

Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XIX, CENA 2,74 EUR z DDV

ZZZS št. 2 // 4. 7. 2011

KAZALO

AKTI

• Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011	2
• Uveljavitev sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja	14
• Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja	16
• Pravilnik o nadzorih	18
• Sklep o spremembi in dopolnitvi Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev	24

INFORMACIJE

• Okrožnica ZAE 9/11 z dne 30. 5. 2011: Prenova izmenjave podatkov o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov	25
• Okrožnica ZAE 7/11 z dne 12. 5. 2011: Spremembe, ki jih prinaša odprava krajevne pristojnosti za vlaganje prijav, odjav in sprememb za obvezna socialna zavarovanja; Sprememba zapisa šifre poklica	26

POROČILA

• Obvladovanje zdravstvenega absentizma v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja	27
• Poročilo o izvedbi javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja v letih 2011 in 2012	46

Na podlagi 77. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2011 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2011) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije na arbitraži dne 20. 5. 2011 in 24. 5. 2011 sprejeli besedilo:

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011

1. člen

Briše se 8., 12., 19. in 22. točka prvega odstavka 2. člena.

V 2. členu se doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

»(2) Strateški cilj partnerjev je vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bo učinkovito zadovoljeval zdravstvene potrebe državljanov s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami. Pri tem je potrebno upoštevati naslednje usmeritve:

- Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitev regionalizacije ob istovrstnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravni.
- Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
- Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko aktivnega izvajanja nakupne funkcije v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ob zagotavljanju dolgoročne finančne vzdržnosti zdravstvenega varstva.
- Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravnani tudi zaradi izzivov, ki jih preden postavljajo skorajšnji prost pretok pacientov znotraj Evropske unije.

Ključna področja aktivnosti partnerjev pri tem so naslednja:

- Prioritetno financiranje preventivnih presejalnih in diagnostičnih programov in sicer na podlagi realizacije (Dora, Svit).
- Nadgradnja pomena učnih in referenčnih ambulant.
- Nadaljnje poudarjanje pomena primarne ravni oz. osnovne zdravstvene dejavnosti.
- Izvajanje neprekinjenega zdravstvenega varstva v regionalnih centrih na sekundarni ravni, izjemoma na primarni ravni.
- Prestrukturiranje programov znotraj izvajalcev s ciljem uravnoteženja čakalnih dob v okvirih, ki jih določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Prioritetno področje povečevanja predstavljajo specialistične ambulantne dejavnosti (znotraj te povečevanje plana prvih pregledov) in specialistične bolnišnične dejavnosti (znotraj te povečevanje prospektivnih akutnih programov).
- Uvajanje dodatnih kazni v primeru neupoštevanja Navodil za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (kot na primer nedopustna sočasna izdaja dveh napotnic za enako zdravstveno storitev, itd.).

- Povečanje pomena ekskluzivnosti izvajalcev.
- Ustrezno vrednotenje predlogov širitev partnerjev oziroma opredelitev novih cen zdravstvenih storitev, ki jih podajajo partnerji, temelji na vnaprej standardiziranem postopku pod okriljem Zavoda.
- Hitra, enostavna in pregledna ureditev plačevanja zdravil za bolnišnično zdravljenje na podlagi vsebine Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.
- Uvedba vrednotenja zdravstvenih tehnologij razen zdravil na podlagi enotnih kriterijev (HTA).
- Vrednotenje zdravstvenih programov in izvajalcev na podlagi subjektivnega merjenja izidov zdravljenja.
- Priporočilo o postopnem seznanjanju z (mednarodnimi) akreditacijskimi standardi in pridobitvi le teh.
- Ruralna ambulanta (RurA) je naziv za ambulanto družinske medicine, ki deluje na ruralnem področju s prizanim razširjenim vrednotenjem programa in/ali obsegom/timi zdravstvenega osebja. Ruralno področje je področje, ki izpolnjuje kriterije glede na gostoto poseljenosti področja ter oddaljenosti od zdravstvenega centra v razdalji oziroma času. Dodatni kriterij za določitev ruralne ambulante je razpoložljivost zdravnikov družinske medicine. Izvajalcu, ki opravlja dejavnost splošne medicine v ruralnem področju, se prizna razširjeno vrednotenje programa in/ali obseg zdravstvenega osebja. Določanje programa in vrednotenje dela v ruralni ambulanti se razlikuje po opredelitvi osnovnih glavarinskih količnikov, dodatnih vzpodbudah za hišne obiske, dodatnim vrednotenjem malih posegov. Na podlagi navedenih kriterijev Ministrstvo pripravi predlog izvajalcev, ki bodo na podlagi enotnih izhodišč in strokovnih kriterijev ter upoštevajoč javno mrežo primarne zdravstvene dejavnosti ter prepoznane specifičnosti posameznih področij, upravičeni do drugačnega vrednotenja programa. Cilj namenskih dodatnih sredstev je povečanje obstoječe ravni dostopnosti do zdravstvenih storitev na primarni ravni v ruralnih področjih ter poudarek primarni ravni v skladu s sodobnimi smernicami zdravstvene oskrbe.«

2. člen

Točka 1.1.3.1. prvega odstavka 3. člena se spremeni tako, da se glasi:

»1.1.3.1. Ročno limfno drenažo po amputaciji dojke (šifra storitve 94740) lahko izvajalec obračuna Zavodu v točkovnem normativu pomnoženem z dva (nova šifra storitve 94741). To storitev lahko

izvajajo le ustrezno usposobljeni izvajalci iz seznama, ki ga Zavod objavi na svojih spletnih straneh.«

V prvem odstavku 3. člena se doda nova točka 2.1.4., ki se glasi:

»2.1.4. V dejavnosti ortodontije bodo izvajalci načrtovali tudi število na novo vključenih oseb v program ortodonskega zdravljenja in število oseb, ki so zdravljenje zaključili. Pri tem bodo izvajalci načrtovali, da se v koledarskem letu, preračunano na en tim, vključi v zdravljenje najmanj 60 novih zavarovanih oseb.«

Določba velja od 1. 1. 2012 naprej.

Prvi stavek točke 9.1. prvega odstavka 3. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Skupno število dni zdravstvene nege bo v globalu določeno na ravni realizacije v letu 2010, popravljeno z oceno letnega obsega programa novih oziroma povečanih zmogljivosti v letu 2011 v novih domovih za starejše, oskrbovanih stanovanjih in dnevnih centrih za starejše.«

V drugem odstavku 3. člena se briše druga alineja.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

3. člen

V 12. odstavku 7. člena se doda nov drugi stavek, ki se glasi:

»V skladu z Zakonom o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist (Uradni list RS, št. 107/2010), se plača in nadomestila kandidata, ki opravlja pripravništvo za zaposlitev pri izvajalcu javne zdravstvene službe, prav tako financirajo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.«

Tretji stavek 12. odstavka 7. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Podatke za povračilo stroškov dela za pripravnike in sekundarije po posameznih izvajalcih Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Lekarniška zbornica Slovenije posredujejo Zavodu četrtletno in sicer do 30. aprila za obdobje januar–marec, do 31. julija za obdobje april–junij, do 31. oktobra za obdobje julij–september in do 20. januarja za obdobje oktober–december.«

4. člen

V prvem odstavku 13. člena se spremeni dodatek za dvojezičnost Lekarne Portorož, in sicer:

Lekarna Portorož	1.823 eur	– pavšal
------------------	-----------	----------

Sprememba velja od 1. 1. 2011 naprej.

V prvem odstavku 13. člena se na koncu doda naslednje besedilo:

Dom upokojevcov Izola	14.574 eur	– v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije
Obalni dom upokojevcov Koper	32.763 eur	– v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije
Center za starejše občane Lucija	14.544 eur	– v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije
Dom starejših Lendava	10.986 eur	– v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije

Sprememba velja od 1. 7. 2011 naprej.

5. člen

Na koncu tretjega odstavka 15. člena se doda besedilo, ki se glasi:

»Navodila za izpolnjevanje zahtevka za povračilo stroškov dela specializantov so objavljena na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije. V primeru, da se pri nadzoru ugotovi, da je izvajalec uveljavljal povračilo stroškov za delo specializantov v previsoki višini, je dolžan preveč izplačana sredstva vrniti za celotno pogodbeno obdobje.«

6. člen

V prvem odstavku 17. člena se briše prva točka.

Sprememba velja od 1. 6. 2011 naprej.

V prvem odstavku 17. člena se šesta točka spremeni tako, da se glasi:

»6. rhesonativ ali drugi imunoglobulini anti-D, preiskava brisov pri ženskah (Papanicolaou – kurativa in preventiva) pri izbranem ginekologu,«

7. člen

Peti odstavek 25. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(5) Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov se načrtujejo dodatna sredstva:

Program	Izvajalec	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2012 (v EUR)	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2011 (v EUR)
1 Dodatek za dvojezičnost	Domovi za starejše (v okviru SSZS)	72.867	36.433

Sprememba velja od 1. 7. 2011 naprej.

Šesti odstavek 25. člena se spremeni tako, da se glasi:

»(6) Za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju se načrtujejo dodatna sredstva:

Program	Izvajalec	Obseg programa	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2012 (v EUR)	Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2011 (v EUR)
1 Širitev zdravstvenih programov na primarni ravni*			310.977	
2 Referenčne ambulante**			870.000	870.000

* Širitev programov pod zaporedno številko 1 je bila že realizirana v okviru širitve zdravstvenih programov na primarnem nivoju, ki jih je v okviru Aneksa št. 2 k Dogovoru 2010 določilo Ministrstvo za zdravje.

** Dodatna sredstva za referenčne ambulante se zagotovijo tako, da se sredstva za učne ustanove, ki so bila zagotovljena z Aneksom št. 1 k Dogovoru 2010 znižajo za 870.000 evrov na letnem nivoju od 1. 1. 2011 naprej.

8. člen

Prvi stavek drugega odstavka 29. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Zavod z zasebnimi izvajalci, lekarnami, socialnovarstvenimi zavodi, zavodi za usposabljanje in zdravilišči lahko sklene pogodbo za dobo petih let.«

Na koncu drugega odstavka 29. člena se doda nov stavek, ki se glasi:

»Zavod bo izvajalcem zdravstvenih storitev v socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje po sklenitvi vsakoletnega Dogovora posredoval nove finančne načrte, ki bodo kot priloga postali sestavni del veljavnih pogodb.«

9. člen

V prvem odstavku 36. člena se doda nova 28. točka, ki se glasi:

»28. V primeru vgrajevanja različnih materialov v telo, so izvajalci dolžni uporabiti materiale z mednarodnim certifikatom CE.«

Ostale točke se preštevilčijo.

V prvem odstavku 36. člena se 22. točka spremeni tako, da se glasi:

»22. Izvajalci bodo v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih, v zobozdravstvenih ambulantah, v ambulantah drugih dejavnostih na primarni ravni, kjer se pacienti narača ter v specialistično ambulantnih dejavnostih delo organizirali tako, da zavarovanci naročeni na pregled, preiskavo oziroma poseg praviloma v povprečju ne bodo čakali več kot 20 minut, v kolikor zdravnik ne opravlja nujne medicinske pomoči ob rednem delu.«

10. člen

Za tretjim stavkom četrtega odstavka 37. člena se doda nov stavek, ki se glasi:

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

11. člen

Doda se nov tretji odstavek 38. člena, ki se glasi:

»(3) Zavod lahko izvede pobot neplačanih prispevkov izvajalcev zdravstvenih storitev z obveznostmi Zavoda do izvajalcev.«

Obstoječi tretji odstavek postane četrti odstavek.

12. člen

Na koncu zadnjega stavka tretjega odstavka 40. člena se namesto pike postavi vejico in doda naslednje besedilo:

»v primeru, da izvajalec program izvaja ambulantno, pa po ceni rednega programa iz končnega letnega obračuna, ki sicer velja za določen program.«

V sedmem odstavku 40. člena se pred prvo alinejo doda nova alineja, ki se glasi:

- državna presejalna programa Dora in Svit

Doda se nov osmi odstavek 40. člena, ki se glasi:

»(8) Pri obračunu nege in patronaže se upoštevata plan in realizacija nege in patronaže skupaj.«

Obstoječi osmi odstavek postane deveti odstavek. Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

13. člen

Drugi stavek v drugem odstavku 41. člena se nadomesti za naslednjim besedilom:

»Preostala sredstva do polne vrednosti programa pa bo Zavod zagotovil izvajalcu (razen izvajalcu referenčne ambulante), če bo v celoti opravil dogovorjeni program preventive. Izvajalcu referenčne ambulante bo Zavod zagotovil sredstva do polne vrednosti programa, če bo vodil register obravnave bolnikov pri diplomirani medicinski sestri v skladu s smernicami za bolnike z dejavniki tveganja.«

Tretji stavek tretjega odstavka 41. člena se spremeni tako, da se glasi:

»V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi načrtovanega programa preventive, mu bo Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjšal plačilo za 4% celotne vrednosti dogovorjenega programa, če je realiziral vsaj dve tretjini programa preventive, oziroma 8%, če je realiziral manj kot dve tretjini v pogodbi dogovorjenega programa preventive.«

Drugi stavek četrtega odstavka 41. člena se spremeni tako, da se glasi:

»V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi dogovorjenega programa preventive v splošnih, otroških in šolskih ambulantah, mu bo Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjšal plačilo za 2% celotne vrednosti programa, če je realiziral vsaj dve tretjini programa oziroma za 4%, če je realiziral manj kot dve tretjini v pogodbi dogovorjenega programa.«

V 41.členu se doda nov osmi odstavek, ki se glasi:

»(8) Zavod bo izvajalcem v dejavnosti ortodontije zagotovil plačilo realizirane vrednosti programa največ do pogodbeno dogovorjene vrednosti programa, če izvajalec v koledarskem letu na novo vključi v zdravljenje vsaj 60 oseb. Pogoj velja za 1 tim in se ustrezno preračuna glede na število timov v pogodbi, razen pri UKC Ljubljana, kjer se pogoj upošteva za 2,70 tima. Če izvajalec ne izpolni pogoja

glede vključevanja novih oseb v zdravljenje, se mu pri obračunu za obdobje januar–marec tekočega leta odšteje 4 % obračunane vrednosti za obdobje januar–december preteklega leta. Ta sredstva se razdelijo izvajalcem, ki so v preteklem letu v celoti izpolnili s pogodbo dogovorjeni program (točke) in pogoj glede vključevanja novih oseb v zdravljenje, sorazmerno glede na število timov.«

Določba velja od 1. 1. 2012 naprej.

14. člen

Briše se 43. člen.

15. člen

Doda se nov tretji odstavek 44. člena, ki se glasi:

»(3) Zavod kopije zapisnikov nadzorov, ki so bili opravljeni pri članih Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, posreduje združenju.«

Ostali odstavki se preštevilčijo. Sprememba velja od 1. 7. 2011 naprej.

16. člen

V prvem odstavku 45. člena se doda nova 20. točka, ki se glasi:

»20. Zavodu na njegovo posebno zahtevo ne predloži vseh dokumentov drugih izvajalcev zdravstvenih storitev, na podlagi katerih so obračunali posamezne storitve (npr. ločeno zaračunljivi material, stroške tolmača slovenskega znakovnega jezika ipd.).«

17. člen

Doda se nova 11.2. točka prvega odstavka 53. člena, ki se glasi:

»11.2. V primeru, ko arbitraža odloča o neizbiri izvajalca na razpisu programov zdravstvenih storitev, ki ga je objavil Zavod, je arbitraža sklepčna, če sta na seji prisotna vsaj dva arbitra, ki sta bila imenovana s strani Ministrstva za zdravje, vsaj dva arbitra, ki sta bila imenovana s strani Zavoda ter vsaj en arbiter, ki zastopa partnerje s strani izvajalcev.«

Ostale točke se preštevilčijo.

18. člen

Briše se tretji odstavek 58. člena.

19. člen

Briše se 62. člen.

Določba velja od 1. 1. 2012 naprej.

20. člen

Doda se nov 75. člen, ki se glasi:

»(1) Za kalkulacije storitev, ki so jih partnerji dogovorili z Aneksom št. 1 k Dogovoru 2011 in za katere v 25. členu niso zagotovljena dodatna sredstva, se program načrtuje na osnovi prestrukturiranja pogodbeno dogovorjenega programa med Zavodom in izvajalci.«

Ostali členi se preštevilčijo.

21. člen

Doda se nov 76. člen, ki se glasi:

»(1) Zavod sklene pet letne pogodbe s socialnovarstvenimi zavodi in zavodi za usposabljanje po sprejemu Aneksa št. 1 k Dogovoru 2011.

Ostali členi se preštevilčijo.

22. člen

Briše se 78. člen.

23. člen

V Prilogi I se spremeni kalkulacija tako, da se glasi:

201 031 KIRURGIJA Z OPERATIVO – OPERACIJA NA VENAH Z LASERSKO TEHNOLOGIJO

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEVILO OPERACIJ
KIRURG	1,00	53	44.077,12	
ANESTEZIOLOG	0,10	53	4.407,71	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.627,93	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	14.699,27	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,54	24	7.632,29	
SKUPAJ	3,64		93.444,33	600
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	93.444,33			
OBVEZNOSTI	15.044,54			
SKUPNA PORABA	3.637,78			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	1.417,78			
MAT STROŠKI	324.488,93			
AMORTIZACIJA	21.814,28			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	773,76			
SKUPAJ – EUR	460.621,40			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	449.105,87			
CENA	748,51			

Opombe:

- Izvajalec v okviru cene za eno operacijo opravi ambulantna pregleda pred in po operaciji.
- Poleg cene za operacijo ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.
- Sprememba velja od 1. 9. 2011 naprej.

V Prilogi I se dodajo nove kalkulacije, ki se glasijo:

101 001 0279 DODATEK ZA REFERENČNO AMBULANTO – SPLOŠNA AMBULANTA

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,50	36	11.450,25	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,14	24	2.002,51	
SKUPAJ	0,64		13.452,76	
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	13.452,76		13.452,76	
OBVEZNOSTI	2.165,89		2.165,89	
SKUPNA PORABA	639,61		639,61	
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	249,28		249,28	
MATERIALNI STROŠKI		31.087,21	31.087,21	
SKUPAJ – EUR			47.594,75	
SKUPAJ – EUR (-2,5%)			46.404,88	
CENA/PAVŠAL			3.867,07	

* Kalkulacija je v CENAH januar 2011 in velja od 1. 4. 2011 naprej.

201 PRIPRAVA IN APLIKACIJA DRAGEGA BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVILA: MABTHERA

	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEV. APLIKACIJ
KADER				
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,52	53	23.395,73	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,78	36	17.961,17	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,20	25	2.916,82	
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,26	24	3.718,95	
SKUPAJ	1,76		47.992,68	1.000
FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	47.992,68			
OBVEZNOSTI	7.726,82			
SKUPNA PORABA	1.758,93			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	685,52			
MAT STROŠKI	98.819,53			
AMORTIZACIJA	2.739,52			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	160.514,57			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	156.501,71			
CENA	156,50			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 PRIPRAVA IN APLIKACIJA DRAGEGA BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVILA: ENDOXAN, ILOMEDIN

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEV. APLIKACIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,52	53	23.395,73	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,59	36	13.470,88	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,20	25	2.916,82	
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,23	24	3.289,84	
SKUPAJ	1,54		43.073,27	1.000

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	43.073,27			
OBVEZNOSTI	6.934,80			
SKUPNA PORABA	1.539,06			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	599,83			
MAT STROŠKI	204.161,91			
AMORTIZACIJA	449,96			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	257.550,40			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	251.111,64			
CENA	251,11			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 PRIPRAVA IN APLIKACIJA DRAGEGA BOLNIŠNIČNEGA ZDRAVILA: REMICADE, ROACTERMA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEV. APLIKACIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,52	53	23.395,73	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,49	36	11.225,73	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,15	25	2.187,62	
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,20	24	2.860,73	
SKUPAJ	1,36		39.669,81	1.000

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	39.669,81			
OBVEZNOSTI	6.386,84			
SKUPNA PORABA	1.359,17			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	529,72			
MAT STROŠKI	81.788,23			
AMORTIZACIJA	1.699,64			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	132.224,99			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	128.919,36			
CENA	128,92			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 BIOPSIJA HORIONSKIH RESIC, KORDOCINTEZA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠTEV. BIOPSIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,27	53	12.165,78	260
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,25	36	5.837,38	
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,09	24	1.287,33	
SKUPAJ	0,62		19.290,49	260

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	19.290,49			
OBVEZNOSTI	3.105,77			
SKUPNA PORABA	619,62			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	241,49			
MAT STROŠKI	26.325,80			
AMORTIZACIJA	5.495,92			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	55.870,67			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	54.473,90			
CENA	209,51			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 030 GINEKOLOGIJA – AMNIOCINTEZA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. AMNIOCINTEZ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,70	53	31.194,31	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,88	36	20.206,32	
ADMINST. TEHNIČNI DELAVCI	0,27	24	3.861,99	
SKUPAJ	1,85		55.262,62	1.000

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	55.262,62			
OBVEZNOSTI	8.897,28			
SKUPNA PORABA	1.848,87			
PREMIJA ZA DOD. POK. ZAV.	720,58			
MAT STROŠKI	36.893,25			
AMORTIZACIJA	15.854,65			
DOD. SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	120.268,82			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	117.262,10			
CENA	117,26			

Opombe:

- Kalkulacija je cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 031 0263 KIRURGIJA – OPERACIJA KARPALNEGA KANALA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. OPERACIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.900,50	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,35	24	5.006,28	
SKUPAJ	2,35		72.514,64	1.018

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	72.514,64			
OBVEZNOSTI	11.674,86			
SKUPNA PORABA	2.348,57			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	915,33			
MATERIALNI STROŠKI	220.348,28			
AMORTIZACIJA	669,06			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	309.262,31			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	301.530,75			
CENA	296,20			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej, razen za izvajalca Kirurški center Toš in Simed, za katera kalkulacija velja od 1. 1. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po operaciji.
- Poleg cene za storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 030 GINEKOLOGIJA – MEDIKAMENTOZNI SPLAV

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,61	36	13.969,30	
SOCIALNI DELAVEC	0,39	36	8.931,19	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,81	25	12.049,39	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,49	24	7.008,80	
SKUPAJ	3,30		86.566,54	2.497

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	86.566,54			
OBVEZNOSTI	13.937,21			
SKUPNA PORABA	3.297,99			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.285,35			
MATERIALNI STROŠKI	245.126,85			
AMORTIZACIJA	14.477,78			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	365.483,29			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	356.346,21			
CENA	142,71			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po operaciji.
- Poleg cene za storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 030 GINEKOLOGIJA – DIAGNOSTIČNA HISTEROSKOPIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.900,50	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,75	25	11.156,84	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,47	24	6.722,72	
SKUPAJ	3,22		85.387,92	4.342
FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	85.387,92			
OBVEZNOSTI	13.747,46			
SKUPNA PORABA	3.218,04			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.254,19			
MATERIALNI STROŠKI	650.812,59			
AMORTIZACIJA	3.169,32			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	758.381,09			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	739.421,56			
CENA	170,30			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po operaciji.
- Poleg cene za storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 030 GINEKOLOGIJA – HISTEROSKOPSKA OPERACIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.900,50	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,50	25	7.437,89	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,43	24	6.150,58	
SKUPAJ	2,93		81.096,83	2.141
FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	81.096,83			
OBVEZNOSTI	13.056,59			
SKUPNA PORABA	2.928,21			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.141,24			
MATERIALNI STROŠKI	869.209,97			
AMORTIZACIJA	1.563,17			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	969.787,58			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	945.542,89			
CENA	441,64			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po operaciji.
- Poleg cene za storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 034 OKULISTIKA – Zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF (prva in nadaljna obravnava)

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,04	36	23.816,52	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,31	25	4.611,49	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,41	24	5.864,50	
SKUPAJ	2,76		78.900,37	748
FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ			
BRUTO OD	78.900,37			
OBVEZNOSTI	12.702,96			
SKUPNA PORABA	2.758,32			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.075,02			
MATERIALNI STROŠKI	63.383,25			
AMORTIZACIJA	17.888,53			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57			
SKUPAJ – EUR	177.500,02			
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	173.062,52			
CENA	231,37			

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po zdravljenju.
- Storitve se lahko obračuna, če so bile opravljene in ustrezno zabeležene v medicinski dokumentaciji vse naslednje aktivnosti: optična koherentna topografija, tonometrija nekontaktna, foto red free, autofluorescenca, pregled pri 1. obr., el. refraktometrija, refr. slikanje očesnega ozadja, ETDRS, indocia. angiografija ter fluoresc. angiogr. ali ICG.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

201 034 OKULISTIKA – Zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljnja obravnava z aplikacijo zdravila Avastin

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	44.607,86	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,04	36	23.816,52	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	2,24	25	33.321,77	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,74	24	10.584,72	
SKUPAJ	5,02		112.330,86	960

FINANČNI NAČRT	PROGRAM SKUPAJ		
BRUTO OD	112.330,86		
OBVEZNOSTI	18.085,27		
SKUPNA PORABA	5.016,94		
PREMIJA ZA DODATNO POKOJNINSKO ZAVAROVANJE	1.955,29		
MATERIALNI STROŠKI	201.156,42		
AMORTIZACIJA	17.268,58		
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	791,57		
SKUPAJ – EUR	356.604,93		
SKUPAJ – EUR (-2,5%)	347.689,81		
CENA	362,18		

Opombe:

- Kalkulacija je v cenah januar 2011 in velja od 1. 9. 2011 naprej.
- V ceni storitve je vključen ambulantni pregled pred in po zdravljenju
- Storitve se lahko obračuna, če so bile opravljene in ustrezno zabeležene v medicinski dokumentaciji vse naslednje aktivnosti: optična koherentna topografija, tonometrija nekontaktna, foto red free, autofluorescenca, pregled pri 1. obr., el. refraktometrija, refr. slikanje očesnega ozadja, ETDRS, avastin
- Cena storitve vključuje stroške za zdravilo Avastin.
- Poleg cene za to storitev ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

V Prilogi I se za kalkulaciji dispanzer za otroke in šolarje – kurativa namesto dveh šifer (101 002 + 101 003) določi enotna šifra.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

Kalkulaciji v Prilogi I dispanzer za šolsko mladino – preventiva (101 054) in dispanzer za otroke – preventiva (101 055) se združita v enotno kalkulacijo dispanzer za otroke in šolarje – preventiva s skupno šifro. V kalkulaciji za izračun cene se upošteva 47.706 količnikov iz obiskov.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V Prilogi I se pod kalkulacijo podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (202 065) doda opomba, ki se glasi:

»Bolnišnici Sežana se v ceni iz zgornje kalkulacije priznajo dodatna sredstva v višini 17 % sredstev za materialne stroške.«

Pod kalkulacijo za densitometrijo v Prilogi I/a se doda opomba, ki se glasi:

»Kalkulacija velja tudi za izvajalce s koncesijo, ki jim je Ministrstvo za zdravje dovolilo opravljanje dejavnosti densitometrije.«

Sprememba velja od 1. 9. 2011 naprej.

24. člen

Tretji odstavek 4. člena Priloge ZDZAS II/a se spremeni tako, da se glasi:

»(3) Programi preventive in kurative se v ambulantah splošne oz. družinske medicine (razen v ambulanti splošne medicine v socialnovarstvenem zavodu in referenčni ambulanti), v otroških in šolskih dispanzerjih ter v dispanzerjih za ženske oblikujejo ločeno.«

25. člen

Doda se nov 11. člen v Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:

»(1) Partnerji soglašajo, da bodo referenčne ambulante načrtovane z Aneksom št. 2 k Dogovoru 2010 pričele z delom postopoma, predvidoma s 1. aprilom 2011 in s 1. septembrom 2011.

(2) Izvajalci poročajo o delu referenčnih ambulant do 10. v mesecu za pretekli mesec v skladu z Navodili, ki jih izda delovna skupina v okviru Ministrstva za zdravje. Izvajalci prvič poročajo o delu referenčnih ambulant za mesec junij 2011.

(3) Za izvajanje programa referenčnih ambulant bodo izvajalci prejeli dodatek na splošno ambulanto v skladu s Prilogo I, ki bo v celoti krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Izvajalci prejmejo dodatek za mesec junij 2011 in naprej le ob pogoju, da so Zavodu posredovali poročilo o delu referenčnih ambulant v skladu z drugim odstavkom tega člena.

(4) Glede na postopno dinamiko pričetka dela lahko število referenčnih ambulant v letu 2011 preseže število prvotno načrtovanih ambulant (40), vendar v okviru načrtovanih sredstev.«

Ostali členi se preštevilčijo.

26. člen

Doda se nov drugi odstavek 25. člena Priloge ZD ZAS II/a, ki se glasi:

»(2) Uvodni del Programa svetovanje za zdravje (PSZ) (zdravstvenovzgojne delavnice Živiljenjski slog, Preizkus hoje na 2 km, Dejavniki tveganja) je namenjen začetnemu informiranju udeležencev o zdravem življenjskem slogu in dejavnih tveganja ter motiviranju ljudi za vključitev v strukturirane, daljše tematske delavnice, namenjene osebam s prisotnimi dejavniki tveganja in visoko ogroženim za razvoj srčno-žilnih in ostalih kroničnih nenalezljivih bolezni ter že zbolelim. Zato se v uvodni del PSZ lahko vključijo vse zainteresirane osebe iz ciljne populacije programa, v nadaljevalni del PSZ (daljše tematske delavnice Zdrava prehrana, Telesna dejavnost – gibanje, Zdravo hujšanje) pa le osebe, napotene s strani izbranega osebnega zdravnika. Za udeležbo v delavnici Da, opuščam kajenje in individualnem svetovanju za opuščanje kajenja ni potrebna napotitev s strani izbranega osebnega zdravnika.«

Ostali odstavki se preštevilčijo.

Četrty in peti odstavek 25. člena Priloge ZD ZAS II/a se spremenita tako, da se glasita:

»(4) Izvajalci Zavodu o realizaciji programa skupinskih zdravstvenovzgojnih delavnic in individualnih svetovanj poročajo mesečno. Izvajalci oddajo letno »Poročilo o delu zdravstvenovzgojnega centra in izvedbi programirane zdravstvene vzgoje za odrasle – Programa svetovanja za zdravje« do 15. 2. v naslednjem letu na predpisanem obrazcu, in sicer Inštitutu za varovanje zdravja RS in Centru za preprečevanje kroničnih bolezni CINDI.

(5) Izvajalec za potrebe nadzora Ministrstva za zdravje in Zavoda hrani v evidenci podpise udeležencev vsakega srečanja posameznih skupinskih delavnic in individualne obravnave, skupaj z datumi posameznih srečanj, izvajalci in sezname ustanov, v katerih so se skupinske delavnice in individualne obravnave izvršile.«

27. člen

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

»Izvajalci bodo program opravljali ob nedeljah in praznikih na lokacijah nosilcev dežurne službe v ordinacijskem času:«

V 37. členu Priloge ZD ZAS II/a se na koncu dodata nova četrta in peti odstavek, ki se glasita:

»(4) V dežurno službo so se dolžni enakomerno in enakopravno vključevati vsi izvajalci zobozdravstva, ki opravljajo dejavnost izbranega osebnega zobozdravnika v zobnih ambulantah za odrasle in za mladino na območju posamezne območne enote Zavoda, kjer ima nosilec dežurne službe sedež, razen, če se izvajalci sporazumno dogovorijo drugače. Delež vključevanja se računa glede na obseg programa pri posameznem izvajalcu. Razpored pripravi zdravstveni dom kot organizator te službe, oziroma koncesionar, za katerega se dogovorijo izvajalci teh dejavnosti. V spornih primerih razpored vključevanja izvajalcev v dežurno službo ter lokacijo izvajanja določi ustanovitelj zdravstvenega zavoda, kjer ima nosilec dežurne službe sedež.

(5) Dežurna služba se financira s sredstvi nosilcev dežurne službe, ki imajo za program dežurne službe sklenjeno pogodbo z Zavodom.«

28. člen

Priloga ZD ZAS II/a-4 se spremeni tako, da se v okviru plana nenujnih reševalnih prevozov OE KOPER spremeni število timov v koloni 3, in sicer:

- za MEDITRANS (Postojna) se zmanjša za 0,10 tima tako, da znaša 1,00 tim
- za ZD Postojna se poveča za 0, 10 tima tako, da znaša 0,10 tima

Spremeni se plan km (T) za nenujne reševalne prevoze v koloni 4, in sicer:

- za MEDITRANS (Postojna) se zmanjša za 9.946 km tako, da znaša 99.460 km
- za ZD Postojna se poveča za 9.946 km, tako, da znaša 9.946 km.

Sprememba velja od 1. 7. 2011 naprej.

29. člen

V 12. členu Priloge BOL II/b se v prvem stavku drugega odstavka črta besedilo:

»ter vzpostavitev in koordiniranje nacionalnih čakalnih list«

30. člen

Briše se četrta odstavek 18. člena Priloge BOL II/b.

Prvi odstavek 5. člena Priloge BOL II/b se prestavi za peti odstavek 18. člena.

Drugi odstavek 5. člena Priloge BOL II/b se prestavi za peti odstavek 18. člena in spremeni tako, da glasi:

»(6) Napotitev zavarovane osebe iz urgentne specialistične ambulantne obravnave na specialistično bolnišnično obravnavo

1. Kadar izvajalec v okviru potrebne urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja bolnišnična obravnavo, ki jo lahko sam

zagotovi, da zaključi aktualni zdravstveni problem, lahko ta izvajalec poleg točk za urgentno ambulantno obravnavo obračuna primer bolnišničnega zdravljenja (npr. SPP, primer, BOD).

2. Kadar izvajalec v okviru potrebne urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja ustrezna bolnišnična obravnavo, ki pa jo sam ne more zagotoviti, je dolžan zavarovano osebo takoj napotiti k ustreznemu izvajalcu bolnišnične dejavnosti. V tem primeru pa lahko Zavodu obračuna le točke urgentne ambulantne specialistične obravnave.
3. Kadar gre za predvidljiv ali dogovorjen sprejem storitev urgentne specialistične ambulantne obravnave in tudi drugih storitev ni možno obračunavati posebej, saj so te storitve sestavni del cene primera. To določilo velja tudi v času dežurne službe.
- (7) Premestitev zavarovane osebe med potekom specialistične bolnišnične obravnave k drugemu izvajalcu specialistične bolnišnične dejavnosti.

