

Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XXV, CENA 1,17 EUR z DDV

ZZZS št. 1 // 5. 4. 2018

KAZALO

Razvoj	
	Strokovni posvet »Osebnostna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva« 2
	Postopno uvajanje novega programa ambulantne kardiološke rehabilitacije v Sloveniji od julija 2017 dalje 10
	Okrožnica Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 276 »Ambulantna kardiološka rehabilitacija« v okviru vrste 211 »Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« 12
Akti ZZZS	
	Obveščanje izvajalcev o novostih (okrožnice ZZZS) 16
	Javna objava Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 ter naslednjih dogovorov in pripadajočih aneksov samo v elektronski obliki 16
1. Pravni akti partneri	
	
2. Pravni akti ZZZS:	
	Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od maja 2017 do 2018 17
	Navodilo izvajalcem za uresničevanje prave zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika 21
	Okrožnica Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah – novosti v zvezi z napotovanjem 28
	Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za medicinski pripomoček 29
	Okrožnica Spremembe seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov 35
	Okrožnica Vračilo izposojenih MP za zavarovane osebe, ki stalno bivajo v socialnovarstvenih zavodih 40
	Okrožnica Prilagoditev medicinskih pripomočkov Nova funkcija v sistemu on-line posredovanje podatkov in kontrole 42
Informacije	
	Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2017 45
	Infografika Obvezno zdravstveno zavarovanje v letu 2017 48
	Analiza bolniške odsotnosti z dela po posameznih vzrokih z akcijskim načrtom za njihovo obvladovanje 57
	Spletni portal za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov 60

Strokovni posvet »Osebna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva«

Ljubljana, 7. november 2017

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS) je v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje (MZ), Nacionalnim inštitutom za javno zdravje (NIJZ) in Zdravniško zbornico Slovenije (ZZS) dne 7. 11. 2017 v predavalnici NIJZ – območne enote Ljubljana izvedel strokovni posvet z naslovom »Promocija zdravja na delovnem mestu – učinkovita orodja in dobre prakse«.

Osnovni namen posveta je bil strokovni in splošni javnosti predstaviti aktualno stanje ter možne pristope za spodbujanje odgovornega ravnanja posameznikov pri skrbi za svoje zdravje in glede uporabe zdravstvenih zmogljivosti. Konkretni cilji pa so bili tudi (1) obravnavati načelna vprašanja in etične dileme glede osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov v zdravstvenem sistemu, (2) predstaviti aktualne pristope in primere dobrih praks pri spodbujanju odgovornega ravnanja posameznikov v primerljivih državah in Sloveniji ter (3) na podlagi razprave oblikovati ustrezne predloge in priporočila za spodbujanje odgovornega ravnanja in dolžnosti posameznikov v Sloveniji.

Posveta se je udeležilo 70 udeležencev, med katerimi so bili predstavniki uporabnikov/bolnikov, zastopniki pacientovih pravic, predstavniki različnih strok oziroma strokovnih združenj, predstavniki ključnih zdravstvenih institucij (MZ, NIJZ, ZZS in ZZZS) in predstavniki medijev.

Udeleženci so na podlagi predstavitev in razprave na strokovnem posvetu oblikovali naslednje ugotovitve, priporočila in zaključke:

