravil (merjeno v definiranih dnevni odmerkih) oziroma 32,3 % vseh izdatkov. Medtem ko je poraba zdravil s seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo narasla za 7,1 %, so izdatki zanje upadli za 6,8 %. Pri ostalih zdravilih je poraba narasla za 3,8 %, izdatki pa so narasli za 12,5 %. Uvedba sistema se je torej kratkoročno izkazala za stroškovno zelo koristno.

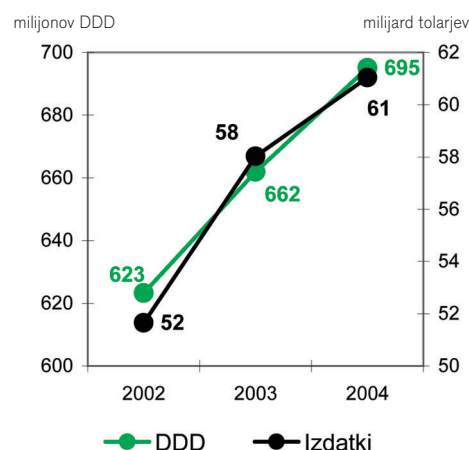
Slika 4 kaže mesečne izdatke za zdravila v zadnjih treh letih. Zaskrbljujoč je porast izdatkov v novembru in decembru leta 2004, ki lahko napoveduje trende za leto 2005. Slika 5 kaže linearno rast porabe zdravil v obdobju 2002–2004 in znižanje rasti izdatkov kot posledico sistemskih ukrepov. Uvedba medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo je pokazala, da v Sloveniji zavarovanci niso pripravljeni doplačevati za medsebojno zamenljiva zdravila, saj je poraba zdravil, ki jih je bilo potrebno doplačati, izjemno upadla. Pri zdravnikih se je največja vrzel pokazala v informacijski podpori, ki jo je potrebno čim prej zapolniti z novostmi kot so elektronska kartoteka, program za predpisovanje zdravil idr. Na osnovi izkušenj drugih držav bo potrebno sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo še dograjevati, v zdravstvu pa izdatno okrepiti informacijsko oziroma računalniško podporo predpisovanju zdravil.

Zavarovanci v Sloveniji niso pripravljeni doplačevati za medsebojno zamenljiva zdravila, saj je poraba zdravil, ki jih je bilo potrebno doplačati, izjemno upadla.



Slika 4

Celotni izdatki za zdravila s pozitivne in vmesne liste ter lekarniško dejavnost v letih 2002–2004 po mesecih.



Slika 5

Primerjava rasti porabe zdravil v milijonih definiranih dnevni odmerkov (DDD) in izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila v milijardah tolarjev med letoma 2002 in 2004.

Poraba antibiotikov za zdravljenje bakterijskih okužb se je po predhodnem zvišanju za 3,2 % v letu 2004 znižala za 1,6 %.

V tabeli 15 so predstavljeni podatki o predpisovanju zdravil in izdatkih zanje v letu 2004. Upoštevano je predpisovanje na zelene in bele recepte ter na naročilnice, kar gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. metadon, fluonatri). Odhodki obveznega zavarovanja za zdravila so v letu 2004 znašali 61 milijard tolarjev, kar predstavlja 17,4 % vseh odhodkov za zdravstvene dejavnosti. Če upoštevamo vse izdatke Zavoda, znaša ta delež 15 %. Glede na predhodno leto je delež izdatkov za zdravila upadel, vendar ostaja nad povprečjem zadnjih petih let (17 oziroma 14,7 %). Rast izdatkov za zdravila je znaša 5,2 % (realno 1,5 %). Ta rast je najnižja v zadnjem petletnem obdobju. Realna rast izdatkov za zdravila je v letih 2000–2004 znašala povprečno 6,3 %. Iz javnih sredstev je šlo za zdravila 30.566 tolarjev na prebivalca, vsi izdatki za zdravila na recept pa so znašali 45.324 tolarjev na prebivalca. Celotni izdatki za izvenbolnišnična zdravila (zeleni in beli recepti, samoplačniška oziroma tako imenovana OTC zdravila) se po oceni Zavoda približujejo 100 milijardam tolarjev.

Poraba vseh predpisanih zdravil je narasla za 6 %. Največji delež vrednosti zavzemajo zdravila za zdravljenje bolezni srca in ožilja (29 %), zdravila z delovanjem na živčevje (nevrološke, psihiatrične bolezni in nekatera protibolečinska zdravila, 16 %) in zdravila za zdravljenje bolezni prebavil in presnove (12 %). Med učinkovinami vodi po vrednosti simvastatin (zdravilo za zdravljenje zvišanih vrednosti holesterola, 3,8 milijarde, indeks vrednosti 82, indeks porabe 97), sledijo enalapril (za zdravljenje zvišanega krvnega tlaka in srčnega popuščanja, 2,9 milijarde, indeks vrednosti 71, indeks porabe 103), omeprazol (za zdravljenje bolezni zgornjih prebavil, 2,8 milijarde, indeks vrednosti 90, indeks porabe 115), atorvastatin (zdravilo za zdravljenje zvišanih vrednosti holesterola, 2,1 milijarde, indeks vrednosti 127, indeks porabe 138) in alendronat (zdravilo

Tabela 15

Izbrani kazalci o zdravilih, predpisanih na recept v letih 2003 in 2004 v Sloveniji in indeks 2004/2003.

	2003	2004	indeks
Št. zdravil za ambulantno predpisovanje (št. učinkovin)	1.785 (638)	1.940 (657)	109 (103)
Št. zdravil na pozitivni listi (št. učinkovin)	1.156 (363)	1.120 (382)	97 (105)
Št. zdravil na vmesni listi (št. učinkovin)	277 (111)	286 (118)	103 (106)
Skupno število predpisanih receptov	14.035.514	14.461.144	103
Št. receptov s pozitivne liste (delež v %)	10.839.163 (77)	11.271.692 (78)	104
Št. receptov z vmesne liste (delež v %)	2.589.258 (18)	2.599.902 (18)	100
Št. receptov z negativne liste (delež v %)	607.039 (4)	589.550 (4)	97
Število receptov na prebivalca ¹	7,0	7,0	100
Št. pakiranj na prebivalca ¹	16,5	16,5	100
Št. pakiranj na recept	2,3	2,3	97
Vsa zdravila na recept (v 1000 SIT)	85.921.603	90.512.956	105
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila² (v 1000 SIT)	58.021.270	61.041.291	105
Izdatki za vsa zdravila na recept na prebivalca ¹	43.030	45.324	105
Izdatki obveznega zavarovanja za zdravila na prebivalca ¹	29.058	30.566	105
Povprečna vrednost Rp – s pozitivne liste	5,928	6,021	102
– z vmesne liste	7,679	7,989	104
– nerazvrščenih zdravil	2,837	3,050	108
Magistralna zdravila ² (v 1000 SIT)	1.442.853	1.307.397	91

¹ Stanje prebivalcev na dan 30. 6. 2003 oziroma 30. 6. 2004.

² Vrednost obveznega in prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj ter samoplačniških receptov.

³ Vrednost zdravil in lekarniške dejavnosti.

Vir: ZZZS – IC, podatki iz baze receptov, 2004.

Vrednost metadona za zdravljenje odvisnosti od opiatov je narasla za 9 % na 699,7 milijona tolarjev.

za zdravljenje osteoporoze, 1,9 milijarde, indeks vrednosti 110, indeks porabe 108). Velike razlike med indeksom vrednosti in porabe se kažejo pri zdravilih, vključenih v sistem medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo. Poraba antibiotikov za zdravljenje bakterijskih okužb se je po predhodnem zvišanju za 3,2 % znižala za 1,6 %.