1. Kadar izvajalec tekom bolnišnične obravnave ugotovi, da so za odpravo zdravstvenega problema zavarovane osebe potrebni posegi, ki jih sam ne more izvesti, se je dolžan z drugim izvajalcem, ki te posege izvaja, dogovoriti o premestitvi, in sicer med drugim tudi: kdaj bo osebo premestil k drugemu izvajalcu, ali bo drugi izvajalec opravil le določene dogovorjene posege in osebo premestil nazaj k prvemu izvajalcu (začasna premestitev) ali pa bo drugi izvajalec v celoti izvedel še druge potrebne posege, tako da bo zaključil zdravljenje, ki se je začelo že pri prvem izvajalcu (dokončna premestitev).
2. Če gre za začasno premestitev, je prvi izvajalec po vrnitvi zavarovane osebe od drugega izvajalca dolžan v okviru že začete obravnave (pred premestitvijo) nadaljevati z zdravljenjem zavarovane osebe in primer obračunati šele ob zaključku zdravljenja (hospitalizacije). Drugi izvajalec pa lahko ob premestitvi nazaj k prvemu izvajalcu že obračuna opravljene storitve, in sicer: storitve v specialistični ambulanti dejavnosti (če gre za posege, za katere ni potrebna bolnišnična obravnavo) ali primer v bolnišnični dejavnosti (če so izpolnjeni kriteriji iz Priloge BOL II/b-6 za sprejem v bolnišnično obravnavo). V primeru dokončne premestitve k drugemu izvajalcu lahko prvi izvajalec primer obračuna že ob premestitvi v skladu s pravili kodiranja, saj bo drugi izvajalec zdravljenje zavarovane osebe zaključil v celoti.«

Dopolni se prva točka petega odstavka 18. člena Priloge BOL II/b, tako da se na koncu doda stavek, ki glasi:

»Določilo iz petega odstavka tega člena ne velja za primere v urgentni specialistični ambulantni obravnavi.«

31. člen

Drugi stavek prvega odstavka 20. člena Priloge BOL II/b se spremeni tako, da se glasi:

»Skupno bodo tako izvajalci v letu 2011 imeli vpeljanih najmanj dvanajst kliničnih poti, izvajalci ozko specializirane dejavnosti pa tri.«

Na koncu prvega odstavka 20. člena Priloge BOL II/b se doda nov stavek, ki se glasi:

»Klinične poti izvajalci objavijo in ob spremembi ažurirajo na svojih spletnih straneh.«

32. člen

Brišeta se drugi in tretji odstavek 22. člena Priloge BOL II/b.

33. člen

Briše se 26. člen Priloge BOL II/b.

34. člen

Doda se nov 28. člen v Prilogi BOL II/b, ki se glasi:

»(1) V kalkulirana namenska sredstva za učinkovine everolimus, natalizumab in valganciklovir se izločijo iz pogodb izvajalcev, ker se zavarovanim osebam zagotavljajo s predpisovanjem na recept. V kalkulirana sredstva za učinkovino »mikofenolna kislina« se izločijo iz postavke draga bolnišnična zdravila in se namenijo za povečanje obsega programov po predlogu Zavoda z namenom uravnoveženja čakalnih dob pri posameznem izvajalcu ali za odpravo podcenjenosti pri akutni bolnišnični obravnavi.«

Določba velja od 1. 7. 2011 naprej, z izjemo učinkovine natalizumab, ki se izloči iz pogodbe izvajalcev od 1.2.2011 naprej.«

35. člen

Besedilo od vključno drugega do vključno sedmega odstavka Priloge BOL II/b-1 se nadomesti z naslednjim besedilom:

»(2) Načrtovani obseg programa izvajalca je opredeljen v številu preiskav. Načrtovani obseg programa na kumulativni ravni kot tudi po posameznih skupinah radioloških diagnostičnih postopkov (v nadaljevanju: SRDP) je enak načrtovanemu obsegu programa za pogodbeno leto 2010 glede na Aneks št. 1 in 2 k Dogovoru 2010, pri čemer se upoštevajo tudi do sprejema tega aneksa dogovorjena prestrukturiranja.

Izvajalcem, ki izpolnjujejo pogoje iz tega odstavka, se v pogodbenem letu 2011 (in za naprej) poveča načrtovani obseg programa, in sicer za razliko med številom realiziranih in načrtovanih preiskav v obdobju september – december 2010 projicirano na letno raven. Načrtovani obseg programa po posameznih SRDP iz naslova tega povečanja se opredeli na osnovi strukture realiziranega obsega programa v obdobju september – december 2010, pogodbeno vrednost tega povečanja pa se opredeli na osnovi povprečnih realiziranih cen preiskav za posamezno SRDP v tem obdobju. Izvajalcem se poveča načrtovani obseg programa, če hkrati izpolnjujejo vse naslednje pogoje:

- izvajalec je presegel načrtovani obseg preiskav za obdobje september–december 2010,
- izvajalec na dan 31. 12. 2010 ni imel čakajočih nad 180 dni, pri čemer se upoštevajo podatki, ki so jih izvajalci posredovali Zavodu,
- izvajalec na dan 31. 12. 2010 v strukturi čakajočih ni imel več kot 30 % vseh čakajočih med 91 in 180 dni, pri čemer se upoštevajo podatki, ki so jih izvajalci posredovali Zavodu,
- izvajalec je na dan 31. 12. 2010 program izvajal na lastni napravi.

Število preiskav za SRDP CT primerjava in MR primerjava se ne načrtuje, do 31. 12. 2011 sta ti SRDP namenjeni evidentiranju realizacije. Zavod bo v pogodbah z izvajalci CT in MR preiskav natančno določil tudi specifične preiskave, ki jih posamezni izvajalec ne more obračunati Zavodu. V letu 2011 in 2012 se bo Zavod osredotočil na naslednje preiskave: MR skeleta artrografija – vsak sklep, MR jeter s kontrastom, MR angiografije, MR srca in MR vodena specialna slikanja.

(3) Pogodbeno vrednost programa za pogodbeno leto 2011 temelji na načrtovanem obsegu programa, strukturi po posameznih SRDP in veljavnih cenah preiskav.

(4) Minimalni nabor podatkov, ki jih mora vsebovati napotnica na CT in MR preiskave je: zdravniška številka napotnega zdravnika,

številka napotne ustanove; podatki o zavarovancu: številka ZZS, ime in priimek, datum rojstva, naslov stalnega bivališča, kontaktna telefonska številka; podatki o indikaciji: šifra in opis napotne diagnoze iz trenutno veljavne MKB, šifra in opis RDP, klinično vprašanje v tekstovni obliki, označena stopnja nujnosti, podatek o alergijah na kontrastna sredstva in podatek o glomerulni filtraciji.

(5) Plačilo realiziranega obsega programa za posamezni mesec Zavod izvaja v roku 30 dni od prejema računa, ki ga izvajalec posreduje do 10. dne v mesecu za pretekli mesec. Minimalni nabor specifikacije računa vključuje: unikatno številko preiskave iz čakalne knjige, številko ZZS, ime in priimek osebe, ki ji je bila opravljena preiskava, datum opravljene preiskave in vrsto opravljene preiskave, šifro in opis RDP, zdravniško številko specialista, ki je RDP izvedel in odčital, podatek o ustreznosti izbrane stopnje nujnosti, podatek o potrditvi napotne diagnoze in podatek o tem ali je preiskava razrešila klinično vprašanje.

(6) Priznana vrednost realiziranega programa se v končnem letnem obračunu, ki se izvaja za obdobje koledarskega leta, opredeli na naslednji način:

1. Realizirana vrednost programa izvajalca (v nadaljevanju: RV) se izračuna na podlagi števila realiziranih preiskav in cen preiskav, ki so določene v Prilogi BOL II/b-1b.
2. Če izvajalec realizira oziroma preseže skupno načrtovano število preiskav, se izvajalcu prizna realizirana vrednost programa, vendar največ do pogodbene vrednosti, opredeljene na podlagi tretjega odstavka te priloge.
3. Če izvajalec ne realizira skupnega načrtovanega števila preiskav, se primerja RV programa in pogodbeno vrednost, opredeljena na podlagi tretjega odstavka te priloge, zmanjšana za odstotek nedoseganja skupnega načrtovanega števila preiskav (v nadaljevanju: ZmanPV). Če je RV večja od ZmanPV se izvajalcu prizna ZmanPV, sicer pa RV.
4. Priznana vrednost realiziranega programa (na podlagi prve do tretje točke tega odstavka) se v končni fazi korigira še z morebitnim nedoseganjem načrtovanega števila preiskav v okviru posamezne SRDP. Izvajalec mora v okviru posamezne SRDP realizirati vsaj 70 % načrtovanega števila preiskav. V primeru, da tega kriterija pri posamezni SRDP ne doseže, se izvajalcu priznana vrednost realiziranega programa v okviru te SRDP zmanjša za nerealizirano število preiskav (nad 30 %) v okviru posamezne SRDP, ki se ovrednotijo z najvišjo ceno preiskave v okviru te SRDP. V primeru nedoseganja skupnega načrtovanega števila preiskav, se v okviru izvedbe končnega letnega obračuna pri tej točki kot načrtovano število preiskav po posameznih SRDP upošteva planirano število preiskav po posameznih SRDP znižano z indeksom nedoseganja skupnega načrtovanega števila preiskav.«

36. člen

V Prilogi BOL II/b-1a se pod smiselnimi zaporednimi številkami dodajo naslednje preiskave:

CT30000	CT TORAKS IN ABDOMEN		
CT30011	CT ŠIROKEGA ČREVESA BREZ KS	56407-00	157,73
CT30012	CT OZKEGA ČREVESA BREZ KS	56407-00	157,73

CT20000	CT SKELETA		
CT20006	CT PO MIELOGRAFIJI BREZ KS	56219-00	138,66
CT20010	CT ARTROGRAFIJA RAME BREZ KS	56619-00	138,66
CT20014	CT ARTROGRAFIJA – OSTALO BREZ KS	56619-00	138,66
CT20015	CT PO LSR BREZ KS	56219-00	138,66

V Prilogi BOL II/b-1a se nazivu preiskave na koncu doda »s KS«, tako da se glasi:

CT30000	CT TORAKS IN ABDOMEN			
CT31011	56	CT ŠIROKEGA ČREVESA S KS	56407-00	227,64
CT31012	57	CT OZKEGA ČREVESA S KS	56407-00	227,64

V Prilogi BOL II/b-1a se spremenijo nazivi (na koncu naziva se doda »s KS«) in cene naslednjih preiskav:

CT20000	CT SKELETA			
CT21006	18	CT PO MIELOGRAFIJI S KS	56219-00	207,73
CT21010	22	CT ARTROGRAFIJA RAME S KS	56619-00	207,73
CT21014	26	CT ARTROGRAFIJA – OSTALO S KS	56619-00	207,73
CT21015	27	CT PO LSR S KS	56219-00	207,73

V Prilogi BOL II/b-1a se spremeni cena naslednje preiskave:

CT50000	CT SRCA			
CT51002	74	CTA SRCA – PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR	57350-00	227,64

V Prilogi BOL II/b-1a se pod smiselnimi zaporednimi števkami dodajo naslednje preiskave:

MR10000	MR GLAVE IN VRATU			
MR10005		MR MULTIPLA SKLEROZA BREZ KS	90901-01	223,78

MR50000	MR SRCA			
MR50001		MR SRCA – PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR BREZ KS	90901-08	246,60
MR50002		MR SRCA – PRIKAZ FUNKCIJE BREZ KS	90901-08	246,60

MR20000	MR SKELETA			
MR20014		MR SIS BREZ KS	90901-08	208,40
MR21014		MR SIS S KS	90901-08	283,78

V Prilogi BOL II/b-1a se spremenijo nazivi (na koncu naziva se doda »s KS«) in cene naslednjih preiskav:

MR50000	MR SRCA			
MR51001	74	MR SRCA – PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR S KS	90901-08	366,60
MR51002	75	MR SRCA – PRIKAZ FUNKCIJE S KS	90901-08	366,60
MR51003	76	MR KORONARNIH ARTERIJ S KS	90901-08	366,60
MR51004	77	MRA SRCA IN VELIKIH ŽIL – PRIKAZ PRETOKA S KS	90901-08	366,60

V Prilogi BOL II/b-1a se spremeni naziv (na koncu naziva se doda »s KS«) naslednje preiskave:

MR10000	MR GLAVE IN VRATU			
MR11005	7	MR MULTIPLA SKLEROZA S KS	90901-01	343,78

V Prilogi BOL II/b-1a se spremeni cena naslednje preiskave:

MR10000	MR GLAVE IN VRATU			
MR11006	8	MR VRATU S KS	90901-01	283,78

V Prilogi BOL II/b-1a se spremeni šifra in cena naslednje preiskave:

MR20000	MR SKELETA			
MR20012	20	MR SKELETA ARTROGRAFIJA – VSAK SKLEP	90901-07	344,11

Spremembe veljajo od 1. 7. 2011 naprej.

37. člen

Drugi in tretji stavek točke e.) sedmega odstavka Priloge BOL II/b-2 se spremenita tako, da se glasita:

»Pri ugotavljanju realizacije ostalega prospektivnega programa se ne upošteva realiziranih primerov operacij sivih mren v okviru prospektivnega programa sivih mren akutne bolnišnične obravnave. Ta realizacija se izvajalcem prizna v okviru obračuna sivih mren specialistično ambulantne dejavnosti, in sicer največ do plana sivih mren v specialistično ambulantni dejavnosti.«

38. člen

Osmi odstavek Priloge BOL II/b-2 se spremeni tako, da se glasi:

»(8) Podcenjenost za UKC Maribor in UKC Ljubljana se odpravi v skladu s sklepom arbitraže ob sklepanju pogodbe za pogodbeno leto 2010, v kolikor z Aneksom št. 1 k Dogovoru 2011 ne bo na novo definiran nov model financiranja bolnišnične dejavnosti – model terciarja.«

39. člen

V prvem odstavku Priloge BOL II/b-3 se pod seznamom prospektivno načrtovanih programov doda opomba, ki se glasi:

»*Program zdravljenja rakavih bolnikov ni predmet načrtovanja in ne predmet obračunavanja, kot velja za ostale prospektivne programe. Zdravljenje rakavih bolnikov v akutni bolnišnični obravnavi (SPP) namreč poteka že v okviru nekaterih prospektivnih programov, prav tako pa ugotavljanje realizacije tega programa skladno z definicijo glavne diagnoze in pravil kodiranja SPP služi le za spremljanje trenda pojavnosti zdravljenja tovrstnih oblik bolezni, kot prikazuje spodnja tabela.«

40. člen

V Prilogi BOL II/b-4 se pri poglavju Terciar I črta četrta točka.

41. člen

V Prilogi BOL II/b-5 se iz seznama zdravil v bolnišnični dejavnosti, za katere se poraba spremlja na nivoju bolnika, brišejo točke 9, 18, 19 in 32.

Ostale točke se preštevilčijo.

Določba velja od 1. 7. 2011 naprej, razen za točko 19, ki se iz seznama briše od 1. 2. 2011 naprej.

Pod tabelo v Prilogi BOL II/b-5 se doda besedilo, ki glasi:

»Opomba: Za navedene učinkovine izvajalci poročajo samo tista zdravila, ki jih Zavod opredeli v posebnem seznamu. Ta se tudi priznajo pri končnem letnem obračunu.«

Določba velja od 1. 4. 2011 naprej.

42. člen

Priloga BOL II/b-7 se spremeni tako, da se glasi:

»Kriteriji za uvrstitev na čakalni seznam

- (1) Kriterij za uvrstitev na čakalni seznam za operacije sive mreže:
 - na čakalni seznam se lahko vpisujejo le od oftalmologa napoteni pacienti z optimalno korigirano vidno ostrino \leq (enako ali manjšo) od 0,7 na slabšem očesu.
- (2) Kriteriji za uvrstitev na čakalni seznam za endoprotetiko:
 - resna anatomsko ogroženost sklepa glede na radiogram, z destrukcijo, nekrozo, decentracijo ali hujšo osno deformacijo sklepov površin, oziroma hujše kontrakturne spremembe ali večsklepna prizadetost,
 - osnovno obolenje s pričakovano hitro progredienčo degeneracije (sistemska vezivnotkivna obolenja: lupus eritematodes-LE, sistemski vaskulitis, revmatoidni artritis-RA in podobna),
 - harris hip score-HHS < 40 točk ali knee soc. score-KSS < 40 točk,
 - bolečina po vizualni analogni skali -VAS > 6,
 - aktivna zaposlitev, starost < 50 let in/ali slab socialni faktor.
- (3) V čakalni seznam so po sklepu Razširjenega strokovnega kolegija za Ortopedijo lahko uvrščeni bolniki, ki izpolnjujejo vsaj 3 od 5 kriterijev.
- (4) Skupno število bolnikov ne more presežati 20% vseh bolnikov predvidenih za primarno in revizijsko endoprotetiko iz vsake or-

topedske hiše, pri čemer so vsi bolniki, ki potrebujejo zamenjavo omajane endoproteze, tudi brez drugih kriterijev neposredno uvrščeni na čakalni seznam.«

43. člen

V Prilogi LEK II/c se podatki za Lekarno Ajdovščina nadomestijo s podatki za Lekarno Ajdovščina in Lekarno Sonček, tako da glasijo:

AJDOVŠČINA	240	0	0	0	78	0	0	0	151	0	0	0	10.901
LEKARNA SONČEK	36	0	0	0	12	0	0	0	1	0	0	0	1.277

44. člen

V drugem odstavku 11. člena Priloge LEK II/c se spremenita tretji in četrti stavek, tako da se glasita:

»Zdravila, vključena na seznam Medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, bo Zavod lekarnam plačal po nabavni ceni še največ 14 dni po vsakokratni uveljavitvi novega seznama. Po tem roku (to je na šestnajsti dan veljavnosti seznama) so lekarne dolžne izdajati prej omenjena zdravila po veljavni ceni na debelo in sicer od vsakokratne uveljavitve novega seznama Medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo za naprej.«

45. člen

Drugi odstavek 4. člena Priloge ZDRAV II/d se spremeni tako, da se glasi: »Število točk bo pri vseh zdraviliščih načrtovano tako, da bo za stacionarno in ambulantno zdraviliško zdravljenje načrtovanih 20,5 točk na dan.«

46. člen

V prilogi ZDRAV II/d-3 se zapis standardov, ki jih opravlja MZL Debeli Rtič, spremeni tako, da se glasi:

Mladinsko zdravilišče in letovišče RSK Debeli rtič	A = standard 3, 7, 9
--	----------------------

47. člen

Tabela 2 v šestem odstavku 2. člena Priloge SVZ II/e se spremeni tako, da se glasi:

Struktura storitev »dan zdravstvene nege« v letu 2010:

Tip storitev	Delež zdravstvene nege I	Delež zdravstvene nege II	Delež zdravstvene nege III
Tip A	21,78%	4,87%	73,36%
Tip B + C	4,72%	3,31%	91,97%
Tip C1	0,34%	0,00%	99,66%

48. člen

Doda se nov drugi odstavek 20. člena Priloge SVZ II/e, ki se glasi:

»(2) Načrtovani obseg programa posameznih izvajalcev zdravstvenih storitev v oskrbovanih stanovanjih se s 1. 9. vsako leto spremeni na podlagi podatkov o realizaciji storitev za obdobje januar-junij, in sicer v okviru skupnega plana storitev vseh izvajalcev. Skupnost socialnih zavodov Slovenije na podlagi podatkov o realizaciji storitev za omenjeno obdobje predlaga Zavodu spremembo planiranega

obsega programa po posameznih izvajalcih z veljavnostjo od 1. 9. naprej. Zavod na osnovi usklajene spremembe posreduje izvajalcem nove finančne načrte, ki kot priloga postanejo sestavni del pogodbe.«

Ostali odstavki se preštevilčijo.

49. člen

V Prilogi III/a se brišejo interferoni.

Sprememba velja od 1. 6. 2011 naprej.

V Prilogi III/a se namesto:

(1) točka 6			Rhogam ali drugi humani imunoglobulini anti-D zoper senzibilizacijo nosečnic, preiskava brisov PAPP in prosti HCG (opravljene skupaj z meritvijo nihalne svetline) do 14. tedna nosečnosti		
	0008	Q0023	Rhogam ali drugi humani imunoglobulini anti-D zoper senzibilizacijo nosečnic	cepivo	65,48

zapiše:

(1) točka 6			Rhesonativ ali drugi imunoglobulini anti-D, preiskava brisov PAPP in prosti HCG (opravljene skupaj z meritvijo nihalne svetline) do 14. tedna nosečnosti		
	0008	Q0068	Rhesonativ 625 i.e. / 1 ml (delovna šifra 007510)	ampula	23,29
	0008	Q0069	Rhesonativ 625 i.e. / 2 ml (delovna šifra 007650)	ampula	46,14

50. člen

V Prilogi IX/a se spremeni naslov priloge tako, da se glasi:

»Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni in področni anesteziji«

V Prilogi IX/b se v Tabeli 1 pri uroloških boleznih v zadnjem stolpcu doda »***PSA«, pod tabelo pa se doda tekst, ki se glasi:

»PSA – v skladu s strokovnimi priporočili«

51. člen

Sporna vprašanja na Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011, ki na arbitraži niso bila sprejeta, se posredujejo v odločanje Vladi Republike Slovenije v okviru Aneksa št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011.

52. člen

Ta aneks velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže, uporablja pa se od 1. 1. 2011 dalje, razen v primerih, ko je pri posameznih členih določeno drugače.

Številka: 1720-1/2011-A1

Datum: 24. 5 2011

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

Uveljavitev sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je na 8. redni seji 5. 4. 2011 sprejela Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, nanje pa je dal soglasje Minister za zdravje. Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja pričnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije, to je 7. maja 2011.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) predstavljajo temeljni podzakonski akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb in drugo.

Tokratne spremembe Pravil prinašajo novosti na področju medicinsko tehničnih pripomočkov, zdravil, usklajevanja nadomestila plače, povračila stroškov prehrane in nastanitve in odločanja o naporitvi na zdravljenje v tujino. V nadaljevanju so navedene najpomembnejše spremembe.

1. Pravica do medicinsko-tehničnih pripomočkov

- **Procesor kostno usidranega slušnega pripomočka.** Gre za novo pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanim osebam, ki zaradi anatomskih in funkcionalnih prizadetosti sluhovodov ne morejo uporabljati slušnega aparata je bilo z vstavitvijo kostno usidranega slušnega pripomočka omogočeno pomembno izboljšanje sluha. Program je sestavljen iz kirurškega posega vstavitve notranjega dela in naknadno namestitvijo zunanjega dela kostno usidranega slušnega pripomočka (procesorja). Notranji kirurško vstavljeni del lahko ostane v telesu tudi več kot 20 let, medtem ko je treba zunanji del kostno usidranega slušnega pripomočka (procesor) zamenjati praviloma po petih letih, zagotavljanje katerega pa do sedaj ni bilo sistemsko urejeno. Zaradi tega se Pravila dopolnjujejo s pravico do zamenjave procesorja, ki ga bodo zavarovane osebe lahko prejele na podlagi naročilnice za medicinsko tehnični pripomoček, izdane s strani zdravnika specialista ORL.
- **Standardni materiali pripomočkov za vid – plastična stekla.** S Pravili so na novo določeni standardni materiali za stekla za očala (mineralna ali plastična stekla). Sam standard izdanih očal se bo s tem bistveno dvignil, saj bo zavarovana oseba lahko dobila plastična stekla že pri nižjih dioptrijah, (sedaj so bile do plastičnih stekel upravičene le zavarovane osebe z ametropijo 5 in več dioptrij ter v nekaterih drugih primerih).
- **Obnovljiva naročilnica za medicinsko tehnične pripomočke.** Obnovljiva naročilnica za medicinsko tehnične pripomočke bo zavarovanim osebam prihranila čas, ki so ga dosedaj porabili

za obiske zdravnika samo zaradi predpisa pripomočka. Veliko obiskov pri zdravniku, ki jih imajo bolniki s kronično boleznijo, je namreč vezano zgolj na stalno oskrbo s pripomočki. Predpisovanje pripomočkov na obnovljivo naročilnico se bo uvažalo postopoma za posamezne skupine pripomočkov, in sicer glede na pripravo strokovnih izhodišč. Pričakuje se, da bo prvo takšno področje, področje pripomočkov za zdravljenje sladkorne bolezni. Zavarovana oseba lahko na podlagi posamezne obnovljive naročilnice pripomočke prevzema le pri dobavitelju, pri katerem je pripomoček na podlagi te posamezne obnovljive naročilnice prvič nabavila. Ta omejitev naj bi veljala le do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice.

- **Pooblastila za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov.** Podeljuje se pooblastilo za predpisovanje prsnih protez osebnim zdravnikom. Prsno protezo bo prvi predpisal še vedno specialist onkolog, nadalje pa jo bo na podlagi specialističnih izvidov predpisoval osebni zdravnik. S tem se razbremenjuje tako specialiste onkologe kot zavarovane osebe, ki so sedaj samo zaradi predpisovanja pripomočka morale hoditi k njemu. Prenaša se pooblastilo za predpisovanje merilca pretoka zraka od specialistov pulmologov na osebne zdravnike pediatre. Po mnenju medicinske stroke so namreč za bronhialne astme s stalnimi dihalnimi težavami usposobljeni tudi zdravniki pediatri, ki so uspešno opravili izobraževanje na Pediatrični kliniki. S tem otrok ne potrebuje več obravnave pri specialistu na sekundarnem nivoju samo zaradi predpisa tega pripomočka. Nadalje se podeljuje pooblastilo za predpisovanje določenih pripomočkov za motorično prizadete otroke tudi zdravnikom specialistom v razvojnih ambulantah. Tem otrokom tako samo zaradi teh pripomočkov ne bo več potrebno hoditi k specialistom na sekundarni ravni.

2. Pravica do zdravil na recept

- **Nadomestna zdravila.** Na recept v breme zdravstvenega zavarovanja ni več mogoče predpisati nadomestnega zdravila, če je bilo zavarovani osebi zdravilo že izdano, pa ga je izgubila, niti zdravila, ki je bilo že predpisano in izdano, ga je pa zavarovana oseba nekje pozabila ali je razbila embalažo, zaradi česar je postalo neuporabno. Zdravnik sme v navedenih primerih predpisati nova zdravila le na beli, samoplačniški recept.
- **Podvojeni recepti.** Onemogoča se izdaja zdravil v primerih, ko zdravnik (isti ali drugi) v istem časovnem obdobju podvoji že izdani recept. Če pride do podvojenega recepta, bo lekarna takšen recept ustrezno označila in ga vrnila zavarovani osebi.

- **Vnaprejšnji predpis zdravil.** Na recept v breme zdravstvenega zavarovanja tudi ni mogoče vnaprej predpisati antibiotikov ali drugih zdravil, ki se jih priporoča za preprečevanje ali zdravljenje bolezni, ki se lahko pojavijo na potovanju, in torej še ni ugotovljena potreba po njihovem jemanju. Predpisati je tako mogoče le zdravila, ki jih zavarovana oseba potrebuje za zdravljenje svojih kroničnih oziroma aktualnih bolezni.
- **Obnovljivi recept.** Zavarovana oseba lahko nabavlja zdravila, predpisana na obnovljiv recept le v lekarni, v kateri je na posamezen recept prvič nabavila zdravilo. Obnovljivi recept je namreč zaradi obvezne hrambe recepta v lekarni vezan le na eno, izbrano lekarno. Ta omejitev naj bi veljala le do uvedbe elektronskega obnovljivega recepta. Šele uvedba tega bo namreč omogočila prevzemanje zdravil na obnovljivi recept v katerikoli lekarni, saj bo takrat vzpostavljena enotna elektronska evidenca vseh predpisanih in izdanih receptov. Do uvedbe elektronskega obnovljivega recepta bo lahko zavarovana oseba, v kolikor ne bo hotela biti vezana na eno lekarno, namesto obnovljivega recepta lahko pri zdravniku dobila navaden recept za enkratno izdajo zdravila.
- **Razlika v ceni med predpisanim in izdanim zdravilom.** Ureja se doplačilo morebitne razlike v ceni med predpisanim in izdanim zdravilom. Posebej je urejeno doplačilo v primerih zdravil z določeno najvišjo priznano vrednostjo in doplačilo za primer zdravil brez tako določene vrednosti. V prvem primeru se doplača le, če cena izdanega zdravila presega najvišjo priznano vrednost zdravila, ki je medsebojno zamenljivo. Doplača se razlika med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo. Za zdravila, ki niso medsebojno zamenljiva in nimajo določene najvišje priznane vrednosti, pa se doplača razlika v ceni med najcenejšim in izdanim zdravilom.

3. Pravica do denarnih dajatev

- **Usklajevanje nadomestil plače.** Na podlagi Zakona o spremembi Zakona o usklajevanju transferjev posameznikom in gospodinjstvom v Republiki Sloveniji (Uradni list RS, št. 71/08) se od julija 2008 nadomestila plač med začasno zadržanostjo od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja usklajujejo dvakrat letno, in sicer prvič v mesecu juliju z rastjo cen življenjskih potrebščin v obdobju januar–junij tekočega leta in drugič v mesecu januarju z rastjo cen življenjskih potrebščin v obdobju julij–december preteklega leta.
- **Povračilo stroškov prehrane in nastanitve.** Natančneje se ureja pravica do povračila stroškov nastanitve, kadar mora zavarovana oseba zaradi uveljavljanja zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju. Povračilo se v tem primeru opravi v višini dejanskih stroškov, vendar ne več, kot je cena enopos-

teljne sobe v hotelu s tremi zvezdicami, oziroma če v tem kraju hotela s tremi zvezdicami ni, v kraju, ki je najbližji. Povračilo se opravi le na podlagi predloženih računov, torej dokazila, da so stroški dejansko nastali. Ni pa več možno izplačilo dnevnice za nastanitev, če zavarovana oseba ne predloži računa. Natančneje se ureja tudi pravico do povračila stroškov nastanitve in prehrane, kadar mora zavarovana oseba zaradi uveljavljanja pravice do zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini tam tudi bivati. Kadar je zavarovana oseba napotena na zdravljenje, pregled ali preiskavo v tujino se povračilo stroškov prehrane opravi le, če prehrana ni bila vključena v samo storitev, in sicer v višini 50 % devizne dnevnic, ki se izplačuje javnim uslužbencem za potovanje v določeno državo. Povračilo stroškov nastanitve se opravi v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša 70 % devizne dnevnic, ki se izplačuje javnim uslužbencem za potovanje v določeno državo. Povračilo se opravi le na podlagi predloženih računov.

4. Pravica do zdravljenja v tujini

- **Odločanje o pravici do zdravljenja v tujini.** Natančneje se določa, kaj mora vsebovati pisno mnenje klinike ali inštituta, ki ga poda konzilij zdravnikov, ter o čem imenovani zdravnik ZZS odloči, v kolikor ugotovi, da so izpolnjeni pogoji za priznanje pravice do zdravljenja, pregleda ali preiskave v tujini. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja so že dosedaj določala, da mora imenovani zdravnik odločiti o pravici do zdravljenja, pregleda ali preiskave oziroma o pravici do povračila stroškov že uveljavljene pravice, o pravici do spremstva in vrsti prevoznega sredstva (osebni avtomobil, vlak, letalo, reševalno vozilo...). S spremembami in dopolnitvami Pravil pa je dodatno določeno, da odloči tudi, kje lahko zavarovana oseba to pravico uveljavi in v kolikšnem času. Odločitev o izvajalcu v tujini je pomembna zaradi izdaje listine (po pravnem redu Evropske unije ali sporazumu o socialni varnosti), na podlagi katere zavarovana oseba uveljavi odobreno pravico. Odločitev o roku, v katerem lahko zavarovana oseba uveljavi odobreno pravico pa je pomembna iz razloga, ker se zdravstveno stanje v času lahko spremeni tako, da tudi s storitvijo v tujini ni več možno pričakovati izboljšanja zdravstvenega stanja ali vsaj preprečiti njegovo slabšanje in ker po določenem času lahko pride do zagotavljanja določene storitve tudi v Sloveniji, zaradi česar vsega lahko prenehajo pogoji za uveljavitev storitve v tujini. V kolikor pa pogoji po preteku časa še obstajajo, pa se pravica seveda lahko podaljša oziroma ponovno prizna v novem postopku.

Peter Rutar

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 8. seji dne 5. aprila 2011 sprejela

Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09 in 88/09) se v prvem odstavku 59. člena za 9. točko pika nadomesti s podpičjem in dodata novi 10. in 11. točka, ki se glasita:

“10. nadomestnih zdravil v primeru izgube zdravil, doma oziroma drugje pozabljenih zdravil ali razbitja embalaže;

11. zdravil za potovanje, ki niso del rednega zdravljenja.”.

V drugem odstavku se za besedo “odstavku” doda vejica in besedilo “razen v 10. in 11. točki”.

2. člen

V 86. členu se doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

“(2) Zavarovana oseba, ki ji je vgrajen kostno usidrani slušni pripomoček, je upravičena do zamenjave njegovega zunanega dela (procesorja).”.

3. člen

V 111. členu se tretji odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(3) Standardni materiali pri pripomočkih za vid so za:

1. okvirje za očala plastične mase in krilca, okrepljena s kovinsko armaturo,
2. stekla za očala mineralna ali plastična stekla,
3. očesne proteze plastične mase, steklo, porcelan ali druga ustrežna snov.”.

4. člen

V tretjem odstavku 114. člena se za 56. točko črta pika in doda nova 57. točka, ki se glasi:

“57. procesor za kostno usidrani slušni pripomoček 5 let.”.

5. člen

V 116. členu se za šestim odstavkom doda novi sedmi odstavek, ki se glasi:

“(7) Zavarovani osebi, ki je upravičena do pripomočkov, za katere trajnostna doba ni določena, pooblaščen zdravnik predpiše količino pripomočkov, ki je potrebna do prve kontrole pri zdravniku, vendar največ za dobo treh mesecev. Pooblaščen zdravnik lahko na obnovljivo naročilnico predpiše najmanjšo potrebno količino pripomočkov za obdobje do enega leta pri stabilnih kroničnih boleznih oziroma stanjih, pri katerih je potrebna dolgotrajna uporaba pripomočkov, če gre za pripomočke, za katere trajnostna doba ni določena ali je krajša od enega leta.”.

6. člen

143. člen se spremeni tako, da se glasi:

“143. člen

Če ima zavarovanec osnovo za nadomestilo najmanj iz predpreteklega koledarskega leta glede na obdobje zadržanosti, se osnova za nadomestilo plače uskladi s predpisi, ki urejajo usklajevanje transferencev posameznikom in gospodinjtvom v Republiki Sloveniji.”.

7. člen

V 156. členu se prvi odstavek spremeni tako, da se glasi:

“(1) Zavarovana oseba, ki je napotena k izvajalcu v Republiki Sloveniji in je odsotna od doma več kot 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 60 % dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave. Pri obračunu se upošteva vrednost dnevnice na dan, ko je bilo opravljeno potovanje.”.