1. Osnovne ugotovitve in opredelitve

- Vprašanje osebne odgovornosti in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva postaja tudi v Sloveniji čedalje bolj aktualno – predvsem zaradi spremenjenega oziroma rastočega povpraševanja ljudi po zdravstvenih storitvah.
- Na spremembe v povpraševanju po zdravstvenih storitvah vplivajo dolgoročni trendi, kot so staranje prebivalstva, posledična prevlada kroničnih bolezni in multi-morbidnih stanj, ekonomska rast in razvoj, razvoj zdravstvenih in drugih tehnologij, informiranost prebivalstva, spremembe zdravstvenega sistema, pričakovanja prebivalstva od zdravstva in drugi dejavniki. Posledica sprememb v povpraševanju so stalni in rastoči pritiski na rast izdatkov za zdravstvo.
- Odgovorno ravnanje in spoštovanje predpisanih ravnanj vseh deležnikov – tudi uporabnikov sistema – je posledica zavedanja, da so viri za zagotavljanje javnega zdravstvenega sistema omejeni, zdravstvena oskrba pa upravičena le takrat, ko je medicinsko upravičena (indicirana) oziroma namenjena tistim, ki jo resnično potrebujejo.
- Odgovorno ravnanje ljudi pri skrbi za lastno zdravje in sodelovanju pri različnih vidikih in procesih zdravljenja v zdravstvenih sistemih ni le želeno ravnanje, ampak vse bolj tudi osnovni pogoj za doseganje večje (organizacijske in tudi klinične) učinkovitosti zdravstvenih sistemov.
- S terminom osebna odgovornost za zdravje se označuje ne le ožja dejanja in ravnanja povezana z zdravjem in zdravim načinom življenja posameznika, temveč tudi vsa njegova ravnanja, ki so zasnovana na osnovi lastnih odločitev in izbiri glede zdravljenja, sodelovanja v preventivnih in drugih zdravstvenih programih ter spoštovanja terminov, navodil in dogovorov z zdravstvenim osebjem.
- Opredelitev osebne odgovornosti predpostavlja, da posamezniki, poleg odločitev ugodnih za njihovo zdravje, lahko izberejo in sprejmejo tudi odločitve, ki so slabe za njihovo zdravje, za optimalno izvajanje preventivnih in drugih zdravstvenih programov, kakor tudi za delovanje celotnega zdravstvenega sistema. Prav to je osnova za uvajanje spodbud oziroma spodbujanje ustreznih odločitev posameznikov.
- Uveljavljanje osebne odgovornosti v zdravstvenih sistemih je smiselno predvsem na področjih, kjer se srečujemo s pojavi manj odgovornega ravnanja uporabnikov zdravstvenih storitev:
 - izbira nezdravih oziroma tveganih življenjskih slogov,
 - nesodelovanje ali slab odziv pri preventivnih zdravstvenih programih,
 - nesodelovanje, pasivna ali preveč podrejena vloga pri programih »opolnomočenja« bolnikov za bolj kakovostno življenje s kroničnimi boleznimi,
 - nepotrebno ali nepravilno koriščenje zdravstvenih zmogljivosti,
 - uveljavljanje zahtev po zdravstvenih storitvah brez medicinskih indikacij oziroma neupravičeno uveljavljanje zahtev po drugih pravicah,
 - nespoštovanje navodil zdravstvenega osebja, dogovorov, terminov idr.
- Spodbujanje odgovornosti in dolžnosti posameznikov ter preprečevanje neodgovornega ravnanja se torej v sodobnih zdravstvenih sistemih povezuje predvsem z ukrepi za promocijo zdravja, uveljavljanje preventivnih zdravstvenih programov in splošnimi ukrepi za racionalno oziroma optimalno delovanje sistema.
- Raziskave kažejo, da so za sprejemanje osebnih odločitev za zdravje oziroma sposobnost prevzemanja osebne odgovornost za zdravje odločilnega pomena naslednje predpostavke:
 - *ustrezne informacije in znanje*: razumevanje zdravstvenih izrazov in sporočil ter sposobnost posameznikov, da ukrepajo na osnovi teh znanj, je v zadnjem času v ospredju strokovnih razprav;
 - *ustrezne preference oziroma sposobnost dati prednost odločitvam za lastno zdravje*: kljub pogostim stikom z zdravstvom določeni uporabniki velikokrat svojega znanja niso voljni uporabiti za učinkovito samo-oskrbo, odgovornost raje prenašajo ali jo delijo z zdravniki in drugim zdravstvenim osebjem;

- *prevlada koristi nad stroški pri sprejemanju odločitev posameznikov*: če so koristi predstavljuje večje od vloženih naporov (sredstev) za spremembo ravnanja, se večja tudi verjetnost, da se posamezniki odločijo za spremembe ravnanja vedenja oziroma bolj zdravo izbiro.
- Nosilci zdravstvene politike se morajo vprašati, ali so neželena ravnanja ali vedenja posameznikov glede zdravja in zdravljenja posledica katerekoli od teh predpostavk – pomanjkljivih informacij, neustreznih preferenc ali pa neustreznega razmerja med vloženimi napori za spremembe ravnanj v primerjavi s koristmi. Če je na primer neustrezno ravnanje posameznikov glede zdravja v določeni situaciji predvsem posledica pomanjkljivih informacij, so lahko medijske kampanje, programi zdravstvene vzgoje in izobraževanje ter zagotavljanje zdravstvenih informacij lahko učinkovita strategija za doseg želenih sprememb.
- Raziskave kažejo, da so finančne/nefinančne spodbude učinkovite predvsem, ko gre za primere, kjer so odločitve posameznikov izrazito vezane na tehtanje med koristmi in stroški sodelovanja pri zdravstvenih programih. Posebej učinkovite so v enostavnih, dobro opredeljenih in merljivih primerih želenih vedenj/ravnanj (npr. udeležba na preventivnih pregledih, cepljenje idr.). Manj pa se obnesejo v primerih, ko so potrebne kompleksne, dolgoročne ali trajne aktivnosti, saj posamezniki spodbud po daljšem časovnem obdobju ne povezujejo več z osebnimi odločitvami oziroma osebno odgovornostjo za zdravje.
- Kljub dejstvu, da je koncept spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov zelo aktualen in lahko pomembno prispeva k bolj optimalnemu delovanju zdravstvenega sistema, je potrebno biti pri njegovem uveljavljanju previden.



Slika 1. Predavatelji na posvetu (v prvi vrsti, od desne proti levi): dr. Zdenka Čebašek Travnik, predsednica Zdravniške zbornice Slovenije, Jožica Maučec Zakotnik, državna sekretarka, Ministrstvo za zdravje, prim. prof. dr. Ivan Eržen, direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje, Boris Kramberger, višji svetnik, ZZS, Mojca Senčar, predstavnica pacientov, Europa Donna, dr. Božidar Voljč, predsednik Komisije RS za medicinsko etiko, prim. doc. dr. Danica Rotar Pavlič, predstavnica družinskih zdravnikov in prof. dr. Mitja Košnik, predstavnik zdravnikov na sekundarni in terciarni ravni.