Ob spomladanski in jesenski razvrstitvi zdravil na liste je izšel tudi bilten Recept, ki skuša zdravniku na pregleden način olajšati izbiro zdravil in ga seznanjati z vsemi novostmi Zavoda na področju zdravil. Zavod je v sodelovanju s Fakulteto za družbene vede in Fakulteto za farmacijo opravil vrednotenje zalog zdravil na domovih z varnostnega in stroškovnega vidika. Na osnovi teh izsledkov je Zavod začel izvajati projekt Pravilna in varna raba zdravil, katerega osnovni namen je izboljšati sodelovanje bolnikov, farmacevtov in zdravnikov za skrbno in pravilno ravnanje z zdravili.

Vrednost metadona za zdravljenje odvisnosti od opiatov je narasla za 9 % na 699,7 milijona tolarjev. Zavod je obravnaval 1.850 vlog za kritje izdatkov za nerazvrščena zdravila, zdravila, kupljena v tujini in posebno prehrano. Za ta zdravila so bile podane pozitivne odločitve v skupni vrednosti 102 milijona tolarjev, za posebno prehrano pa 24,9 milijona tolarjev.

V prihodnje velja v strateškem smislu večjo pozornost posvetiti kakovostnem izobraževanju in informiranju zdravnikov. Poučen je primer v letu 2004, ko so nekateri kazalci primerjav med območnimi enotami pokazali, da je določena območna enota izstopala po porabi nekaterih zdravil, npr. antibiotikov in psihotropnih zdravil. Zato je oddelek za zdravila izvedel natančnejšo predstavitev področja predpisovanja in porabe zdravil za vse zdravnike splošne/družinske medicine in zdravnike internega oddelka tamkajšnje bolnišnice. Čeprav takšna prizadevanja na kratek rok ne prinašajo odmevnejših rezultatov, se na dolgi rok izkazujejo za izredno učinkovita. V številnih državah imajo že veliko izkušenj s tovrstnim izobraževanjem zdravnikov. Močno pa so v oporo takim aktivnostim tudi razvite informacijske zmogljivosti, ki omogočajo posredovanje kompleksnih strokovnih informacij o predpisovanju zdravil vsem zdravnikom.

3.1.5. Predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov

Zavod je v letu 2004 zagotavljal pravice zavarovanih oseb do medicinsko-tehničnih pripomočkov v enakem obsegu, kot leto poprej. Določene manjše spremembe oziroma širitve pravic zavarovanih oseb do medicinsko-tehničnih pripomočkov so se uveljavile s spremembami in dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so opisane v poglavju 2.

Osrednja aktivnost Zavoda v letu 2004 je bila priprava ustreznih podlag in določanje novih cenovnih standardov za medicinsko-tehnične pripomočke. Največji del aktivnosti na tem področju se je nanašal na preverjanje cen posameznih skupin pripomočkov, na osnovi česar se je Zavod lotil intenzivnih pogajanj z izbranimi dobavitelji pripomočkov za znižanje cenovnih standardov posameznih pripomočkov. Zavarovane osebe imajo v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja pravico do skupno 280 različnih vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki se zelo

V Sloveniji se letno nakopiči med 655 milijoni in 1,3 milijarde tolarjev zdravil, ki se nikoli ne uporabijo.

V prihodnje velja večjo pozornost posvetiti kakovostnem izobraževanju in informiranju zdravnikov.

razlikujejo glede namenov uporabe pri zdravljenju in rehabilitaciji, kakor tudi glede načina oskrbe zavarovanih oseb, v katero so neposredno ali posredno vključeni dobavitelji, zastopniki proizvajalcev, veletrgovci, lekarne in drugi specializirani prodajalci.

V vseh primerih znižanj cenovnih standardov za pripomočke, se je Zavod uspel dogovoriti z dobavitelji za zagotavljanje enakih artiklov, kot pred uveljavitvijo znižanj cenovnih standardov.

Tabela 16

Znižanje cenovnih standardov za medicinsko-tehnične pripomočke v letu 2004 na osnovi sklepov Upravnega odbora Zavoda.

Pripomoček	Prejšnji cenovni standard v SIT	Nov cenovni standard v SIT
Aparat za določanje glukoze v krvi	26.200,00	18.770,50* 16.850,00**
Diagnostični trakovi za aparat za določanje glukoze v krvi	201,26	179,03* 146,00**
Lanceta za prožilno napravo	33,35	26,00
Voziček za prevoz bolnika	111.630,96	64.885,00
Voziček na ročni pogon	170.097,68	106.390,00
Voziček na elektromotorni pogon	549.489,45	488.500,00
Voziček za otroke	243.806,67	
– transportni	265.253,77	206.150,00
	322.939,06	
– na samostojni pogon	372.242,74	193.900,00*** 189.500,00**
Za-ušesni slušni aparat	77.657,85	69.892,00
	73.897,97	66.508,00
	66.378,20	59.740,00
V-ušesni slušni aparat	77.657,85	69.892,00
Aparat za kostno prevodnost	109.160,99	98.244,00
Oliva (trda)	3.007,91	2.857,51
Oliva (mehka)	4.394,33	4.174,61
Inzulinska črpalka	756.028,00	715.000,00
Infuzijski set za inz. črpalko	3.683,04	3.130,00
Rezervar za inz. črpalko	655,89	650,00
Poltrde kontakne leče	22.132,95	17.900,00
Mehke kontakne leče	25.627,04	14.500,00
Mehke torične kontakne leče	33.705,00	23.900,00
Hodulja – navadna	22.186,65	15.990,00
Hodulja – s kolesi	24.651,84	18.451,95
Trapez za obračanje		
– posteljni	8.628,14	8.139,00
– prostostoječi	22.556,43	19.936,00
Posteljna mizica	12.325,92	6.850,00
Prenosni nastavljeni hrbtni naslon	8.628,14	7.558,00
Sobno dvigalo	172.562,86	164.386,00
Varovalna posteljna ograja (za eno stran)	16.639,99	15.524,40
Varovalna posteljna ograja (za obe strani)	33.279,98	31.048,80
Dvigalo za kopalnico	197.214,70	140.527,20
Blazina za posteljo	34.512,57	22.415,00
Blazina za sedež	22.186,65	16.680,00
Vrečka za kolostomo	400,15	351,69
Stomakapa za kolostomo	691,92	471,67
Vrečka za ileostomo	614,51	411,10
Vrečka z vgrajeno kožno podlago za kolostomo	683,58	604,79
Vrečka z vgrajeno kožno podlago za ileostomo	866,24	727,21
Vrečka z vgrajeno kožno podlago za vgreznjeno ileostomo	3.573,92	2.466,00
Zamašek za stomo	1.132,56	976,36
Kožna podlaga	1.499,36	1.304,91
Kožna podlaga za vgreznjene stome	2.068,61	1.903,12
Irigacijski sistem s konusom in rokavnik	19.640,24	16.487,99
Pasta za stomo – 60 g	2.786,73	2.563,79
Vrečka z vgrajeno kožno podlago za urostomo	1.844,72	1.548,65
Vrečka z vgrajeno kožno podlago za vgreznjeno stomo	4.841,05	2.894,95

Opombe: Večkratna nižanja cenovnega standarda:

* 19. 4. 2004

** 31. 12. 2004

*** 20. 6. 2004

Programi obveznega zdravstvenega zavarovanja

Vse te specifičnosti je moral Zavod upoštevati pri pogajanjih z dobavitelji, ki so v posameznih primerih trajala tudi več mesecev. Izključni namen pogajanj je bil zagotoviti zavarovanim osebam pripomočke enake kvalitete, vendar po nižjih cenah. Rezultat obsežnih pogajanj (tabela 16) se je pokazal kot prihranek v skupni vrednosti 850 milijonov tolarjev na letni ravni. Neposreden učinek znižanj cenovnih standardov na zmanjšanje odhodkov Zavoda v letu 2004 pa je bil ocenjen na 225 milijonov tolarjev.