Za prvim odstavkom se doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

“(2) Če mora zavarovana oseba zaradi napotitve k izvajalcu v Republiki Sloveniji bivati v drugem kraju, ima pravico do povračila stroškov nastanitve v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot je cena enoposteljne sobe v najcenejšem hotelu s tremi zvezdicami v kraju, kjer uveljavlja zdravstvene storitve, če v tem kraju ni hotela s tremi zvezdicami, pa v kraju, ki je najbližji. Do povračila teh stroškov je zavarovana oseba upravičena le ob predložitvi računov.”.

Dosedanji drugi odstavek, ki postane novi tretji odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135. člena pravil, odsotnost od doma pa je daljša od 12 ur, ima pravico do povračila stroškov prehrane v višini 50 % devizne dnevnice, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji prehrana ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Pri obračunu se upošteva vrednost dnevnic na posamezen dan, ko je zaradi uveljavljanja pravice iz prvega odstavka 135. člena pravil morala bivati v tujini.”.

Za novim tretjim odstavkom se doda novi četrti odstavek, ki se glasi:

“(4) Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz prvega odstavka 135. člena pravil, ima pravico do povračila stroškov nastanitve v tujini v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znaša 70 % devizne dnevnic, ki se izplačuje javnim uslužbencem v organih državne uprave za potovanje v posamezno državo, če ji nastanitev ni bila zagotovljena v okviru uveljavljene storitve v tujini. Do povračila teh stroškov je zavarovana oseba upravičena le ob predložitvi računov. Če so stroški v tuji valuti, se preračunajo v eure po referenčnem tečaju Evropske centralne banke na dan, ko je bil izstavljen račun. Na isti dan se upošteva tudi vrednost dnevnic.”.

Dosedanja tretji in četrti odstavek postaneta nova peti in šesti odstavek.

8. člen

V četrtem odstavku 202. člena se za besedo “pogodbo” doda vejica in besedilo “razen zdravil, predpisanih na obnovljivi recept. Ta zdravila lahko do uvedbe elektronskega obnovljivega recepta zavarovana oseba nabavlja le v tisti lekarni v Republiki Sloveniji, v kateri je na posamezni obnovljivi recept prvič nabavila zdravilo.”.

Osmi odstavek se spremeni tako, da se glasi:

“(8) Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene se lahko predpisuje in izdaja na obnovljivi recept v skladu z navodilom zavoda.”.

9. člen

V 205. členu se prvi in tretji odstavek črtata. Dosedanji drugi odstavek postane edini odstavek.

10. člen

V tretjem odstavku 207. člena se besedi "z nelastniškim" nadomestita z besedama "s splošnim", besedilo "doplača razliko v ceni" pa se nadomesti z besedilom "ta pa je višja od najvišje priznane vrednosti, doplača razliko med ceno izdanega zdravila in najvišjo priznano vrednostjo. Če predpisano zdravilo nima določene najvišje priznane vrednosti, zavarovana oseba doplača razliko med ceno izdanega in najcenejšega zdravila."

11. člen

V 209. členu se za tretjim odstavkom doda novi četrti odstavek, ki se glasi:

"(4) Farmacevt tudi ne sme v breme zavoda izdati naenkrat dveh ali več zdravil z enako učinkovino na receptih, ki jih predpiše en ali več zdravnikov. V tem primeru izda zdravilo le na en recept oziroma količino, ki je v skladu z 58. členom pravil. Podvojeni recept na sprednji strani označi z opombo "podvojeni recept" in žigom lekarne ter ga vrne zavarovani osebi z ustreznim pojasnilom. Na tako označeni recept lekarna ne sme izdati zdravila."

Dosedanji četrti do šesti odstavek postanejo novi peti do sedmi odstavek.

12. člen

V prvem odstavku 212. člena se:

- v prvi alineji 1. točke za besedama "elastomersko črpalko" in za besedama "inzulinsko črpalko" beseda "in" nadomesti z vejico, za besedo "slepe" pa doda besedilo "in prsne proteze";
- v drugi alineji 1. točke črta besedilo "merilca pretoka zraka,";
- za 1. točko doda nova 2. točka, ki se glasi: "2. za pripomočke iz 7. in 8. točke 75. člena pravil tudi zdravnik specialist v razvojni ambulanti;";
- dosedanje 2. do 6. točka postanejo nove 3. do 7. točka.

13. člen

V 213. členu se za tretjim odstavkom doda novi četrti odstavek, ki se glasi:

"(4) Upravni odbor zavoda določi vrste pripomočkov in zdravstvena stanja, pri katerih se pripomočke lahko predpiše na obnovljivo naročilnico."

14. člen

V 216. členu se za prvim odstavkom doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

"(2) Zavarovana oseba si do uvedbe elektronske obnovljive naročilnice pripomoček, ki je predpisan na obnovljivo naročilnico, nabavlja pri tisti lekarni ali pravni ali fizični osebi, ki opravlja promet z medicinsko-tehničnimi pripomočki na drobno v specializirani prodajalni, pri kateri je na posamezno obnovljivo naročilnico prvič nabavila pripomoček. Posamezna izdaja na podlagi obnovljive letne naročilnice je lahko največ v količini, predvideni za obdobje treh mesecev."

V dosedanjem drugem odstavku, ki postane novi tretji odstavek, se besedi "prejšnjega odstavka" nadomestita z besedilom "prvega in drugega odstavka tega člena".

Dosedanji tretji do osmi odstavek postanejo novi četrti do deveti odstavek.

15. člen

225. člen se spremeni tako, da se glasi:

"225. člen

(1) O pravici zavarovane osebe iz prvega odstavka 135. člena pravil odloča imenovani zdravnik zavoda.

(2) Pred odločitvijo o pravici iz prvega odstavka 135. člena pravil imenovani zdravnik pridobi pisno mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike oziroma inštituta o naslednjem:

1. ali so v Republiki Sloveniji izčrpane možnosti zdravljenja, pregleda ali preiskave bolezni oziroma stanja zavarovane osebe,
2. ali je z zdravljenjem, pregledom ali preiskavo v tujini pričakovati ozdravitev, izboljšanje zdravstvenega stanja ali vsaj preprečitev njegovega nadaljnega slabšanja,
3. kateri zdravstveni zavod oziroma zdravnik v tujini je najbližji usposobljen za zdravljenje, pregled ali preiskavo,
4. predvideno trajanje zdravljenja, pregleda ali preiskave,
5. ali zavarovana oseba potrebuje spremstvo na poti in kakšno spremstvo potrebuje,
6. kakšno vrsto prevoza potrebuje zavarovana oseba glede na zdravstveno stanje."

16. člen

226. člen se spremeni tako, da se glasi:

"226. člen

(1) Na podlagi mnenja konzilija zdravnikov iz prejšnjega člena, druge zdravstvene dokumentacije in morebitnega pregleda zavarovane osebe izda imenovani zdravnik odločbo, s katero odloči o pravici zavarovane osebe iz prvega odstavka 135. člena pravil. Če je zavarovani osebi odobreno zdravljenje, pregled ali preiskava v tujini, imenovani zdravnik z odločbo odloči tudi kje in v kolikšnem času lahko odobreno storitev uveljavi, o pravici do spremstva in o vrsti prevoznega sredstva. O pravici do spremstva in o vrsti prevoznega sredstva odloči tudi, če je zavarovani osebi odobreno povračilo stroškov iz prvega odstavka 135. člena pravil.

(2) Če je zavarovani osebi odobreno zdravljenje, pregled ali preiskava v tujini, ji zavod izda ustrezno listino, na podlagi katere lahko uveljavi storitev v tujini, oziroma nakaže akontacijo stroškov za odobreno storitev zdravstvenemu zavodu v tujini, pri katerem jo bo zavarovana oseba uveljavila, in opravi končni obračun stroškov.

(3) Za prevozne stroške lahko zavod zavarovani osebi nakaže akontacijo."

Končna določba

17. člen

Te spremembe in dopolnitve pravil se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanje soglasje minister, pristojen za zdravje, in začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št.: 9000-1/2011-DI/7
Ljubljana, dne 5. april 2011
EVA 2010-2711-0080

Predsednik Skupščine
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Vladimir Tkalec

Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na podlagi 77. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.), 4. točke prvega odstavka 76. člena in 83. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.) ter tretjega odstavka 65. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/2001 in 1/2002), izdaja

Pravilnik o nadzorih

I. Poglavje – splošne določbe

1. člen

(vsebina pravilnika)

(1) Ta pravilnik ureja vsebino, vrste in načine nadzorov ter organizacijo izvajanja in postopek nadzorov, ki jih izvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju besedila: Zavod) nad subjekti iz drugega člena tega pravilnika.

(2) Ob izvajanju nadzorov se upoštevajo predpisi, veljavni v Republiki Sloveniji in spoštujejo načela medicinske stroke in etike.

2. člen

(subjekt nadzora)

(1) Po tem pravilniku se opravlja nadzor pravnih in fizičnih oseb, ki na podlagi pogodb z Zavodom nudijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve, zdravila oziroma medicinsko tehnične pripomočke (v nadaljevanju besedila: izvajalci).

3. člen

(pomen izrazov in kratic)

(1) Izrazi in kratice, uporabljeni v tem pravilniku, imajo naslednji pomen:

1. "Direkcija" je organizacijska enota Zavoda,
2. "OE" je Območna enota Zavoda,
3. "ZAE" je Področje zdravstvene analitike in ekonomike,
4. "PAO-OE" je Oddelek za plan in analize na OE,
5. "OZZ-DI" je Področje za obvezno zdravstveno zavarovanje na Direkciji,
6. "OZZ-OE" je Oddelek za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja na OE,
7. "LN" je Lotus Notes aplikacija Nadzori,
8. "Pogodba" je Pogodba o uresničevanju zdravstvenih programov, zagotavljanju zdravil oziroma medicinskih pripomočkov med Zavodom in izvajalcem,
9. "Splošni dogovor" je Dogovor, opredeljen v 63. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
10. "Pravila OZZ" so Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja,
11. "OZZ" je obvezno zdravstveno zavarovanje,
12. "Neposredni nadzor" je nadzor, ki se izvaja na sedežu oziroma v poslovnih prostorih izvajalca,
13. "Posredni nadzor" je nadzor, ki se izvaja na sedežu oziroma v poslovnih prostorih Zavoda,
14. "Zdravnik in zobozdravnik" je fizična oseba, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje zdravniške službe po predpisih, ki urejajo zdravniško službo,

15. "Farmacevt" je fizična oseba, ki ima pridobljen strokovni naziv magister farmacije v skladu s predpisi, ki urejajo znanstvene in strokovne nazive,

16. "FRO" je Finančno računovodski oddelek na OE oziroma Področje za finance in računovodstvo na Direkciji,

17. "Nadzornik" je pooblaščen oseba Zavoda za izvedbo finančnomedicinskega ali administrativnega nadzora.

(2) Izrazi, zapisani v moški slovnični obliki se uporabljajo kot nevtralni za moške in ženske.

II. Poglavje – vsebina, vrste in načini nadzora

4. člen

(vsebina nadzora)

(1) Po vsebinah nadzora Zavod izvaja:

- nadzor nad spoštovanjem prevzetih obveznosti po pogodbah,
- nadzor nad vodenjem evidenc (evidentiranjem) in obračunavanjem zdravstvenih storitev,
- nadzor nad uveljavljanjem pravic iz OZZ (npr. nega družinskega člana, spremstvo, napotitev na sekundarni nivo, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil ter medicinsko tehničnih pripomočkov itd.),
- nadzor nad izvajanjem drugih pogodbenih obveznosti (npr. ordinacijskega časa, vodenja čakalnih knjig, itd.).

5. člen

(vrsta nadzora)

(1) Po vrstah nadzora Zavod izvaja naslednje vrste nadzorov:

- finančnomedicinski nadzor (FM),
- administrativni nadzor: finančni, nadzor pravic in drugih pogodbenih obveznosti (A).

(2) FM nadzor temelji na:

- obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevek za plačilo, poročilo, specifikacija), listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ in na vpogledu v zdravstveno dokumentacijo ter vključuje nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov in drugih pravic iz OZZ.

(2) A nadzor temelji na:

- obračunskih listinah (zbirni račun, zahtevek za plačilo, poročilo, specifikacija) in na tistih listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ, ki so v skladu z akti Zavoda obvezna priloga k obračunskim listinam ter vključuje nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, ločeno

- zaračunanih materialov in storitev, zdravil, medicinsko tehničnih pripomočkov in drugih pravic iz OZZ;
- na listinah za uveljavljanje pravic iz OZZ in drugi razpoložljivi dokumentaciji ali bazah podatkov, ki jih vodi Zavod ter vključuje nadzor nad izvajanjem Pravil OZZ (upravičenost ali neupravičenost zavarovanih oseb do pravic iz OZZ, spoštovanje postopkov za uveljavljanje pravic itd.) in drugih aktov Zavoda, ki urejajo pravice iz OZZ, kot so npr. lista zdravil, cenovni standardi medicinsko tehničnih pripomočkov in drugo;
 - na kontroli izvajanja pogodbenih obveznosti glede ordinacijskega časa, vodenja čakalnih knjig in drugih pogodbenih obveznosti izvajalca.

6. člen

(medobmočni in območni nadzor)

- (1) Medobmočni nadzor je FM nadzori in se izvaja ne glede na sedež izvajalca.
- (2) Območni nadzor je A nadzor in se izvaja na posamezni OE.

7. člen

(način nadzora)

- (1) Po načinu nadzora Zavod izvaja:
- redni (načrtovani) nadzor,
 - izredni nadzor.
- (2) Zavod izvaja redni nadzor v skladu s sprejetim letnim načrtom nadzorov iz 13. člena tega pravilnika.
- (3) Zavod izvede izredni nadzor:
- če obstaja utemeljen sum, da izvajalec krši pogodbeno določila,
 - če obstaja utemeljen sum, da izvajalec ne spoštuje splošnih ali posamičnih aktov, ki urejajo uveljavljanje pravic iz OZZ,
 - v vseh drugih primerih, če izredni nadzor narekujejo okoliščine na strani izvajalca ali če obstajajo druge okoliščine, iz katerih je utemeljeno sklepati, da izvajalec krši pogodbeno razmerje ali nastaja materialna škoda.
- (4) Izredni nadzor lahko odredijo: generalni direktor, direktor ZAE in direktor OE. Izredni nadzor se odredi nadzorniku s pisnim nalogom in pooblastilom za vsak posamični izredni nadzor. Generalni direktor, direktor ZAE in direktor OE lahko odredijo izredni nadzor za vse izvajalce ne glede na njihov sedež.

III. Poglavje – organizacija izvajanja nadzorov

1. Podpoglavje: Splošno

8. člen

(nadzorniki)

- (1) Nadzor izvajajo nadzorniki.
- (2) Nadzorniki so:
- delavci Zavoda, ki jih za izvajanje FM nadzorov s sklepom imenuje generalni direktor, za A nadzore pa direktorji OE,
 - druge fizične ali pooblaščen osebe pravne osebe, ki imajo za izvajanje FM nadzorov z Zavodom sklenjeno pogodbo in jih s sklepom imenuje generalni direktor Zavoda.

(3) FM nadzore lahko izvajajo le zdravniki, zobozdravniki ali farmacevti, ne glede na to, ali gre za nadzornike iz prve ali druge alineje prejšnjega odstavka.

(4) Nadzorniki iz prejšnjega odstavka:

- pregledajo medicinsko dokumentacijo in lahko izpišejo, prepíšejo ali kopirajo medicinsko dokumentacijo zavarovanih oseb, podatke o njihovem statusu ali druge obstoječe podatke za potrebe nadzora,
- ugotovitve nadzora primerjajo z veljavnimi normativi (normativi so definirane pogodbene obveznosti),
- zabeležijo in komentirajo ugotovljena odstopanja oziroma nepravilnosti.

(5) Nadzorniki se pri opravljanju neposrednih nadzorov izkazujejo z izkaznico nadzornika ZZS in pisnim pooblastilom. Vzorec izkaznice nadzornika ZZS je Priloga 1 tega pravilnika.

9. člen

(pooblastila in odgovornost)

- (1) Nadzornik z izvajalcem ne sme biti v nobenem sorodstvenem ali pogodbenem razmerju.
- (2) Ob pogojih iz prejšnjega odstavka nadzor opravlja en nadzornik, izjemoma dva ali več, če to narekuje vsebina, obsežnost ali zahtevnost nadzora. O tem odloči vodja oddelka za nadzor.
- (3) Nadzornik je pri opravljanju nadzora samostojen – samostojno vodi nadzor, izdelava začasni zapis in zapisnik.
- (4) Nadzornik je pri pripravi in izvajanju nadzora dolžan upoštevati pravne akte ZZS, usmeritve vodje oddelka za nadzor in navodila ter strokovna načela, ki se nanašajo na področje, ki je predmet nadzora.
- (5) Nadzornik mora varovati osebne podatke, s katerimi se seznanjajo pri opravljanju nadzora. Dolžnost varovanja osebnih podatkov ostane tudi po prenehanju delovnega razmerja nadzornika.
- (6) Nadzornik ali naročnik nadzora ne smeta z dejanjem ali opustitvijo dejanja izkazati ugodnejši rezultat za izvajalca in s tem povzročiti škodo Zavodu, sebi pa pridobiti neposredno ali posredno nedovoljeno korist.

2. Podpoglavje: Posebne organizacijske določbe glede na vrsto nadzora

1. odsek: Finančnomedicinski nadzori

10. člen

(nadzorne skupine)

- (1) Za izvajanje FM nadzorov generalni direktor s sklepom imenuje nadzorne skupine po posameznih zdravstvenih dejavnostih.
- (2) Število nadzornikov v nadzorni skupini je praviloma sorazmerno potrebam po nadzoru zdravstvene dejavnosti, ki jih nadzirajo posamezne nadzorne skupine.
- (3) Glede na potrebe delovnega procesa lahko generalni direktor oblikuje nove nadzorne skupine oziroma obstoječe nadzorne skupine združi, preoblikuje ali ukine.

11. člen

(vodje in člani nadzornih skupin)

- (1) Na predlog vodje Oddelka za nadzor generalni direktor s sklepom imenuje posamezne vodje nadzornih skupin ter njihove člane.
- (2) Vodja nadzorne skupine:

- razporeja nadzore članom nadzorne skupine,
- koordinira delo med posameznimi člani znotraj nadzorne skupine,
- sklicuje sestanek članov nadzorne skupine najmanj enkrat v polletju,
- svetuje članom nadzorne skupine, obravnava sporna vprašanja v povezavi z nadzori in pripravlja neposredne dogovore za usklajeno delo članov nadzorne skupine (dopustna je komunikacija po e-pošti),
- vodi oddelka za nadzor pošilja usklajene odgovore in zaključke nadzorne skupine ter poročilo o ključnih ugotovitvah opravljenih nadzorov v preteklem letu.

2. odsek: Administrativni nadzori

12. člen

(nadzorniki in koordinacija dela)

- (1) Nadzornike za izvajanje A nadzorov in odgovorne osebe za koordinacijo dela določi direktor OE.
- (2) Odgovorne osebe na OE v sodelovanju s PAO, FRO in OZZ koordinirajo delo nadzornikov, sklicujejo usklajevalne sestanke in zagotavljajo izmenjavo primerov dobrih praks med OE.

3. Podpoglavje: Načrtovanje nadzorov

13. člen

(letni načrt)

- (1) Letni načrt nadzorov je sestavni del letnega Poslovnega načrta Zavoda.
- (2) Letni načrt nadzorov je zbir vseh vrst nadzorov in vsebuje številčni načrt nadzorov po vrsti nadzora, nadzorni skupini, OE in morebitne usmeritve ter pojasnila k tabelam.
- (3) Letni načrt števila vseh vrst nadzorov na ravni Zavoda pripravi vodja oddelka za nadzor na Direkciji v sodelovanju z OE.
- (4) Letni načrt izvajalcev za nadzorno skupino SPP in NBO (akutna in neakutna bolnišnična obravnava) pripravi oddelek za nadzor na Direkciji.
- (5) Letni načrt izvajalcev za A nadzore pripravijo direktorji OE za svoje OE.
- (6) Pripravo letnega načrta vseh nadzorov koordinira vodja oddelka za nadzor po rokovniku za pripravo letnega Poslovnega načrta Zavoda.
- (7) Za izvedbo letnega načrta območnih nadzorov so pristojni in odgovorni direktorji OE. Pristojnost in odgovornost za izvedbo letnega načrta medobmočnih nadzorov se deli med direktorje OE in vodjo oddelka za nadzor: direktorji so pristojni in odgovorni, da nadzorniki, zaposleni v OE, opravijo dodeljeni plan nadzorov, vodja oddelka za nadzor pa je pristojen in odgovoren, da nadzorniki, zaposleni na Direkciji in nadzorniki, ki izvajajo nadzore na podlagi pogodbe, opravijo dodeljeni plan nadzorov.

14. člen

(načrtovanje nadzorov po izvajalcih)

- (1) O sprejemu letnega Poslovnega načrta Zavoda in s tem tudi letnega načrta nadzorov direktor sektorja za kontroling obvesti direktorje OE, vodja oddelka za nadzor pa obvesti vodje nadzornih skupin.
- (2) Izvajalce, pri katerih bo izveden nadzor, določi vodja PAO OE po sprejemu letnega Poslovnega načrta Zavoda. Za FM nadzore vodja

oddelka za nadzor lahko pripravi predlog izbora izvajalcev, ki je za OE zavezujoč.

15. člen

(pristojnost za naročanje in izvajanje načrtovanih nadzorov)

- (1) Pristojnost za naročanje območnih in medobmočnih nadzorov ima praviloma tista OE, ki z izvajalcem sklene pogodbo.
- (2) Medobmočne nadzore praviloma izvajajo nadzorniki sosednje OE, območne nadzore pa nadzorniki OE, ki jih imenujejo direktorji OE.
- (3) Pogodbo z izvajalcem praviloma sklene OE, na območju katere ima izvajalec sedež (v nadaljevanju besedila: pristojna OE).
- (4) Pogodbo namesto pristojne OE lahko z izvajalcem sklene Direkcija, glede naročanja in izvajanja nadzora pa veljajo določbe od 1. do 3. odstavka tega člena.
- (5) Ne glede na prejšnji odstavek tega člena lahko nadzor nad izvajalcem, kadar ni sklenitelj pogodbe pristojna OE, naroča in izvaja tudi več različnih OE, kadar je tako dogovorjeno med samimi OE ali med OE in Direkcijo.
- (6) Glede vseh vrst in načinov nadzora so izjemoma možni tudi vsi drugi dogovori med Direkcijo in OE ali med posameznimi OE glede delitve pristojnosti za naročanje in izvajanje nadzora nad izvajalci.
- (7) V primeru, da ni mogoče doseči dogovora o naročanju in izvajanju nadzorov, odloči o tem, katera OE je pristojna za naročanje in izvedbo nadzora, generalni direktor.

IV. Poglavje – postopek izvajanja nadzora

1. Podpoglavje – Predhodni postopek

1. odsek: Predhodni postopek v primeru rednega nadzora

16. člen

(obvestilo o rednem nadzoru)

- (1) Zavod o najavi rednega nadzora izvajalca obvesti s priporočeno pošto najmanj 5 (pet) dni pred predvidenim datumom nadzora. Zavod najavo rednega nadzora izvajalcu pošlje po elektronski pošti v primeru, da je rok nadzora krajši od 5 (pet) dni ali kot dopolnitev priporočene pošte. V tem primeru e-pošto pošilja z elektronsko povratnico zaradi potrditve izvajalca o prejemu elektronske pošte.
- (2) Obvestilo iz prejšnjega odstavka mora vsebovati:
 - številko postopka,
 - datum in uro začetka rednega nadzora,
 - kraj, vrsto in vsebino rednega nadzora,
 - ime nadzornika, ki bo opravljal redni nadzor in
 - v primeru, ko je to potrebno, tudi ime zdravstvenega delavca, pri katerem se bo izvajal redni nadzor.
- (3) Če je potrebno za učinkovito izvajanje rednega nadzora, obvestilo iz prejšnjega odstavka vsebuje še:
 - poziv izvajalcu, naj zagotovi po vrsti in vsebini potrebno dokumentacijo,
 - druge podatke, okoliščine, dejstva, dodatne obrazložitve in napotke.
- (4) Administrativni nadzori se izvajajo brez predhodne najave.

17. člen

(obveznost izvajalca)

(1) Izvajalec mora najmanj 3 (tri) dni pred napovedanim datumom rednega nadzora pisno ali po elektronski pošti sporočiti nadzorniku in naročniku nadzora (pristojni OE):

- ime pooblaščenih oseb izvajalca ter
- kraj, kjer bo dejansko opravljen redni nadzor (oddelek, ambulanta, št. sobe, itd.)

(2) V primeru, da izvajalec na napovedani dan rednega nadzora zaradi utemeljenih razlogov (npr. planirana odsotnost, bolezen, itd.) ne more zagotoviti sodelovanja pooblaščenih oseb pri izvedbi rednega nadzora, mora o tem takoj obvestiti naročnika nadzora in nadzornika ter predlagati nadomestni datum izvedbe rednega nadzora, praviloma v roku 10 (deset) dni od prvotno napovedanega datuma izvedbe nadzora.

(3) Izvajalec mora na mestu nadzora zagotoviti vso medicinsko dokumentacijo v zvezi z nadzorom.

18. člen

(udeležba zavarovanih oseb)

(1) V primeru, da mora Zavod pri izvajanju rednega nadzora zagotoviti prisotnost določene zavarovane osebe, ji mora vabilo za udeležbo na razpisan dan nadzora poslati najmanj 5 (pet) dni pred tem dnevom.

(2) Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka so lahko vabljeni na razgovor ali na zdravstveni pregled.

(3) Zdravstveni pregled zavarovane osebe lahko opravi le nadzornik, ki je zdravnik ali zobozdravnik.

2. odsek: Predhodni postopek v primeru izrednega nadzora

19. člen

(obvestilo o izrednem nadzoru)

(1) Zavod o najavi izrednega nadzora izvajalca obvesti s priporočeno pošto najmanj 1 (en) dan pred predvidenim datumom nadzora. Zavod najavo izrednega nadzora izvajalcu pošlje tudi po elektronski pošti. V tem primeru e-pošto pošilja z elektronsko povratnico zaradi potrditve izvajalca o prejemu elektronske pošte.

(2) Obvestilo iz prejšnjega odstavka mora vsebovati:

- številko postopka,
- kraj, datum in uro začetka izvajanja izrednega nadzora,
- vrsto in vsebino izrednega nadzora,
- ime nadzornika, ki bo opravljal izredni nadzor in
- v primeru, ko je to potrebno, tudi ime zdravstvenega delavca, pri katerem se bo izvajal izredni nadzor.

(3) Če je potrebno za učinkovito izvedbo izrednega nadzora, obvestilo iz prejšnjega odstavka vsebuje še:

- poziv izvajalcu, naj zagotovi po vrsti in vsebini potrebno dokumentacijo,
- druge podatke, okoliščine, dejstva, dodatne obrazložitve in napotke.

(4) Izredni nadzor se lahko opravi brez predhodne najave zaradi zagotovitve pravic zavarovanim osebam ali zaradi zavarovanja dokazov, ki bi jih sicer izvajalec lahko skrnil, uničil ali kako drugače onemogočil učinkovito izvedbo nadzora.

2. Podpoglavje – Izvedba nadzora

20. člen

(neposredni in posredni nadzor)

(1) FM nadzor se izvaja praviloma kot neposredni nadzor.

(2) A nadzor se izvaja kot posredni nadzor, razen nad izvajanjem pogodbenih obveznosti, ki zaradi svoje vsebine zahtevajo izvedbo nadzora pri izvajalcu (npr.: ordinacijski časa, vodenje čakalne knjige, ipd.).

21. člen

(začasni zapis)

(1) Po izvedbi FM nadzora nadzornik na kraju samem sestavi začasni zapis, ki vsebuje glavne ugotovitve nadzora in je podlaga za zapisnik o nadzoru.

(2) Sestavni del začasnega zapisa pri FM nadzorih so praviloma tudi kopije dokumentacije, iz katere je razvidna kršitev pogodbene obveznosti ali nepravilnosti. Izvajalec, ki se z ugotovitvami nadzora ne strinja, mora to navesti v začasni zapis. Izjavo lastnoročno podpiše.

(3) Kopija začasnega zapisa se vroči izvajalcu na mestu nadzora. Če izvajalec kopije začasnega zapisa ne želi prevzeti, jo Zavod pošlje izvajalcu z navadno pošiljko po pošti. Za datum vročitve začasnega zapisa velja datum nadzora na začasnem zapisu.

(4) Samo v primeru, če izvajalec v začasnem zapisu navede, da se z ugotovitvami nadzora ne strinja, lahko najkasneje v roku 8 dni od vročitve začasnega zapisa poda konkretne argumentirane in z dejstvi podprte pripombe na začasni zapis (npr. napačna uporaba predpisov, matematične napake, prekoračitev pooblastil, itd.), sicer se šteje, da se z ugotovitvami nadzora strinja.

(5) Določbe tega člena ne veljajo za A nadzore.

22. člen

(udeležba drugih oseb)

(1) Pri nadzoru zdravnika oziroma zobozdravnika je lahko na predlog izvajalca (nadzorovanega zdravnika) prisoten predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije. Pri nadzorih v lekarnah je lahko prisoten predstavnik Lekarniške zbornice Slovenije. Pri nadzorih v specializiranih prodajalnah je lahko prisoten predstavnik Trgovinske zbornice. Vsi ostali udeleženci na predlog izvajalca so lahko prisotni pri nadzoru le s soglasjem nadzornika.

(2) Nadzornik lahko pri izvedbi nadzora po lastni presoji zaradi razjasnitve določenih dejstev ali dodatnega pojasnila dokumentacije k nadzoru povabi tudi druge osebe pri izvajalcu.

(3) Ne glede na kraj opravljanja nadzora mora biti izvajalcu dana možnost, da pri izvedbi finančnomedicinskega nadzora sodeluje sam oziroma po svojih pooblaščenih.

23. člen

(zapisnik o A nadzoru)

(1) Po opravljenem A nadzoru nadzornik izdelava zapisnik o nadzoru z opombo, da izvajalec lahko v 8 dneh od prejema zapisnika poda argumentirane in z dejstvi podprte pripombe.

Zapisnik pošlje izvajalcu s priporočeno pošto oziroma na drug način, ki dokazuje prejem (npr.: z e-pošto in elektronsko povratnico).

(2) V primeru, da izvajalec pripomb v roku 8 dni ne poda, se šteje, da se z ugotovitvami nadzora strinja in postane zapisnik dokončen.

(3) V primeru, da izvajalec v 8 dneh poda pripombe, Zavod po pregledu utemeljenosti pripomb po potrebi izda popravljen oziroma dopolnjen zapisnik o nadzoru, ki ga vroči izvajalcu po pošti.

(4) V primeru, da so pripombe ocenjene kot neutemeljene, se ne izda nov zapisnik, temveč se izvajalca samo z dopisom obvesti, da njegove pripombe niso bile upoštevane in navede razloge, ki utemeljujejo neupoštevanje pripomb. Datum prejema dopisa šteje kot datum prejema zapisnika.

24. člen

(zapisnik o FM nadzoru)

(1) Po opravljenem FM nadzoru in vročitvi začasnega zapisa nadzornik izdela zapisnik o nadzoru najkasneje v 14 dneh po datumu, ko je izvajalec lahko podal pripombe na ugotovitve opravljenega nadzora.

(2) Zapisnik o FM nadzoru mora vsebovati naslednje podatke:

- številko postopka ter datum izdelave zapisnika,
- ime in priimek oziroma naziv osebe, ki je opravljala nadzor,
- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- ime in priimek oziroma naziv oseb, ki so sodelovali pri nadzoru,
- vrsta, vsebina in način nadzora,
- kraj, datum ter čas trajanja nadzora,
- dejavnost, zajeta v nadzor,
- statistiko ugotovljenih napak v pregledanem vzorcu za nadzor,
- zapis o splošnih in konkretnih ugotovitvah nadzora,
- zapis z utemeljitvijo upoštevanja ali neupoštevanja pripomb izvajalca.

(3) Sestavni del zapisnika o FM nadzoru so tudi njegove priloge:

- tabelarični prikaz ugotovitev pri nadzoru s komentarjem,
- seznam zavarovanih oseb, ki ga je treba obravnavati in označevati kot zaupno, skladno s predpisi, ki urejajo varstvo osebnih podatkov in internimi akti Zavoda (zaupni podatki),
- drugi pomembni podatki o nadzoru, kot je npr. kopija dokumentacije, iz katere so razvidne kršitve ali nepravilnosti,
- obvestilo Zdravniški zbornici in/ali Ministrstvu za zdravje, če je to obveznost nadzornika v
- skladu z zakonodajo in ugotovljeno kršitvijo.

(4) Zapisnik podpiše nadzornik, ki je opravil nadzor. V primeru, da je nadzor opravilo več nadzornikov,

podpiše zapisnik nadzornik, ki je pisal začasni zapis in zapisnik.

(5) Nadzornik zapisnik o nadzoru pošlje izvajalcu s priporočeno pošto oziroma ga vroči na drug način, ki dokazuje prejem. Nadzornik izvod zapisnika pošlje PAO OE, ki je naročila nadzor.

Vročen zapisnik je dokončen akt in podlaga za ovrednotenje oziroma finančni izračun ugotovljenih nepravilnosti iz nadzora.

V. Poglavlje – pravne posledice kršitve pogodbenega razmerja

25. člen

(obvestilo pogodbenemu partnerju)

(1) Na podlagi zapisnika o nadzoru Zavod, zanj PAO OE, v skladu s Splošnim dogovorom in pogodbo izvajalcu izda Obvestilo pogodbenemu partnerju o opravljenem nadzoru (v nadaljevanju besedila: Obvestilo). Obvestilo izvajalcu izda OE, ki je naročnica nadzora.

(2) Če pri nadzoru ni bilo ugotovljenih kršitev pogodbenega razmerja, ima takšna ugotovitev, zapisana v zapisniku o nadzoru, hkrati tudi že naravo Obvestila.

(3) Obvestilo je listina, s katero Zavod izvajalca obvešča o ovrednotenju ugotovljenih nepravilnosti in glede na vrsto in vrednost nepravilnega obračuna o izreku pogodbene kazni, ki je posledica ugotovitev nadzora. Obvestilo je nalog, na katerega se sklicuje FRO za izvršitev obveznosti kot izhaja iz zapisnika o nadzoru. Obvestilo podpiše direktor OE.