- Razprava na posvetu je pokazala, da tematika večje osebne odgovornosti za zdravje občutljivo posega tudi v določena temeljna načela in cilje zdravstvenih sistemov. Predvsem velja opozoriti na določene dileme in omejitve zdravstvenih politik, ki preveč enostransko izpostavljajo ali spodbujajo osebno odgovornost za zdravje in dolžnostih bolnikov oziroma zavarovanih oseb na področju zdravstva, kot na primer:
 - *nesorazmernost v razpoložljivosti informacij* med uporabniki in ponudniki zdravstvenih storitev, ki postavlja bolnika v razmerju do zdravnika (in drugega zdravstvenega osebja) v izrazito podrejen položaj. Velika asimetrija zato lahko objektivno onemogoča ali vsaj močno omejuje možnosti enakopravnega odnosa med njima;
 - *tveganje nespoštovanja dostojanstva človeka*. Pristopi na osnovi spodbujanja osebne odgovornosti lahko ogrozijo spoštovanje človekovega dostojanstva kot enega izmed temeljnih načel biomedicinske etike. Spodbude lahko posegajo v odnos med zdravnikom in bolnikom, kjer naj bi bili zdravniki dolžni izkazovati spoštovanje in nuditi pomoč bolnikom, kadar jo potrebujejo, ne glede na razloge oziroma (napačna pretekla) ravnanja in odločitev posameznikov.
 - *tveganje poglobljanja neenakosti v zdravju*. Možnosti (genetske, okoljske, socialne, ekonomske idr.) za ohranjanje in izboljševanje zdravja že sicer niso enakopravno porazdeljene med celotno populacijo; spodbujanje osebne odgovornosti lahko razlike v zdravju še dodatno poglobljajo.
 - *tveganje povečevanja nepravilnosti zdravstvenega sistema*. Dokazano dejstvo je, da je zdravje le delno posledica izbir in odločitev posameznika oziroma da so pomembni dejavniki (genetski, okoljski, socialni idr.) zunaj nadzora posameznikov. Zato je lahko uveljavljanje politike spodbud za osebno odgovornost za zdravje brez upoštevanja teh spoznanj lahko globoko diskriminacijsko in nepravilno.

2. Pristopi in primeri posameznih držav

- Iz predstavitev na posvetu izhaja, da se v javnih zdravstvenih sistemih na globalni ravni že vrsto let uveljavljajo različne oblike spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov. Številne razvite države (predvsem Velika Britanija, Kanada in države EU) izvajajo predvsem nacionalne informativne kampanje za izbrane vsebine s področja promocije zdravja, izvajanja preventivnih zdravstvenih programov, pravičnega ravnanja pri koriščenju zdravstvenih zmogljivosti idr. Manj držav pa v svojih javnih zdravstvenih sistemih (predvsem ZDA in Nemčija) izvaja tudi različne (finančne) spodbude oziroma določene bonuse/maluse za spodbujanje zelenih ravnanih posameznikov (zavarovanih oseb oziroma bolnikov).
- V ZDA je spodbujanje osebne odgovornosti za zdravje že okoli deset let sestavni del vladnega programa »Medicaid« (javni zdravstveni program za osebe z nižjimi dohodki). Spodbujanje odgovornosti posameznikov je postalo aktualno predvsem v času krize in je dopolnjevalo druge ukrepe za večjo finančno vzdržnost sistema (2008). Vladne usmeritve in večja pooblastila držav v ZDA pri oblikovanju programov za člane/zavarovane osebe in tudi pri nadzoru nad porabljenimi sredstvi so omogočila, da se je večje število ameriških držav v okviru Medicaid programov odločilo za spodbujanje različnih deležnikov zdravstvenega sistema za bolj racionalno izvedbo programov, med njimi tudi za spodbujanje članov oziroma zavarovancev za primerna želeno ravnanja v zdravstvenem sistemu.
- Na tej osnovi v ZDA v posameznih državah (najbolj znan je primer uvajanja spodbud v državnem Medicaid programu v West Virginiji) uveljavljajo t.i. neposredne *finančne spodbude za uporabnike/zavarovance, ki jih lahko opredelimo kot denarni prenos, bodisi v gotovini ali v obliki izvedene storitve, ki se izvede neposredno na oziroma za posameznika z namenom vplivati na spremembo njegovega ravnanja oziroma vedenja*. Oblike finančnih spodbud so zelo pestre:
 - bonusi za želeno ravnanja (npr. cenovni bonusi – popusti pri zavarovalniških premijah, t.i. „no-claim bonusi“ za racionalno rabo ali neuporabo zdravstvenih zmogljivosti, različne druge oblike denarnih nagrad, ki se jih lahko nameni za nakup določenih za zdravje pomembnih dobrin in storitev, idr.),
 - denarne kazni/malusi za neželena ravnanja (npr. izguba cenovnih popustov pri zavarovalniški premiji, vzpostavitev doplačila, ukinitvev določenih pravic idr.)
 - kompenzacije za „izgubo časa ali neposrednih stroškov“ za izvedbo natančno določene aktivnosti,
 - subvencije za natančno določene dobrine ali storitve (npr. kuponi za zdravo prehrano, brezplačno članstvo v športnih ali drugih tovrstnih društev, vrednostni boni)
 - subvencije za izvajalca storitev za zmanjšanje cene in/ali zvečanje dostopnosti do izbranih storitev (npr. odprava doplačila za preventivne preglede)
 - nedenarne nagrada za doseg ciljev aktivnosti (npr. različna praktična darila.)
- Novejše ocene in stališča v ZDA, ki spremljajo uveljavljanje teh novosti, ugotavljajo, da cilji teh sistemskih novosti (spremembe ravnanj in vedenja zavarovancev) za sedaj še niso bili doseženi. Zelo ostra pa je kritika in reakcije iz zdravniških krogov, ki nosilec teh ukrepov očitajo številne etično in moralno sporne rešitve. Vsekakor pa se izpostavlja potreba, da se tovrstne aktivnosti ne osredotočajo le na posameznike, ampak tudi na zagotavljanje širših (družbenih) pogojev, da se premostijo nekatere temeljne ovire za primernejša ravnanja posameznikov glede zdravja in zdravstva.
- Zelo sistematično so se spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov v zdravstvu lotili v Nemčiji. V Nemčiji je zaradi kulturnih (protestantska tradicija) in