Zavod je v letu 2004 pripravil tudi izhodišča za novo ureditev zagotavljanja medicinsko-tehničnih pripomočkov zavarovanim osebam, ki bo temeljila na pogajanjih in sklepanju pogodb z dobavitelji, tako kot to velja za programe zdravstvenih storitev oziroma kot to določa 63. člen zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

V tabeli 17 so prikazani podatki o številu izdanih naročilnic in vrednosti posameznih skupin izdanih in izposojenih pripomočkov, ki so jih zavarovane osebe prejele v letu 2004. Kljub temu, da so opisana znižanja cenovnih standardov pripomočkov imela največji učinek v skupini pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni, le-ti predstavljajo še vedno 29,30 % vseh izdatkov za medicinsko-tehnične pripomočke. Sledijo jim pripomočki pri težavah z odvajanjem seča, pri katerih odpade največji del stroškov na zagotavljanje inkontinenčnih pripomočkov (plenic). Če obema navedenima skupinama pripomočkov dodamo še pripomočke pri umetno izpeljanem črevesju ter skupino obvezilnih in tako imenovanih potrošnih materialov, znašajo izdatki za te skupine skoraj 70 % vseh stroškov za medicinsko-tehnične pripomočke v letu 2004. Bistveno za obvladovanje izdatkov na področju medicinsko-tehničnih pripomočkov je zato spremljanje in obvladovanje opisanih štirih skupin pripomočkov.

Znižanja cenovnih standardov pripomočkov so imela največji učinek v skupini pripomočkov pri zdravljenju sladkorne bolezni.

Tabela 17

Izdane naročilnice za medicinsko-tehnične pripomočke in vrednost izdanih in izposojenih medicinsko-tehničnih pripomočkov po skupinah v letu 2004.

Skupina	Število izdanih naročilnic	Delež izdanih naročilnic	Vrednost izdanih med.-tehničnih pripomočkov (v SIT)	Delež vrednosti	Povprečna vrednost na naročilnico
Proteze udov	950	0,15%	200.589.277	2,00%	211.146,61
Estetske proteze	4.504	0,73%	100.269.604	1,00%	22.262,35
Ortoze	9.601	1,56%	215.747.742	2,16%	22.471,38
Ortopedska obutev	6.223	1,01%	108.576.078	1,08%	17.447,55
Vozički in ostali pripomočki za gibanje, stojo in sedenje	13.845	2,25%	503.702.597	5,03%	36.381,55
Električni stimulatorji in ostali aparati	4.761	0,77%	126.991.560	1,27%	26.673,30
Sanitarni pripomočki	5.452	0,89%	83.976.724	0,84%	15.402,92
Blazine proti preležaninam	1.218	0,20%	31.019.299	0,31%	25.467,40
Kilni pasovi	4.294	0,70%	46.495.377	0,46%	10.827,99
Pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju	18.520	3,01%	814.044.150	8,13%	43.954,87
Pripomočki pri težavah z odvajanjem seča	220.075	35,76%	2.730.398.769	27,27%	12.406,67
Pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni	98.305	15,97%	2.932.932.023	29,30%	29.835,02
Kanile	6.847	1,11%	110.931.087	1,11%	16.201,41
Ostali tehnični pripomočki	2.790	0,45%	19.129.101	0,19%	6.856,31
Pripomočki za slepe in slabovidne	120.713	19,61%	507.221.925	5,07%	4.201,88
Slušni aparati	11.706	1,90%	770.287.188	7,69%	65.802,77
Obvezilni material	70.189	11,40%	423.049.754	4,23%	6.027,29
Raztopine	15.471	2,51%	14.383.719	0,14%	929,72
Servisiranje			154.398.005	1,54%	
Strošek dela izposojevalnice			49.911.910	0,50%	
Storitve			67.029.772	0,67%	
SKUPAJ	615.464	100,00%	10.011.085.661	100,00%	16.265,92

Vir: Podatki iz aplikacije Stroški, ZZS, IC.

Tabela 18

Najzahtevnejši izdani medicinsko-tehnični pripomočki, predpisani v Sloveniji v letu 2004.

Skupine tehničnih pripomočkov – vrsta tehničnega pripomočka	Število izdanih pripomočkov
Proteze udov	
– proteze za spodnje ude	839
– proteze za zgornje ude	81
Ortoze	
– ortoze za spodnje ude	2.820
– ortoze za zgornje ude	1.718
– ortoze za hrbtenico	4.693
Ortopedska obutev	5.945
Vozički in drugi pripomočki za gibanje stojo in sedenje	
– voziček za prevoz bolnika	2.978
– voziček na ročni pogon	518
– voziček na električni pogon	148
– voziček za otroke	72
– negovalna postelja	1.722
– trapez za obračanje	2.246
– varovalna posteljna ograja	1.549
Električni stimulatorji in drugi aparati	4.496
Sanitarni pripomočki	5.211
Blazine proti preležaninam	3.139
Aparat za določanje glukoze v krvi	3.525
Slušni aparati	
– za ušesni	7.992
– v ušesni	3.293

Vir: aplikacija MTP, Evidence OZZ, ZZS.

V tabeli 18 so predstavljeni najzahtevnejši pripomočki izdani zavarovanim osebam v letu 2004. Število teh izdanih pripomočkov se ni bistveno spremenilo v primerjavi z letom 2003. Ti pripomočki so večinoma individualno izdelani ali individualno prilagojeni zaradi zagotavljanja funkcionalne ustreznosti, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

3.1.6. Napotitve na zdravljenje v tujino 2004

V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja imajo zavarovane osebe pravico do pregleda, preiskave ali zdravljenja v tujini pod pogojem, da so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, z zdravljenjem oziroma pregledom v drugi državi pa je utemeljeno pričakovati ozdravitev ali izboljšanje zdravstvenega stanja oziroma preprečiti nadaljnje slabšanje. O upravičenosti do zdravljenja v tujini odloča Zavod v upravnem postopku, in sicer na I. stopnji imenovani zdravnik Zavoda, na II. stopnji pa zdravstvena komisija.

Postopek se začne na predlog zavarovane osebe. Predlog se vloži na direkciji Zavoda, ki o upravičenosti napotitve na zdravljenje v tujino pridobi mnenje ustrezne klinike oziroma inštituta o tem, da so v Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja zavarovane osebe ter da je z zdravljenjem v tujini mogoče pričakovati uspešno zdravljenje ali vsaj preprečiti slabšanje zdravstvenega stanja. Enak postopek velja za nabavo medicinsko-tehničnega pripomočka v tujini, če ta ni dosegljiv na slovenskem trgu ter za diagnostične preiskave.

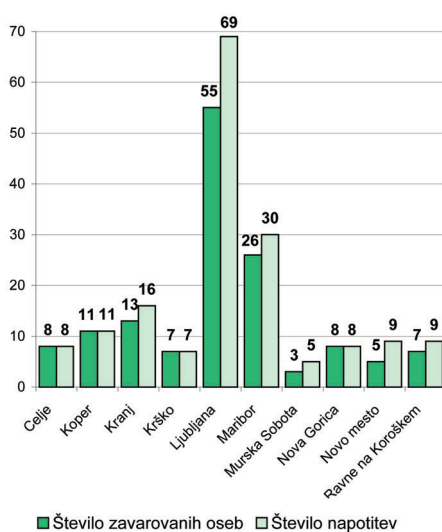
V letu 2004 je imenovani zdravnik Zavoda na podlagi vlog zavarovanih oseb izdal 480 odločb o napotitvah na zdravljenje, preiskavo ali pregled v tujino ter o odobritvi nabave očesnih protez v tujini. Zdravstvena komisija pa je obravnavala 30 pritožb zoper odločbe, izdane na I. stopnji, od katerih so bile 4 utemeljene, 26 pa neutemeljenih.