(4) Obvestilo mora vsebovati:

- številko postopka ter datum izdaje obvestila,
- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- vrsto nadzora,
- nadzorovano dejavnost,
- datum nadzora,
- opis ugotovitev pri nadzoru,
- zahtevo za poravnavo ugotovljenih obveznosti
- obrazložitev postopka in zahtevkov.

(5) Glede na ugotovitve iz zapisnika o nadzoru vsebuje obvestilo:

- obvestilo izvajalcu, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja s finančnimi posledicami, ki so nastale zaradi napačno obračunanih ali zaradi obračuna nepriznanih storitev;
- obvestilo izvajalcu, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja s povzročeno škodo, ki jo je povzročil z napačnim ravnanjem (neizveden ali napačno izveden predpis);
- izrek pogodbene kazni glede na vrsto in vrednost ugotovljenih nepravilnosti.

26. člen

(ukrepi nadzora)

(1) V primeru iz prve alineje petega odstavka 25. člena mora izvajalec Zavodu izdati dobropis oziroma bremepis ali storno poročila ali popravek poročila v roku 5 (petih) dneh od prejema obvestila.

(2) V primeru iz druge alineje petega odstavka 25. člena Zavod izvajalcu izda račun, ki ga je izvajalec dolžan poravnati v roku 5 (pet) dni od dneva izdaje računa.

(3) V primeru iz tretje alineje petega odstavka 25. člena Zavod izvajalcu izda račun, ki ga je izvajalec dolžan poravnati v roku 5 (pet) dni od dneva izdaje računa.

(4) Pristojna OE mora z nadzorom ugotovljene preveč obračunane storitve v letu poračunati do 10.

januarja naslednjega leta, po tem roku pa v tekočem letu.

(5) Zavod na podlagi pravnomočne sodne odločbe izstavi račun izvajalcu za vse ugotovljene neupravičeno zaračunane storitve izvajalca.

(6) Zavod na podlagi pravnomočne sodne odločbe izvajalcu prizna plačilo storitev iz OZZ, če je bila ugotovljena napaka Zavoda in storitve niso bile že upoštevane v tekočem oziroma letnem obračunu, na katerega se nanašajo.

VI. Poglavlje – prehodne in končne določbe

27. člen

(izvedba postopkov v prehodnem obdobju)

Nadzori, začeti pred uveljavitvijo tega pravilnika, se dokončajo po določbah prejšnjega pravilnika.

28. člen**(prenehanje veljavnosti)**

- (1) Z dnem začetka veljavnosti tega pravilnika prenehajo veljati:
- Pravilnik o izvajanju nadzorov, št.: 0602-8/2009-DI/2, z dne 24. 4. 2009.
 - Interno navodilo za odpravljanje nepravilnosti, ki izhajajo iz ugotovitev nadzora z dne 10. 3. 2006,
 - Priprava vzorca zavarovanih oseb za finančno medicinski nadzor z dne 15. 3. 2005.
- (2) Z dnem začetka veljavnosti tega pravilnika se, če ni z njim v nasprotju, še nadalje uporablja naslednji akt:
- Interno navodilo za vodenje in izvajanje nadzornih postopkov št.: 0071-6/07-DI/12 z dne 5. 6. 2009.

29. člen**(nadaljevanje skupin nadzornih zdravnikov kot nadzornih skupin)**

- (1) Člani skupin nadzornih zdravnikov, imenovani s Sklepom o imenovanju skupin za izvajanje nadzora z dne 17. 1. 2011, nadaljujejo

z delom kot člani nadzornih skupin po tem pravilniku do izdaje novega sklepa.

- (2) Zavod izda nove izkaznice nadzornika ZZS v enem mesecu po začetku veljavnosti tega pravilnika.

30. člen**(začetek veljavnosti)**

- (1) Ta pravilnik se objavi na spletni strani Zavoda ter v aplikaciji LN »E-gradiva«.
- (2) Ta pravilnik začne veljati 15. 2. 2011.

Številka: /2011-DI/
Datum: 28. januarja 2011

Samo Fakin
Generalni direktor
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

PRILOGA – IZKAZNICA NADZORNEGA ZDRAVNIKA

– prva stran (zgoraj)

– hrbtna stran (spodaj)

ZZS
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

IZKAZNICA NADZORNIKA

Ime
Priimek

podpis

Na podlagi 77. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – ZZVZZ-UBP3 in nasl.) in 64. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01, 01/02) je nadzornik pooblaščen za opravljanje nadzora nad uresničevanjem pogodb, sklenjenih z izvajalci programov zdravstvenih storitev (v nadaljevanju izvajalci), za nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinsko-tehničnih pripomočkov ter za nadzor nad načini in postopki uresničevanja zdravstvenega zavarovanja.

Na podlagi pogodbe, sklenjene med ZZS in izvajalcem, je izvajalec dolžan v postopku nadzora, v skladu s Pravilnikom o nadzorih, omogočiti vpogled v vso dokumentacijo, ki se nanaša na izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

Izdajatelj in lastnik izkaznice je ZZS. Nadzornik je dolžan vsako spremembo dejstev in okoliščin, ki kakorkoli vplivajo na izvajanje nadzora, takoj sporočiti ZZS (kraja ali izguba izkaznice, potek veljavnosti, določen na izkaznici; prekinitve pogodbe med ZZS in nadzornikom, itd.).

Prosimo vas, da najdeno izkaznico vrnete na ZZS, 1507 Ljubljana.

Izkaznica velja do: _____

Ljubljana, 27. 5. 2011

Kraj in datum izdaje

Samo Fakin, dr. med.,
generalni direktor

Sklep o spremembi in dopolnitvi Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je 20. junija 2011 na seji sprejel Sklep o spremembi in dopolnitvi Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: Sklep), ki opredeljuje način beleženja in obračunavanja zdravstvenih storitev v posameznih dejavnostih, priloge k Sklepu pa vsebujejo sezname zdravstvenih storitev, ki jih izvajalci lahko obračunajo Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS). Sklep prične veljati, ko da nanj soglasje minister, pristojen za zdravje in bo v obliki neuradnega čistopisa v celoti objavljen na spletni strani ZZZS (www.zzss.si/egradiva; vrsta e-gradiva: pravni akti – sklep Upravnega odbora ZZZS).

V sodelovanju z odborom za osnovno zdravstvo pri Zdravniški zbornici Slovenije je ZZZS pripravil posodobljene definicije storitev, ki jih izvajalci v splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolarje ter v ginekoloških dispanzerjih na primarni ravni obračunavajo ZZZS. Posodobitve se nanašajo predvsem na vsebino posameznih obravnav, vrednosti le-teh izražene v količnikih pa ostajajo nespremenjene. Tako je na primer na novo definirano kdaj se beležita prvi in kdaj ponovni kurativni pregled. Po prejšnji definiciji se je prvi kurativni pregled beležil ob prvem obisku v koledarskem letu, sedaj je to možno le za novo odkrito diagnozo ali ob akutnem poslabšanju kronične bolezni. Omogočeno je tudi beleženje kratkega obiska v primeru telefonskega ali elektronskega posveta med zdravnikom in bolnikom, pri čemer se zahteva, da se v tem primeru v medicinski dokumentaciji zabeleži datum in kratka vsebina posveta z nasvetom. Kratkega obiska pa ni moč beležiti za prvi predpis terapije in/ali medicinsko tehničnega pripomočka ter za prvo napotitev na sekundarni nivo. Za evidentiranje in obračunavanje hišnih obiskov je po novem določena ena šifra storitve (prej dve: lažje in težje dostopen hišni obisk) s povprečno vrednostjo 16 količnikov. Z enako vrednostjo storitve izraženo v količnikih je dodana storitev »paliativni hišni obisk«. Pri hišnih obiskih pravila obračunavanja po novem omogočajo tudi evidentiranje in obračun posega, ki ji izvedljiv na bolnikov domu, le-ta mora biti indiciran na podlagi izvedenega kliničnega pregleda in ustrezno utemeljen v medicinski dokumentaciji.

Tako kot za dejavnost splošnih ambulant, otroških in splošnih dispanzerjev se bo posodobila tudi definicija prvega in ponovnega kurativnega pregleda tudi za ginekološke dispanzerje, in sicer tako, da bo tudi v tej dejavnosti moč beležiti in obračunati prvi kurativni pregled le za novo odkrito diagnozo ali ob akutnem poslabšanju kronične bolezni. Poenostavljene in posodobljene so definicije preventivnega pregleda, in sicer tako, da smo preventivni pregled za ostale namene vsebinsko združili s storitvijo preventivni pregled za preprečevanje raka materničnega vratu v eno storitev »preventivni ginekološki pregled«, storitev preventivni pregled za preprečevanje raka materničnega vratu z odkrito patologijo pa smo združili s

storitvijo preventivni pregled za ostale namene v storitev »preventivni ginekološki pregled z odkrito patologijo«. Pomembnejše spremembe so tudi pri definicijah posegov, in sicer so dodane nekatere storitev pri posegih, ki jih izvajajo ginekologi na primarni ravni, na primer:

1. pri posegu II so dodane storitve:
 - odvzem vzorca in test za ugotavljanje razpoka plodovih obojev,
 - odvzem vzorca in test za ugotavljanje prezgodnjega poroda,
 - test kristalizacije Fern,
 - umerjanje in zamenjava pesarja,
 - kurativno UZ meritev dolžine materničnega vratu pri nosečnici;
2. pri posegu III so dodane storitve:
 - kardiokotogram (CTG),
 - vstavev IUD,
 - biopsijo endometrija ali porcije,
 - abrazijo cervikalnega kanala;
3. pri posegu IV pa:
 - UZ kontrolo rasti ploda iz kurativnega namena (pri dvojčkih se beleži dvakrat).

Na seznam storitev je povsem na novo dodana storitev odvzem brisa HPV.

Dopolnjen je tudi seznam lekarniških storitev, in sicer za nove storitve, ki se nanašajo na obnovljivi recept. Gre za dodatek za izdajo obnovljivega recepta, ki je utemeljen s tem, da mora farmacevt v lastni bazi poiskati recept in preveriti primernost ponovne izdaje zdravila oz. opozoriti pacienta in bolnika v primeru strokovno utemeljenega suma za ponovno izdajo zdravila. Dodana je tudi storitev »izdelava farmacevtskih oblik iz narkotičnih in psihotropnih snovi iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami (ZPPPD)«.

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 je uvedel nov model obračunavanja CT in MR preiskav, ki temelji na klasifikaciji CT in MR preiskav. Klasifikacija se je dopolnila z Aneksom št. 2 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 in Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011. Zato se obstoječa priloga 9 – seznam storitev računalniške tomografije – CT zamenja s klasifikacijo CT preiskav iz omenjenih aneksov, klasifikacija MR preiskav pa doda v novo prilogo 17 – seznam storitev magnetne resonance – MR.

Sladjana Jelisavčić
mag. Olivera Masten - Cuznar
Jerneja Eržen

Okrožnica ZAE 9/11 z dne 30. 5. 2011: Prenova izmenjave podatkov o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov

V skladu z napovedjo v Splošnem dogovoru uvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) za vse izvajalce vseh zdravstvenih dejavnosti nov način elektronske izmenjave podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja – projekt »Izdatki za zdravstvene storitve«.

Ključne spremembe, ki jih prinaša novi način izmenjave podatkov, so:

- enonivojsko poročanje – niso potrebni zbirniki podatkov,
- skoraj izključno brezpapirno poslovanje – izjema so nekatere priloge elektronskih dokumentov in nekateri izvajalci, za katere je do nadaljnjega še omogočeno papirno posredovanje podatkov,
- izvajalec pošilja dokumente samo na eno območno enoto ZZS, nič več po izpostavah OE, in ima enega skrbnika oziroma kontaktno točko na ZZS,
- vnaprej so opredeljena pravila za kontrole podatkov, ki so zato lahko skoraj v celoti avtomatizirane tako na strani izvajalcev kot na strani ZZS,
- izmenjava podatkov poteka prek portala ali spletnih storitev in ne več po elektronski pošti.

Spreminja se zgolj način in tehnologija poročanja – v ničemer pa se ne spreminjajo pravila obračuna.

Z novim načinom poročanja bodo podrobne specifikacije o opravljenih storitvah sestavni del računa, poročila oziroma zahtevka, zato je ZZS vsa pravila za beleženje in obračunavanje storitev opredelil še bolj podrobno kot doslej. Za ta namen so posodobljena oziroma pripravljena naslednja gradiva, ki so sestavni del te okrožnice in so v

celoti objavljena na spletni strani www.zzs.si/egradiva (Okrožnice ZAE za obračun):

- Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov – vsebinsko navodilo s pravili za evidentiranje posameznih podatkov;
- priloge vsebinskega navodila: šifranti za obračun, povezovalni šifranti za vzpostavitev avtomatskih kontrol, podrobna pravila (po vrstah in podvrstah dejavnosti) za sestavo dokumentov, vzorci dokumentov idr.;
- Tehnično navodilo za elektronsko izmenjevanje podatkov za obračun zdravstvenih storitev med izvajalci zdravstvenih storitev in ZZS – tehnično navodilo, ki opredeljuje tehnične značilnosti podatkov, kontrol in izmenjave podatkov;
- priloge tehničnega navodila: xml shema za pošiljke elektronskih dokumentov in specifikacij, navodila z xml shemami za šifrante, cenike in cenovne standarde medicinsko-tehničnih pripomočkov.

Vzporedno s projektom »Izdatki za zdravstvene storitve« se na zahtevo Ministrstva za zdravje na državni ravni uvaja novi šifrant vrst zdravstvenih dejavnosti, zato je ta šifrant že vgrajen v priložena gradiva projekta.

Do sredine julija bodo objavljena še podrobna tehnična navodila za uporabo portala in spletnih storitev za izmenjavo podatkov.

Načrt testiranja in uvedbe projektne rešitve bo predmet dogovora med partnerji Splošnega dogovora.

Anka Bolka
Sladjana Jelisavčić

Okrožnica ZAE 7/11 z dne 12. 5. 2011: Spremembe, ki jih prinaša odprava krajevne pristojnosti za vlaganje prijav, odjav in sprememb za obvezna socialna zavarovanja; Sprememba zapisa šifre poklica

V okrožnici navajamo spremembe, ki jih prinaša sprememba Zakona o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (opisano pod točko 1) ter sprememba zapisa šifre poklica skladno s Splošno klasifikacijo poklicev 2008 (opisano pod točko 2).

1. Šifra zaposlitve zavarovane osebe in šifra izpostave bivališča zavarovane osebe

23. 3. 2011 so bile sprejete spremembe Zakona o matični evidenci zavarovancev in uživalcev pravic iz pokojninskega in invalidskega zavarovanja (ZMEPIZ-B), s katerimi se odpravlja krajevna pristojnost za vlaganje prijav, odjav in sprememb za obvezna socialna zavarovanja. Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in Zavodu za pokojninsko in invalidsko zavarovanje sprememba zakona nalaga, da zavezancem, ki poslujejo v več območnih enotah oz. izpostavah ZZZS določita enotne registrske številke zavezancev. Ti zavezanci bodo po novem uporabljali le eno registrsko številko, in sicer tisto, ki pripada sedežu subjekta.

Z uvedbo te spremembe registrska številka izgublja vlogo označevalca regije oz. izpostave zaposlitve zavarovanca. Sedaj je bil ta podatek razviden iz tretjega in četrtega mesta registrske številke (npr. 31 za Maribor).

Spremembe zakona pričnejo veljati 1. 7. 2011.

ZZZS bo zaradi zakonske spremembe dopolnil on-line sistem. V funkciji za branje podatkov o obveznem zdravstvenem zavarovanju bosta na voljo dva nova podatka:

- šifra izpostave zaposlitve zavarovane osebe,
- šifra izpostave bivališča zavarovane osebe.

Prvi podatek je namenjen za statistično poročanje Inštitutu RS za varovanje zdravja (v nadaljevanju: IVZ) in se ne navaja na obračunskih dokumentih, temveč le na listini Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela (Obr. BOL). Podrobna navodila o spremembah pri poročanju izda IVZ.

Drugi podatek je namenjen obračunu zdravstvenih storitev. Namesto 3. in 4. mesta registrske številke se za obračun storitev, opravljenih od vključno 1. 7. 2011 dalje, uporablja podatek šifra

izpostave bivališča zavarovane osebe, ki ga izvajalec pridobi iz on-line sistema. Izvajalec obračunske dokumente od 1. 7. 2011 dalje tako ne izstavlja več po izpostavi, kjer ima zavarovana oseba urejeno zavarovanje, temveč po izpostavi, kjer ima zavarovana oseba prebivališče. V dejavnostih, ki se plačujejo v obliki pavšala, oziroma v izjemnih primerih, ko izvajalec ne more pridobiti podatkov o izpostavi, kjer zavarovana oseba prebiva, se obračunski dokumenti še vedno izstavlajo po izpostavi sedeža izvajalca.

Pri obeh podatkih se uporablja obstoječ nespremenjen šifrant območnih enot in izpostav (šifrant 7).

V testnem okolju je dopolnjena funkcija on-line sistema že na voljo. V produkcijskem okolju pa bo dopolnjena funkcija na voljo 2. 6. 2011. V sistemu bosta do 1. 7. 2011 vzporedno delovali stara in nova funkcija, da bodo izvajalci zdravstvenih storitev lahko postopoma prešli na uporabo nove funkcije z dodatnima zgoraj navedenima podatkom.

Podrobne informacije o dopolnitvi on-line sistema in spremembi obračuna storitev bodo navedene v dopolnjenem splošnem Navodilu za on-line sistem na spletnih straneh ZZZS na naslovu: <http://www.zzzs.si/zzzs/internet/zzzs.nsf/o/CB72F8AA7A6F-B4A3C12574E20027D16C>.

Dopolnjeno je tudi Tehnično navodilo za uporabo on-line sistema, ki je prav tako na voljo na spletnih straneh ZZZS.

2. Šifra poklica

Od 1. 7. 2011 dalje bo ZZZS v on-line sistemu namesto 7-mestne izvajalcem zagotavljal 4-mestno šifro poklica, saj se od navedenega datuma dalje šifra poklica evidentira v skladu s Splošno klasifikacijo poklicev 2008 (SKP-08). Šifrant poklicev SKP-08 je objavljen na spletni strani Statističnega urada RS <http://www.stat.si/klasje/klasje.asp>.

Sladjana Jelisavčić
Tomaž Marčun
Jerneja Eržen
Valentina Vehovar

Obvladovanje zdravstvenega absentizma v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. Uvod

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) že vrsto let redno spremlja in analizira zdravstveni absentizem, kot z drugim pojmom opredeljujemo začasno zadržanost od dela zaradi zdravstvenih razlogov. V Sloveniji je zbiranje podatkov o absentizmu naloga Inštituta za varovanje zdravja RS (v nadaljevanju IVZ), s katerim se je ZZS že pred leti dogovoril za sodelovanje pri obdelavi in uporabi teh podatkov. Pri tem se Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije (v nadaljevanju IVZ) osredotoča na obravnavo izbranih socialno medicinskih, ZZS pa zavarovalniških vidikov pojava. V zadnjem času se za podrobnejše spremljanje zdravstvenega absentizma v svojih okoljih odloča tudi vse več poslovnih subjektov oziroma organizacij iz javnega in zasebnega sektorja.

Redno spremljanje absentizma je nujen pogoj za obvladovanje pojava, ki je velik izziv za slovensko družbo, saj predstavljajo njegove ekonomske, socialne, zdravstvene in druge posledice še vedno (pre)veliko breme tako zaposlenim, njihovim delodajalcem, izvajalcem socialnih zavarovanj v državi (ZZS, ZPIZ, ZRSZ), kot tudi družbi v celoti. Krajše in daljše odsotnosti od dela zaposlenim znižujejo dohodek, zmanjšujejo motivacijo za delo, povzročajo različna nezadovoljstva, manjše možnosti napredovanja, izgubo delovnih navad in veččin idr. Delodajalci se zaradi absentizma soočajo z zmanjševanjem produktivnosti in konkurenčnosti, s težavami pri organizaciji delovnega procesa, s povečanimi stroški za nadomestila plač in drugimi problemi. Pri izvajalcih obveznih socialnih zavarovanj so v ospredju stroški za nadomestila plač, na ravni narodnega gospodarstva pa izpad delovnih dni, zmanjšanje produktivnosti in konkurenčnosti, izguba proizvodnje idr., kar se kaže tudi v nižjem ustvarjenem domačem bruto proizvodu.

Še posebej se ta bremena izkazujejo v luči sedanje gospodarske recesije, ko se vse opisane posledice zdravstvenega absentizma izkazujejo še v ostrejši luči. Čas krize obvladovanje tega pojava usmerja predvsem v stroškovno dimenzijo. Države oziroma izvajalci socialnih zavarovanj se ob zahtevah po doslednem finančno vzdržnem poslovanju v zaostrenih pogojih poslovanja in stagnantnih trendov na področju razpoložljivih finančnih virov zatekajo tudi v izrazito restriktivne ukrepe na tem področju. Vendar strokovna spoznanja in izkušnje mnogih evropskih držav opozarjajo, da reduciranje ukrepov za obvladovanje zdravstvenega absentizma zgolj na njegovo stroškovno dimenzijo oziroma zatekanje k restrikcijam na daljši rok ne prinaša zadovoljivih učinkov. Zdravstveni absentizem je namreč posledica številnih in kompleksnih dejavnikov. Najpomembnejši med njimi so ukrepi in standardi s področja varnosti in zdravja pri delu, organizacija proizvodnega procesa, medčloveški odnosi v podjetju, odnos managementa do delavcev, motivacija in stimulacija delavcev za delo, možnosti napredovanja, pripadnost podjetju, urejeni pogoji za rekreacijo, počitek in prehrano med delom, ekonomska moč prebivalstva, pravna ureditev socialne varnosti zaposlenih itd. Večina opisanih dejavnikov je tudi take narave, da ima zdravstvena služba ali zdravstveno zavarovanje nanje le omejen vpliv. Zato so potrebne bolj celovite strategije in koordinirani ukrepi na nacionalni ravni, ki jih na podlagi jasno opredeljenih pristojnosti

in odgovornosti na tem področju izvajajo državni organi, delodajalci, socialni partnerji, izvajalci socialnih zavarovanj zdravstvene dejavnosti in nenazadnje tudi zaposleni delavci. Predvsem pa bi bilo potrebno fokus ukrepov za bolj uspešno obvladovanje zdravstvenega absentizma iz zdravstva usmeriti v kontekst nastajanja absentizma, t.j. v delovno okolje oziroma v ukrepe za bolj kakovostno (zdravo in varno) delovno okolje.

Prav ta spoznanja so vodilo za izvajanje ukrepov ZZS za obvladovanje absentizma na strateški in operativni ravni. ZZS na operativni ravni skrbno izvaja kontroling nad odhodki za nadomestila, koordinira, usklajuje in uresničuje kriterije za presojo upravičenosti začasne zadržanosti zavarovancev od dela, sodeluje s pooblaščenimi in z izbranimi zdravniki, ki vršijo presojo začasne zadržanosti od dela do 30 delovnih dni, odloča o zavarovančevi delanezmožnosti po upravnem postopku, izvaja laični nadzor in številne druge aktivnosti. Na strateški ravni pa ZZS kontinuirano izvaja že pred leti sproženo nacionalno kampanjo za boljšo skrb za zdravje in varnost pri delu v gospodarskih in negospodarskih organizacijah, s katero spodbuja predvsem izmenjavo dobrih praks za obvladovanje absentizma.

Namen te analize je celovito oceniti gibanje, razširjenost, razloge in breme zdravstvenega absentizma ter na tej osnovi obravnavati aktualne strategije in politike za njegovo obvladovanje. Pri tem se analiza osredotoča zlasti na področja, za katera je v skladu s sistemsko ureditvijo pristojen ZZS.

ZZS je podal v preteklosti že številne pobude za bolj celovito obvladovanje absentizma na nacionalni ravni, ki so vključevale tudi konkretne predloge sistemskih sprememb. Pobude so dokumentirane bodisi v obliki zaključkov strateških konferenc ZZS v letu 2005 in 2009, bodisi kot konkretni predlogi za spremembe zakonodaje (predlog sprememb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v letih 2005 in 2009).

2. Gibanje absentizma v Sloveniji

V Sloveniji začasno zadržanost od dela zaradi bolezni in poškodb ter nekaterih drugih razlogov in pravico do nadomestila urejata Zakon o delovnih razmerjih in Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Določbe o ureditvi te pravice pa najdemo tudi v Zakonu o zavarovanju in zaposlovanju za primer brezposelnosti.

Na podlagi navedenih zakonskih podlag se nadomestilo plače za prvih 30 delovnih dni začasne zadržanosti od dela izplačuje v breme delodajalca, od 31. delovnega dne dalje pa v breme ZZS, ki plačuje nadomestila tudi za primere začasne zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana od prvega dne dalje, kakor tudi za primere presaditve živega tkiva in organov v korist druge osebe, dajanja krvi, izolacije in spremstva, ki ga odredi zdravnik. Po določbah zakona o zavarovanju in zaposlovanju za primer brezposelnosti je priznana pravica do nadomestila plače tudi brezposel-

nim osebam, ki v primeru nezmožnosti za delo zaradi zdravstvenih razlogov prejemo nadomestilo v breme Zavoda za zaposlovanje za prvih 30 delovnih dni, po preteku tega časa pa iz sredstev ZZZS oziroma obveznega zdravstvenega zavarovanja. Na podlagi sprememb zakona o delovnih razmerjih pa (od 2003 dalje) ZZZS plačuje tudi nadomestila za odsotnosti delavcev do 30 delovnih dni v primerih, ko skupen obseg odsotnosti zaradi nezmožnosti delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe izven dela v koledarskem letu preseže 120 delovnih dni in pa v primerih, ko gre za dve ali več zaporedni odsotnosti delavca z dela zaradi iste bolezni do 30 dni in sočasnem pogoju, da traja prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (t.i. »recidiv«).

2.1. Gibanja na nacionalni ravni

Podatki ZZZS o odstotku izgubljenih delovnih dni (% bolniškega staleža) v celotnem delovnem času zaposlenih kažejo, da je v obdobju 2001–2010 prišlo do določenega umirjanja oziroma zmanjševanja zdravstvenega absentizma, vendar ta trend ni bil premočrten ali brez nihanj. Odstotek izgubljenih delovnih dni je v letih od 2001 do 2003 miroval na ravni 4,7 % celotnega delovnega časa zaposlenih, nato pa se zniževal in v letu 2008 dosegel najnižjo raven (3,7 %) v celotnem opazovanem obdobju. Po letu 2008, ob koncu katerega se je začela gospodarska recesija, znova beležimo dvig odstotka izgubljenih delovnih dni, ki pa ni dosegel najvišje in tudi ne povprečne vrednosti odstotka bolniškega staleža v desetletnem obdobju. V tem obdobju je bil povprečen odstotek izgubljenih delovnih dni v celotnem delovnem času zaposlenih na ravni 4,3 %, odstopanja po posameznih letih so razvidna iz tabele 1.

Podobna gibanja kažejo tudi podatki o številu izgubljenih delovnih dni, o številu primerov odsotnosti in o povprečni dolžini trajanja odsotnosti, pri čemer na slednja vplivajo tudi trendi v zaposlovanju. V analizo zajeti kazalniki, ki upoštevajo gibanja v zaposlenosti (kazalniki 5, 6 in 7 v tabeli 1), kažejo, da je zdravstveni absentizem v preteklem desetletju dosegel vrh v letu 2005, ko je bilo 832.452 primerov odsotnosti med 813.100 zaposlenimi osebami oziroma 1,02 primera na eno zaposleno osebo, in v letu 2009 z 1,03 primera na zaposleno osebo. V povprečju je bilo v preteklem desetletju 0,98 primera odsotnosti na enega zaposlenega, kar je nekoliko manj, kot v desetletju pred tem, ko je bila zabeležena nekaj več kot ena odsotnost na zaposleno osebo. Najnižje vrednosti v preteklem desetletju pa so bile izkazane v letu 2006 in 2008. Povprečno je bila ena zaposlena oseba v preteklem desetletju na leto odsotna od

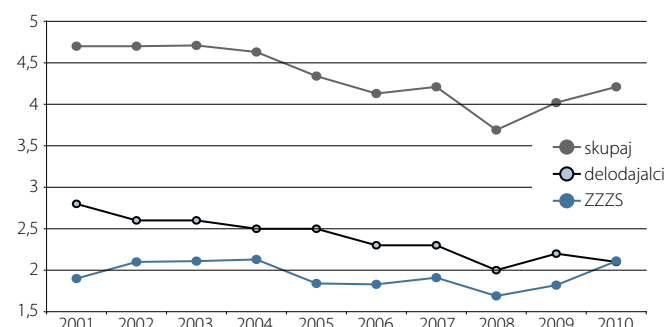
dela 12,7 delovnih dni. Povprečno trajanje primera odsotnosti pa je znašalo v tem desetletju 12,9 delovnih dni.

2.2. Gibanje absentizma v breme delodajalcev in ZZZS

Pozornost zasluži predvsem gibanje zdravstvenega absentizma v letih po izbruhu krize (2009 in 2010), ko je bil zaznan ponoven trend rasti pojava. Zaradi začasne nezmožnosti od dela iz bolezenskih razlogov smo v Sloveniji v letu 2009 izgubili 10.313.315, v letu 2010 pa 10.508.484 dni, kar predstavlja 195.169 izgubljenih dni več kot leto poprej (+1,9 %). V delu, ki gre v breme ZZZS, je bil v letu 2010 v primerjavi s predhodnim letom izkazan porast za 634.006 izgubljenih delovnih dni (+13,5 %), v breme delodajalcev pa se je absentizem v letu 2010 zmanjšal, in sicer za 438.837 izgubljenih dni (-7,8 %).

V obeh letih beležimo tudi rast skupnega odstotka izgubljenih delovnih dni (iz 4,0 na 4,2 %). Vendar se je pri tem delež absentizma, ki gre v breme ZZZS, v teh letih povečal iz 1,8 % v letu 2009 na 2,1 % v letu 2010, delež, ki gre v breme delodajalcev, pa znižal in sicer iz 2,2 % v letu 2009 na 2,1 % v letu 2010. V opazovanem 10-letnem obdobju tako prvič beležimo izenačitev razmerja v bremenih med delodajalci in delojemalci, če ga merimo po deležu izgubljenih delovnih dni v skupnem razpoložljivem delovnem času (slika 1).

Razmerje v številu oziroma deležu izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev in breme ZZZS (tabela 2), ki se je v tem obdobju največ



Slika 1. Absentizem – odstotek izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev, ZZZS in skupaj v letih 2001–2010.

Vir: Podatki ZZZS.

Tabela 1. Absentizem v Sloveniji skupaj v letih 2001–2010.

Leto	% izgubljenih delovnih dni	Število izgubljenih delovnih dni	Število primerov odsotnosti	Povprečna dolžina trajanja v dnevih	Število delovno aktivnega prebivalstva*	Število primerov odsotnosti na aktiv. prebivalca**	Število izgubljenih delovnih dni na aktiv. prebivalca**
	1	2	3	4=2/3	5	6=3/5	7=2/5
2001	4,7	10.715.786	784.895	13,7	806.300	0,97	13,3
2002	4,7	11.051.726	787.640	14,0	808.700	0,97	13,7
2003	4,7	11.044.227	804.847	13,7	801.400	1,00	13,8
2004	4,6	11.100.727	813.012	13,7	807.500	1,01	13,7
2005	4,3	10.404.275	832.452	12,5	813.100	1,02	12,8
2006	4,1	10.040.373	769.142	13,1	824.800	0,93	12,2
2007	4,2	10.679.136	851.098	12,5	854.000	1,00	12,5
2008	3,7	9.670.774	799.480	12,1	879.300	0,91	11,0
2009	4,0	10.313.315	880.971	11,7	858.200	1,03	12,0
2010	4,2	10.508.484	854.165	12,3	835.000	1,02	12,6

Opombi: * podatki SURS; ** ocena na podlagi podatkov SURS

Vir: Podatki IVZ – zavarovalniški agregat ZZZS, SURS

časa gibalno v korist delodajalcev (povprečno razmerje 54:46), se je v letu 2010 ne le izenačilo, temveč celo rahlo nagnilo v breme ZZS z oziroma solidarnosti (49:51).

Tabela 2. Število in delež izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev in v breme ZZS v letih 2001–2010.

Leto	Število izgubljenih delovnih dni			Delež izgubljenih delovnih dni	
	V breme delodajalcev	V breme ZZS	SKUPAJ	V breme delodajalcev	V breme ZZS
2001	6.006.005	4.709.781	10.715.786	56%	44%
2002	6.085.947	4.985.779	11.051.726	55%	45%
2003	6.027.432	5.016.795	11.044.227	55%	45%
2004	5.912.883	5.187.844	11.100.727	53%	47%
2005	5.915.859	4.488.416	10.404.275	57%	43%
2006	5.537.102	4.503.271	10.040.373	55%	45%
2007	5.839.322	4.839.814	10.679.136	55%	45%
2008	5.237.397	4.433.377	9.670.774	54%	46%
2009	5.626.424	4.686.831	10.313.315	55%	45%
2010	5.187.587	5.320.897	10.508.484	49%	51%

Vir: Podatki IVZ – zavarovalniški agregat ZZS.

Pri tem je potrebno ugotoviti, da to razmerje za celovito obvladovanje obsega zdravstvenega absentizma ali višine stroškov za nadomestila nima velike vrednosti. Vendar pa lahko zaznan preobrat kaže na za čas krize značilno težnjo, da se določen del materialnih obveznosti delodajalcev na področju zdravstvenega absentizma prelaga na solidarnost oziroma javna sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja. Z vidika celovitega obvladovanja pojava in skladno s strokovnimi spoznanji, pa so lahko pričakovanja od zdravstvenega zavarovanja (ali zdravstvene službe), da prevzame tisti del odgovornosti za obvladovanje pojava, ki bi ga zaradi narave problema morali nositi delodajalci, izrazito neproduktivna in nerealna.

3. Razširjenost zdravstvenega absentizma in razlogi

Podrobnejši vpogled v problematiko zdravstvenega absentizma dobimo na podlagi ocene razširjenosti tega pojava po regijah in dejavnostih ter po razlogih oziroma konkretnih diagnozah, na podlagi katerih je podana ocena začasne del nezmožnosti zaposlenih.