ZZZS je konec lanskega leta sprejel pobudo Zdravniške zbornice Slovenije, da tudi ZZZS v okviru aktivnosti na področju preprečevanja nasilnih incidentov v zdravstvu pristopi k ozaveščanju in informiranju zavarovanih oseb o pomenu kulture nenasilja, mirnega reševanja sporov in ozaveščanja posameznikov o njihovih obveznostih v zdravstvenem sistemu. ZZZS se bo v te aktivnosti vključil zlasti v okviru izdajanja tiskovin za zavarovane osebe.

socioloških posebnosti osebna odgovornost za zdravje že dlje časa sestavni del javnega diskurza o zdravstvenem sistemu in imajo razprave o dolžnostih posameznikov glede zdravja in zdravstva. Na tej osnovi so v sistemski zdravstveni zakonodaji vgradili ustrezne zakonske opredelitve, ki so podlaga za spodbujanje osebne odgovornosti in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva.

- Najpomembnejši sistemski rešitvi pomembna za uveljavitev koncepta osebne odgovornosti in dolžnosti posameznikov sta bili spremembi zveznega zakona o socialni varnosti:
 - v letu 1988, ko so s posebnim splošnim členom »Solidarnost in osebna odgovornost«, načelno opredelili, da so državljani »soodgovorni za svoje zdravje in morajo zato uveljavljati zdravstveno ozaveščen način življenja, se v primernem času udeleževati v preventivnih in imeti aktivno vlogo pri zdravljenju ter rehabilitaciji, da se preprečita bolezen ali invalidnost in obvladujejo tozadevne posledice«, hkrati pa v posebnih členih podali tudi konkretne opredelitve in pogoje za uvedbo in izvajanje sistema bonusov za uveljavljanje osebne odgovornosti za zdravje. Te sistemske podlage od leta 1998 dalje omogočajo nemškimi bolniškimi blagajnam:
 - *uvajanje t.i. »bonus točk ali kartic« in denarne nagrade za različna zelena ravnanja.* Zelo so se uveljavili zlasti različni sistemi zbiranja (kreditnih) bonus točk, ki se lahko zelo različno uporabijo. Na osnovi ocen, lahko npr. 4-članska družina na osnovi tovrstnih kreditnih točk na letni ravni zbere med 100 in 200 evrov vrednosti različnih bonusov;
 - *znižanje prispevka/premije za obvezno zdravstveno zavarovanje.* Zakonodaja sicer prepoveduje financiranje bonusov na osnovi prispevkov, temveč na osnovi prihrankov. Hkrati pa ne prepoveduje nižanja prispevne stopnje oziroma premije, zato se nekatere blagajne odločajo za uvajanje politike nižanja prispevkov/premij za obvezno zavarovanje za svoje zavarovance, če se včlanijo v posebne programe promocije zdravja in preventive, idr.
 - *povezovanje stopnje doplačil z (ne)odgovornim ravnanjem posameznikov.* Gre za specifičen bonus/malus ukrep, ki pa

se večinoma nanaša na zobozdravstveno oskrbo oziroma redne obiske in preventivo.

- v letu 2007, ko so se v Nemčiji še bolj osredotočili na uveljavljanje ukrepov promocije zdravja in preventivnega zdravstva. Sistemske spremembe v letu 2007 so spodbudile izvajanje naslednjih programov spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje v bolniških blagajnah:
 - *omejitve in prepovedi na področju življenjskih slogov.* Bolniške blagajne lahko na tej podlagi zahtevajo dodaten prispevek za pokrivanje stroškov (vključno z vračilom stroška nadomestila za odsotnost z dela) zdravljenja tistih oseb, ki namerno povzročijo poškodbo oziroma okvaro zdravja (gre predvsem za zaplete, ki so posledica kozmetične kirurgije, tetovaže, piercinga in drugih »medicinsko ne-indiciranih« posegov v lastno telo), ali pa je ta rezultat kriminalne aktivnosti.
 - *spodbude za manjše povpraševanje po storitvah oziroma »no-claim« bonusi.* Bolniške blagajne imajo na tej podlagi možnost znižanja prispevkov/premij ali doplačil v primeru, da zavarovanci zmanjšajo ali sploh ne koristijo zdravstvenih storitev (v določene obdobjih).
 - *spodbude za sodelovanje v programih za kronične bolnike.* Gre za podlage za spodbujanje sodelovanja kroničnih bolnikov v ustreznih programih za samo-oskrbo oziroma boljše obvladovanje teh bolezni.
- Primer Nemčije nakazuje številne konkretne primere spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov. Hkrati pa dokazuje, da se je uveljavljanja osebne odgovornosti potrebno lotiti ne le sistematično, temveč tudi sistemsko – z ustreznimi zakonskimi podlagami. Kljub številnim pozitivnim rezultatom, sistem, kot sami priznavajo, še vedno izkazuje določene nesprejemljive deviacije, nepričakovane učinke, predvsem pa številna tveganja za solidarnost, pravičnost, enakost in druge temeljne cilje sistema.
- Zelo uravnotežen pristop k uveljavljanju osebne odgovornosti zasledimo v Veliki Britaniji in drugih državah z nacionalno zdravstveno službo. Pristop temelji na t.i. Wanlessovem poročilu (2004), ki na osnovi obsežnih makroekonomskih in epidemioloških podatkov in dokazov opozarja, da se bodo Velika Britanija in vse države s sorodnimi demografskimi, socialnimi, ekonomskimi in zdravstvenimi trendi vse težje soočale s hitro rastočim bremenom različnih sodobnih kroničnih bolezni, razen če ne bo izdatno preusmerila svojih aktivnosti in resursov v ukrepe promocijo zdravja in preventivo. Brez sprememb v vedenju in ravnanju posameznikov do večjih sprememb v zdravstvenem stanju ne more priti. Vendar, kot opozarja poročilo, *morajo biti ljudje ustrezno in sistematično podprti za sprejemanje ustreznih odločitev o svojem zdravju*, sicer naletijo na nepremostljive ovire in posledično delajo napake pri odločanju. Ključna načela za ukrepanje države oziroma zdravstve-