V preteklem letu je bilo tako na zdravljenju ali pregledu v tujini 143 zavarovanih oseb. Ker so bile nekatere zavarovane osebe na zdravljenju ali pregledu v tujini večkrat, je bilo vseh napotitev skupaj 172. Največ zavarovanih oseb, ki so bile napotene v tujino, prihaja iz območne enote Ljubljana – 55, najmanj pa iz območne enote Murska Sobota – 3 (slika 6).

47 zavarovanih oseb je v tujini nabavilo očesne proteze, 121 zavarovanim osebam pa je bila odobrena diagnostika poslanih vzorcev krvi, od tega je bilo največ vzorcev poslanih z Ginekološke klinike – 60. Zdravljenje v tujini je bilo odklonjeno 70 zavarovanim osebam, v 27 primerih pa je bil postopek ustavljen.

Zavarovane osebe so bile napotene na zdravljenje ali pregled v naslednje države: Avstrijo, Belgijo, Francijo, Hrvaško, Italijo, Nemčijo, Nizozemsko, Švedsko, Švico in Veliko Britanijo. Največ zavarovanih oseb je bilo torej napotenih na zdravljenje v Avstrijo – 59, najmanj, in sicer po 1 zavarovana oseba pa na Nizozemsko in Švedsko (slika 7).

V skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko upravni odbor Zavoda zavarovanim osebam izjemoma odobri tudi povračilo stroškov za zdravstvene storitve, opravljene v tujini, če teh storitev v Sloveniji ni mogoče zagotoviti v zadostnem obsegu. Na osnovi ustreznih sklepov upravnega odbora Zavoda, je bilo v letu 2004 35 zavarovanih oseb na tej osnovi napotenih v tujino, od tega 10 napotitev na operacijo srca (2 v



Slika 6

Število zavarovanih oseb, napotenih na zdravljenje v tujino v letu 2004 po območnih enotah Zavoda.

Celovcu in 8 v Krapinskih Toplicah), 25 na postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo. Zaradi okvare obsevalnih naprav na Onkološkem inštitutu v Ljubljani pa je bilo na obsevanje v tujino napotenih še 23 zavarovanih oseb, in sicer 10 v Celovec, 13 pa v Trst.

3.1.7. Izvajanje mednarodnih sporazumov o socialni varnosti

Obračunavanje stroškov zdravstvenih storitev med nosilci zdravstvenega zavarovanja je do 30. 4. 2004 potekalo z 10 državami, po vstopu v Evropsko unijo in prevzemu evropskega pravnega reda (uredbe EGS št. 1408/71 in št. 574/72) pa s 30 državami. To pomeni, da nosilcu zavarovanja iz ene države, ki je zavarovani osebi iz druge države nudil zdravstvene storitve, povrne stroške pristojni nosilec iz države, kjer je oseba zavarovana. Iz tabele 19 je razvidno, da so tuje države na osnovi bilateralnih sporazumov in na podlagi Uredbe (EGS) št. 574/72 Zavodu zaračunale za zdravstvene storitve, ki so bile nudene slovenskim zavarovanim osebam v tujini v letu 2004, skupaj 2,3 milijarde tolarjev. Od tega je največ stroškov obračunala Hrvaška v višini 1,9 milijarde tolarjev. Obveznost Zavoda na koncu leta 2003 je znašala 389 milijonov tolarjev. Zavod je v letu 2004 nakazal v tujino 2,2 milijarde tolarjev, največ v Republiko Hrvaško 1,9 milijarde tolarjev. Kljub tekočemu poravnavanju svojih obveznosti je Zavod dolgoval drugim državam na dan 31. 12. 2004 še 535 milijonov tolarjev. 800 milijonov tolarjev pa je bilo porabljenih za plačila storitev, nujenih tujim zavarovancem v Sloveniji, za katera bomo zahtevali povračila od tujih nosilcev zdravstvenega zavarovanja.

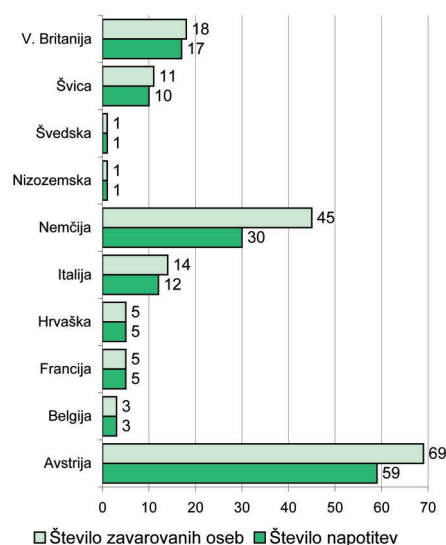
Stroški, ki jih Zavod plača slovenskim izvajalcem brez možnosti povračila od tujih nosilcev zdravstvenega zavarovanja, so v letu 2004 znašali 9,4 milijona tolarjev. Največ teh stroškov se nanaša na zavarovance Velike Britanije.

Iz tabele 20 pa je razvidno, da je Zavod zaračunal tujim državam za zdravstvene storitve, ki so jih v Republiki Sloveniji uveljavljale v letu 2004

Tabela 19

Pregled obveznosti Zavoda do tujine na osnovi sporazumov o socialni varnosti v letu 2004 (v tolarjih).

Država	Stanje obveznosti 31. 12. 2003	Novonastale obv. v letu 2004	Plačila v tujino v letu 2004	Stanje obveznosti 31. 12. 2004
Avstrija	13.470.373,97	169.396.802,06	85.718.114,51	97.149.061,51
Belgija	548.799,60	12.980.016,36	12.221.288,80	1.307.527,16
Češka	0,00	52.339,34		52.339,34
Francija	111.093,33	313.353,67	424.447,00	0,00
Hrvaška	45.227.200,72	1.928.659.195,60	1.937.524.815,24	36.361.581,08
Italija	258.124.329,87	53.264.330,02	0,00	311.388.659,89
Videmski sporazum	0,00	0,00	0,00	0,00
Luksemburg	0,00	61.296,90	15.669,40	45.627,50
Madžarska	0,00	759.825,39	0,00	759.825,39
Makedonija	7.873.710,24	46.577.013,74	49.860.024,52	4.590.699,46
Nemčija	62.692.031,95	102.609.412,90	82.116.133,40	83.185.311,45
Nizozemska	828.373,04	4.695.284,74	5.450.054,60	73.603,18
Romunija	0,00	0,00	0,00	0,00
Slovaška	0,00	1.955,79	1.955,00	1.955,79
Španija	0,00	24.662,40	24.662,40	0,00
Skupaj	388.875.912,72	2.319.395.488,91	2.173.357.164,87	534.916.191,75



Slika 7

Države, v katerih so se v letu 2004 zdravile slovenske zavarovane osebe na osnovi mnenja konzilija klinik.

Tuje države so za zdravstvene storitve, ki so bile nudene slovenskim zavarovanim osebam v tujini v letu 2004, Zavodu zaračunale, skupaj 2,3 milijarde tolarjev, Zavod pa je zaračunal tujim državam za zdravstvene storitve, ki so jih v Republiki Sloveniji uveljavljale tuje zavarovane osebe, skupno 2 milijardi tolarjev.

V letu 2004 je Zavod izdal zavarovanim osebam 886.882 potrdil, certifikatov in evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja za uveljavljanje zdravstvenih storitev v tujini.

Tabela 20

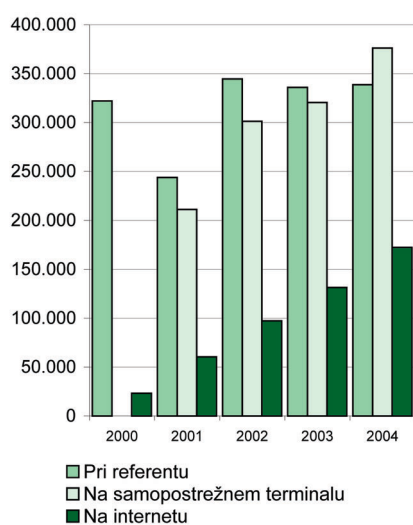
Pregled terjatev Zavoda do tujine na osnovi sporazumov o socialni varnosti v letu 2004 (v tolarjih).