Tabela 3: Absentizem – odstotek izgubljenih delovnih dni po OE v letih 2007–2010.

	leto	Celje	Koper	Kranj	Krško	Ljubljana	Maribor	Murska Sobota	Nova Gorica	Novo mesto	Ravne na Koroškem	Skupaj
delodajalci	2007	2,73	2,36	2,22	2,36	2,14	2,43	2,26	2,26	2,43	2,41	2,31
	2008	2,46	2,17	2,14	2,33	1,59	2,09	2,34	2,04	2,29	2,35	1,99
	2009	2,46	2,16	2,07	2,34	2,07	2,34	2,27	2,20	2,27	2,21	2,19
	2010	2,41	1,91	1,94	2,27	1,87	2,25	2,19	2,10	2,30	2,17	2,06
ZZS	2007	2,05	2,03	1,68	1,71	1,85	2,02	2,60	1,60	1,78	1,95	1,91
	2008	1,81	1,85	1,57	1,63	1,46	1,82	2,56	1,59	1,69	1,93	1,69
	2009	1,89	1,86	1,46	1,74	1,68	2,16	2,71	1,77	1,71	1,81	1,82
	2010	2,00	2,22	1,39	2,00	2,13	2,29	2,86	1,76	2,04	2,43	2,11
skupaj	2007	4,78	4,39	3,90	4,07	3,99	4,45	4,87	3,87	4,21	4,37	4,22
	2008	4,28	4,02	3,72	3,96	3,06	3,91	4,91	3,63	3,98	4,28	3,68
	2009	4,35	4,03	3,53	4,08	3,75	4,50	4,99	3,97	3,99	4,03	4,02
	2010	4,41	4,14	3,33	4,28	4,01	4,55	5,06	3,86	4,35	4,61	4,17

Vir: Podatki IVZ – zavarovalniški agregat ZZS.

3.1. Zdravstveni absentizem po območjih

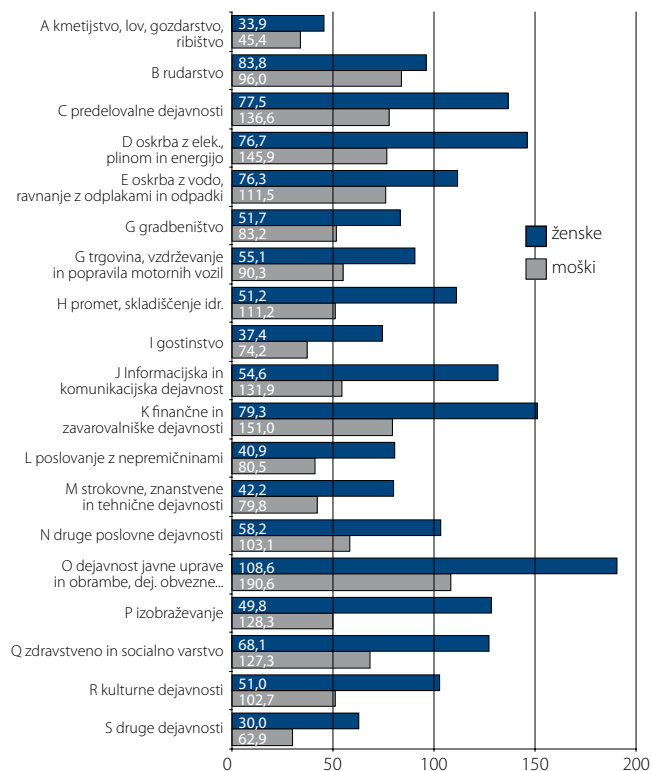
V tabeli 3 so podani podatki o gibanju zdravstvenega absentizma v obdobju 2007–2010 na podlagi spremljanja odstotka izgubljenih delovnih dni (delež bolniškega staleža v celokupnem delovnem času zaposlenih) po območnih enotah ZZS (v nadaljevanju: OE). Iz podatkov je razvidno, da se v opazovanih letih znatno višji deleži bolniškega staleža od povprečja na ravni države dosegajo v OE Murska Sobota (najvišje v letu 2010: 5,06 %), sledijo OE Celje (najvišje v letu 2007: 4,78 %), OE Maribor (najvišje v letu 2010: 4,55 %) in OE Ravne na Koroškem (najvišje v letu 2010: 4,61 %). Pri tem na stopnjo bolniškega staleža v OE Murska Sobota vplivajo predvsem dolgotrajni bolniški staleži oziroma odsotnosti v breme ZZS, saj so deleži bolniškega staleža v breme ZZS v opazovanem obdobju najvišji med vsemi OE ZZS. Obratno pa na visok odstotek izgubljenih delovnih dni v OE Celje, vplivajo predvsem kratkotrajni bolniški staleži oziroma odsotnosti v breme delodajalcev, ki so prav v OE Celje najvišji v opazovanem obdobju (tabela 3).

Presenetljivo nizke vrednosti glede odstotka izgubljenih delovnih dni imajo v teh letih OE Kranj, OE Nova Gorica in OE Ljubljana, ki jih na nepristranski način ni mogoče pojasniti brez dodatnih oziroma podrobnejših raziskav. Del teh razlik v zdravstvenem absentizmu po območjih je mogoče pojasniti s sestavo prebivalstva, ki je tako po starostni (starejši delavci z bolevaljo pogosteje in resneje) kot tudi spolni strukturi (večja zbolevalnost ženske populacije) po območjih dokaj različna. V največji meri pa na te razlike vplivajo vrsta dela, dejavnost zaposlitve, predvsem pa tudi drugi ekonomski, socialni in kulturni dejavniki.

3.2. Zdravstveni absentizem po dejavnostih

Odsotnost z dela po dejavnostih spremlja IVZ, podrobnejši pregled je podan v prilogi 1. Za primerjavo zdravstvenega absentizma med dejavnostmi je najbolj primeren kazalnik, ki prikazuje število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v 1 letu (indeks frekvenca=IF).

V letu 2010 je bilo v povprečju na državni ravni zabeleženih 85,03 primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih. To število so v letu 2010 najbolj presegle v proizvodnji drugih vozil in plovil, kjer so je bilo v letu 2010 evidentiranih kar 219,4 primerov odsotnosti na 100 zaposlenih. Sledita proizvodnja koka in naftnih derivatov, kjer je bilo 197,5 primerov odsotnosti na 100



Slika 2. Število primerov na 100 zaposlenih (IF) po gospodarskih dejavnostih in po spolu, Slovenija, 2010.

Vir: Podatki IVZ.

zaposlenih in rudarstvo, vendar ne na področju pridobivanja premoga, temveč v sektorju storitev za rudarstvo, kjer je indeks frekvence znašal 182,5. Visoko nad slovenskim povprečjem je bilo tudi število primerov odsotnosti na 100 zaposlenih v dejavnosti javne uprave, ki vključuje tudi zaposlene v obrambi in različnih vejah socialnih zavarovanj, kjer je bilo takih primerov 147,7. Izrazito nizka razširjenost absentizma je bila v letu 2010 zaznana v ožji kmetijski (31,8 primerov na 100 zaposlenih) in ribiški dejavnosti (38,6) in določenih servisno-obrtniških dejavnostih (39,3 primerov v kopenskem transportu, 40,1 v dejavnosti popravil strojev in naprav ter 41,4 pri specializiranih gradbenih delih).

Podatke o razširjenosti zdravstvenega absentizma po dejavnostih dopolnjuje tudi distribucija primerov odsotnosti po spolu (slika 2). V vseh dejavnostih so bile ženske v letu 2010 pogostejše odsotne od moških. Daleč največji indeks frekvence odsotnosti so imele ženske, zaposlene v dejavnosti javne uprave, obrambe in različnih vejah socialnih zavarovanj (190,6 primerov na 100 zaposlenih). Sledijo ženske zaposlene v finančni in zavarovalniški dejavnosti, kjer je bilo 151,0 primerov odsotnosti na 100 zaposlenih, in v sektorju oskrbe z elektriko, plinom in energijo, kjer je bil indeks frekvence 145,9. Najmanj so ženske odsotne v dejavnosti kmetijstva, lova, gozdarstva in ribištva (IF=45,4), sledita dejavnost gostinstva (IF=74,2) in poslovanja z nepremičninami (IF=80,5). Največ primerov odsotnosti na 100 zaposlenih pri moških je bilo v letu 2010 prav tako zaznanih v dejavnosti javne uprave, obrambe in socialnem zavarovanju in sicer 108,6, sledijo za-

posleni moški v rudarstvu (IF=83,3) in finančno zavarovalniška dejavnost (IF=79,3). Najmanj so moški odsotni ponovno v dejavnosti kmetijstva, lova, gozdarstva in ribištva (IF=33,9), poslovanja z nepremičninami (IF=40,9) in v strokovnih, znanstvenih in tehničnih dejavnostih (IF=42,2).

Podatki o razširjenosti absentizma po dejavnostih nakazujejo selitev absentizma iz proizvodnih sektorjev v storitvene in iz gospodarskega v javni sektor oziroma tiste sektorje, kjer zaradi narave poklica prevladujejo ženske. Sorodne trende zaznavajo tudi v primerljivih državah. Zaskrbljujoč trend v Sloveniji pa je relativno visoka pogostnost pojava v sektorju javne uprave, obrambe in dejavnostih socialnih zavarovanj, kar je možno delno pojasniti z relativno visokim deležem zaposlenih žensk v tem sektorju.

3.3. Zdravstveni absentizem po razlogih

Podatki IVZ o razlogih bolniškega staleža kažejo, da je bilo v letu 2010 od skupno 729.004 primerov največ odsotnosti zaradi bolezni, in sicer 66,7 % vseh primerov. Bolezni so bile razlog za skupno 9.147.478 izgubljenih koledarskih dni, ali 71,4 % vseh izgubljenih dni. Povprečno trajanje odsotnosti od dela zaradi bolezni je bilo v tem letu 18,8 dni.

Posebno pozornost zaslužijo poškodbe izven dela in poškodbe pri delu, na katere je mogoče najbolj vplivati z ustreznimi preventivnimi aktivnostmi na nacionalni ravni ali na delovnem mestu.

Iz tabele 4 je moč ugotoviti, da povzročajo poškodbe izven dela znatno več odsotnosti zaposlenih, kot poškodbe pri delu (7,3 % : 3,2 % primerov). Če k poškodbam izven dela prištejemo tudi poškodbe izven dela po tretji osebi je bilo primerov odsotnosti zaradi poškodb izven dela v letu 2010 skupaj 58.669 primerov ali 8,0 % vseh primerov. Zaradi dolgega povprečnega trajanja poškodb izven dela (33,6 koledarskih dni) in poškodb po tretji osebi (45,6 dni), pa je visok tudi skupni delež izgubljenih koledarskih dni (15,6%). Resen izziv še vedno predstavljajo poškodbe pri delu, zaradi katerih so bili zaposleni v letu 2010 odsotni v povprečju kar 41,4 koledarskih dni in ki so povzročile kar 7,6 % vseh izgubljenih koledarskih dni. Ker so podatki o poklicnih boleznih nerealni, velja na breme, ki ga dejansko predstavljajo, opozoriti le na načelni ravni.

Tabela 4. Primeri, izgubljeni koledarski dnevi ter indeksi po razlogih bolniškega staleža, Slovenija, 2010.

Razlogi zadržanosti	Število primerov	Delež primerov	Število izgubljenih koled. dni	Delež izgubljenih koled. dni	Povprečno trajanje odsotnosti
Bolezen	486.761	66,8 %	9.147.478	71,4 %	18,79
Poškodbe izven dela	53.268	7,3 %	1.791.598	14,0 %	33,63
Poklicna bolezen	49	0,0 %	1.459	0,01 %	29,78
Poškodbe pri delu	23.602	3,2 %	977.064	7,6 %	41,40
Poškodbe po 3. osebi izven dela	5.401	0,7 %	246.383	1,9 %	45,62
Nega družinskega člana	124.156	17,0 %	580.071	4,5 %	4,67
Transplantacija	25	0,0 %	573	0,0 %	22,92
Izolacija	72	0,0 %	4.617	0,04 %	64,13
Sprememba	35.598	4,9 %	56.621	0,44 %	1,59
Usposabljanje za rehabilitacijo otroka	52	0,0 %	585	0,0 %	11,25
Poškodbe pri delu po 18. čl. ZZZZZ	18	0,0 %	1.760	0,01 %	97,78
Nerazvrščeno	2	0,0 %	33	0,0 %	-
Skupaj	729.004	100 %	12.808.242	100 %	17,57

Vir: Podatki IVZ.

Tabela 5. Absentizem po plačnikih in razlogih v letih 2006–2010.

	Razlogi zadržanosti	Primeri					Dnevi				
		2006	2007	2008	2009	2010	2006	2007	2008	2009	2010
Absentizem v breme delodajalca (do 30 dni)	poškodba na delu	29.094	28.924	27.299	22.610	22.110	538.290	532.720	495.383	418.670	410.810
	poklicne bolezni	45	48	72	42	42	551	479	878	481	334
	bolezni in poškodbe izven dela	533.974	594.385	534.353	601.841	573.288	4.998.261	5.306.123	4.741.136	5.207.273	4.776.443
	poškodbe po tretji osebi	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
	(1) Skupaj	563.113	623.357	561.724	624.493	595.440	5.537.102	5.839.322	5.237.397	5.626.424	5.187.587
Absentizem v breme Zavoda	poškodba na delu	7.806	7.776	7.191	6.560	6.486	352.773	370.576	370.222	355.264	375.790
	poklicne bolezni	8	8	8	5	1	1.151	2.029	1.405	576	364
	bolezni in poškodbe izven dela	56.311	57.628	52.106	55.736	57.501	3.414.997	3.665.138	3.272.037	3.507.581	4.142.370
	nega	96.173	114.762	127.010	143.144	138.697	402.049	472.258	491.734	548.521	552.008
	transplan, izolacije, spremstvo	37.347	39.228	44.535	45.059	50.989	41.292	42.954	48.408	50.677	55.654
	poškodbe po tretji osebi	8.320	8.266	6.822	5.904	4.994	288.711	284.962	248.137	222.415	193.544
	usposabljanje otroka za rehabilitacijo	42	49	61	50	49	700	496	393	487	475
	poškodbe po 18. členu	22	24	23	20	9	1.598	1.401	1.041	1.370	692
	(2) Skupaj	206.029	227.741	237.756	256.478	258.726	4.503.271	4.839.814	4.433.377	4.686.891	5.320.897
1+2 SKUPAJ	769.142	851.098	799.480	880.971	854.166	10.040.373	10.679.136	9.670.774	10.313.315	10.508.484	

Vir: Podatki IVZ – zavarovalniški agregat ZZS.

Najdaljše trajanje odsotnosti so v letu 2010 povzročile poškodbe pri delu po 18. členu zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (97,8 koledarskih dni), sledijo odsotnosti zaradi izolacije (64,1 koledarskih dni), poškodbe izven dela po tretji osebi (45,6 koledarskih dni) in poškodbe pri delu (41,4 koledarskih dni). Relativno kratke odsotnosti povzročajo odsotnosti zaradi nege (4,7 dni), vendar predstavlja nega zaradi rasti števila primerov (v letu 2010 po številu primerov za boleznijo drugi najbolj pogost razlog odsotnosti) čedalje večje breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pri obravnavi razlogov za zdravstveni absentizem velja opozoriti tudi na zaznane trende v letih od 2006 do 2010. Iz podatkov o zdravstvenem absentizmu po plačnikih nadomestil in po razlogih za to obdobje (tabela 5), je razbrati izrazito manjšanje (kratkotrajnih) odsotnosti z dela zaradi poškodb na delu pri delodajalcih, saj se je število primerov zaradi tega razloga od 29.507 v letu 2005 zmanjšalo na 22.100 primerov v letu 2010. Enak trend je bilo zaznati tudi pri manjšanju števila izgubljenih delovnih dni zaradi poškodb na delu v breme delodajalcev, in sicer iz 540.141 v letu 2005 na 410.810 primerov v letu 2010 (zmanjšanje za četrtino oziroma 24 %). Kljub zmanjšanju števila primerov (dolgotrajnih) odsotnosti zaradi poškodb na delu v breme ZZS (iz 7.531 v letu 2005 na 6.486 v letu 2010), pa so se izgubljeni delovni dnevi zaradi tega razloga povečali iz 338.649 v letu 2005 na 375.790 v letu 2010 (povečanje za desetino oziroma za 11 %).

V breme ZZS so v tem obdobju izrazito naraščale tudi bolezni in poškodbe izven dela, zaradi katerih je bilo v letu 2010 izgubljenih skupno 4,1 milijona delovnih dni. Večletna rast absentizma pa je zaznana predvsem zaradi nege družinskega člana, kjer se je število primerov iz 107.368 v letu 2005 povečalo na 138.697 v letu 2010 (povečanje za tretjino oziroma 29,2 %), število izgubljenih delovnih dni pa iz 472.578 v letu 2005 na 548.521 (za šestino oziroma 16,1 %). Delno je povečanje nege mogoče pojasniti z rastjo natalitete v tem obdobju.

V porastu so tudi izgubljeni dnevi zaradi transplantacij, izolacij in spremstva, kjer se število izgubljenih delovnih dni iz 39.900 v letu 2005 povečalo na 50.654 (za četrtino oziroma 27 %).

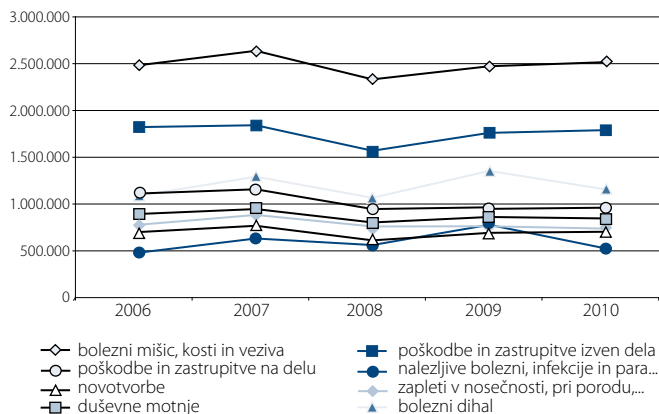
3.4. Zdravstveni absentizem po diagnozah

Pri analiziranju zdravstvenega absentizma smo ugotovili, da okoli dve tretjini (v letu 2010 66,7 %) vseh odsotnosti od dela povzročajo bolezni. Smisel ugotavljanja vzrokov za zbolevanje in začasno zadržanost iz dela zaradi tega razloga je predvsem izpostaviti tiste bolezni, ki jih lahko z ustreznimi ukrepi promocije zdravja, preventivne ali drugimi zdravstvenimi ukrepi (npr. pravočasna in ciljna rehabilitacija) preprečimo ali pa pozdravimo. S tem pa vplivamo na skrajšanje začasnih delanezmožnosti in čimprejšnjo vrnitev zaposlenih na delovno mesto.

Tabela 6. Število primerov in izgubljenih koledarskih dni za 8 najpogostejših diagnoz, Slovenija, 2010.

Diagnoze	Število primerov	Delež primerov	Število izgubljenih koled. dni	Delež izgubljenih koled. dni
1. Nalezljive bolezni, infekcije in paraz. bolezni	58.203	8,0 %	522.487	4,1 %
2. Neoplazme	10.367	1,4 %	701.544	5,5 %
3. Duševne in vedenjske motnje	19.203	2,6 %	843.559	6,6 %
4. Bolezni dihal	114.427	15,6 %	1.143.673	9,0 %
5. Bol. Mišično-kos. sist. in vez. tkiva	13.419	1,8 %	735.042	5,7 %
6. Nosečnost, porod in popor. obdobje	83.996	11,5 %	2.514.143	19,6 %
7. Poškodbe in zastrupitve pri delu	23.576	3,2	975.462	7,6 %
8. Poškodbe in zastrupitve izven dela	58.558	8,0 %	1.787.489	14,0 %
OSEM BOLEZNI – skupaj	381.749	52,1 %	9.233.399	72,1 %
VSE BOLEZNI-skupaj	729.004	100 %	12.808.242	100 %

Vir: Podatki IVZ.



Slika 3. Absentizem za 8 najpogostejših diagnoz v letih 2006–2010.

Vir: Podatki IVZ.

Tabela 6 povzema podatke IVZ o osmih boleznih, ki so bile v letu 2010 najvažnejše po številu izgubljenih koledarskih dni in primerov odsotnosti (glej tudi prilogo 2).

Skupaj je navedenih 8 bolezni v letu 2010 povzročilo 381.749 primerov odsotnosti ali 52,1 % vseh primerov odsotnosti. Še večji je bil vpliv teh bolezni na število izgubljenih koledarskih dni, saj so povzročile skupno 9.233.399 izgubljenih dni ali 72,1 % vseh izgubljenih dni v tem letu.

Najbolj pogoste so bile v letu 2010 odsotnosti zaradi bolezni dihal, ki so povzročile šestino (15,6 %) vseh odsotnosti. Vendar so z vidika obvladovanja absentizma za izvajanje ustreznih zdravstvenih ukrepov pomembne predvsem bolezni, ki niso nujno na prvih mestih po pogostosti (številu primerov), a povzročajo največje število izgubljenih dni. Največ izgubljenih delovnih dni so v letu 2010 povzročala stanja v zvezi z nosečnostjo, porodom in po porodu, ki so povzročila kar petino (19,6 %) vseh izgubljenih dni. Sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela, ki so povzročile 14,0 % vseh izgubljenih dni, in poškodbe in zastrupitve na delu, posledica katerih je bilo 7,6 % vseh izgubljenih dni v tem. Zaradi dolgega povprečnega trajanja posamezne odsotnosti pa imajo izreden pomen tudi duševne bolezni, ki so v letu 2010 povzročile 6,6 % vseh izgubljenih dni. Slika 3 kaže gibanje izgubljenih koledarskih dni zaradi teh 8 bolezni v obdobju od leta 2006 do 2010.

4. Finančno breme absentizma

Če ocenjujemo finančno breme stroškov za nadomestila po njihovem deležu v BDP, je bilo gibanje stroškov na moč podobno gibanju osnovnih kazalnikov zdravstvenega absentizma.

Delež nadomestil plač v BDP se je od leta 2001 (1,32 % BDP) do leta 2005 (1,44 % BDP) postopno povečeval. V tem obdobju je v Sloveniji masa nadomestil za plače rasla hitreje od mase sredstev ustvarjenega bruto domačega proizvoda. Od leta 2006 (1,22 % BDP) do 2008 pa je skladno z zmanjšanjem zdravstvenega absentizma ta delež stagniral na 1,66 % BDP. V letih 2009 in 2010 pa beležimo rahel porast deleža za nadomestila v BDP, ki pa ne dosega višin iz prve polovice desetletja – tudi zaradi padca BDP z nastopom recesije (tabela 7).

Stroški za nadomestila so v celotnem obdobju rasli, v začetnem obdobju po nekoliko hitrejši, kasneje pa po nekoliko počasnejši dinamiki. Na rast stroškov za nadomestila je poleg gibanja zdravstvenega absentizma vplivala predvsem rast plač. Poleg tega pa so na rast odhodkov ZZS za nadomestila vplivale tudi spremembe predpisov v tem obdobju (Zakon o socialnih prispevkih, Zakon o delovnih razmerjih, Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za brezposelnost).

Stroški za nadomestila plač delodajalcev in ZZS so se od leta 2001, ko so znašali 225,0 milijonov € povečali na 439,7 milijonov €. Od tega so se odhodki ZZS za nadomestila iz 120,8 milijonov € v letu 2001 povečali na 222,7 milijonov €. V obdobju 2001–2004, ko so stroški za nadomestila rasli hitreje od stroškov za zdravstvene storitve (rast absentizma in vpliv uveljavitve omenjenih sprememb predpisov na rast nadomestil), se je povečal tudi delež nadomestil plač v odhodkih obveznega zavarovanja sicer iz 9,2% letu 2001 na 10,1 % v letu 2004. Med letoma 2005 in 2010 je ta delež nihaval pod 10 % vseh odhodkov ZZS.

Oceno finančnega bremena stroškov za nadomestila je težko podati brez primerjav s tovrstnimi stroški v sorodnih sistemih socialne varnosti v državah EU. Vendar so takšne primerjave kljub številnim naporom na ravni EU zaradi različnih ureditev in tudi številnih sprememb na tem področju v evropskih državah še vedno zelo otežene. Razlike med državami so posledica različne tradicije in razvoja sistemskega urejanja vprašan socialne varnosti v posameznih državah (proračunske ureditve in sistemov socialnih zavarovanj) ter posledično tudi podrobnejših sistemskih opredelitev in ureditev samega pojava problematikečasne zadržanosti od dela zaradi zdravstvenih razlogov. Razlike se nanašajo predvsem na postopek ugotavljanja upravičenosti, podrobnejše ureditve te pravice, kot so npr. čakalni dnevi, višina nadomestil, obveznosti delodajalca in socialnega zdravstvenega zavarovanja, omejitve trajanja bolniškega staleža, idr. Te razlike so razvidne iz priloge 4, kjer so zbrani zadnji podatki o značilnostih ureditev zdravstvenega absentizma v državah EU. Povzeti so po datoteki MISSOC, ki vsebuje podatke – ažurirane na stanje 1. 7. 2010.

Zaradi zahtevnosti spremljanja podatkov o zdravstvenem absentizmu po letu 2007 tudi OECD v svoji zdravstveni bazi teh podatkov ne ažurira več. Zato v nadaljevanju povzemamo rezultate posebne analize Evropske fundacije za izboljševanje življenjskih in delovnih pogojev, ki je bila opravljena v letu 2010 in ki temeljijo na podatkih in mnenjih nacionalnih koordinatorjev te mednarodne institucije (tabela 8).

Tabela 7. Finančno breme zdravstvenega absentizma v obdobju 2000–2010.

leto	odhodki za nadomestila plač iz obveznega zavarovanja v € *	ocena vseh stroškov za nadomestila plač (ZZS in delodajalci)	delež nadomestil plač v odhodkih ZZS	znesek vseh nadomestil plač na aktiv. osebo v €	delež nadomestil plač ZZS v BDP	delež vseh nadomestil plač v BDP – ocena
2000	94.880.888	224.134.395	8,4	280	0,56	1,32
2001	120.795.531	275.030.806	9,2	341	0,63	1,43
2002	145.613.541	322.774.226	10,0	399	0,66	1,46
2003	158.248.135	348.375.471	10,0	435	0,66	1,45
2004	171.089.038	366.089.015	10,1	453	0,65	1,39
2005	172.447.972	399.739.267	9,9	492	0,62	1,44
2006	168.057.856	374.697.317	9,1	454	0,54	1,20
2007	184.010.757	406.023.021	9,5	475	0,53	1,17
2008	200.989.385	438.429.423	9,1	499	0,53	1,16
2009	201.356.743	443.077.408	8,6	516	0,57	1,25
2010	222.653.603	439.728.832	9,5	527	0,62	1,22

Vir: Podatki ZZS.

Tabela 8. Ocena bremena (stopnje bolniškega staleža in stroškov za nadomestila) zdravstvenega absentizma v primerljivih državah EU, 2008.

Država	Ocena stopnje bolniškega staleža	Ocena stroškov kot delež v BDP	Opombe (pojasnila)
Avstrija	3,2 %	2,2 %	stroški delodajalcev in socialnega zavarovanja za bolniška nadomestila; brez stroškov za poškodbe pri delu in poklicne bolezni
Belgija	5 %	3,1 %	stroški delodajalcev in socialnega zavarovanja za bolniška nadomestila; vključuje tudi stroške za porodniško odsotnost
Nemčija	3,2 %	3 %	stroški delodajalcev in socialnega zavarovanja za bolniška nadomestila; brez stroškov za poškodbe pri delu in poklicne bolezni
Nizozemska	4,1 %	2,9 %	stroški delodajalcev in izvajalcev zdravstvenega zavarovanja za bolniška nadomestila
Češka	5,2 %	1,3 %	stroški delodajalcev ter socialnega zavarovanja za bolniška nadomestila; brez stroškov za poškodbe pri delu in poklicne bolezni
Slovaška	3,3 %	ni podatka (0,8 %*)	stroški delodajalcev in izvajalcev zdravstvenega zavarovanja za bolniška nadomestila;
Slovenija	3,7 %	ni podatka (1,2 %**)	stroški delodajalcev in ZZS za bolniška nadomestila

Opombi: * podatek o strošku o Slovaški je povzet iz OECD baze (2006)

** podatek o strošku BDP za Slovenijo za leto 2008 je povzet iz tabele 3 te analize

Vir: Evropska fondacija za izboljšanje življenjskih in delovnih pogojev, 2010.

Podatki o zdravstvenem absentizmu za s Slovenijo primerljive države EU (države s sistemi socialnega zdravstvenega zavarovanja) kažejo predvsem, da stroški v državah – novih članicah EU (Češka, Slovaška), če zanemarimo razlike v ureditvah v državah, ne dosega-jo ravni stroškov v državah – starih članicah EU. V povprečju pa so stopnje bolniškega staleža – prav tako ob upoštevanju razlik v ureditvah – v novih članicah zaznavno višje. Pri tabeli je potrebno upoštevati, da je bila stopnja bolniškega staleža v Sloveniji prav v času raziskave oziroma v letu 2008 najnižja (3,7 – povprečna v desetletju pa 4,3 %). Podatki ponovno usmerjajo pozornost na vlogo predpisov oziroma ureditve zdravstvenega absentizma na stroške za nadomestila, ki je v Sloveniji med opazovanimi državami najmanj restriktivna – še zlasti na področju višine nadomestil in trajanja nadomestil.

5. Obvladovanje odhodkov ZZS za nadomestila plač

Vplivov na obseg absentizma in višino izplačanih nadomestil plač v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ) je več, zato je potreben pogled na ta pojav z več vidikov. Pomembni so vplivi zakonodaje¹, morebitna sprememba v obolenosti prebivalcev oziroma zavarovanih oseb in razmere v okolju, npr. ekonomske razmere. ZZS izplačuje upravičencem nadomestila plač za čas nezmožnosti za delo (v nadaljevanju: nadomestila plač) v odvis-

1 V nadaljevanju zaradi preglednosti samo v grobem prikazujemo pravne podlage oziroma sistem uveljavljanja pravice do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela v breme sredstev OZZ. Vse podrobnosti in posebnosti so razvidne iz zakonov in podzakonskih predpisov, ki jih omenjamo.

nosti od števila izgubljenih delovnih dni (oziroma preračuna iz ur), razlogov nezmožnosti za delo, višine osnove (plače) za izplačilo nadomestila. Na odhodke ZZS za nadomestila plač do neke mere vpliva tudi ažurnost vlagateljev refundacijskih zahtevkov na ZZS in izplačilni rok.

5.1. Ureditev področja nadomestil v breme OZZ

Temeljni predpis, ki vpliva na obseg in višino nadomestil v breme OZZ, je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ) iz leta 1992 z novelami, ki predpisuje upravičence, postopke za pridobitev pravic, višino nadomestil plač in pristojnosti za ugotavljanje dejanskega stanja zavarovanca oziroma zavarovane osebe. Pomembna predpisa, ki posegata v obseg in višino odhodkov za nadomestila plač iz sredstev OZZ, pa sta tudi Zakon o delovnih razmerjih (ZDR), ki je v letu 2003 naložil plačilo dodatnih razlogov nezmožnosti za delo v breme OZZ, in Zakon o zaposlovanju in zavarovanju za primer brezposelnosti (ZZZPB), ki je z novelo konec leta 1998 naložil nove obveznosti OZZ za plačilo nadomestil brezposelnim osebam, ki so delanezmožne. Od 1. 1. 2011 je v veljavi Zakon o urejanju trga dela, ki je nadomestil ZZZPB in smiselno povzel ureditev izplačevanja nadomestil iz predhodnega zakona.

Iz sredstev OZZ so pokrita nadomestila plač za odsotnost dela zaradi tako imenovanih bolezenskih razlogov v primerih:

- od prvega dne zadržanosti od dela zaradi:
 - nege ožjega družinskega člana,
 - izolacije,
 - spremstva,
 - presaditve tkiva in organov v korist druge osebe
 - ter v nekaterih drugih primerih,
 - zaradi bolezni in poškodb, ki niso povezane z delom, ko je bilo za posamezno odsotnost z dela do 30 dni izplačano nadomestilo v breme delodajalca v koledarskem letu za 120 delovnih dni (ZDR),
 - zaradi dveh ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, ko je v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (ZDR);
- en dan zadržanosti od dela zaradi prostovoljnega darovanja krvi (ZDR);
- od 31. dneva zadržanosti od dela zaradi bolezni in poškodb, če ne gre za primere, iz predhodnih alinej, ki jih je opredelil ZDR.

5.2 Gibanje absentizma v breme OZZ

Iz tabele 9 je razvidno gibanje števila izgubljenih delovnih dni v breme OZZ, ki imajo vir podatkov v obrazcih BOL – potrdilo o upravičeni odsotnosti od dela (bolniški listi), ki jih izdajo izvajalci in poročajo Inštitutu za varovanje zdravja za nacionalno statistiko. Od leta 2001 do 2004 statistika beleži naraščanje števila izgubljenih delovnih dni v breme OZZ. V letu 2005 je zabeležen precejšen padec števila izgubljenih delovnih dni. V letu 2008 je zabeležen ponoven padec, ki mu v letih 2009 in 2010 sledi ponovna rast. Dvomov v kakovost podatkov IVZ naj ne bi bilo, a je zaradi nepojasnjenih trendov ZZS v letu 2008 (drastični padec) in 2010 (precejšen porast) IVZ zaprosil za ponovno preverbo podatkov, a je dobil odgovor, da so podatki pravilni oziroma naknadno ugotovljene napake nimajo bistvenega vpliva na celoten pojav. Če gledamo na časovno vrsto od leta 2001 do 2010 z relativnim kazalnikom – odstotkom

Tabela 9. Absentizem v breme OZZ v letih 2001–2010.

leto	št. izgubljenih delovnih dni v breme ZZS	% BS
2001	4.709.781	2,10
2002	4.985.779	2,10
2003	5.016.795	2,11
2004	5.187.844	2,13
2005	4.488.416	1,84
2006	4.503.271	1,83
2007	4.839.814	1,91
2008	4.433.377	1,69
2009	4.686.891	1,82
2010	5.320.897	2,11

Vir: Podatki IVZ – zavarovalniški agregat ZZS.