nega sistema za uveljavljanje osebne odgovornosti in dolžnosti posameznikov za zdravje so naslednji:

- ukrepi morajo temeljiti na načelih javnega zdravja, pri čemer se morajo upoštevati vzroki za napake pri sprejemanju odločitev posameznikov glede lastnega zdravja;
 - ukrepi morajo temeljiti na dokazih, razen v primerih rešnih tveganj za zdravje;
 - stroški ukrepov morajo biti minimalni, vsekakor pa manjši od pričakovanih koristi v času trajanja posameznega ukrepa; po istem načelu se določi prednostna področja ukrepanja;
 - ukrepi ne smejo povzročati negativnih distribucijskih učinkov oziroma ne smejo poglobljati neenakosti;
 - pravica posameznikov, da izbira svoj način življenja, mora biti uravnotežena s pravico do kakovosti življenja drugih, ki lahko trpijo morebitne škodljive posledice njihovih aktivnosti
- Opisani primeri kažejo, da je koncept spodbujanja osebne odgovornosti za zdravje zelo aktualen in obetaven. Vendar pa izkušnje držav hkrati dokazujejo, da je potrebno biti pri uveljavljanju teh novosti zelo previden. Predvsem je pomembno, da so ukrepi za uveljavljanje osebne odgovornosti uravnoteženi s sistemskimi oziroma družbenimi ukrepi, s katerimi so zagotovljeni in omogočeni osnovni pogoji za sprejemanje ustreznih osebnih odločitev, sicer ukrepi lahko dodatno poglobljajo določene nepravilnosti ali neenakosti v zdravju.

3. Stanje v Sloveniji in sistemski izzivi

- V Sloveniji že razpolagamo z določenimi sistemskimi podlagami in izkušnjami za spodbujanje osebne odgovornosti in dolžnosti posameznikov. Izkušnje pri snovanju in izvajanju projektov na področju informiranja, vzgoje za zdravje, opolnomočenja bolnikov in drugih tovrstnih pristopov nabirajo praktično vsi zdravstveni akterji – na nacionalni ravni Ministrstvo za zdravje, Nacionalni inštitut za javno zdravje, ZZS, ZZS in drugi; na regionalni in lokalni ravni pa se v takšne projekte vse bolj vključujejo ali jih izvajajo tudi bolnišnice in zdravstveni domovi ter različne nevladne organizacije.
- Osebna odgovornost za zdravje je izpostavljena v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, kjer je podana splošna opredelitev, da ima »... vsakdo pravico do najvišje možne stopnje zdravja in dolžnost skrbeti za svoje zdravje« in še, da ne sme nihče »ogroziti zdravja drugih.« Zakon o pacientovih pravicah poleg pravic eksplicitno opredeli tudi 7 dolžnosti pacientov (54. člen), in sicer je za »doseganje kakovostne in varne zdravstvene oskrbe« pacient dolžan:
- dejavno sodelovati pri varovanju, krepitvi in povrnitvi lastnega zdravja,
 - v času bolezni ravnati v skladu s prejetimi strokovnimi navodili in načrti zdravljenja...

- dati pristojnemu zdravniku in drugim pristojnim zdravstvenim delavcem oziroma zdravstvenim sodelavcem vse potrebne in resnične informacije ... ,
- obvestiti zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce o ne-nadnih spremembah zdravstvenega stanja ... ,
- biti obziren in spoštljiv do zasebnosti in drugih pravic drugih pacientov ter zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev,
- spoštovati objavljene urnike, hišni red in predpisane organizacijske postopke izvajalcev zdravstvenih storitev,



Slika 2. Udeležence posveta je uvodoma nagovoril Marjan Sušelj, generalni direktor ZZS.