Država	Stanje terjatev 31. 12. 2003	Novonastale ter. v letu 2004	Plačila iz tujine v letu 2004	Stanje terjatev 31. 12. 2004
Avstrija	86.539.200,71	641.983.364,16	516.132.608,76	212.389.956,09
Belgija	15.691.180,34	17.086.007,20	28.106.583,60	4.670.603,94
Češka	31.703,40	6.662,70	5.249,10	33.117,00
Francija	7.167.938,99	19.771.287,37	0,00	26.939.226,36
Hrvaška	23.620.225,19	483.045.282,81	470.568.974,52	36.096.533,48
Italija	284.909.587,82	238.681.256,99	0,00	523.590.844,81
Irska	0,00	3.470.456,36	0,00	3.470.456,36
Videmski sporazum	385.429.447,80	0,00	385.429.447,80	0,00
Luksemburg	0,00	1.371.858,41	166.548,00	1.205.310,41
Madžarska	0,00	8.293.714,70	0,00	8.293.714,70
Makedonija	1.525.269,00	9.672.234,53	1.992.264,12	9.205.239,41
Nemčija	492.409.077,05	587.345.326,15	429.908.672,40	649.845.730,80
Nizozemska	6.145.619,10	6.754.206,14	5.999.255,10	6.900.570,14
Poljska	0,00	1.704.524,69	0,00	1.704.524,69
Romunija	12.433,00	0,00	0,00	12.433,00
Švedska	0,00	2.080.260,63	0,00	2.080.260,63
Švica	0,00	27.746,00	0,00	27.746,00
V. Britanija in S. Irska	0,00	5.999.203,40	0,00	5.999.203,40
Skupaj	1.303.481.682,40	2.021.266.442,84	1.838.309.603,40	1.492.465.471,22

tuje zavarovane osebe, 2 milijardi tolarjev. Največ obračunov je Zavod posredoval Avstriji, Nemčiji in Hrvaški. Tuji organi za zvezo so Zavodu nakazali 1,8 milijarde tolarjev. Stanje terjatev Zavoda je na dan 31. 12. 2004 znašalo 1,5 milijarde tolarjev.

Slovenske zavarovane osebe si lahko pred odhodom v tujino pridobijo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja, certifikat ali konvencijsko potrdilo, ki omogočajo uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev v času začasnega bivanja v državah članicah Evropske unije, na Hrvaškem, v Makedoniji in v Romuniji.

V letu 2004 je Zavod izdal skupaj 886.882 potrdil, certifikatov in evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja, od tega 190.478 konvencijskih potrdil, 204.195 certifikatov in 492.209 evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja. Največ jih je bilo izdanih v juliju 2004 (tabela 21). V



Slika 8

Število izdanih konvencijskih potrdil, certifikatov in evropskih kartic glede na način naročanja od leta 2000 do 2004.

Tabela 21

Število izdanih konvencijskih potrdil, certifikatov in evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja po mesecih leta 2004.

mesec	Konvencijska potrdila	Certifikati	Evropska kartica	SKUPAJ	Delež
Januar	24.035	—	—	24.035	2,71
Februar	24.805	—	—	24.805	2,80
Marec	13.941	—	—	13.941	1,57
April	37.108	—	—	37.108	4,18
Maj	18.873	7.212	—	26.085	2,94
Junij	63.413	29.909	128.967	222.289	25,06
Julij	4.351	98.208	243.978	346.537	39,07
Avgust	1.518	44.108	68.390	114.016	12,86
September	717	12.064	17.399	30.180	3,40
Oktober	451	4.519	11.282	16.252	1,83
November	440	2.405	7.852	10.697	1,21
December	826	5.770	14.341	20.937	2,36
SKUPAJ	190.478	204.195	492.209	886.882	100,00

primerjavi s prejšnjimi leti število izdanih listin narašča, saj je bilo v letu 2000 izdanih 345.158 potrdil, v letu 2004 pa že 886.882 listin.

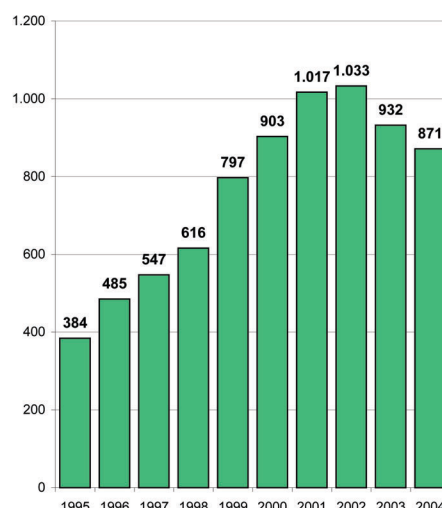
Zavod je z elektronskim komuniciranjem zavarovanim osebam približal izdajo teh listin, kar prikazuje slika 8.

Od držav, s katerimi imamo sklenjene sporazume, smo prejeli le 7.173 obračunskih listov, s katerimi so nam druge države zaračunale stroške nujnih in potrebnih zdravstvenih storitev, ki so jih nudile slovenskim zavarovanim osebam. Zahtevke za povračilo stroškov zdravstvenih storitev, ki so jih slovenske zavarovane osebe uveljavljale v drugih državah, pa je vložilo 3.089 zavarovanih oseb.

3.2. Nadzor nad programi zdravstvenih storitev

Nadzor nad programi zdravstvenih storitev je v letu 2004 potekal v skladu z načrtom in kot posebna prednostna aktivnost. Kljub omejenim nadzornim zmogljivostim si je Zavod prizadeval, da se obseg te dejavnosti ne bi bistveno spreminjal. Kako uspešna so ta prizadevanja, je razvidno iz gibanja nadzorne dejavnosti v zadnjih desetih letih, ki jo kaže slika 9. Vrh glede števila opravljenih nadzorov je Zavod dosegel v letu 2001 oziroma 2002, določen upad števila nadzorov v zadnjih letih pa je moč pripisati predvsem omejenim kadrovskim zmogljivostim.

Obseg in vrsta nadzorov je predmet planiranja na ravni Zavoda, vendar so se te aktivnosti tudi v letu 2004 vsebinsko prilagajale tudi sprotnim zahtevam in zapletom pri uresničevanju pravic zavarovanih oseb. V vsebinskem smislu je bila v letu 2004 v ospredju presoja ekonomske ustreznosti predpisovanja zdravil in medicinskih pripomočkov. Tej vsebini bo Zavod pri nadzorih namenil veliko pozornost tudi v letu 2005. Poseben izziv za nadzorne zdravnike pa je predstavljala sprememba obračunskega sistema za bolnišnično dejavnost oziroma uvedba skupin primerljivih



Slika 9
Število nadzorov Zavoda, izvedenih na lokaciji pri izvajalcih od leta 1995 do 2004.

Tabela 22

Finančne posledice po opravljenih nadzorih pri izvajalcih v letu 2004.

Vrsta nadzora	Realizirano število nadzorov	Zmanjšanje obveznosti za obvezno zav.	Pogodbene kazni	v tolarjih	
				Povprečje zmanjšanih obvez. za OZZ	Povprečje zneskov pog. kazni
NAČRTOVANI NADZORI					
– Medobmočni	466	35.764.182	813.734	76.747	1.746
– Območni	248	4.879.113	0	19.674	0
– Administrativni	152	0	0	0	0
– Finančni	138	3.031.198	0	21.965	0
– Pravice	118	830.651	0	7.039	0
Skupaj	1122	44.505.144	813.734	39.666	725
IZREDNI NADZORI					
– Medobmočni	19	21.896.219	0	1.152.433	0
– Območni	33	3.612.644	0	109.474	0
– Administrativni	2	0	0	0	0
– Finančni	1	51.174	0	51.174	0
– Pravice	3	13.237	0	4.412	0
Skupaj	58	25.573.274	0	1.317.493	0
SKUPAJ VSI	1180	70.078.418	813.734	1.357.159	690
Sistematske napake		7.919.082			

Opomba: Pogodbena kazen po odločbi sodišča za leto 2003 v višini 813.734 tolarjev predstavlja izvensodno poravnavo za eritorpoetin iz leta 2002.