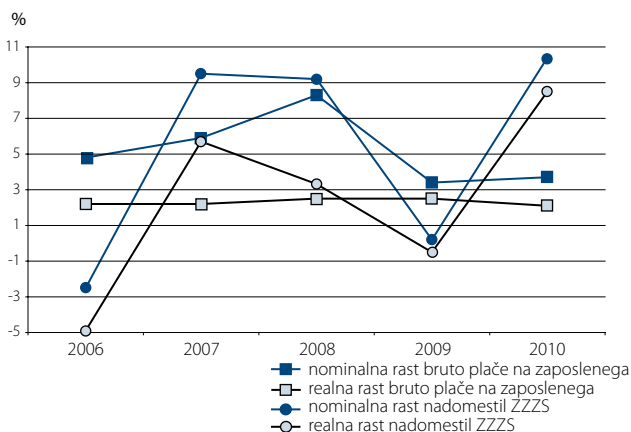
Tabela 10. Odhodki ZZS za nadomestila plač v letih 2007–2010.

leto	odhodki za nadomestila plač iz obveznega zavarovanja v €	verižni indeks	delež odhodkov nadomestil plač v vseh odhodkih obveznega zavarovanja – %
2007	184.010.757	-	9,5
2008	200.989.385	109,2	9,1
2009	201.356.743	100,2	8,6
2010	222.653.603	110,6	9,5

Vir: Podatki ZZS.

izgubljenih delovnih dni (% BS), ki relativizira večjo ali manjšo zaposlenost po letih, kar vpliva na absolutni obseg odsotnosti z dela, lahko ugotovimo, da je bil absentizem v letih 2005 do 2009 na nižji ravni, v letu 2010 pa se je ponovno dvignil na raven izpred leta 2005.

Iz tabele 10 je razvidno, da odhodki za nadomestila plač, za katere plačnik je po zakonodaji ZZS, v strukturi vseh odhodkov OZZ predstavljajo skoraj desetino. V letih 2008 in 2009 je zaznan padec deleža nadomestil plač v vseh odhodkih OZZ zaradi povečanih odhodkov za zdravstvene storitve (na višino le-teh je vplivalo povečanje plač v javnem sektorju – zdravstvu, kar je ZZS dolžan v skladu z 66. členom ZZVZ vkalkulirati v cene zdravstvenih storitev). Zaradi varčevalnih ukrepov v letih 2009 in 2010 (predvsem zniževanje cen izvajalcem zdravstvenih storitev in zniževanje cen oziroma odhodkov za zdravila), pa se je delež nadomestil plač ponovno ustalil na 9,5 % vseh odhodkov OZZ.



Slika 4. Prikaz realne in nominalne rasti bruto plač na zaposleno osebo in nadomestil plač v breme ZZS v letih 2006–2010.

Vir: Podatki UMAR, ZZS.

Pretekle trende v gibanju odhodkov za nadomestila plač do neke mere pojasnijo gibanja letnih rasti po letih (slika 4), in sicer nominalne rasti bruto plač na zaposlenega v državi ter nominalne rasti nadomestil plač v breme OZZ.

5.3. Vlaganje refundacijskih zahtevkov

V prilogi 3 je navedenih 50 največjih vlagateljev zahtevkov za refundacije nadomestil plač, ki so v letih 2008 do 2010 vložili največ obračunov (bolniških listov). Ti podatki ne povedo toliko, kot če jih primerjamo s številom zaposlenih pri teh delodajalcih – vlagateljih. Ni pa nujno, da ima ravno teh 50 vlagateljev največ dni bolniškega staleža, ker dolžina posameznega staleža ni upoštevana (ZZS tega ne spremlja), a kljub vsemu podatki dajejo neko sliko o obsegu dela s posameznim vlagateljem oziroma delodajalcem.

Na trend rasti odhodkov po letih nezanemarljivo vpliva tudi ažurnost zavezancev za vlaganje refundacijskih zahtevkov na ZZS in rok za refundacijo. Rok za refundacijo je določen v omenjenem pravilniku, ki kot podzakonski predpis natančno ureja področje obračunov in refundacij nadomestil plač v breme OZZ. Delodajalci lahko zahtevajo refundacijo nadomestila plač v treh letih od dneva, ko je bilo nadomestilo delavcem izplačano, sicer terjatev do ZZS zastara. Nekateri delodajalci refundacijskih zahtevkov na ZZS ne vlagajo sproti, ampak skupaj za daljše obdobje. ZZS je do leta 2009 zaradi ugodne finančne situacije izplačeval refundacije nadomestil plač takoj po prejemu in kontroli obračunov. Od leta 2009 vse refundacije, kljub zaostrenim pogojem poslovanja, redno poravnava, s tem, da sledi cilju, da vsako refundacijo nakaže najkasneje v 20-ih dneh. Nakazila refundacij se izvajajo delodajalcem vsako sredo v tednu. Izplačila nadomestil plač samozaposlenim pa vsak petek. Ker se obračun, kontrola in priprava nakazil izvaja na vseh 55 lokacijah v ZZS (10 sedežev OE in 45 izpostav), je potrebna dobra notranja logistika za zagotavljanje likvidnih sredstev na izplačilne dni. Sprememba v internih pravilih izplačevanja refundacij v letu 2009 je povzročila, da so tudi iz tega razloga bili odhodki za nadomestila v tem letu nekoliko nižji in so se nato v letu 2010 še za nekaj več povečali. Zamaknjena plačila, ko gledamo velikost pojava na letni ravni, namreč učinkujejo samo v letu po spremembi.

5.4. Obračun in kontrola nadomestil plač

Nadomestila plač v breme OZZ so odvisna od števila dni, ko so zavarovanci delanezmožni, od višine plače zavarovanca v preteklem letu oziroma preden je bil zadržan od dela in od valorizacije skladno z zakonodajo. Operativno pa je področje urejeno s Pravilnikom o obračunu bruto nadomestil plač med začasno zadržanostjo od dela v breme OZZ in o načinu vlaganja zahtevkov delodajalcev za povračilo izplačanih nadomestil, ki je bil, in vse njegove spremembe, objavljen v Uradnem listu RS in na spletni strani ZZS.

ZZS refundira delodajalcem nadomestila v višini II. bruto nadomestila plače, razen delodajalcem, ki so oproščeni plačila ali upravičeni do povračila prispevkov za socialno varnost. Dokazi o upravičenosti do refundacij nadomestil plač so na strani delodajalcev, kar ZZS preverja. Referenti zavarovanja pred izplačilom izvajajo določene kontrole.

Referenti so obdelali v letu 2010 kar 529.084 obračunov na vseh zahtevkih za refundacije (če štejemo, da pomeni 1 obračun tudi eno osebo za en primer odsotnosti z dela ali obdelava enega »bolniškega lista«). Vsak obračun pomeni sprotno kontrolo pravil-

nosti in usklajenosti obračuna s predpisi in izpolnjevanje pogojev za upravičenost nadomestila plač. Ob kontroli izpolnjevanja pogojev pred izvedbo refundacije nadomestila plač referenti ZZS preverjajo tudi, ali imajo kategorije zavarovancev, skladno z 78.a členom ZZVZZ (tako imenovani zavarovanci, ki so hkrati zavezanci) plačane prispevke. V primeru dolga iz tega naslova se jim pravice do nadomestila plače zadržijo do poplačila dolga. Poleg tega pa ima vsaka območna enota ZZS (v nadaljevanju OE) po enega zaposlenega revizorja zavarovanja, ki med drugim kontrolira pravilnost izkazanih osnov za refundacijo nadomestil plač v breme ZZS. Takih posebnih kontrol so revizorji zavarovanja opravili v letu 2010 516. Delavci ZZS kontrolirajo tudi predhodno dejansko izplačilo nadomestilo plače delavcem, kot predvideva ZDR, kadar se izkaže dvom v pravilnost navedb delodajalcev na vlogah za refundacije.

Višina nadomestila plač je odvisna tudi od razloga, zaradi katerega je zavarovanec odsoten od dela oziroma nezmožen za delo:

- 100 % od osnove ob zadržanosti od dela zaradi:
 - poklicne bolezni,
 - poškodbe pri delu,
 - presaditev tkiva in organov v korist druge osebe,
 - darovanje krvi,
 - izolacije;
- 90 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi:
 - bolezni,
- 80 % osnove ob zadržanosti od dela zaradi:
 - poškodbe izven dela,
 - nege družinskega člana,
 - spremstva.

Nadomestilo plače ne more biti višje od plače, ki bi jo dobil zavarovanec, če bi delal, in ne nižje od zajamčene plače.

5.5. Absentizem v breme OZZ po razlogih

V tabeli 11 so prikazani odhodki za nadomestila plač po letih od 2007 do 2010 po razlogih odsotnosti. Prikazani so dnevi (preračunani iz ur, za katere so bile refundacije uveljavljene), število »različnih« zavarovancev (skupaj so prikazani vsi zavarovanci, za ka-

tere so delodajalci uveljavljali nadomestilo plače v breme OZZ in ne pogostost uveljavljanja nadomestil plač za posameznega delavca) in znesek izplačanih nadomestil plač v breme OZZ. Tradicionalno najpogostejši vzroki za izplačana nadomestila plač iz sredstev OZZ po številu dni je bila »bolezen«, »poškodbe izven dela«, na tretjem mestu pa je bila »nega«. Pri »negi« gre za relativno krajše odsotnosti glede na druge razloge, zato je število »različnih« zavarovancev, za katere je bilo nadomestilo plače izplačano, celo največje od vseh razlogov vsa leta opazovanja, razen v letu 2007, ko je bilo več »različnih« zavarovancev z razlogom »bolezen«. Stalen trend naraščanja dni in »različnih« zavarovancev je opazen tudi pri razlogu »spremstvo«. Število dni odsotnosti in število »različnih« zavarovancev, za katere je bilo izplačano nadomestilo plač, iz razlogov »poklicnih bolezni« zaradi sistemskih nedorečenosti ni ustrezno prikazano. Število dni in število »različnih« zavarovancev iz razloga »poškodb pri delu« pa med leti 2007 in 2010 nima značilnega trenda rasti ali padanja. Število dni in število »različnih« zavarovancev iz razloga »poškodbe po tretji osebi izven dela« ima stalen trend padanja. Ta razlog je v primerih, ki jih predvideva ZZVZZ tudi tisti, ko ZZS proti povzročiteljem teh poškodb uveljavlja regresne zahteve. Posebej bi bilo potrebno izpostaviti tudi naraščajoči trend števila dni, za katere je bilo izplačano nadomestilo plač in število »različnih« zavarovancev iz razloga odsotnosti »darovanje krvi«, kar bi iz samega poslanstva prepoznali kot pozitiven trend, saj je v letu 2010 bilo že 35.252 »različnih« zavarovancev, ki so v povprečju 1,7-krat uveljavili nadomestilo plače v breme OZZ za dan darovanja krvi. V tabeli 8 informativno prikazujemo tudi postavko »17.b člen«, to so brezposelne osebe, za katere je Zavod RS za zaposlovanje (po ZZZPB oziroma od 1. 1. 2011 po Zakonu o urejanju trga dela) uveljavljal refundacijske zahteve za nadomestilo plač nad 30 dni za čas nezmožnosti za delo brezposelnih oseb, iskalcev zaposlitve z nadomestilom za čas brezposelnosti. Število dni, za katere je bilo izplačano nadomestilo plače, se v celotnem opazovanem obdobju po letih povečuje.

Iz tabele 11 so razvidni tudi odhodki v breme OZZ za nadomestila plač po razlogih odsotnosti od dela v obdobju 2007-2010. Predhodno opisani trendi fizičnih kazalnikov se odražajo v odhodkih, na raven le-teh pa imajo vpliv še višina osnove za nadomestilo in valorizacija. Najvišjo postavko predstavlja razlog »bolezen«, na

Tabela 11. Izplačana nadomestila plač po razlogih (dnevi, zavarovanci in zneski) v letih 2007–2010.

Razlogi	število dni				število "različnih" zavarovancev				znesek* v €			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
1 Bolezen	3.308.669	3.400.957	3.116.898	3.251.837	46.716	48.461	45.239	46.078	125.291.126	135.037.087	130.856.731	143.809.493
2 Poškodba izven dela	503.072	518.587	513.297	569.297	10.989	11.382	11.286	11.810	18.789.779	20.605.625	22.084.779	25.286.467
3 Poklicna bolezen	2.233	1.287	383	321	16	15	8	4	96.266	56.043	23.865	20.278
4 Poškodba pri delu	321.291	337.462	313.111	334.794	6.593	6.749	6.006	6.202	13.295.341	14.823.690	14.458.145	16.548.064
5 Poškodba po tretji osebi izven dela	106.236	100.511	90.905	88.922	2.283	2.019	1.757	1.604	3.762.748	3.793.043	3.602.246	3.705.628
6 Nega	406.758	452.451	467.197	485.362	44.892	49.633	51.538	54.001	17.813.563	20.727.523	24.169.802	26.271.096
7 Transplantacija	33	117	108	126	7	11	7	5	1.976	5.827	5.396	5.991
8 Izolacija	70	101	129	85	12	12	15	11	2.735	9.782	6.363	4.664
9 Spremstvo	38.907	45.749	45.139	49.548	14.723	16.840	17.253	18.833	1.680.850	2.082.687	2.252.274	2.665.271
10 Usposabljanje za rehab. otroka	702	417	600	603	44	44	54	55	26.992	21.295	27.208	32.895
11 Poškodba nastala pri aktiv. iz 18.čl. Z.	1.482	1.687	1.977	1.209	26	44	40	23	59.484	83.946	104.015	57.944
12 Darovanje krvi	51.154	56.289	57.497	60.069	31.536	33.877	35.054	35.292	2.860.758	3.368.851	3.756.275	4.161.591
Skupaj	4.740.607	4.915.615	4.607.241	4.842.173	157.837	169.087	168.257	173.918	183.681.618	200.615.399	201.347.099	222.569.382
Od tega pripada:												
Rrecidivu									149.867	178.884	159.437	161.259
121. dnevu									56.984	22.788	13.911	19.182
17. b členu	170.520	144.115	155.752	219.579					3.724.945	3.312.493	4.042.789	6.133.259

Vir: Podatki ZZS.

drugem mestu je od leta 2009 »nega«. Naraščajo izplačila tudi za razlog »poškodba izven dela«, »poškodba pri delu«, »spremstvo« in »darovanje krvi«.

Odhodki, ki sta jih OZZ naložila ZDR in ZZZPB oziroma Zakon o urejanju trga dela (v tabeli: darovanje krvi, recidiv, 121. dan, 17.b člen) so v letu 2010 znašali skupaj 10,5 milijona evrov oziroma 4,7 % od vseh odhodkov za nadomestila plač v breme OZZ.

5.6. Postopki ugotavljanja delanezmožnosti v ZZZS

Postopek ugotavljanja delanezmožnosti, kar je osnova uveljavljanja pravice do nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela, definira ZZVZZ. Večja sprememba na tem področju se je zgodila leta 2002 in 2003, ko je namesto 3-članskega izvedenskega organa z novelo ZZVZZ določen posebni upravni postopek (v nadaljevanju: ZUP). Od takrat dalje odločajo o začasni nezmožnosti za delo iz bolezenskih razlogov za delo nad 30 dni in v vseh drugih primerih, ko gre nadomestilo plače v breme OZZ – razen v primeru »nege«, »spremstva« ali »izolacije« zavarovane osebe, o kateri odloča njen osebni zdravnik – imenovani zdravniki ZZZS kot posamezniki na I. stopnji in na II. stopnji zdravstvena komisija ZZZS (senat 2 zdravnikov in univerzitetni diplomirani pravnik). Imenovanja uradnih oseb za odločanje v omenjenih zadevah opravi Upravni odbor ZZZS.

Imenovani zdravniki delujejo po OE, zdravstvena komisija pa na dveh lokacijah oziroma sta senata v Ljubljani in v Mariboru. Iz tabele 12 je razviden obseg dela, ki so ga opravili zdravniki ZZZS kot imenovani zdravniki in kot člani senata zdravstvene komisije. Gre za vse izdane upravne akte (odločbe in sklepe) v zvezi z nezmožnostjo za delo, napotovanjem na zdraviliško zdravljenje in drugimi pravicami, za katere ZZVZZ predvideva tak način odločanja.

V letu 2010 so imenovani zdravniki na I. stopnji izdali 85 % upravnih aktov v zvezi z delanezmožnostjo, 11 % o napotitvah na zdraviliško zdravljenje in 4 % vseh ostali upravnih aktov. Na II. stopnji je bilo v letu 2010 59 % vseh upravnih aktov v zvezi z delanezmožnostjo, 33 % v zvezi z napotovanjem na zdraviliško zdravljenje in 8 % vseh ostalih. Iz teh podatkov bi lahko zaključili, da na I. stopnji v OE imenovani zdravniki pretežno odločajo o delanezmožnosti. Odločitve na II. stopnji pa so odvisne od vrste pravice, na katero se zavarovane osebe pritožijo.

Tabela 12: Število izdanih upravnih aktov imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije (I. in II. stopnja) ter število zdravnikov (iz ur) v letih 2007–2010.

	število izdanih odločb in sklepov				število zdravnikov iz ur			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Celje	34.330	33.266	33.342	32.950	3,80	3,47	3,87	3,29
Koper	21.986	21.959	22.706	23.408	1,34	2,34	2,54	2,02
Kranj	23.346	22.434	21.402	19.304	3,59	3,33	3,30	3,03
Krško	9.579	9.293	9.732	10.298	1,38	1,35	0,89	0,83
Ljubljana	89.247	91.594	86.630	86.249	7,49	6,95	5,96	6,49
Maribor	47.779	49.881	50.123	51.136	4,98	4,79	5,57	6,31
Murska Sobota	21.619	22.177	21.529	20.485	1,97	1,66	1,55	1,51
Nova Gorica	9.872	10.117	11.474	11.084	1,91	2,23	2,00	1,45
Novo mesto	18.707	19.053	18.403	19.766	1,34	1,65	1,84	1,79
Ravne na Koroškem	34.339	34.556	29.560	30.343	4,50	2,97	2,77	2,53
I.stopnja	310.804	314.330	304.901	305.023	32,30	30,74	30,29	29,25
II.stopnja	8.348	8.930	9.220	8.808	4,52	4,54	3,77	3,66

Vir: Podatki ZZZS.

Imenovani zdravniki so v letu 2010 povabili na osebno predstavitev 10.400 zavarovancev na I. stopnji in 624 na II. stopnji.

Podatki o številu izdanih upravnih aktov v tabeli 12 so z vidika administracije zaskrbiljujoči, kajti skladno s posebnim upravnim postopkom mora ZZZS oziroma zdravniki izdati v posameznem letu na I. stopnji med 304.000 in 314.000 in še na II. stopnji med 8.300 in 9.200 upravnih aktov, za katerimi si je lahko predstavljati frekvenco pošiljanja medicinske dokumentacije, ki potuje med osebnim zdravnikom in službo ZZZS ter med OE in zdravstveno komisijo, kot drugostopenjskim organom.

Administracija ZZZS mora voditi ustrezne evidence in imeti vzpostavljene zelo varne postopke ravnanja z dokumentacijo in arhiviranja, ker gre za občutljive osebne podatke. Poleg tega ZZZS po oceni nameni za vsa vročanja upravnih aktov po ZUP samo za poštino čez 1 milijon evrov. Administrativno delo pa ni vključeno v ta strošek. Od vseh 259.214 izdanih upravnih aktov o delanezmožnosti na I. stopnji je bilo čez 93 % za zavarovano osebo ugodno rešenih (delanezmožnost zavarovancev je bila na predlog osebnega zdravnika potrjena).

Upravni postopek podaljšuje tudi dolžino staleža, ker morajo zdravniki upoštevati roke, ki jih zakonodaja predvideva. Eden od takih je na primer 15-dnevni rok za vročanje pošte za osebne predstavitve pri zdravnikih in podobno. Tako mora imenovani zdravnik pri podaljševanju oziroma zaključevanju staleža upoštevati tudi potreben čas za prevzem pošiljke, čeprav morda stalež ne bi bil v vmesnem času upravičen.

V tabeli 12 je prikazano tudi število zdravnikov iz ur, tako redno zaposlenih (efektivne ure) kot pogodbenih zdravnikov v zvezi z odločanjem o pravicah. Zadnja leta je opazen padec delavcev iz ur. Pri tem je potrebno upoštevati, da zdravniki, ki so redno zaposleni v OE (I. stopnja), izvajajo tudi nadzore (v letu 2010 so jih opravili 162), kar ni nezanemarljivo in zmanjšuje čas, ki ga zdravniki lahko namenijo odločanju o pravicah. Število zaposlenih in pogodbenih zdravnikov iz ur se z leti zmanjšuje. Kljub številnim objavam prostih delovnih mest, ZZZS težko zaposli zdravnike za odločanje kot imenovane zdravnike ali v senatih zdravstvene komisije. Od vsakega zdravnika se zahteva opravljen izpit iz ZUP (določilo zakonodaje), kar je poleg pomanjkanja zdravnikov oziroma njihove pripravljenosti za tako izpostavljeno delo dodatna oteževalna okoliščina. ZZZS tako dejansko ne more zadostiti zahtevi zakonodaje, da bi upravne postopke vodili samo imenovani zdravniki v delovnem razmerju.

ZZZS za obvladovanje absentizma v breme OZZ izvaja aktivno kadrovsko politiko za zapolnitev prostih zdravniških delovnih mest, pri čemer so ovire: splošno pomanjkanje zdravnikov, nepriljubljena vsebina dela, nestimulativno nagrajevanje, izpit iz upravnega postopka.

5.7. Obvladovanje dolgotrajnih staležnikov

ZZZS spremlja gibanje števila staležnikov (stanje na zadnji dan v mesecu), to je tistih staležnikov, katerih nadomestilo plače gre od 31. dneva delanezmožnosti dalje v breme OZZ (v nadaljevanju: dolgotrajni staležniki). Znano je, da se bo po daljši odsotnosti z dela delavec – zavarovanec vse težje vrnil na delo. Iz tabele 13 je razvidno število dolgotrajnih staležnikov in njihovi deleži v razredih po dolžini staleža. V opazovanih letih se število dolgotrajnih staležnikov bistveno ne spreminja, zmanjšuje se delež oseb, ki so v staležu do pol leta, povečuje delež od pol leta do treh let in tudi delež oseb, ki so v staležu nad tremi leti. Za slednje ocenjujemo, da

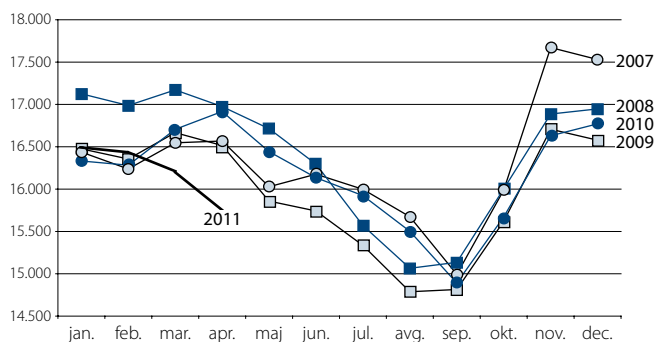
Tabela 13. Število dolgotrajnih staležnikov po trajanju staleža v letih 2007–2010 (stanje na dan 31.12.).

	2007		2008		2009		2010	
	število	delež	število	delež	število	delež	število	delež
do 0,5 leta	10.700	61,0	10.394	61,3	10.041	60,6	10.055	60,0
0,5 do 3 let	6.584	37,6	6.327	37,3	6.281	37,9	6.455	38,5
nad 3 leti	246	1,4	226	1,3	256	1,5	261	1,6
Skupaj	17.530	100,0	16.947	100,0	16.578	100,0	16.771	100,0

Vir: Podatki ZZSZS.

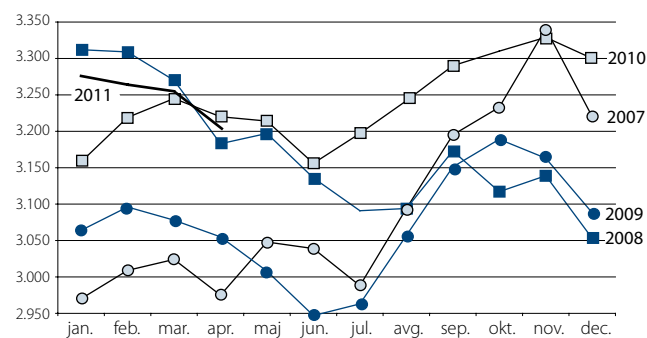
se le redki še kdaj vrnejo na delo. Ti staležniki so posebej obravnavana skupina po OE v sodelovanju z območnimi enotami ZPIZ in invalidskimi postopki. Sicer pa vse staležnike po OE zdravniki obravnavajo z osebnimi zdravniki in se povezujejo tudi z delodajalci in pooblaščenimi zdravniki. Te aktivnosti so, žal, odvisne od kadrovske zasedbe imenovanih zdravnikov po OE.

Na število dolgotrajnih staležnikov vpliva tudi veliko zunanjih razlogov in stanje se med meseci tekom leta zelo spreminja. Deloma na pojav vplivajo meseci, ki so po izvajanju medicinskih posegov najbolj frekventni (prvi in četrti kvartal). Poleg tega so zaznani poletni meseci, ko se stalež prekinja na predlog osebnih zdravnikov, verjetno vezano na želje zavarovancev po prekinitvi staleža zaradi koriščenja letnega dopusta, ker je nanj vezana pravica do regresa. Iz slike 5 je po večletnem spremljanju mesečnih podatkov razbrati sezonsko komponento bolniškega staleža. Najmanj dolgotrajnih staležnikov je od julija do septembra, največ pa v jeseni in pozimi.



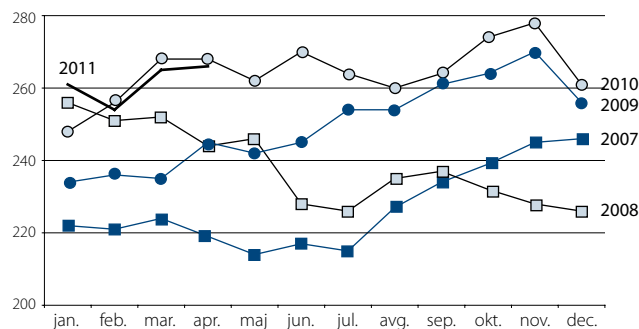
Slika 5. Gibanje števila vseh dolgotrajnih staležnikov po mesecih 2007–2011.

Vir: Podatki ZZSZS.



Slika 6. Število dolgotrajnih staležnikov nad 1 letom v letih 2007–2011.

Vir: Podatki ZZSZS.



Slika 7. Število dolgotrajnih staležnikov nad 3 leta v letih 2007–2011.

Vir: Podatki ZZSZS.

Če se spremlja število oseb, ki so v staležu nad enim letom, sezonska komponenta ni več poudarjena, kar je razvidno iz slike 6. To pojasnjujemo med drugim z resnostjo razlogov za delanezmožnost. ZZSZS poskuša s stiki z delodajalci, pooblaščenimi zdravniki in osebnimi zdravniki iskati rešitve. Deloma tudi s skrajševanjem časa za diagnostiko, posege in rehabilitacijo ter predvsem s skrajševanjem čakalnih dob.

S posebno pozornostjo ZZSZS obravnava dolgotrajne staležnike, ki so odsotni z dela nad tremi leti. Pri tem sodeluje z ZPIZ ter invalidsko komisijo ter opozarja na posamezne primere, kajti verjetnost, da se delavec vrne po treh letih odsotnosti iz delovnega procesa, je zelo majhna. Gibanje števila oseb, ki so v staležu nad tremi leti, je prikazana na sliki 7. Ni pa moč potrditi, da je ZZSZS pri tem uspešen, saj invalidske komisije ter ZPIZ pri izdaji odločb delajo po svoji zakonodaji in pravilih. Pri čemer je ZZSZS kot izvajalec OZZ nemočen.

5.8. Nadzor nad bolniškim staležem

Za obvladovanje bolniškega staleža se ZZSZS poslužuje možnosti, ki jo daje zakonodaja, da odkriva morebitne zlorabe bolniškega staleža, kljub temu, da so sankcije neznatne: zadržanje nadomestila plače za čas, ko se zavarovanec ni držal navodil zdravnika za zdravljenje ali se ne odzove na zdravniški pregled. Le v redkih primerih je možen odvzem nadomestila. Sicer pa mora ZZSZS nadomestilo izplačati za ves čas opravičene zadržanosti z dela, ko se zavarovanec javi, pride na pregled in se začne ravnati po navodilu zdravnika.

ZZSZS je imel v letu 2010 zaposlena iz ur 2 laična nadzornika (enega s polnim in še 2 s polovičnim delovnim časom) za potrebe cele države. Ugotovitev je, da je prisotnost laičnih nadzornikov potrebna in prispeva k zmanjševanju kršitev oziroma k obvladovanju bolniškega staleža, saj imenovani zdravniki naročajo kontrole pri zavarovanih, kjer sumijo na kršitve iz različnih razlogov, npr. ponavljajoče se delanezmožnosti.

Iz tabele 14 je razvidno število opravljenih laičnih nadzorov po letih ter delež kršitev po ugotovitvah laičnega nadzornika. Laični nadzornik namreč razpolaga samo z navodilom za ravnanje, ki ga je podal imenovani zdravnik ZZSZS ob zahtevi za nadzor zavarovanca.

Tabela 14. Laični nadzori bolniškega staleža v letih 2007–2010.

	2007	2008	2009	2010
Število opravljenih laičnih nadzorov	1.868	1.914	1.933	2.149
delež ugotovljenih kršitev (v %)	11,7%	9,9%	8,2%	7,1%
delež ugotovljenih kršitev (v %) po ugotovitvah IZ	–	–	4,19%	4,37%

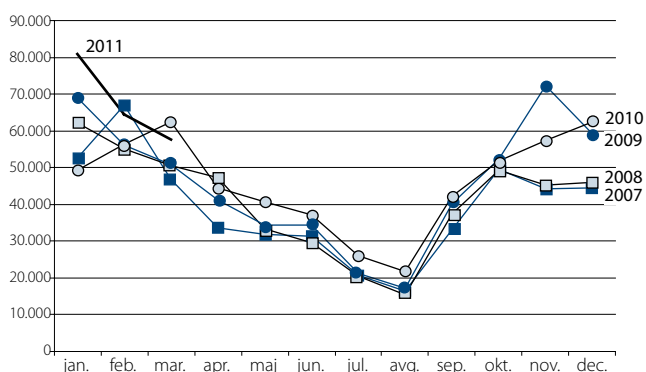
Vir: Podatki ZZSZS.

Število laičnih nadzorov se z leti povečuje in zmanjšuje delež kršitev po ugotovitvi laičnega nadzornika. Vsak primer kršitve potem obravnava imenovani zdravnik in presodi, ali je šlo v posameznem primeru res za kršitev ali pa je bil npr. zavarovanec opravičeno odsoten od doma, ker je imel zdravniški pregled, ali je bil hospitaliziran v vmesnem obdobju ali kaj podobnega. Zato je delež kršitev po ugotovitvah imenovanega zdravnika (v nadaljevanju: IZ) nižji od ugotovitev laičnega nadzornika. Delež kršitev po ugotovitvah IZ pa ZZS spremlja šele od leta 2009 dalje, zato na osnovi podatkov dveh let ni možno narediti posebnih zaključkov.

5.9. Odločanje o »negi«

ZZS v zadnjih letih intenzivno spremlja podatke o gibanju izgubljenih delovnih dni zaradi »nege« družinskega člana. V odhodkih OZZ je bilo v letu 2009 12 %, v letu 2010 pa 11,8 % vseh odhodkov iz OZZ za nadomestila plač iz razloga »nege«.

V sliki 8 so prikazani podatki o izgubljenih delovnih dnevih zaradi »nege« po mesecih. Razvidna je izrazita sezonska komponenta, kar je za ta razlog odsotnosti od dela razumljivo (poleti so šolske počitnice, jeseni in spomladi pa povečanje obolenj, predvsem prehladnih). Na odsotnost z dela zaradi »nege« gotovo vpliva tudi povečevanje števila rojstev v zadnjih letih. O negi družinskega člana odloča osebni zdravnik. ZZS zato ob stikih z osebnimi zdravniki naknadno opozarja na obseg pojava in stroške.



Slika 8: Gibanje izgubljenih delovnih dni zaradi nege po mesecih v letih 2007-2011.

Vir: Podatki IVZ.

5.10. Bolniški stalež nad 30 dni brezposelnih oseb

ZZS posebej spremlja tudi podatke o višini odhodkov za nadomestila za brezposelne osebe. Že sama zakonska ureditev v Sloveniji je posebnost. Upravičencu čas prejemanja nadomestila za brezposelnost v času delanezmožnosti miruje in lahko ureditev postane dober korektiv za reševanje socialnih težav. V primeru brezposelnih oseb, ki imajo pravico do nadomestila za čas delanezmožnosti, se pojavlja vprašanje, za kakšno delo se sploh lahko ugotavlja delanezmožnost. Delo, ki ga nekdo opravlja ali bi ga po zaposlitvi opravljal, sicer ni nujno identično njegovi izobrazbi.

Z naraščanjem števila vseh brezposelnih oseb v državi se povečuje tudi število upravičencev do nadomestila za čas brezposelnih. V OZZ sta to posebni zavarovalni podlagi: 11 – brezposelne osebe – prejemniki denarne pomoči pri ZRSZ in 28 – brezposelne osebe – prejemniki denarnega nadomestila pri ZRSZ. Samo zavarovanci, ki so v OZZ zavarovani na ta način, imajo kot brezposelne osebe pravico do nadomestila za čas delanezmožnosti. To nadomestilo od 31. dne zadržanosti preide v breme OZZ.

V tabeli 15 so prikazani podatki o povprečnem številu registriranih brezposelnih v državi, o številu zavarovanih v OZZ na podlagah 11 in 28, o številu izgubljenih delovnih dni in odhodkih OZZ za nadomestila za čas delanezmožnosti v letih od 2007 do 2010. Za vse kategorije je v opazovanem obdobju zaznan trend naraščanja.

Tabela 15. Brezposelni, zavarovani za podlage 11 in 28, izgubljeni delovni dnevi in nadomestila za podlage 11 in 28 v letih 2007-2010.

leto	število registriranih brezposelnih (povprečje leta)*	število brezposelnih (11,28)**	št. izgubljenih delovnih dni v breme Zavoda***	nadomestila plač v breme Zavoda v €****	št. izgubljenih del. dni / število brezposelnih (11,28)
2007	71.300	12.995	168.017	4.741.549	12,93
2008	63.200	14.035	141.148	4.918.356	10,06
2009	86.400	26.980	184.020	4.285.263	6,82
2010	100.500	28.080	283.109	6.133.259	10,08

* –Pomladanska napoved gospodarskih gibanj 2011, UMAR

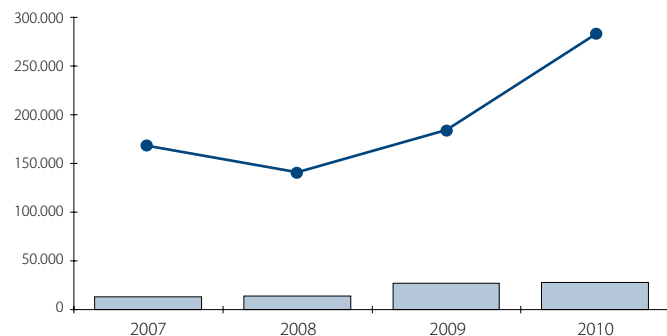
** –Evidenca OZZ, brezposelni, prejemniki denarne pomoči in denarnega nadomestila na Zavodu za zaposlovanje

*** –Baza Absentizem

**** –Aplikacija Nadomestila

Vir: Podatki UMAR, ZZS.