- pravočasno obvestiti izvajalca zdravstvenih storitev o morebitnem izostanku na pregled ali zdravljenje.
- Novela Zakona o pacientovih pravicah ohranja opisane dolžnosti pacientov, dodaja pa določene obveznosti/dolžnosti pacientov povezane s spoštovanjem dogovorjenih terminov oziroma ustreznih pravil pri napotovanju na posege ali preiskave.
- V Sloveniji že razpolagamo z rezultati določenih raziskav, katerih fokus je bil usmerjen neposredno v preiskovanje razlogov za (ne)odzivnost oziroma sodelovanje posameznikov pri zdravstvenih programih. Med novejšimi raziskavami so za oceno potreb in možnih pristopov pomembne zlasti naslednje: ocena potreb uporabnikov in izvajalcev preventivnih programov za odrasle, raziskava o (ne)odzivnosti na program SVIT in raziskava o zdravstveni pismenosti med odraslimi v Sloveniji. Osnovne ugotovitve navedenih raziskav glede vprašanj povezanih s slabšo odzivnostjo, premajhno osebno odgovornostjo in upoštevanjem terminov, navodil in drugih dolžnih ravnanj posameznikov, so naslednje:
 - relativno nizka raven zdravstvene pismenosti v Sloveniji,
 - nezanesljivost množičnih medijev kot vira informacij o zdravju in zdravstvu,
 - slabo informiranje s strani zdravstvenih ustanov,
 - težave ranljivih skupin pri razumevanju in dostopu do preventivnih programov – tudi pri neenakosti obravnave,
 - močno izražena potreba po boljšem (kredibilnem) informiranju (na nacionalni ravni, v zdravstvenih ustanovah, nujna vzpostavitev enotne verodostojne nacionalne informacijske točke),
 - pomen večje vključenosti izbranih osebnih zdravnikov v izvajanje preventivnih programov,
 - pomen tesnejšega sodelovanja in povezovanja izvajalcev (na primarni in sekundarni ravni) pri informiranju in edukaciji bolnikov,
 - pozitivne izkušnje z (različnimi) društvi bolnikov.
- ukrepi naj bodo praviloma usmerjeni v zagotovitev pogojev za uveljavljanje osebne odgovornosti (informiranost, usposobljenost, motiviranost posameznikov):
- pristop naj temelji na *uveljavljanju pozitivnih spodbud*, ne pa v kaznovanju posameznikov;
- bolj kot velike novosti ali projekti so pomembne dodelave in nadgradnje obstoječih pristopov, ki pa naj izhajajo iz natančnih analiz in ocen izvajanja izbranih programov (*politika majhnih korakov*);
- zaradi specifične vloge v Sloveniji je potrebno *upoštevati številna društva bolnikov oziroma nevladne organizacije uporabnikov zdravstva*, ki lahko igrajo ključno vlogo pri spodbujanju (kroničnih) bolnikov za pravilno samooskrbo oziroma pravilno rabo zdravstvenih zmogljivosti;
- pri pristopu se je potrebno *izogniti pretirani medikalizaciji ali paternalizmu zdravstvenega osebja* pri ugotavljanju ali spodbujanju osebne odgovornosti ali dolžnosti bolnikov.
- Udeleženci posveta so kot možne smeri in konkretne ukrepe za uveljavitev večje osebne odgovornosti in preprečevanje neustreznih ravnanj posameznikov glede zdravja in zdravstva v Sloveniji izpostavili naslednje:
 - *izvedba akcijskih raziskav o zdravstveni pismenosti* na izbranih področjih in opredelitev konkretnih ukrepov za uveljavljanje osebne odgovornosti za zdravje (*izvedba raziskav za širjenje dokazov v podporo izvedbi ukrepov*);
 - *vzpostavitev verodostojnih virov informiranja (nacionalna raven)*:
 - spletni portal »Osebne odločitve za boljše zdravje« (sodelovanje MZ, NIJZ, ZZZS in ZZZS),
 - spletni portal »Spoštovanje dogovorov, terminov, navodil in čakalne dobe« (sodelovanje MZ, NIJZ, ZZZS in ZZZS),
 - *vzpostavitev verodostojnih virov pri izvajalcih (regionalna/ lokalna raven)*:
 - uveljavitev koncepta »Osebni načrt za boljše zdravje« pri izbranemu osebnemu zdravniku,
 - vzpostavitev mreže informatorjev pri izvajalcih zdravstvenih storitev za obveščanje uporabnikov;
 - *izvedba ciljno naravnane informiranja v obliki dveh nacionalnih kampanj* »Osebne odločitve za boljše zdravje« in »Spoštovanje dogovorov, terminov, navodil in čakalne dobe« za splošno javnost s pozitivnim spodbujanjem sodelujočih posameznikov.

4. Zaključna priporočila in predlogi

- Na podlagi splošnih opredelitve, pregleda možnih pristopov v mednarodnem okolju in sistemskega okvirja in pristopov v Sloveniji ter razprave o teh vprašanjih, udeleženci posveta za nadaljnje uveljavljanje koncepta osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov glede zdravja in zdravstva v Sloveniji izpostavljajo pomen naslednjih *ugotovitev in priporočil*:
 - zaradi nedodelanega sistemskega okvirja, moralnih in etičnih razlogov, zahtevne tematike in kompleksnih dejavnikov, ki vplivajo na ravnanje ljudi, je pri opredeljevanju pristopa in konkretnih spodbud *potrebna previdnost in premišljenost*;
 - zaradi širjenja in poglobljanja neenakosti v zdravju tovrstni ukrepi *ne smejo ogrozati temeljnih načel pravičnosti, enakopravnosti in človeškega dostojanstva*;

Udeleženci posveta

Ljubljana, dne 7. 11. 2017



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzss.si



organizira v sodelovanju z



REPUBLIKA SLOVENIJA
MINISTRSTVO ZA ZDRAVJE

Ministrstvom za zdravje
Republike Slovenije



Zdravniško
zbornico Slovenije

NIJZ Nacionalni inštitut
za javno zdravje

Nacionalnim inštitutom
za javno zdravje

strokovni posvet

Osebna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov

v torek, 7. 11. 2017, ob 9.00 uri, na Zaloški 29 v Ljubljani
(predavalnica NIJZ – območna enota Ljubljana)

Posvet »Osebna odgovornost za zdravje in dolžnosti posameznikov«

ZAKAJ:

Osnovni namen posveta je strokovni in splošni javnosti predstaviti aktualno stanje ter možne pristope za spodbujanje odgovornega ravnanja posameznikov pri skrbi za svoje zdravje in uporabi zdravstvenih zmogljivosti.