Tabela 23

Število realiziranih nadzorov po območnih enotah v letu 2004.

Območna enota	Planirani nadzori	Realizirani nadzori	Indeks	Izredni nadzori	Vsi realizirani nadzori	Indeks vseh
Celje	127	125	98,43	17	142	111,8
Koper	95	74	77,89	4	78	82,1
Kranj	102	103	100,98	6	109	106,9
Krško	56	53	94,64	11	64	114,3
Ljubljana	277	265	95,67	3	268	96,8
Maribor	179	176	98,32	4	180	100,6
Murska Sobota	80	76	95,00	12	88	110,0
Nova Gorica	85	71	83,53	0	71	83,5
Novo mesto	76	99	130,26	0	99	130,3
Ravne na Koroškem	90	89	98,89	1	90	100,0
Skupaj Zavod	1167	1131	96,92	58	1189	101,9

Od arbitražnega sklepa v letu 2003 dalje Zavod na osnovi nadzorov ne izreka več pogodbenih kazni, kar ni dobra rešitev.

primerov. Poleg teh so pomembne vsebine nadzorov tudi (neenaka) dostopnost zavarovanih oseb do zdravnikov, različna obravnava bolnikov, njihovo napotovanje v k specialistom, delitev dela med različnimi ravni zdravstvene dejavnosti, objektivnost parametrov za določanje prioritarnih programov in drugo. Gre za postopke in ravnanja, katerih finančnih posledic se premalo zavedamo.

Iz tabele 22 so razvidne finančne posledice opravljenih nadzorov pri izvajalcih v letu 2004. Zmanjšanje obveznosti za obvezno zavarovanje znaša v primerjavi z letom 2003 le 47 %. K temu je prispevalo predvsem dejstvo, da z nadzori pri izvajalcih ugotavljamo manj napak. Dodati pa je potrebno, da v tabeli niso upoštevane posledice prvih, testnih nadzorov skupin primerljivih primerov kot novega obračunskega modela v hospitalni dejavnosti. Od arbitražnega sklepa v letu 2003 dalje na osnovi nadzorov Zavod ne izreka več pogodbenih kazni, kar ni dobra rešitev, saj obstojajo očitne nepravilnosti pri ravnanju izvajalcev, ki jih glede škode ni mogoče finančno povsem točno ovrednotiti. Izvajalce nadzorni zdravniki v takih primerih lahko le opozorijo, kar pa večkrat ni dovolj.

Posamezne planirane vrste nadzorov, ki so opisane v tabeli 23, so bile v letu 2004 dokaj enakomerno realizirane. Manj, kot bi si želeli, je bilo predvsem nadzorov na področju specialističnega zobozdravstva, za kar je osnovni razlog pomanjkanje nadzornih zobozdravnikov. Podobno se je pomanjkljiva realizacija nadzorov kazala tudi pri izvedbi finančno medicinskih nadzorih v tistih območnih enotah, ki se spopadajo s kritičnim pomanjkanjem nadzornih zdravnikov. Pri ostalih vrstah nadzorov, ki so jih opravljali drugi pooblaščen delavci Zavoda, je bila realizacija popolna ali celo presežena. Delež izrednih nadzorov je podoben tistemu iz leta 2003 in znaša 5 %.

3.3. Denarne dajatve

V letu 2004 so območne enote Zavoda opravile okoli 285.000 obračunov nadomestil in povračil v zvezi s posameznimi denarnimi dajatvami. Del teh obračunov je možno opraviti tudi z objavljenim količnikom za izračun, in sicer s pomočjo odzivne številke 01 30 77 300 in objave na mrežnih straneh Zavoda (www.zzs.si).

3.3.1. Nadomestilo plače začasno zadržanost od dela

Nadomestila plač za čas začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni, kot pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, predstavljajo v denarnih dajatvah največji delež.

Nadomestilo plače za čas začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni pripada zavarovancem iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja od prvega dne zadržanosti, če je razlog zadržanosti od dela nega ožjega družinskega člana, presaditev živega tkiva ali organov v korist druge osebe, posledica dajanja krvi, izolacija ali spremstvo, ki ju odredi zdravnik in tudi v primerih, da je poškodba nastala pri organiziranih javnih delih, gasilskih, gorskih in drugih reševalnih akcijah. V vseh drugih razlogih imajo zavarovanci pravico do nadomestila plače iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja od 31. dne zadržanosti od dela dalje.

Zaradi začasne nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov smo v Sloveniji v letu 2004 izgubili skupno 11.100.727 delovnih dni, kar je 56.500 dni več kot v letu prej (tabela 24). Odstotek vseh izgubljenih delovnih dni se je nekoliko zmanjšal in je znašal 4,56 %. Število in delež izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev sta se zmanjšala, delež izgubljenih delovnih dni v breme Zavoda pa se je povečal. Tako je Zavod v letu 2004 bremenilo 5.187.844 delovnih dni ali približno 171.000 delovnih dni več kot v letu prej, za katere je moral zagotoviti nadomestila plač. Tudi odstotek izgubljenih delovnih dni v breme Zavoda se je povečal iz 2,11 % na 2,13 % v letu 2004.

V skladu s prednostnimi aktivnostmi v letu 2004 je bil cilj Zavoda skrajšanje povprečnega trajanja odsotnosti z dela nad 30. delovnim dnevom. Podatki kažejo, da ta cilj ni bil izpolnjen, saj se je povprečno trajanje celo nekoliko podaljšalo, in sicer iz 23,5 na 23,9 delovnega dneva.

Razlogov za opisana negativna gibanja je več. V največji meri se je povečalo število izgubljenih delovnih dni zaradi poškodb po tretji osebi izven dela, kot posledica natančnega evidentiranja podatkov za regresne zahtevke. V tem razlogu beležimo skupno rast v višini 220.939 delovnih dni, vse v breme obveznega zavarovanja. Število izgubljenih delovnih dni po ostalih razlogih (bolezni, poškodbe izven dela, poškodbe na delu, nega) se je sicer zmanjšalo, vendar je bil porast dni zaradi razloga po-škodbe po

Odstotek vseh izgubljenih delovnih dni je v letu 2004 znašal 4,56 %.

Povprečna odsotnost z dela zaradi bolezni pa je trajala 23,9 delovnega dneva.

Tabela 24

Izgubljeni delovni dnevi in primeri v Sloveniji v letih 2003 in 2004.

Razlog zadržanosti	Število primerov		Število dni		Povprečno trajanje (v dneh)	
	2003	2004	2003	2004	2003	2004
V breme delodajalca	591.128	595.977	6.027.432	5.912.883	10,2	9,9
Poškodbe na delu	32.441	33.049	607.271	617.842	18,7	18,7
Poklicne bolezni	56	76	663	965	11,8	12,7
Bolezen in poškodbe izven dela	558.631	562.852	5.419.498	5.294.076	9,7	9,4
V breme Zavoda	213.719	217.035	5.016.795	5.187.844	23,5	23,9
Poškodbe na delu	8.854	9.003	410.459	408.215	46,4	45,3
Poklicne bolezni	5	18	948	1.496	189,6	83,1
Bolezen in poškodbe izven dela	59.561	57.433	3.959.351	3.946.451	66,5	68,7
Nega	108.298	104.117	503.415	464.589	4,6	4,5
Drugo*	37.001	46.464	142.622	367.093	3,9	7,9
Skupaj	804.847	813.012	11.044.227	11.100.727	13,7	13,7

Vir: ZZZS, IC.