Slika 9 prikazuje naraščanje števila brezposelnih oseb na zavarovalnih podlagah 11 in 28 ter naraščanje števila izgubljenih delovnih dni teh kategorij zavarovancev zaradi delanezmožnosti v breme OZZ. Izgubljeni delovni dnevi, če jih gledamo absolutno, naraščajo dosti hitreje po letu 2008. Gledano relativno – izgubljeni delovni



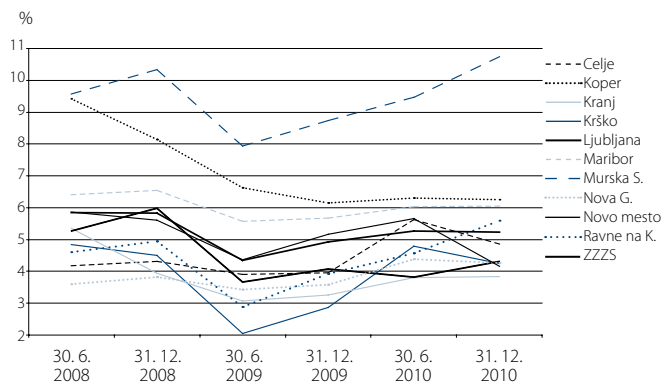
Slika 9: Število brezposelnih na zavarovalnih podlagah 11 in 28 ter odstotek izgubljenih delovnih dni v breme ZZS v letih 2007-2010.

Vir: podatki ZZS.

Tabela 16. Delež brezposelnih oseb v BS glede na zavarovane osebe na zavarovalnih podlagah 11 in 28 – brezposelne osebe.

	30.6. 2008	31.12. 2008	30.6. 2009	31.12. 2009	30.6. 2010	31.12. 2010	indeks na 2008
Celje	4,19	4,32	3,90	3,95	5,62	4,85	115,88
Koper	9,41	8,14	6,62	6,15	6,30	6,25	66,37
Kranj	5,35	3,93	3,07	3,26	3,81	3,84	71,76
Krško	4,84	4,51	2,06	2,88	4,79	4,25	87,74
Ljubljana	5,26	5,98	3,67	4,07	3,82	4,31	81,83
Maribor	6,41	6,54	5,58	5,67	6,04	6,06	94,46
Murska Sobota	9,57	10,34	7,95	8,74	9,47	10,74	112,24
Nova Gorica	3,60	3,82	3,43	3,57	4,39	4,27	118,67
Novo mesto	5,86	5,61	4,37	5,16	5,66	4,16	71,08
Ravne na Koroškem	4,61	4,95	2,89	3,93	4,57	5,58	121,24
ZZS	5,85	5,84	4,35	4,92	5,27	5,24	89,61

Vir: Podatki ZZS.



Slika 10: Delež brezposelnih oseb v bolniškem staležu glede na zavarovalne podlagah 11 in 28 – brezposelne osebe.

Vir: Podatki ZZZS.

dnevi na število vseh brezposelnih oseb (podlagi 11 in 28) pa nimajo značilnega trenda, kar je razvidno iz tabele 15.

Boljšo preglednost nad podatki daje tabela 16, iz katere so razvidni podatki o deležu (v %) brezposelnih oseb v bolniškem staležu glede na vse zavarovane osebe na podlagah 11 in 28 po OE za vsake pol leta od 30. 6. 2008 dalje. Čeprav so podatki za leto 2010 nižji kot za leto 2008, so podatki zaskrbljujoči, saj gre samo za stalež v breme OZZ, ki je, če poenostavimo več kot 2-krat višji, kot je povprečni stalež zavarovanih oseb v Sloveniji v breme OZZ. Poleg tega pa so razlike med OE izredno velike, kar se nazorno vidi iz slike 10.

Porast deleža med 30. 6. 2008 in 31. 12. 2010 je v nekaterih OE zaskrbljujoč. Problematika je stalna tema sestankov vodstva in zdravnikov v ZZZS in sestankov ZZZS in ZRSZ. Območne enote ZRSZ namreč podajo mnenje o tem, kakšno delo brezposelni osebi iščejo, da lahko imenovani zdravnik odloča o delanezmožnosti zavarovane osebe.

6. Širjenje primerov dobrih praks in promocija zdravja

ZZZS v svojih strateških dokumentih glede obvladovanja absentizma že vrsto let opozarja na nujnost, da se v Sloveniji pri izvajanju ukrepov za obvladovanje zdravstvenega absentizma doseže strateški premik od obvladovanja zgolj stroškovne dimenzije v ukrepe za bolj celovito obvladovanje absentizma ter premik od zgolj zdravstvenih ukrepov (zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene službe) na medsektorske ukrepe promocije zdravja in preventive v delovnem okolju, ki jih izvajajo različni nosilci na ravni podjetij, lokalne in širše skupnosti oziroma države.

Skladno s temi usmeritvami je ZZZS v letu 2005 izvedel strateško konferenco z udeležbo obeh pristojnih ministrstev (Ministrstva za zdravje R Slovenije in Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve R Slovenije), IVZ, Zbornice varnosti in zdravja pri delu, Zveze svobodnih sindikatov Slovenije, Zavoda za varstvo pri delu, Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa ter predstavnikov gospodarstva. Zaključki konference, ki je predvsem opozorila, da je zdravstveni absentizem resen družbeni, organizacijski, pravni, ekonomski in ne le zdravstveni problem, so se usmerili na potrebne spremembe za zagotovitev večje odgovornosti delodajalcev za varnost in zdravje pri delu, spremembe predpisov glede ureditve začasnih zadržanosti od dela, v poenotenje in poenostavitev postopkov in meril ocenjevanja nezmožnosti za delo, v pripravo sodobnih strokovnih izhodišč ocenjevanja začasnih in trajnih nezmožnosti za

delo, prednostno obravnavo primerov dolgotrajnih odsotnosti ter nekatere druge predloge.

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je v letu 2008 v sodelovanju z Evropsko agencijo za varnost in zdravje pri delu (EUASHA) organiziral nacionalno tekmovanje za pridobitev priznanja za primere dobre prakse pri promociji zdravja in varnosti pri delu. Primeri dobre prakse naj bi odražali predvsem učinkovito preusmeritev v preprečevanje dejavnikov tveganja za varnost in zdravje pri delu, s tem pa v celovito ocenjevanje tveganj, oblikovanje ustreznih standardov za varnost in zdravje pri delu ter ukrepe za izboljšanje delovnih pogojev.

V istem času so se v Sloveniji začeli v posameznih regijah uresničevati projekti promocije zdravja na delu z nazivom »Čili za delo«, katerega koncept je po vzoru prakse iz razvitih držav EU razvil Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa in dograjevali in koordinirali pa posamezni Zavodi za zdravstveno varstvo iz slovenskih regij. Projekt izpostavlja poleg preprečevanja dejavnikov tveganja za zdravje in varnost pri delu tudi pomen ukrepov širše promocije zdravja, pri čemer izpostavlja ugodne dolgoročne učinke na področju obvladovanja bolniškega staleža, boljši motiviranosti zaposlenih za delo, boljši organizacijski klimi, bolj odprti komunikaciji in drugih mehkih dejavnikov zadovoljstva pri delu, ki imajo velik potencial tudi z vidika večje kakovosti in za dodajanje vrednosti na posameznih delovnih mestih.

Na osnovi teh spodbud se delodajalci, tudi v času krize in zaradi oteženih pogojev poslovanja, odločajo za projekte, ki so usmerjeni v boljše obvladovanje absentizma. Med njimi so projekti, ki so motivirani zgolj s stroškovno komponento, vse več pa je tudi takih, ki uveljavljajo bolj celovite in pozitivne pristope k izboljševanju zdravja in varnosti delovnih mest. Kot zanimivost lahko dodamo, da je bilo v posameznih podjetjih zaslediti tudi ukrepe za stimuliranje prisotnosti na delu, ki so spodbudili v teh okoljih pojav t.i. »prezentizma« (prisotnost na delu – kljub morebitnemu slabemu zdravju). Po mnenju predstavnikov zaposlenih so takšne spodbude sicer prinesle določene rezultate, vendar pa so bili v daljšem časovnem obdobju le-ti brez trajnejših vplivov na obvladovanje zdravstvenega absentizma.

ZZZS je z namenom predstavitve primerov dobre prakse in projektov, ki se problematike lotevajo na dovolj celovit način, ki je usmerjen v kakovostno delovno okolje, v letu 2009 organiziral drugo strateško konferenco na temo absentizma, ki je potekala prav tako ob številni udeležbi predstavnikov ministrstev, zbornic in združenj delodajalcev in delojemalcev, poslovnih subjektov ter drugih ustanov. Na podlagi zaključkov nacionalne konference je ZZZS sprožil široko akcijo razširjanja in uveljavljanja primerov dobre prakse za obvladovanje zdravstvenega absentizma. Ključni aktivnosti na podlagi zaključkov konference sta bili odpiranje podatkov o absentizmu oziroma načrtno seznanjanje zainteresiranih javnosti in širjenje obravnave absentizma prek OE ZZZS na lokalna okolja z namenom iskanja in širjenja dobrih praks pri delodajalcih. V ta namen je ZZZS izdal posebno brošuro, ki jo razdeljuje vsem zainteresiranim poslovnim subjektom.

V skladu z zaključki obeh konferenc ZZZS v okviru posebnega javnega razpisa za sofinanciranje programov in projektov za promocijo zdravja redno namenja prednostno skrb uveljavljanju projektov za obvladovanje absentizma. Rezultati teh razpisov so spodbudni, saj je odziv na razpis vse večji pa tudi projekti odražajo vse bolj poglobljene pristope vključno z uveljavljanjem koncepta in načel promocije zdravja in varnosti pri delu. Razpis v letu 2010 kaže, da se potreba po uveljavljanju tovrstnih projektov širi tudi v regionalne gospodarske zbornice, s čimer se izboljšujejo tudi možnosti za boljšo koordinacijo, pretok strokovnih informacij in sodelovanje med podjetji, ki izvajajo takšne projekte.

Vsekakor so v zadnjih letih določeni premiki pri uveljavljanju celovitih in v promocijo zdravja ter preventivo usmerjenih projektov doseženi. Vendar s temi rezultati še ne moremo biti zadovoljni. Osnovni izziv na tem področju je predvsem oblikovanje skupnih ciljev oziroma strateškega programa na nacionalni ravni in boljša koordinacija in sodelovanje posameznih nosilcev aktivnosti.

7. Zaključki

Predstavljeni podatki kažejo, da je zdravstveni absentizem v Sloveniji, kljub določenim znakom umirjanja, še vedno pereč družbeni, socialni in ekonomski izziv. Najpomembnejše ugotovitve iz analize gibanja, razširjenosti, razlogov in ocene finančnega bremena absentizma so naslednje:

- V preteklem desetletju smo v Sloveniji beležili letno med 10 do 11 milijoni izgubljenih delovnih dni, kar pomeni, da je izostalo od dela zaradi bolezni ali poškodb dnevno približno 38.500 – 39.000 ljudi. V tem obdobju je bil povprečen odstotek izgubljenih delovnih dni na ravni 4,3 % od celotnega delovnega časa zaposlenih. Celotno obdobje kaže na določeno umirjanje tega pojava v primerjavi s predhodnimi desetletjem, ki pa ni potekalo brez nihanj ali premočrtno.
- Zaskrbljujoč je pojav ponovne rasti zdravstvenega absentizma v letih po izbruhu krize (2009 in 2010), še posebej v delu, ki gre v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V breme ZZS je bil v letu 2010 izkazan porast izgubljenih delovnih dni za 13,5 % ob hkratnem porastu odstotka izgubljenih delovnih dni iz 1,8 % v letu 2009 na 2,1 % v letu 2010. Istočasno zmanjšanje zdravstvenega absentizma v breme delodajalcev (tako glede izgubljenih delovnih dni kot tudi stopnje bolniškega staleža) bolj kot na učinkovito obvladovanje pojava kaže na, za krizo značilen, prenos bremen plačevanja nadomestil na sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- Zdravstveni absentizem je po območjih zelo različen. Znatno višje deleže bolniškega staleža od povprečja dosega v OE Murska Sobota, OE Celju, OE Maribor in OE Ravne na Koroškem, pri čemer na stopnjo staleža v OE Murska Sobota vplivajo predvsem dolgotrajni staležniki (v breme ZZS), na stopnjo v OE Celje pa kratkotrajni staleži (v breme delodajalcev). Najnižje vrednosti absentizma imajo v OE Kranj, OE Nova Gorica in OE Ljubljana.
- Podatki o razširjenosti absentizma po dejavnostih nakazujejo na selitev te problematike iz industrijskih sektorjev v storitvene in iz gospodarskega v javni sektor. V javni upravi je bilo v letu 2010 odsotnih 147,7 primerov na 100 zaposlenih, kar je znatno nad povprečno vrednostjo absentizma v Sloveniji (85,03 primerov odsotnosti z dela na 100 zaposlenih).
- Čeprav je največ odsotnosti zaposlenih zaradi bolezni (66,7 % vseh primerov), predstavljajo zaradi dolgega povprečnega trajanja odsotnosti resen izziv še vedno poškodbe izven dela in pri delu (10,5 % vseh primerov). Vse večji izziv pa zaradi nenehne rasti v zadnjih letih predstavljajo tudi odsotnosti zaradi nege družinskih članov. V porastu so tudi izgubljeni dnevi zaradi transplantacij, izolacij in spremstva, kjer se je število izgubljenih delovnih dni od leta 2005 dalje povečalo za četrtno.
- Najbolj pogosto so bili zaposleni v letu 2010 odsotni zaradi bolezni dihal. Največ izgubljenih dni pa so povzročala stanja v zvezi z nosečnostjo, porodom in po porodu (19,6 % vseh izgubljenih dni), sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela in na delu (21,6 % vseh izgubljenih dni). Zaradi dolgih odsotnosti vse večje breme postajajo duševne bolezni (6,6 % vseh izgubljenih dni).
- V opazovanem obdobju je zdravstveni absentizem najvišje finančno breme predstavljal v letu 2003, ko so izplačana na-

domestila dosegla 1,46 % BDP, najmanjše pa v letu 2008, ko so predstavljala vrednost 1,16 % BDP. Najvišji delež v BDP so v breme ZZS nadomestila dosegla v letih 2002 in 2003 (0,66 % BDP), najnižjega pa v letih 2007 in 2008 (0,53 % BDP).

- Da je zdravstveni absentizem v Sloveniji še vedno preveliko breme, dokazujejo mednarodne primerjave, iz katerih je razvidno predvsem, da so stopnje bolniškega staleža v povprečju še vedno znatno višje v Sloveniji, kot v primerljivih razvitih državah EU.

Z vidika ocene vplivov posameznih aktivnosti, ki jih skladno s predpisi na področju zdravstvenega absentizma izvaja ZZS, so najpomembnejše ugotovitve naslednje:

- V letih 2008 in 2009 zaznan padec deleža nadomestil iz 9,1 % na 8,5 % vseh odhodkov ZZS je bil predvsem posledica povečanih odhodkov za zdravstvene storitve, na katere je vplivalo povečanje plač v javnem sektorju, ki se je odrazilo v večji vrednosti zdravstvenih storitev. Podobno je mogoče razložiti tudi dvig oziroma ustalitev deleža nadomestil v vseh odhodkov ZZS na ravni 9,5 % v letu 2010 z izvedbo varčevalnih ukrepov oziroma zniževanjem cen zdravstvenih storitev in zdravil v tem letu.
- Referenti so v letu 2010 obdelali kar 529.084 obračunov nadomestil plač in ob tem vršili kontrolo pravilnosti in usklajenosti obračuna s predpisi. Finančni revizorji OE ZZS pri tem vršijo še kontrolo pravilnosti izkazanih osnov za refundacijo nadomestil. Poleg tega pa delavci nadzirajo tudi predhodno dejansko izplačilo nadomestil, kadar se izkaže dvom v pravilnost navedb delodajalcev na vlogah za refundacijo.
- Število dni, za katere je ZZS izplačal nadomestila plač, se je v obdobju 2007–2010 stalno povečevalo, in sicer iz 4.740.607 v letu 2007 na 4.842.173 dni v letu 2010. Pri izplačanih zneskih za nadomestila je glede razlogov za nadomestila v vsem obdobju na prvem mestu »bolezen«, za katere je bilo v letu 2010 izplačanih nadomestil v višini 143,8 milijonov €, na drugem mestu po izplačanem znesku pa so od leta 2009 dalje nadomestila zaradi »nege«. Naraščajo tudi izplačila zaradi poškodb pri in izven dela, zaradi spremstva in darovanja krvi in za nadomestila za brezposelne.
- Imenovani zdravniki ZZS so v letu 2010 izdali skupno 305.023 upravnih aktov, od katerih je 85 % predstavljalo akte s področja presoje delanezmožnosti. Zdravstvene komisije so na drugi stopnji takšnih aktov izdale skupaj 8.808, od katerih je bil 59 % aktov v zvezi z presojo delanezmožnosti. Spričo manjšanja števila zdravnikov, ki opravljajo presojo na ZZS, se odpira pereč kadrovski problem na tem področju.
- V zadnjih letih (2007–2011) se skupno število dolgotrajnih staležnikov, ki prejemajo nadomestila v breme ZZS, bistveno ne spreminja. Zmanjšuje se delež oseb, ki so v staležu do pol leta, povečuje pa delež oseb odsotnih nad pol leta. V letu 2010 je bilo oseb, ki so bili v staležu nad 3 leta 261 (1,6 % vseh dolgotrajnih staležnikov).
- ZZS v zadnjih letih povečuje število laičnih nadzorov bolniškega staleža. V letu 2007 jih je opravil 1.868, v letu 2010 pa 2.149. Delež kršitev se je v teh letih znižal iz 11,7 % v letu 2007 na 7,1 % v letu 2010.

V skladu z ugotovitvami iz analize bo ZZS s ciljem boljšega obvladovanja stroškov zdravstvenega absentizma in bolj uspešnega izvajanja nalog iz svojih pristojnosti izvedel naslednje aktivnosti in naloge:

- Nadaljeval intenzivno mesečno spremljanje zdravstvenega absentizma, ki gre v breme ZZS in koordinacijo nalog na področju presoje delanezmožnosti na ravni ZZS in OE ZZS;
- še okrepil sodelovanje z ZPIZ na ravni ZZS in OE ZZS pri obravnavi dolgotrajnih staležnikov, spremljanju postopkov za oceno invalidnosti na ZPIZ, pripravi medicinske in delovne doku-

- mentacije za dolgotrajne staležnike ter zagotavljanju nemotenega prehoda iz začasne v trajne oblike delanezmožnosti;
- okrepil sodelovanje z Zavodom Republike Slovenije za zaposlovanje glede podrobnejšega spremljanja in nadzora nad bolniškimi odsotnostmi brezposelnih;
 - izvajal redne sestanke OE ZZS in izvajalcev zdravstvenih storitev na primarni in sekundarni ravni glede presoje začasne delanezmožnosti in glede prednostne obravnave staležnikov, ki čakajo dalj čas na posege in preiskave;
 - oblikoval strokovno skupino za dograditev doktrine in kriterijev presoje začasne delanezmožnosti za osebne, pooblašene in imenovane zdravnike ZZS,
 - poostril kontrole izplačil nadomestil po razlogih nega, izolacija in spremstvo, darovanje krvi in nadomestil za brezposelne in
 - nadaljeval s krepitvijo laičnega nadzora nad bolniškim staležem.
- Z namenom bolj celovitega obvladovanja zdravstvenega absentizma pa bo ZZS nadaljeval s širjenjem dobrih praks in uveljavljanjem projektov za promocijo zdravja in varnosti pri delu. V ta namen bo:
- ciljno seznanjal zainteresirane (gospodarske in negospodarske) javnosti s podatki in problematiko zdravstvenega absentizma na državni ravni in na ravni OE ZZS;

- promoviral prenos dobrih praks za obvladovanje absentizma na ravni OE ZZS,
- pozval Ministrstvo za javno upravo za izvedbo celovitih aktivnosti za obvladovanje absentizma v javnem sektorju;
- zagotavljal sredstva za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja, s posebno pozornostjo na uveljavljanje projektov za obvladovanje absentizma oziroma boljše zdravje in varnost pri delu;
- pozval pristojna ministrstva, IVZ, regionalne ZZV, Zavod za varstvo pri delu, Klinični inštitut za medicino dela in zainteresirane poslovne subjekte k ustanovitvi nacionalne mreže za promocijo zdravja na delovnem mestu s ciljem oblikovati skupno nacionalno strategijo na tem področju in zagotavljanja ustrezne strokovne podpore posameznim projektom;
- izvedel tudi druge promocijske in preventivne aktivnosti za doseganje boljšega zdravja in varnosti pri delu.

Boris Kramberger
Suzana Jarc
Nena Bagari Bizjak
Nataša Kenk

Priloga 1 – Tabela: Absentizem (primeri in dnevi) po dejavnostih.

Dejavnost		primeri		dnevi	
Šifra	Naziv	2006	2007	2006	2007
0	...	6.576	6.937	344.087	322.979
1	kmetijstvo in lov	7.202	7.099	227.767	222.114
2	gozdarstvo	2.057	2.130	48.775	47.541
5	ribištvo	124	123	3.180	1.969
10	pridobivanje črnega premoga	1.996	1.935	61.491	51.295
11	pridobivanje nafte	77	110	812	1.142
12	pridobivanje urana	9	11	227	93
14	pridobivanje drugih rudnin in kamnin	872	4	16.004	10
15	proizvodnja hrane	17.152	980	376.461	16.181
16		4	16.616	180	344.141
17	proizvodnja tekstilij	12.058	12.207	235.982	229.000
18	proizvodnja oblačil	12.049	11.544	207.679	214.847
19	proizvodnja usnja, obutve	7.217	7.201	117.538	113.882
20	obdelava in predelava lesa	10.479	11.428	234.603	253.591
21	proizvodnja vlaknin, papirja,...	6.095	6.114	103.217	106.358
22	založništvo, tiskarstvo	6.961	7.871	144.177	136.181
23	proizvodnja koksa, naftnih derivatov	73	90	1.045	3.022
24	proizvodnja kemičnih izdelkov	13.565	15.176	236.126	265.934
25	proizvodnja izdelkov iz gume in plast.	11.944	14.124	214.848	248.254
26	proizvodnja drugih nekov. mineral. izdelkov	11.157	10.988	212.068	224.611
27	proizvodnja kovin	9.155	10.953	172.929	198.602
28	proizvodnja kovinskih izdelkov	30.570	34.748	549.776	602.300
29	proizvodnja strojev in naprav	25.895	29.883	469.881	536.130
30	proizvodnja računalnikov	515	655	5.766	6.274
31	proizvodnja električnih aparatov	16.906	19.964	266.071	292.266
32	proizvodnja radij., televizij. aparatov	7.138	7.441	100.102	95.559
33	proizvodnja medicinskih instrumentov ter ur	10.420	11.145	122.836	137.805
34	proizvodnja motornih vozil	7.417	9.894	138.208	187.184
35	proizvodnja drugih vozil in plovil	3.671	3.812	61.126	60.661
36	proizvodnja pohištva	13.801	14.165	274.080	277.526

Dejavnost		primeri		dnevi	
Šifra	Naziv	2006	2007	2006	2007
37	reciklaža	903	1.054	21.659	25.047
40	oskrba z elektriko, plinom in vodo	6.421	7.229	122.975	131.216
41	zbiranje, čiščenje in distribucija vode	3.800	3.796	70.768	67.922
45	gradbeništvo	42.962	48.102	939.873	1.065.248
50	prodaja in popravila motornih vozil,...	9.362	10.568	187.939	206.306
51	posredništvo in trgovina na debelo,...	23.096	27.448	492.780	519.804
52	trgovina na drobno, ...	33.093	39.418	742.366	842.836
55	gostinstvo	17.336	19.136	484.082	505.690
60	kopenski promet	10.459	11.480	305.222	321.027
61	vodni promet	187	217	1.748	2.089
62	zračni promet	557	636	7.887	6.682
63	storitve turističnih organizacij, ...	11.844	12.834	207.316	214.095
64	poštne in telekomunikacijske storitve	12.250	14.407	195.010	211.828
65	finančno posredništvo, ...	14.523	17.382	189.426	196.640
66	zavarovalništvo, ...	6.376	7.562	90.029	167.598
67	pomožne dejavnosti v finan. posredništvu	1.207	1.600	18.901	26.622
70	poslovanje z nepremičninami	1.998	2.462	37.158	51.431
71	dejenje v najem, ...	165	206	3.585	4.192
72	obdelava podatkov, ...	4.848	6.478	57.214	66.874
73	raziskovanje in razvoj	2.879	3.642	36.626	39.679
74	druge poslovne dejavnosti	34.658	42.869	671.437	760.039
75	dejavnost javne uprave, ...	65.409	74.234	859.698	898.523
80	izobraževanje	57.801	69.443	789.672	859.930
85	zdravstvo in socialno varstvo	52.005	59.610	923.484	1.029.617
90	storitve javne higijene	2.808	2.690	63.293	60.947
91	dejavnosti združeni, organizacij	1.484	1.719	28.476	31.361
92	rekreacijske, športne dejavnosti	11.291	13.358	195.351	214.464
93	druge storitvene dejavnosti	3.985	4.594	107.735	117.020
99	eksteritorialne organizacije	8.422	9.366	227.985	252.887
	SKUPAJ	695.284	788.888	13.026.737	14.095.066

Tabela po dejavnostih – nadaljevanje Priloge 1

Sprememba klasifikacije dejavnosti		primeri			dnevi		
Šifra dejav.	Naziv dejavnosti	2008	2009	2010	2008	2009	2010
00	...	9.706	10.714	8.633	367.953	484.061	548.264
01	Kmet.proizv., lov ter z njima povez.stor	5.180	4.803	4.632	163.478	193.833	190.875
02	Gozdarstvo in gozdarske storitve	1.657	1.511	1.589	36.783	39.573	36.716
03	Ribištvo in gojenje vodnih organizmov	139	112	80	3.503	2.265	1.930
05	Pridobivanje premoga	1.625	1.469	1.510	42.839	41.285	35.894
07	Pridobivanje rud	4	4	5	27	29	24
08	Pridobivanje rudnin in kamnin	924	727	856	17.148	15.998	20.371
09	Storitve za rudarstvo	195	162	115	1.793	3.362	1.389
10	Proizvodnja živil	12.851	11.502	11.233	258.244	270.123	253.429
11	Proizvodnja pijač	2.011	1.684	1.927	36.408	33.517	33.876
13	Proizvodnja tekstilij	9.196	6.735	5.258	164.348	145.160	109.334
14	Proizvodnja oblačil	13.178	8.174	5.218	217.399	188.833	95.241
15	Proizv. usnja, usnjenih in sorod. izdelk	5.985	4.579	4.297	96.597	78.540	69.142
16	Obdel.in predel.lesa; proi.zid. iz lesa	10.586	7.786	8.287	197.953	180.435	186.156
17	Proizv. papirja in izdelkov iz papirja	4.890	4.358	4.233	79.427	84.171	76.755
18	Tiskar. in razmnož. posnetih nosil.zapis	4.233	4.116	3.204	81.089	85.594	63.029
19	Proizvodnja koka in naftnih derivatov	62	95	79	984	1.391	819
20	Proizvodnja kemikalij, kemičnih izdelkov	7.207	6.985	6.639	129.929	134.825	132.032
21	Proizv. farmacevt. surovin in preparatov	5.918	6.586	6.887	83.151	94.209	95.021
22	Proizv. izdelkov iz gume in plast. mas	11.906	10.539	11.249	204.835	202.532	209.884
23	Proizv. nekovinskih mineralnih izdelkov	9.176	7.507	7.776	172.940	161.334	162.086
24	Proizvodnja kovin	9.869	7.874	8.005	165.056	160.905	151.571
25	Pro.kovin.izdel., razen strojev in napra	31.862	24.099	24.450	534.702	505.232	498.227
26	Proizv. računal., elektron. in optič.izd	12.767	11.208	9.675	158.512	166.870	133.571
27	Proizvodnja električnih naprav	24.023	20.908	22.163	375.470	367.044	397.964
28	Proizvodnja drugih strojev in naprav	15.177	12.582	12.897	238.258	242.451	242.389
29	Proizv. motor.vozil, prikolic in polprik	15.094	12.990	13.015	232.453	235.766	233.444
30	Proizvodnja drugih vozil in plovil	15.094	2.026	1.266	48.646	36.589	18.753
31	Proizvodnja pohištva	10.248	7.768	7.622	191.311	176.287	167.088
32	Druge raznovrstne predelovalne dejavnost	3.357	2.380	2.523	48.848	37.277	41.463
33	Popravila in montaža strojev in naprav	951	1.147	2.431	12.546	24.039	50.548
34	Pro. mot. vozil		49	54		1.561	656
35	Oskrba z elektr. energ., plinom, paro	6.489	6.572	6.765	93.636	104.939	110.733
36	Zbiranje, prečiščevanje in distrib. vode	3.565	3.193	3.400	59.121	61.848	63.173
37	Ravnanje z odpadkami	276	261	263	6.524	6.899	6.943
38	Zbir. in odvoz odpadkov; prid.sekund.sur	3.219	3.146	3.863	65.312	65.921	83.346
39	Sanir. okolja in dr. ravnanje z odpadki	90	117	144	3.372	3.715	3.729
40	Proizvodnja in dist.elektrike		42	55		4.257	444
41	Gradnja stavb	19.496	15.957	13.292	388.075	383.513	332.194
42	Gradnja inženirskih objektov	9.113	8.294	9.973	161.935	166.436	196.004
43	Specializirana gradbena dela	16.923	15.307	16.569	353.820	407.103	445.074
45	Trgov.z motor. vozili in popravila mot.v	8.813	9.605	9.176	137.200	177.898	177.044
46	Posred.in trg.na deb., razen z mot.voz.	27.722	26.336	28.837	427.240	450.072	474.071
47	Trg.na drobno , razen z motornimi vozili	43.570	39.280	42.266	811.842	825.725	853.226
49	Kopenski promet; cevovodni transport	13.589	10.277	11.002	297.894	297.088	322.079
50	Vodni promet	242	322	347	2.430	5.438	3.679
51	Zračni promet	795	931	773	10.155	10.853	11.817
52	Skladišč. in spremlj. promet. dej.	7.802	9.112	9.096	121.685	141.501	137.441
53	Poštna in kurirska dejavnost	8.463	7.324	7.542	131.510	130.857	144.604
55	Gostinske nastanitvene dejavnosti	7.393	7.605	8.310	156.986	197.433	201.923
56	Dejavnost strežbe jedi in pijač	10.689	9.919	10.120	245.529	268.624	271.795
58	Založništvo	2.912	2.766	2.955	31.502	34.194	39.005
59	Dej. v zvezi s filmi, video in zvoč. zap	459	495	497	5.866	8.245	6.911
60	Radijska in televizijska dejavnost	2.015	2.188	2.089	28.142	34.228	30.477
61	Telekomunikacijske dejavnosti	4.835	4.646	5.178	51.891	45.661	51.421
62	Rač. program., svetov., in povezane dej.	5.097	5.056	5.993	51.856	54.270	59.748
63	Druge informacijske dejavnosti	1.379	1.538	1.521	14.186	18.745	18.008
64	Dej.finanč.stor., razen zav. in pok. skl	17.957	19.684	19.850	189.410	218.114	206.607
65	Dej.zavarov.,pokojskladov razen soc.var	7.152	7.865	7.896	83.338	98.910	84.507
66	Pomož.dej. za fin. in zavar. storitve	1.891	1.959	2.239	25.321	25.126	33.800

Sprememba klasifikacije dejavnosti		primeri			dnevi		
Šifra dejav.	Naziv dejavnosti	2008	2009	2010	2008	2009	2010
67	Dej.finančnih trgov		14	8		651	225
68	Poslovanje z nepremičninami	2.255	2.099	2.480	39.126	44.148	49.558
69	Pravne in računovodske dejavnosti	4.757	4.661	5.164	81.463	80.004	83.273
70	Dej. uprav podj.; podj. in poslov. svet.	4.264	4.409	5.034	63.151	67.577	73.986
71	Arhitekt. in tehn. projekt.; preizkušanj	8.728	10.021	9.351	114.605	146.449	131.385
72	Znanstv. raziskov. in razvoj. dejavnost	3.719	4.210	4.287	40.172	44.066	43.597
73	Oglaševanje in raziskovanje trga	2.266	2.474	2.423	27.243	28.760	29.759
74	Druge strokovne in tehnične dejavnosti	559	803	1.306	10.236	18.311	24.132
75	Veterinarstvo	326	675	730	5.622	11.319	8.786
77	Dajanje v najem in zakup	223	261	360	4.790	5.280	4.683
78	Zaposlovalne dejavnosti	5.589	3.958	5.599	53.732	47.860	65.407
79	Dej. potoval.ag.; organiz.potov.;pov.dej	1.224	1.026	1.072	20.980	20.975	18.688
80	Varovanje in poizvedovalne dejavnosti	4.423	5.065	5.254	100.057	119.371	134.645
81	Dejavnost oskrbe stavb in okolice	7.374	6.099	6.199	166.643	156.995	165.626
82	Pisarn. in spremlj. poslov. storitv. dej	2.131	2.345	2.151	38.537	37.719	36.561
84	Dej. javne upr.in obrambe; obv. soc.varn	68.840	66.493	78.251	774.860	825.786	874.405
85	Izobraževanje	65.235	71.423	74.975	777.410	893.362	907.919
86	Zdravstvo	37.960	36.018	41.620	603.258	599.166	633.042
87	Socialno varstvo z nastanitvijo	11.957	11.915	14.487	198.323	212.284	245.768
88	Socialno varstvo brez nastanitve	5.027	5.094	5.666	70.766	75.028	78.413
90	Kulturne in razvedrilne dejavnosti	2.137	2.346	2.523	37.942	48.118	40.261
91	Dej. knjižnic, arhivov, muzejev	3.359	3.354	4.014	38.879	38.883	42.629
92	Pririsanje iger na srečo	3.057	2.686	3.158	36.810	39.490	47.524
93	Športne in druge dejavnosti za prosti čas	1.099	1.142	1.226	25.502	28.179	26.806
94	Dejavnost članskih organizacij	1.750	1.876	2.214	24.616	28.186	30.053
95	Popravila račun. in izd. za široko rabo	422	356	526	9.282	10.980	15.464
96	Druge storitvene dejavnosti	3.966	3.811	4.226	89.234	97.234	100.285
99	7.897	64.732	16.881	269.769	956.499	267.618
	Skupaj	747.561	742.342	729.004	12.041.416	13.325.384	12.808.242