Cilji posveta so:

- obravnavati načelna vprašanja in etične dileme glede osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov v zdravstvenem sistemu;
- predstaviti aktualne pristope in primere dobrih praks pri spodbujanju odgovornega ravnanja posameznikov v Sloveniji in primerljivih državah;
- oblikovati predloge in priporočila za spodbujanje odgovornega ravnanja in dolžnosti v Sloveniji.

KDO:

Na posvet bodo vabljeni:

- predstavniki uporabnikov sistema: predstavniki organizacij in združenj bolnikov;

- predstavniki zastopnikov pacientovih pravic;
- predstavniki zdravniških in drugih zdravstvenih strok;
- predstavniki MZ, NIJZ, ZZS, ZZZS in drugih institucij;
- predstavniki medijev.

KAJ:

Obravnavana tematika glede osebne odgovornosti za zdravje in dolžnosti posameznikov se nanaša:

- na splošne ukrepe in aktivnosti za ohranjanje in izboljševanje zdravja ali uveljavljanje načel zdravega življenjskega sloga, ki jih posameznik izvaja, ali pa tudi ne, in
- na povsem konkretne preventivne in druge zdravstvene ukrepe ali navodila zdravstvene službe, v katere se posameznik vključuje in jih spoštuje, ali pa tudi ne.

Program posveta

- 8.30 – 9.00:** Prihod in registracija udeležencev
- 9.00 – 9.15:** **ODPRTJE POSVETA**
 — Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
- POZDRAVNI NAGOVORI**
 — Ministrica za zdravje Republike Slovenije
 — Generalni direktor Nacionalnega inštituta za javno zdravje
 — Predsednica Zdravniške zbornice Slovenije
- 9.15 – 10.45:** **ODGOVORNO RAVNANJE IN DOLŽNOSTI POSAMEZNIKOV**
 — *Osebna odgovornost in dolžnosti bolnikov – osnovne dileme in omejitve*
 Božidar Voljč, predstavnik Komisije RS za medicinsko etiko
 — *Odgovornost bolnikov in zdravstvena pismenost v Sloveniji*
 Danica Rotar Pavlič, predstavnica stroke
 — *Sistemski okvir za dolžnosti pacientov v Sloveniji*
 Duša Hlade Zore, predstavnica zastopnikov pacientovih pravic
 — *Kako more/mora ravnati bolnik glede svojega zdravja*
 Mojca Senčar, predstavnica uporabnikov
 — *Osebna odgovornost in dolžnosti zavarovancev – osnovne opredelitve in pristopi*
 Boris Kramberger, predstavnik ZZZS
- Razprava
- 10.45 – 11.15:** *odmor*
- 11.15 – 12.30:** **SPODBUJANJE ODGOVORNEGA RAVNANJA**
 — *Sistemski okvir za izvajanje programov krepitev zdravja in državnih preventivnih programov*
 Jožica Maučec Zakotnik, predstavnica MZ
 — *Podpora javnega zdravja izvajanju programov krepitev zdravja in preventive ter ukrepi za večjo odzivnost na programe*
 Ivan Eržen, predstavnik NIJZ
 — *Odgovorno sodelovanje in avtonomnost bolnikov kot pogoj za kakovostno upravljanje kroničnih bolezni*
 Antonija Poplas Susič, predstavnica stroke
 — *Komunikacija med primarno in sekundarno ravnijo, odgovorno ravnanje bolnikov in drugi dejavniki dostopa do specialističnih storitev*
 Mitja Košnik, predstavnik stroke
- Razprava
- 12.30 – 13.15:** *odmor za zdrav obrok*
- 13.15 – 14.30:** **PANELNA RAZPRAVA IN ZAKLJUČKI**
 — *Predlogi za spodbujanje in krepitev odgovornega ravnanja in dolžnosti posameznikov v zdravstvenem sistemu*
 – panelna razprava z udeležbo predstavnikov deležnikov zdravstvenega sistema
 — **Oblikovanje zaključkov in priporočil posveta**

Postopno uvajanje novega programa ambulantne kardiološke rehabilitacije v Sloveniji od julija 2017 dalje

V okviru dogovarjanj za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 so partnerji v zdravstvu na pobudo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) in na podlagi strokovnega sodelovanja Univerzitetnega kliničnega centra Ljubljana (v nadaljevanju: UKC Ljubljana) dogovorili uvedbo novega zdravstvenega programa »Ambulantna kardiološka rehabilitacija«. ***Uvedba novega programa je sledila napredku medicine in farmakoterapije, zlasti na področju obravnave koronarnih bolnikov, ki namesto stacionarne obravnave v okviru naravnega zdravilišča zahteva podaljšano ambulantno rehabilitacijo bolnika po uspešno zaključenemu akutnemu zdravljenju srčnega infarkta v bolnišnici.***