Opomba: * – Transplantacija, izolacija, spremstvo, usposabljanje za rehabilitacijo otroka, poškodbe po 18. členu, poškodbe po tretji osebi izven dela.

Odhodki Zavoda za nadomestila so se nominalno povečali iz 37,9 milijarde v letu 2003 na 41 milijard tolarjev v letu 2004.

tretji osebi izven dela tolikšen, da se skupni učinek kaže v negativnem smislu. Razlogi za podaljševanje trajanja pa se nahajajo tudi v uveljavljanju določenih zakonskih sprememb iz preteklih let, kot na primer:

- obravnava recidivov pri bolniških (primeri, ko je na primer delavec na bolniški zaradi iste bolezni, ne zaradi istega razloga v breme delodajalca dvakrat zaporedoma in je prekinitvev krajša od 10 delovnih dni, potem breme nadomestil za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitve dalje prevzame zdravstveno zavarovanje);
- pravica do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi. V tem primeru se nadomestilo plače delavcu izplača v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za razliko od ostalih zadržanosti od dela, dnevi krvodajalstva niso vodeni v evidenci absentizma, ker se zanje ne izpolnjuje predpisan obrazec za nadomestila BOL ampak posebna listina;
- nadomestila plač za brezposelne, prijavitelne na Zavodu za zaposlovanje, ki so upravičeni do denarnega dodatka in denarne pomoči in imajo pravico do nadomestila plače. V teh primerih nadomestila plač od 31. delovnega dne dalje zagotovi Zavod iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Navedene spremembe so povzročile porast števila dni, za katere nadomestila izplačuje Zavod, seveda pa tudi rast odhodkov Zavoda za nadomestila, ki so se nominalno povečali iz 37,9 milijarde v letu 2003 na 41 milijard tolarjev v letu 2004.

3.3.2. Druge denarne dajatve

Zavarovanim osebam so iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zagotovljene pravice do povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenih storitev ter pravica do pogrebnine in posmrtnine.

Pravica do povračila potnih stroškov obsega prevozne stroške in stroške prehrane ter nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju. Pravico do povračila prevoznih stroškov ima zavarovana oseba v primeru, ko uveljavlja pravice iz 1., 2. in 3. točke 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, če mora potovati k zdravniku ali v zdravstveni zavod v drug kraj ali, če jo osebni zdravnik, zdravstveni zavod ali zdravstvena komisija napoti ali pokliče v kraj zunaj stalnega prebivališča ali kraja zaposlitve.

Pogrebna pripada osebi, ki je poskrbela za pogreb zavarovane osebe. Višina pogrebnine znaša 80 % povprečne cene nujnih stroškov pogreba v Republiki Sloveniji, vendar ne več kot znašajo dejanski stroški pogreba. Pogrebna se izplača v višini, ki je veljala na dan smrti zavarovane osebe.

Družinski člani zavarovanca, ki jih je ta preživeljal do svoje smrti, imajo pravico do posmrtnine kot enkratne denarne pomoči ob smrti zavarovanca.

Vrednosti odhodkov za pogrebnine, posmrtnine in potne stroške v letu 2004 kaže tabela 25.

3.3.3. Nadzor nad bolniškim staležem

Na osnovi 35.člena zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter 266. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, izvaja Zavod laični nadzor začasne zadržanosti od dela. Laični nadzor naroči

Tabela 25

Realizacija odhodkov za pogrebnine, posmrtnine in potne stroške v letu 2004 v primerjavi z letom 2003.

v tisoč tolarjih

nadomestilo	2003	2004	indeks
pogrebnine in posmrtnine	2.147.572	2.189.978	102,0
potni stroški itd.	396.452	443.272	111,8

Tabela 26

Laični nadzor nad bolniškim staležem v obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2004.

Območna enota	Št. zavarovanih oseb	Zaposlitvena struktura			Št. nadzorov	% odsotnih
		kmet	samozaposlen	delavec		
Celje	122	5	19	98	128	17,4
Koper	72	2	7	63	76	17,2
Kranj	49	1	3	45	53	20,1
Krško	89	0	19	70	92	22,5
Ljubljana	279	14	64	201	286	23,2
Maribor	252	12	37	203	261	17,4
Murska Sobota	156	13	37	106	161	15,4
Nova Gorica	91	0	7	84	94	13,8
Novo mesto	184	3	33	148	191	18,6
Ravne na Koroškem	162	4	14	144	165	10,5
Skupaj	1.456	54	240	1.162	1.507	17,6

za vsak primer posebej imenovani zdravnik. Pri nadzoru izvajalec nadzora ugotavlja, ali je ravnanje zavarovane osebe v skladu z navodili osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije, pri čemer nima pravice vpogleda v medicinsko dokumentacijo.

Zavod je do 31. 1. 2004 opravljal laični nadzor s pogodbenim izvajalcem. Do 1. 6. 2004, ko je Zavod za izvajanje laičnega nadzora redno zaposlil laičnega nadzornika, se laični nadzor ni izvajal. Zaradi tega je bilo v letu 2004, v primerjavi z letom 2003, ko je bil nadzor opravljen pri 2.400 zavarovanih oseb, nadzorovanih za 39 % manj zavarovanih oseb.

V letu 2004 je bil laični nadzor opravljen pri 1.456 zavarovanih oseb. Ker je bil pri nekaterih zavarovanih oseb obisk nadzornika opravljen večkrat, je bilo vseh laičnih nadzorov skupaj 1.507. Največ zavarovanih oseb je bilo obiskanih v območnih enotah Ljubljana – 279 in Maribor – 252, najmanj pa v območni enoti Kranj – 49. Glede na zaposlitveno strukturo zavarovanih oseb je bilo največ nadzorov opravljenih pri zaposlenih delavcih – 1.162 oziroma 79,8 %, nato pri samozaposlenih oseb – 240 oziroma 16,5 % ter najmanj pri kmetih – 54 oziroma 3,7 %.

Ob izvajanju nadzora na domu je bilo odsotnih 256 zavarovanih oseb, kar pomeni 17,6 % vseh nadzorovanih zavarovanih oseb (tabela 26).

Ob izvajanju nadzora na domu je bilo odsotnih 256 zavarovanih oseb, kar pomeni 17,6 % vseh nadzorovanih zavarovanih oseb.

3.4. Izvedenski organi in odločanje o pravicah zavarovancev

Z začetkom leta 2003 so začele veljati spremembe zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS št. 60/02), ki so na novo opredelile vlogo in pristojnosti organov, ki odločajo o posameznih pravicah zavarovanih oseb. Ukinjene so bile zdravniške komisije kot izvedenski organi Zavoda, tako da od tedaj v postopkih za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja odločajo imenovani zdravnik in zdravstvena komisija Zavoda kot pritožni organ, ki o svojih odločitvah izdala sklep oziroma odločbo skladno z zakonom o splošnem upravnem postopku.

Imenovani zdravniki v vseh 10 območnih enotah Zavoda so v letu 2004 izdali 277.281 odločb o začasnih nezmožnostih za delo nad 30 dni.

3.4.1. Imenovani zdravniki in zdravstvena komisija

Imenovani zdravniki v vseh 10 območnih enotah Zavoda so v letu 2004 izdali 277.281 odločb o začasnih nezmožnostih za delo nad 30 dni, 376

Tabela 27

Število vseh obravnav na oddelkih imenovanih zdravnikov po območnih enota za leto 2004.