**Priloga 2 – Tabela: Absentizem v Sloveniji po diagnozah
– koledarski dnevi in deleži v letih 2006–2010 (Vir: Podatki IVZ).**

		diagnoza	2006		2007		2008		2009		2010	
			kol. dnevi	%	kol. dnevi	%	kol. dnevi	%	kol. dnevi	%	kol. dnevi	%
1	A+B	Nalezljive bolezni, infekcije in parazitarne	478.565	3,7	629.481	4,5	559.306	4,6	775.768	5,8	522.487	4,1
2	C00-D48	Novotvorbe	698.132	5,4	764.650	5,4	609.418	5,1	690.398	5,2	701.544	5,5
3	E	Bolezni žlez z notranjim izločanjem, motnje imunskega sistema	117.693	0,9	119.919	0,9	100.577	0,8	107.791	0,8	102.870	0,8
4	D50-D89	Bolezni krvi in krvotvornih organov	14.248	0,1	14.809	0,1	39.442	0,3	34.544	0,3	36.923	0,3
5	F	Duševne motnje	891.799	6,8	944.415	6,7	800.932	6,7	859.331	6,4	843.559	6,6
6	G+H	Bolezni živčnega sistema	543.350	4,2	591.865	4,2	508.019	4,2	572.823	4,3	556.817	4,3
7	I	Bolezni obtočil	634.699	4,9	669.305	4,7	591.212	4,9	625.651	4,7	604.389	4,7
8	J	Bolezni dihal	1.085.633	8,3	1.290.051	9,2	1.063.993	8,8	1.351.566	10,1	1.153.673	9,0
9	K	Bolezni prebavil, ustne votline, žlez slinavk	523.084	4,0	540.924	3,8	478.032	4,0	511.613	3,8	505.035	3,9
10	N	Bolezni rodil in sečil	345.309	2,7	412.913	2,9	298.206	2,5	320.332	2,4	312.591	2,4
11	O	Zapleti v nosečnosti, pri porodu in porod	776.918	6,0	881.552	6,3	757.794	6,3	759.823	5,7	735.042	5,7
12	L	Bolezni kože in podkožja	217.111	1,7	218.661	1,6	201.200	1,7	205.504	1,5	198.090	1,5
13	M	Bolezni mišic, kosti in veziva	2.481.898	19,1	2.635.641	18,7	2.330.234	19,4	2.470.199	18,5	2.514.143	19,6
14	Q	Prirojene dedne nepravilnosti	24.958	0,2	25.738	0,2	23.476	0,2	26.809	0,2	20.605	0,2
15	P	Stanja nastala v perinatalnem obdobju	7.677	0,1	5.708	0,0	4.946	0,0	5.664	0,0	2.968	0,0
16	R	Razna bolezenska znamenja in neopredeljena stanja	390.949	3,0	441.459	3,1	387.567	3,2	429.345	3,2	420.044	3,3
18	Z	Dejav. ki vplivajo na zdravje in stik z zdrav. službo	482.527	3,7	527.842	3,7	482.164	4,0	550.047	4,1	539.980	4,2
19A	S00-T98 + 04	Poškodbe in zastrupitve na delu	1.110.085	8,5	1.155.523	8,2	944.167	7,8	962.426	7,2	975.462	7,6
19B	S00-T98 + 02	Poškodbe in zastrupitve izven dela	1.820.067	14,0	1.839.857	13,1	1.566.804	13,0	1.758.650	13,2	1.787.489	14,0
19C	S+T	Ostale poškodbe	382.035	2,9	384.753	2,7	293.927	2,4	307.100	2,3	274.531	2,1
		Skupaj	13.026.737	100,0	14.095.066	100,0	12.041.416	100,0	13.325.384	100,0	12.808.242	100,0

Priloga 3 – Tabela: Podatki 50 največjih delodajalcev po številu obračunov, ZZS.

delodajalec	2008	2009	2010		31.12.2010	2010	
	št. obračunov	št. obračunov	št. obračunov	rang	št. zaposlenih	št. obračunov / št. zaposlenih	rang
Zavod za zaposlovanje	6.835	7.735	10.741	1	????	#VREDN!	*
?????	2.919	3.136	4.295	9	?????	#VREDN!	*
Prevent – v stečaju	3.150	2.216	1.250	39	????	#VREDN!	*
Okrožno sodišče Ljubljana	1.157	1.824	1.553	30	653	2,38	1
Éta Cerkno	2.070	2.057	2.245	18	995	2,26	2
YDRIA Motors			1.068	49	487	2,19	3
Gorenje IPC		1.206	1.389	33	716	1,94	4
Premogovnik Velenje	2.158	2.273	2.178	20	1.273	1,71	5
Splošna bolnišnica Nova Gorica	1.204	1.331	1.541	31	924	1,67	6
Kovinoplastika Lož	2.451	1.609	1.457	32	916	1,59	7
Mobitel	1.703	1.494	1.571	29	1.031	1,52	8
SŽ ŽIP			1.080	45	709	1,52	9
DURS	3.492	3.581	3.860	10	2.539	1,52	10
SECOP Kompresorji		1.230	1.319	37	967	1,36	11
Adriatic Slovenica	1.282	1.180	1.249	40	966	1,29	12
Zdravstveni dom Ljubljana	1.617	1.756	1.741	25	1.353	1,29	13
HTZ Velenje IP	1.126	1.194	1.176	43	956	1,23	14
Carinska uprava RS	1.905	1.989	2.049	21	1.672	1,23	15
HIT Nova Gorica	1.945	1.964	1.774	24	1.452	1,22	16
ETI	1.611	1.223	1.074	47	883	1,22	17
Elektro Ljubljana		1.177	1.186	42	985	1,20	18
Iskraemeco	1.819	1.934	1.079	46	899	1,20	19
ZZS			1.095	44	924	1,19	20
Perutnina Ptuj	1.369	1.389	1.378	34	1.174	1,17	21
Carrera Optyl Ormož	1.926	1.469	1.370	35	1.169	1,17	22
Zavarovalnica Triglav	2.475	2.705	2.807	15	2.431	1,15	23
Nova KBM	1.407	1.564	1.594	28	1.388	1,15	24
Ministrstvo za obrambo	7.611	8.316	9.945	2	8.874	1,12	25
Iskra Avtoelektrika	2.112	1.998	1.638	26	1.527	1,07	26
Gorenje	4.959	4.064	4.528	8	4.443	1,02	27
Lek	1.625	2.133	2.522	16	2.476	1,02	28
Unior	2.209	1.959	2.239	19	2.209	1,01	29
Primorje			1.073	48	1.073	1,00	30
Krka	2.959	3.402	3.807	11	3.812	1,00	31
UKC Maribor	2.924	2.757	2.834	13	2.841	1,00	32
DARS			1.190	41	1.254	0,95	33
Pošta Slovenije	6.086	6.333	6.177	6	6.562	0,94	34
Telekom	1.409	1.701	1.625	27	1.744	0,93	35
Merkur	1.800	1.906	1.884	23	2.063	0,91	36
UKC Ljubljana	6.886	6.985	6.684	5	7.461	0,90	37
Mercator	11.051	11.001	8.828	3	10.633	0,83	38
Spar	3.201	3.336	3.502	12	4.301	0,81	39
Policija	1.767	1.744	7.315	4	8.987	0,81	40
Revoz	1.503	1.445	1.891	22	2.447	0,77	41
Splošna bolnišnica Celje	1.230	1.316	1.327	36	1.738	0,76	42
Boxmark Leather	1.950	1.596	1.304	38	1.726	0,76	43
NLB	2.641	2.787	2.820	14	3.939	0,72	44
Slovenske železnice	5.152	5.011	4.833	7	6.888	0,70	45
Engrotuš	2.129	2.020	2.279	17	3.335	0,68	46
RTV	1.553	1.547	1.058	50	1.928	0,55	47
skupaj za top 50	108.624	111.722	121.386		119.723	1,01	

Opombe:

– 1 obračun = 1 obrazec "potrdilo o opravičeni zadržanosti od dela – Obr. BOL"

– prvih 3 "delodajalcev" ne moremo rangirati, ker ni števila "zaposlenih"; pri ZRSZ gre deloma tudi za brezposelne

– delodajalec "?????" – gre za nekatere individualne vlagatelje, ki nimajo matične številke iz PRS – upravičeni so do nadomestila po izteku delovnega razmerja

Vir: aplikaciji "evidenca OZZ" in "nadomestila"; ZZS

Priloga 4: Tabela – Osnovni podatki o ureditvi področja zdravstvenega absentizma v evropskih državah (vir: MISSOC EU baza podatkov).

Država	Obvezna predložitev potrdila	Čakalni dnevi	Nadomestila		Omejitve trajanja bolniške
			obveznost delodajalca in višina	nadomestilo iz javnega vira in višina	
Avstrija	da, od 4. dneva dalje	3 dnevi	od 6 - 12 tednov 100% nadomestilo	od 12. tedna dalje; v višini 50 % oz. 60 % po 6 tednih	52 – 78 tednov
Belgija	da, v 2 dnevih	1 dan	do 7 dni 100%, 8-14 dni 80%, 15-30 dni - poseben dodatek	za uradnike 100%, po dveh mesecih 60%, + izjeme	1 leto
Bolgarija	da, do 7 oz. 40 dni, naprej odloča komisija	0	za 3 dni, 70%	80%	ni omejitve
Ciper	da, od 1. dne dalje	3 dni, za samozaposlene 9 dni	ne	50, 60%	156 dni oz. se lahko podaljša na 312 dni
Češka	da, od 1. dne dalje	0	30,60, 90% od 4 do 14 koled. dni glede na višino dohodka	30, 60, 90% od 15 koled. dni dalje glede na višino dohodka	do 70 dni na leto, največ skupaj 380 dni
Danska	da	za delavc 0, za samozaposlene 2 tedna	do 21 dni 100%	do 505€ na teden	52 tednov v 18 mesecih
Estonija	da, od 4. dne dalje	3 dni, za samozaposlene 9 dni	od 4 do 8 dni	70-100% odvisno od vrste bolezni in razloga	182 dni za eno bolezen
Finska	da, od 9. dne dalje	9 dni	za prvih 9 dni 100%, ostalo do 1 meseca 50%	množica posebnih dohodkovnih omejitev za višino nadomestila	300 dni na 2 leti
Francija	0	3 dni	100% ali razliko do nadomestila	50 oz. 66,66% (družine s tremi otroki) do 31 dne	360 dni v treh letih + posebnosti
Grčija	da, od 1. dne dalje	3 dni	ne	za prvih 15 dni 16€na dan, po 15 dnevu 29€ na dan	182, 360 ali 720 dni
Irski	da, od 1. dne dalje	3 dni	ne	196€ na teden + dodatki za družinske člane	52 oz. 2 leti, glede na vključenost v zavarovanje
Italija	da	3 dni	do 180 dni na leto	od 21 dneva dalje 66,66%, brez hospitalizacije 50% + izjeme	6 mesecev na leto + izjeme
Latvija	np	np	np	np	np
Litva	da, od 1. dne dalje	0	najmanj 80% za prva dva dni	3-7 dni 40%, od 7 dni 80%	do 4 mesece + posebnosti
Luksemburg	da, od 2. dne dalje	0	v povprečju še 13 tednov dobivajo plačo	polno plačilo kot če bi delal	52 tednov
Madžarska	da	0	70% do 15 dni na leto + izjeme	50, 60% glede na dolžino trajanja bolniške	1 leto
Malta	da, od 1. dne dalje	3 dni	50 oz. 100 %	od 0 do 6 dni 11 ali 17€ na dan	156 dni oz. se lahko podaljša
Nemčija	da, od 4. dne dalje	0	6 tednov polno plačilo	70%	78 tednov v 3 letih
Nizozemska	da	0	70% za 104 tedne	70%	140 tedne
Poljska	da, od 1. dne dalje	0	33 koled. dni 80% + izjeme, za PND in PB 100%	70, 80, 100% glede na razlog	182 dni
Portugalska	da	3 dni + izjeme	ne	65% do 90 dni, 70% od 91-365 dni, 75% nad 1 leto	1095 dni + izjeme neomejeno
Romunija	da, od 1. dne dalje	0	1-5 dni	75% ali 100% glede na razlog bolezni	180dni na leto
Slovenija	da, od 1. dne dalje	0	do 30. delovnega dne; 100 % za poškodbe pri delu in poklicne bolezni; 80 % za poškodbe in bolezni izven dela	od 31. delovnega dne dalje; 100 % za poškodbe pri delu in poklicne bolezni; 90 % za bolezni; 80 % za poškodbe izven dela	ni omejitve
Slovaška	da, od 1. dne dalje	0	1-3 dni 25%, 4-10 koled dni 50%	od 11 dneva dalje 55% + posebnosti	52 tednov
Švedska	da, od 8. dne dalje	1 dan, izjeme za samozaposlene	2-8 dni 80%	od 15 dneva dalje 80%, + izjeme	364 dni v obdobju 456 dni
Španija	da, od 1. dne dalje	3 dni	4-15 dni	4-20 dni 60%, od 21 dni dalje 75%	365 dni in možnost podaljšanja za 180 dni
Velika Britanija	da	3 dni	4 – 28 tednov, standardna višina je 96€ na teden	za prvih 23 tednov nižja stopnja 68,9 GBP, po tem višja stopnja 81 GBP + izjeme in posebnosti	52 tednov, po tem preide na long term benefit

Poročilo o izvedbi javnega razpisa za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja v letih 2011 in 2012

1. Uvod

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZS) je na osnovi Poslovnega plana in Finančnega načrta za leto 2011, sklepa Upravnega odbora ZZS ter Pravilnika o sofinanciranju projektov za promocijo zdravja v Uradnem listu RS št. 12 dne 25. 2. 2011 objavil javni razpis za sofinanciranje projektov za promocijo zdravja v letih 2011 in 2012. Kot prednostne vsebinske usmeritve razpisa je Upravni odbor ZZS opredelil promocijo pravilne in zdravju prijazne rabe zdravil, promocijo zdravja na delovnem mestu in obvladovanja zdravstvenega absentizma ter promocijo kakovostnega uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v okviru mreže javne zdravstvene službe. Z javnim razpisom predvidena sredstva v višini 340.000 evrov so bila namenjena ponudnikom projektov na sledečih vsebinskih področjih:

- Sofinanciranje strokovnih izobraževalnih in izdajateljskih projektov s področja zdravil za izboljšanje kakovosti predpisovanja in uporabe zdravil ter projektov za racionalnejšo in varnejšo porabo antibiotikov, zaviralcev protonske črpalke, zdravil za zmanjševanje holesterola, krvnega tlaka, benzodiazepinov in protibolečinskih zdravil, ki so namenjeni zdravnikom in farmaceutom;
- Sofinanciranje informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov s področja zdravil za promocijo pravilne in varne uporabe zdravil, ki so namenjeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalcev;
- Sofinanciranje informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov ter konkretnih programov s področja zdravstvenega absentizma, ki so namenjeni delodajalcem in delavcem (projekti promocije zdravja na delovnem mestu, projekti za uveljavitev prijaznega in zdravju neškodljivega delovnega okolja, projekti odkrivanja, obravnavanja, obvladovanja in preprečevanja zbolevanja delavcev in razlogov za izostajanje z dela, projekti za vlaganje v zdravje zaposlenih za izboljšanje njihovega zdravja);
- Sofinanciranje projektov upravljanja in vodenja zlasti kroničnih nenalezljivih bolezni ter informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov za spodbujanje kakovostnega uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v okviru mreže javne zdravstvene službe (uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev, proste izbire osebnega zdravnika, specialista ali zdravstvenega zavoda, vodenje čakalne knjige in spoštovanje čakalnih dob, spoštovanje pacientovih pravic, upravičenost doplačil in izdaja računov npr. v zobozdravstveni dejavnosti, spodbujanje celovitega upravljanja kakovosti v zdravstvu, pritožbeni postopki idr.), ki so namenjeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalcev;
- Sofinanciranje projektov za promocijo zdravja, zdravega načina življenja in bolj kakovostnega življenja z boleznijo, ki so namen-

jeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalstva (projekti za promocijo krepitve oziroma pospeševanja zdravja ter za promocijo varnosti in kakovosti življenja z boleznijo v delovnem in bivalnem (mesta, šole, vrtci idr.) okolju, konkretni programi krepitve zdravja v posameznih okoljih).

2. Izvedba razpisa

Razpisna komisija, sestavljena iz predstavnikov Upravnega odbora ZZS in strokovne službe ZZS, je izdelala predlog prejemnikov sredstev na dveh sejah dne 7. 4. 2011 in 20. 4. 2011. Obravnavala in ocenjevala je 249 veljavnih vlog, ki so po skupni vrednosti zaprosenih sredstev za 7,2-krat presegle z razpisom opredeljeno vrednost (340.000 evrov). Komisija se je zato zavzela za selekcijo vlog v skladu z razpisom predvidenimi merili za izbiro:

1. Vsebinska usklajenost projekta z naslednjimi prednostnimi cilji razpisa:
 - prednost bodo imeli projekti, ki se vsebinsko v celoti ali v pretežni meri nanašajo na področje zdravil, na področje zdravstvenega absentizma ali na področje kakovostnega uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v okviru mreže javne zdravstvene službe;
 - jasnost namena, ciljev in vsebine projekta;
 - pričakovane koristi projekta, merjene s pričakovanim ali doseženim izboljšanjem zdravstvenega stanja prebivalstva ali njegovih skupin, zmanjšanjem stroškov ZZS itd.;
 - velikost populacije, kateri bodo rezultati projekta namenjeni;
 - pomembnost javno zdravstvenega problema, s katerim se projekt ukvarja.
2. Usposobljenost vlagatelja in sprejemljivost projekta:
 - ustrezna predstavitev vlagatelja;
 - referenčna mnenja oseb, organizacij in združenj s konkretnega vsebinskega področja o vlagatelju;
 - strokovna verifikacija prijavljenega projekta s strani organizacij in združenj s konkretnega vsebinskega področja, ki imajo svojo ciljno javnost (uporabnike, stranke) na celotnem območju Republike Slovenije;
 - ustrezna javna odmevnost pri ciljnih javnostih;
3. Finančna zahtevnost in sprejemljivost projekta:
 - prednost bodo imeli projekti, katerih vrednost zaprosenih sredstev ne presega 15.000 EUR;
4. Izvedljivost projekta:
 - prednost bodo imeli projekti, ki bodo vsebovali natančen opis rezultatov oziroma izdelkov projekta s podrobnim terminskim planom izvajanja nalog projekta.

Generalni direktor ZZS je 3. 5. 2011 na osnovi predloga komisije sprejel sklep, da sprejme predlog končnega izbora 88 vlog oz. prejemnikov sredstev, in sicer:

- da na prvem prednostnem področju (sofinanciranje strokovnih izobraževalnih in izdajateljskih projektov s področja zdravil za izboljšanje kakovosti predpisovanja in uporabe zdravil ter projektov za racionalnejšo in varnejšo porabo antibiotikov, zaviralcev protonske črpalke, zdravil za zmanjševanje holesterola, krvnega tlaka, benzodiazepinov in protibolečinskih zdravil, ki so namenjeni zdravnikom in farmacevtom – sof 1) podpre 8 vlog;
- da na drugem prednostnem področju (sofinanciranje informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov s področja zdravil za promocijo pravilne in varne uporabe zdravil, ki so namenjeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalcev – sof 2) podpre 13 vlog;
- da na tretjem prednostnem področju (sofinanciranje informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov ter konkretnih programov s področja zdravstvenega absentizma, ki so namenjeni delodajalcem in delavcem – sof 3) podpre 51 vlog;
- da na četrtem prednostnem področju (sofinanciranje projektov upravljanja in vodenja zlasti kroničnih nenalezljivih bolezni ter informativnih, izdajateljskih in vzgojno izobraževalnih projektov za spodbujanje kakovostnega uveljavljanja pravic zavarovanih oseb v okviru mreže javne zdravstvene službe, ki so namenjeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalcev – sof 4) podpre 13 vlog;
- da na petem področju (sofinanciranje projektov za promocijo zdravja, zdravega načina življenja in bolj kakovostnega življenja z boleznijo, ki so namenjeni vsem prebivalcem ali posameznim skupinam prebivalstva – sof 5) podpre 3 vloge.

Skupna vrednost 88 izbranih vlog znaša 338.800 evrov. Podatki o izbranih projektih so razvidni iz seznama.

PRILOGA: Seznam izbranih vlog v razpisu po področjih in nosilcih.

	naziv pravne ali fizične osebe vlagatelja	naziv projekta
SOF 1		
1	OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE KRANJ	Kakovost predpisovanja antibiotikov pri bolnicah z nezapleteno okužbo sečnega mehurja v dežurni ambulanti
2	UNIVERZA V LJUBLJANI FAKULTETA ZA FARMACIJO	Racionalizacija in varna uporaba zdravil za zmanjševanje sinteze in absorpcije holesterola
3	MARIBORSKE LEKARNE MARIBOR	Aktivno izvajanje in beleženje farmacevtskih intervencij ob izdaji zdravil na recept
4	UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA	Računalniški program za spremljanje z zdravili povezanih problemov in odklonov v bolnišnici
5	UNIVERZITETNI KLINIČNI CENTER LJUBLJANA	Usklajevanje zdravljenja z zdravili
6	SLOVENSKO FARMACEVTSKO DRUŠTVO	Ocena klinično pomembnih interakcij pri bolnikih s srčno žilnimi obolenji s pomočjo farmakoterapijskih pregledov v lekarni
7	PSIHIATRIČNA BOLNIŠNICA IDRJA	Izvid kliničnega farmacevta v psihiatrični bolnišnici
8	BOLNIŠNICA GOLNIK- KLINIČNI ODDELEK ZA PLJUČNE BOLEZNI IN ALERGIJO	Vloga farmacevta pri varnosti zdravljenja bolnikov s tuberkulozo
SOF 2		
1	ZVEZA DRUŠTEV DIABETIKOV SLOVENIJE	Glasiilo Sladkorna bolezen
2	GORENJSKE LEKARNE	O pravilni in varni uporabi antibiotikov – kratki izobraževalni filmi, informativni listič, pripomočke za večjo compliance ob uporabi antibiotikov pri otrocih
3	SLOVENSKO FARMACEVTSKO DRUŠTVO	8. dan slovenskih lekarn -zdravila in kronične bolezni
4	ZDRUŽENJE FARMACEVTOV ZA ŽIVLJENJE	S pravilno in smotno uporabo zdravil do boljšega zdravja prebivalstva
5	ZDRAVSTVENI DOM RADEČE	Poraba benzodiazepinov, hipnotikov in protibolečinskih zdravil pri starostnikih
6	DRUŠTVO ZA CISTIČNO FIBROZO SLOVENIJE	Interakcije ali medsebojno delovanje zdravil
7	UNIVERZA V LJUBLJANI FAKULTETA ZA FARMACIJO	Kaj so biološka zdravila in za kaj jih uporabljamo

Tabela 1. Število veljavnih vlog glede na rang in vsebinsko področje (vrsto vloge).

vs. področje	1. rang	2. rang	3. rang	število zavrženih	skupaj
sof 1	4	2	2	16	24
sof 2	5	5	3	13	26
sof 3	14	31	6	16	67
sof 4	5	4	4	11	24
sof 5	1	1	1	105	108
skupaj	29	43	16	161	249

Tabela 2. Vrednost (v evrih) vlog, za katere je ZZS sklenil pogodbe, glede na rang in vsebinsko področje (vrsto vloge).

vs. področje	vrednost	vrednost	vrednost	vrednost
sof 1	25.000	6.000	2.000	33.000
sof 2	31.500	11.500	3.500	46.500
sof 3	109.500	87.200	7.100	203.800
sof 4	31.000	11.500	4.500	47.000
sof 5	5.000	2.500	1.000	8.500
skupaj	202.000	118.700	18.100	338.800

Opomba k tabelama:

- vloge 1. ranga: za izbrane vloge se nameni več kot 4.000 evrov;
- vloge 2. ranga: za izbrane vloge se nameni od vključno 1.801 do 4.000 evrov;
- vloge 3. ranga: za izbrane vloge se nameni manj kot 1.800 evrov.

Damjan Kos

	naziv pravne ali fizične osebe vlagatelja	naziv projekta
8	FOR TOX ZDRUŽENJE ZA RAZVOJ FORENZIČNE TOKSOLOGIJE IN DRUGIH FORENZIČNIH VED	Zdravila in prometna varnost – antidepressivi
9	FOR TOX ZDRUŽENJE ZA RAZVOJ FORENZIČNE TOKSOLOGIJE IN DRUGIH FORENZIČNIH VED	Zdravila in prometna varnost – uspavala
10	DRUŠTVO ZA ZDRAVJE SRCA IN OŽILJA SLOVENIJE	Nacionalni projekt Društva za zdravje srca in ožilja Slovenije za promocijo pravilne in varne uporabe zdravil pri splošni slovenski populaciji
11	ZVEZA DRUŠTEV UPOKOJENCEV	Starejši za promocijo pravilne in varne uporabe zdravil
12	LEKARNIŠKA ZBORNICA SLOVENIJE	Farmacevtska skrb Vprašaj o svojem zdravilu – spodbujanje aktivnega sodelovanja pri zdravljenju z zdravili
13	MOJA LEKARNA STAŠA MARIJA KASTELIC	Svetovanje in promocija pravilne in varne rabe zdravil v domovih za starejše občane
SOF 3		
1	PRELOMI INŠTITUT ZA DRUŽINSKO TERAPIJO, SVETOVANJE IN IZOBRAŽEVANJE	Izboljšanje duševnega zdravja delavcev v primerih doživljanja izrednih dogodkov na tirih
2	FUNDACIJA AVGUSTA KUJARJA	Podelitev nagrad in priznanj Avgusta Kuharja za izjemne dosežke v stroki varnosti in zdravja pri delu za leto 2011
3	FUNDACIJA AVGUSTA KUJARJA	Podelitev nagrad in priznanj Avgusta Kuharja za izjemne dosežke v stroki varnosti in zdravja pri delu za leto 2012
4	KADRING	Priročnik za zaposlene
5	KADRING	Zdravo tudi za računalnikom
6	KADRING	Kaj lahko sam storim za bolj zdravo delovno okolje
7	SAVATECH	Zdravi danes in jutri
8	SAUBERMACHER-KOMUNALA	Projekt Za življenja vredno telo
9	ZALOŽBA FORUM MEDIA D.O.O	Sklop seminarjev s področja varnosti in zdravja pri delu za leto 2012
10	INŠTITUT ZA SOCIALNO PSIHLOGIJO	Laško dam več
11	YDRIA MOTORS	Skrb za zdravje v podjetju Ydria motors

	naziv pravne ali fizične osebe vlagatelja	naziv projekta
12	KLASJE CELJE	Zdrav delavec – zadovoljen delodajalec
13	ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KRANJ	Biološki dejavniki tveganja na delovnih mestih
14	GOSPODARSKA ZBORNICA DOLENJSKE IN BELE KRAJINE	POZA – preprečevanje, obvladovanje in zmanjševanje absenzitizma v delovnih okoljih
15	RIS DVOREC RAKIČAN	Delam – skrbim za zdravje
16	STEKLARNA HRASTNIK	Doseči in ohranjati najvišjo možno stopnjo prisotnosti na delu
17	OPAL STEKLARNA HRASTNIK	Doseči in ohranjati najvišjo možno stopnjo prisotnosti na delu
18	MLM MARIBORSKA LIVARNA MARIBOR	Zmanjševanje zdravstvenega absenzitizma v Mariborski livarni Maribor d.d. – prijazno in zdravju neškodljivo delovno okolje in promocija zdravja na delovnem mestu
19	MLM STORITVE	Zmanjševanje zdravstvenega absenzitizma v MLM-storitve d.o.o. – promocija zdravja na delovnem mestu
20	DARS	Zdravje – naložba za prihodnost
21	DARS	Vitalnost za varnost
22	UNIOR KOVAŠKA INDUSTRIJA	Promocija obvladovanja bolniškega staleža v Unior d.d.
23	UNIOR KOVAŠKA INDUSTRIJA	Minute za krepitev zdravja med delovnim časom – pilotni projekt 2011/2012
24	GOSPODARSKA ZBORNICA SLOVENIJE	Zdravje za Posavje – pomen obvladovanja in preprečevanja zdravstvenega absenzitizma
25	AHA EMMI	Delajmo zdravo!
26	PPS -PEKARNE PTUJ	Zdrav delavec do konca delovne dobe
27	ELEKTRO GORENJSKA	Vzpostavitev sistema obvladovanja osamljenih delovnih mest
28	CIMOS D.D. AVTOMOBILSKA INDUSTRIJA	Aktivni zaposleni – zdravi zaposleni Živko 2
29	SWATYCOMET	Z ergonomijo do boljšega počutja sodelavcev
30	SWATYCOMET	Skrb za zdravje sodelavcev v Swatycometu
31	MERCATOR	Promocija zdravja v Mercator d.d.
32	ZDRAVSTVENI DOM RADEČE	Absentizem v posavski, zasavski in celjski regiji – odkrivanje, obravnavanje in obvladovanje razlogov za izostajanje z dela
33	DOM STAREJŠIH OBČANOV POLDE EBERL-JAMSKI	Program promocije zdravja na delovnem mestu Čili in zdravi na delu
34	PIVKA PERUTNINSTVO	Misli zdravo
35	ADRIA MOBIL	Absentizem
36	ADRIA MOBIL	Ergonomska ureditev delovnih mest
37	PODGORJE	Kartica skrbi za zdravje zaposlenih v Podgorju
38	TCR INPRO	Promocija zdravja in aktivnosti za ohranjanje zdravja zaposlenih v podjetju TCR Inpro d.o.o.
39	KOVINOPLASTIKA LOŽ	Promocija zdravja v podjetju Kovinoplastika Lož d.d.
40	ZAVOD IZRIIS	Promocija zdravja 2011 – Kaj lahko naredimo, da bodo naši otroci manj zbolevali?
41	ZAVOD IZRIIS	Promocija zdravja 2011 – Kaj lahko naredijo podjetja za zmanjšanje bolniške odsotnosti
42	IZOBRAŽEVALNO RAZISKOVALNI INŠTITUT LJUBLJANA	Izdelava brošure: absentizem za delodajalce in za zaposlene
43	AREA VIVA	Pravica do primerne telesne teže – Zmanjševanje vplivov debelosti na izostanke z dela

	naziv pravne ali fizične osebe vlagatelja	naziv projekta
44	ZVEZA PARAPLEGIKOV SLOVENIJE	Zaposleni – steber organizacije
45	ZDRAVILIŠČE RADENCI	Zdrav in osveščen
46	SAVA HOTELI BLEDE	Zdrav in zavzet
47	NARAVNI PARK TERME 3000 MORAVSKE TOPLICE	Zdravje za rast in razvoj
48	TERME PTUJ	Akcija za prihodnost
49	TERME LENDAVA	Zdravje za uspeh
50	SAVA MEDICAL IN STORITVE	Gibaj in razgibaj se vsak dan pa boš vrgel marsikatero bolezen stran!
51	SPLOŠNA BOLNIŠNICA CELJE	Čili za delo – zdravi in zadovoljni v SBC – krepitev zdravja pri delu
SOF 4		
1	ZVEZA DRUŠTEV DIABETIKOV SLOVENIJE	Spletna stran www.diabetes-zveza.si Zveze društev diabetikov Slovenije
2	ORTOTIP	Posodabljanje in izdelava funkcionalnih medijev za nazorno predstavitev osnovnih pojmov, tehnik in tehnologij v zobozdravstvu in izdelava zloženke na temo Spoznaj zobe
3	ORTOTIP	Zdravje oralnih tkiv pomembno vpliva na splošno zdravje in kakovost življenja – Lep nasmeš = odraz našega zdravja
4	ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA	Snemna protetika
5	ZDRAVSTVENI DOM DR. ADOLFA DROLCA	Skrb za zdravo ustno votlino in zobe nosečnice, dojenčka in malega otroka
6	RADIO MURSKI VAL	Za zdravje
7	MOREL AGENCIJA	Informacijska podpora in promocija informacijskega gradiva ter vsebin ZZS o zdravem načinu življenja ter o pravicah uporabnikov z zdravstvenovzgojno revijo Vita v tiskani in elektronski izdaji
8	ZVEZA POTROŠNIKOV SLOVENIJE-DRUŠTVO	Osveščanje starejših zavarovanih oseb o uveljavljanju pravice do pripomočkov za vid iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja v praksi
9	MEDNARODNI INŠTITUT ZA POTROŠNIŠKE RAZISKAVE	Spodbujanje kakovostnega uveljavljanja pravice do pripomočka za vid kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v praksi
10	TOVARNA IDEJ, INFORMACIJSKE STORITVE	Tifološki eksperiment dostopnosti znanja
11	SLOVENSKO ORTODONTSKO DRUŠTVO	Priprava informacijskega gradiva
12	INVALIDSKO DRUŠTVO ILCO LJUBLJANA	Priročnik za stomiste
13	SDMI SLOVENSKO DRUŠTVO ZA MEDICINSKO INFORMATIKO INŠTITUT ZA SOCIALNO MEDICINO	Slovenski kongres medicinske informatike MI2012
SOF 5		
1	INŠTITUT ZA PREVENTIVNO MEDICINO	Spletna orodja za preventivno zdravstveno samoevalvacijo prebivalstva
2	ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO VARSTVO KRANJ	Preprečevanje pljučnic z zapleti pri starejših
3	ZAVOD ZA IZBOLJŠANJE KVALITETE ŽIVLJENJA MED.OVER.NET	Zdravje in zdrav način življenja – program interaktivne promocije zdravja na MON

OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:

Samo Fakin, generalni direktor

Uredništvo:

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

Tajništvo uredništva:

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

Prelom:

Danila Perhavec

Tisk:

Littera Picta d. o. o.

OBČASNIK

izhaja po potrebi in občasno v dveh različnih izdajah:

akti & navodila,

ki je namenjena predvsem izvajalcem – javnim zdravstvenim zavodom in zasebnikom

novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev ZZS

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

Naklada: 3.100 izvodov, ISSN 1318-8895, Ljubljana 2011