	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Kor.	SKUPAJ
Začasna nezmožnost za delo nad 30 dni	29.637	15.616	23.022	7.779	80.830	37.567	17.318	7.120	17.494	26.009	262.392
Začasna nezmožnost za delo nad 120 dni	39	6	2	2	24	35	5	5	9	5	132
Ocena začasne nezmožnosti za delo (17.b čl.)	1.106	406	776	331	2.686	1.644	595	178	438	535	8.695
Recidiv – prekinitev krajša od 10 dni	471	62	130	96	428	583	141	120	170	142	2.343
Začasna nezmožnost za delo (244. čl.)	991	234	166	145	742	1.259	3	0	0	182	3.719
Začasna nezmožnost za delo do 30 dni	15	75	16	0	67	0	0	2	9	4	191
Začasna nezmožnost za delo do 30 dni za nazaj	22	32	39	0	275	0	0	1	1	6	376
Ocena zmožnosti za delo na lažjem delovnem mestu	20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	20
Nega nad 7 dni	48	50	11	20	140	106	22	13	34	50	494
Nega nad 15 dni	36	25	35	12	138	104	14	9	23	27	423
Nega do 6 mesecev	19	23	31	8	7	33	0	4	14	10	149
Nega do 18. leta starosti	5	1	0	2	0	2	0	5	10	8	33
Zdraviliško zdravljenje	3.106	1.726	2.408	832	7.413	4.372	446	1.060	1.332	2.443	25.413
Nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja	896	419	834	351	4.227	928	1.009	392	680	43	9.763
Zdraviliško zdravljenje (otroci)	114	119	329	91	1.377	135	96	131	157	87	2.601
Zdraviliško zdravljenje – ambulantna fizioterapija	2	13	22	54	4	4	224	1	6	5	335
Zahtevnejši MTP	415	281	541	155	1.533	863	277	197	256	282	4.800
MTP pred iztekom trajnostne dobe	282	300	387	268	1.122	331	285	131	287	189	3.580
SKUPAJ	37.224	19.388	28.749	10.146	101.011	47.966	20.435	9.370	20.921	30.494	326.068
Zobnoproptetična rehabilitacija	5.030	3.278	4.007	1.715	16.538	9.242	3.346	2.562	2.632	3.412	51.762

Zdravljenje v tujini je za cel Zavod obravnaval imenovani zdravnik na direkciji, ki je član zdravniške komisije. Rešil je 480 primerov.

odločb o začasni nezmožnosti za delo do 30 dni za nazaj, 494 odločb za nego nad 7 dni, 423 odločb za nego nad 15 dni, 149 odločb za nego do 6 mesecev in 33 odločb za nego do 18. leta starosti. Za nego je bilo izdanih 1.099 odločb. V zvezi z zdraviliškim zdravljenjem so imenovani zdravniki izdali 25.413 odločb in 9.763 odločb o nadaljevanju bolnišničnega zdravljenja. V zvezi z zdraviliškim zdravljenjem otrok je bilo izdanih 2.601 odločb. Za zahtevnejše medicinsko-tehnične pripomočke je bilo

Tabela 28

Število izdanih odločb na zdravniških komisijah za leto 2004 za senata v Ljubljani in Mariboru.

	Ljubljana	Maribor	Skupaj ZK	Št. obravnav v prisotnosti		Št. uteme- ljenih pritožb		Št. delno ute- meljenih pritožb		Št. neuteme- ljenih pritožb		SKUPAJ ZK
				v Lj.	v Mb.	v Lj.	v Mb.	v Lj.	v Mb.	v Lj.	v Mb.	
Začasna nezmožnost za delo nad 30 dni	3.405	1.373	4.778	192	213	504	260	72	94	2.829	1.019	4.778
Začasna nezmožnost za delo nad 120 dni	0	2	2	2	1	0	1	0	0	2	1	2
Ocena začasne nezmožnosti za delo (17.b čl.)	215	59	274	13	5	13	9	2	3	200	47	274
Recidiv – prekinitev krajša od 10 dni	29	9	38	0	1	5	0	0	1	24	8	38
Začasna nezmožnost za delo (244. čl.)	93	54	147	6	10	12	6	2	2	79	46	147
Začasna nezmožnost za delo do 30 dni	21	0	21	0	0	4	0	0	0	17	0	21
Začasna nezmožnost za delo do 30 dni za nazaj	17	1	18	1	0	6	0	0	0	11	1	18
Ocena zmožnosti za delo na lažjem delovnem mestu	0	7	7	0	1	0	2	0	0	0	5	7
Nega nad 7 dni	5	1	6	0	0	2	0	0	0	3	1	6
Nega nad 15 dni	10	1	11	0	0	2	0	1	0	7	1	11
Nega do 6 mesecev	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Nega do 18. leta starosti	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1
Zdraviliško zdravljenje	2.539	621	3.160	62	95	183	165	2	8	2.354	448	3.160
Nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja	215	8	223	0	0	37	2	0	0	178	6	223
Zdraviliško zdravljenje* (otroci)	75	4	79	0	0	6	0	0	0	69	4	79
Zdraviliško zdravljenje – ambulantna fizioterapija	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Zahtevnejši MTP	66	22	88	1	0	15	5	0	0	51	17	88
MTP pred iztekom trajnostne dobe	10	0	10	0	0	6	0	0	0	4	0	10
Zdravljenje v tujini	30	0	30	0	0	4	0	0	0	26	0	30
SKUPAJ	6.734	2.162	8.896	277	326	799	450	79	108	5.856	1.604	8.896

izdanih 4.800 odločb, za zobnoprostetično rehabilitacijo pa 51.762 odločb. Podrobnejši podatki so razvidni iz tabele 27.

Zdravstvena komisija je v pritožbenih postopkih izdala 8.896 odločb, od tega senat v Ljubljani 6.734 odločb, senat v Mariboru pa 2.162 odločb. V prisotnosti je bilo obravnavanih 277 zavarovancev na senatu v Ljubljani in 326 na senatu v Mariboru. Od 6.628 pritožb na Zdravstveno komisijo – senat v Ljubljani je bilo ugodeno zavarovancu v 799 primerih (11,9 %), v 79 primerih pa delno ugodeno, kar je skupaj 13,2 %. Od 2.161 pritožb vloženih na senat v Mariboru je bilo 450 pritožbam ugodeno (20,8 %) in 108 delno ugodeno, kar je skupaj 25,8 % (tabela 28).

Od 6.628 pritožb na Zdravstveno komisijo je bilo na senatu v Ljubljani ugodeno zavarovancu v 799 primerih (11,9 %) v Mariboru 450 pritožbam (20,8 %).

3.4.2. Obravnava zahtev za varstvo pravic

O zahtevah zavarovanih oseb, s katerimi uveljavljajo pravico do nadomestila, pogrebne, posmrtnine, povračilo potnih stroškov, pridobitev, spremembo ali izgubo lastnosti zavarovane osebe, pravico proste izbire zdravnika ali drugo pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, odloča Zavod v upravnem postopku, in sicer na I. stopnji območna enota Zavoda, na II. stopnji pa direkcija.

V letu 2004 je bilo tako na območne enote Zavoda vloženih 1929 zahtev za izdajo odločb, kar pomeni, da je bilo vloženih 128 zahtev manj kot v letu 2003. Največ zahtev je bilo vloženih na območni enoti Maribor – 625, najmanj pa na območni enoti Ravne na Koroškem – 34.

S Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja je določeno, da mora območna enota o vlogi odločiti v 30 dneh od dneva, ko je prejela popolno vlogo. V tem roku 30 dni je bilo tako rešenih 1.796 vlog.

Na direkcijo je bilo skupaj odstopljenih 148 vloženih pritožb, to je 29 pritožb več kot v letu 2003. Od teh jih je direkcija v roku 30 dni rešila 26, v zakonitem dvomesečnem roku pa še 54. Na podlagi odstopljenih pritožb je direkcija s svojo odločbo spremenila 12 izpodbijanih odločb (tabela 29).

Tabela 29

Število vloženih zahtev za izdajo odločbe oziroma pritožb po območnih enotah v letu 2004.

	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Kor.	SKUPAJ
Število vloženih zahtev	171	59	122	264	404	625	65	40	145	34	1929
Število pritožb vloženih na Direkcijo	13	2	13	2	69	11	16	6	5	11	148
SKUPAJ	184	61	135	266	473	636	81	46	150	45	2077