Izvajalci se v izvajanje novega programa vključujejo postopoma, in sicer najprej UKC Ljubljana kot terciarna ustanova, pristojna za oblikovanje strokovnih usmeritev (doktrino) na tem področju. Za leto 2017 (od 1.7.2017 dalje) pa so predvideni za izvajanje tega novega programa tudi izvajalci UKC Maribor, Splošna bolnišnica Slovenj Gradec in Terme Krka – Šmarješke toplice, za leto 2018 izvajalci Splošna bolnišnica Celje oziroma Bolnišnica Topolšica (na podlagi dogovora o sodelovanju pri izvedbi programa, vključno z delitvijo programa), Splošna bolnišnica Murska Sobota in Splošna bolnišnica Nova Gorica ter za leto 2019 Splošna bolnišnica Jesenice, Splošna bolnišnica Izola in Splošna bolnišnica Ptuj. Izvajalci



Slika 1. Uvedbo novega programa so predstavili predstavniki UKC Ljubljana in ZZZS na skupni tiskovni konferenci 16. oktobra 2017 (z leve proti desni): doc. dr. Borut Jug, vodja Centra za preventivno kardiologijo v UKC Ljubljana, prof. dr. Zlatko Fras, strokovni direktor Interne klinike UKC Ljubljana, Marjan Sušelj, generalni direktor ZZZS, Andraž Kopač, generalni direktor UKC Ljubljana, prof. dr. Marija Pfeifer, strokovna direktorica UKC Ljubljana in Damjan Kos, vodja – direktor Sektorja za informiranje in odnose z javnostmi pri ZZZS.

pričnejo izvajati nov program, ko se o njem dogovorijo oziroma zapišejo v pogodbo z ZZZS, za kar pa je potrebno predhodno predložiti potrdilo Centra za preventivno kardiologijo UKC Ljubljana o ustreznih tehničnih opremljenosti in o izobrazbi kadrov. Za izvedbo novega programa v letu 2017 so načrtovana dodatna finančna sredstva v višini 746.040 evrov za financiranje dodatnih 4 timov v 4 bolnišnicah, v letu 2018 dodatnih 573.030 evrov za financiranje dodatnih 3 timov v 4 bolnišnicah in v letu 2019 dodatnih 573.030 evrov za financiranje dodatnih 3 timov v 3 bolnišnicah. ***Ob polni uvedbi programa v Sloveniji v letu 2019 bo torej iz zdravstvenega zavarovanja namenjenih na letni ravni dodatnih 1.892.100 evrov.***

Za spremljanje, evidentiranje in obračunavanje storitev, ki bodo izvedene v okviru novega programa, je ZZZS v sodelovanju z Interno kliniko UKC Ljubljana opredelil tudi nov seznam storitev ambulantne kardiološke rehabilitacije ter novo kalkulacijo za planiranje in financiranje novega tima, ki ga sestavlja 5,30 delavca (iz ur), od tega 1,20 zdravnika specialista (iz ur), 1,50 diplomirane oziroma višje medicinske sestre (iz ur) ter 1,50 diplomiranega fizioterapevta (iz ur). Tim med drugimi izvaja tudi 2 storitvi, ki sta opredeljeni kot rehabilitacija ambulantnih koronarnih bolnikov, in sicer:

- rehabilitacija ambulantnih koronarnih bolnikov z monitorsko kontrolo: gre za rehabilitacijo bolnikov, ki so pravkar preboleli srčni infarkt in so potrebni posebne strokovne pozornosti. Rehabilitacija se izvaja s pomočjo ščetkanja, preverjanja in zapisovanja srčnega utripa, ogrevanje z aktivnimi vajami po programu WHO, dihalnih vaj, nakar se ponovno preverja srčni utrip. Bolniki vadijo na ergociklometru s presledki 4-krat, v skupnem trajanju 30 minut; ob vsakem presledku se preverja srčni utrip.
- rehabilitacija ambulantnih koronarnih bolnikov brez monitorske kontrole: gre za rehabilitacijo bolnikov, ki nimajo anginoznih napadov in motenj srčnega ritma. Tudi v tem primeru so zapopadeni bolniki po prebolelem srčnem infarktu, kakor tudi bolniki, pri katerih je ugotovljena koronarna bolezen. Program rehabilitacije teh bolnikov je enak kot pri opisu prejšnje storitve, vendar ti bolniki niso monitorizirani. Vaje na ergociklometru so prav tako 4-krat prekinjene s preverjanjem srčnega utripa, pri lažjih bolnikih pa so lahko tudi brez prekinitev.

Obe omenjeni storitvi sta sestavni del bolnišnične oskrbe in ju je moč obračunati ZZZS poleg ambulantne oskrbe.

Za kakovostno in učinkovito izvedbo novega programa so izvajalci programa ambulantne kardiološke rehabilitacije dolžni:

- sodelovati s primarno ravno (zdravstveno vzgojnimi centri, centri za krepitev zdravja, referenčnimi ambulantami);
- poročati v centralni register bolnikov, ki ga vodi UKC Ljubljana, Center za preventivno kardiologijo;
- na svoji spletni strani do 15.1. vsako leto objaviti naslednje podatke posebej za visoko in posebej za nizko ogrožene bolnike, ki so zaključili obravnavo v obdobju 1. 1. – 31. 12., in sicer:
 - število bolnikov, ki so imeli 36 ali več obiskov,



Slika 2. Bolniki med izvajanjem ambulantne kardiološke rehabilitacije v prostorih UKC Ljubljana.

- število bolnikov, ki so imeli 24 ali več obiskov,
- število bolnikov, ki so imeli 12 ali več obiskov,
- število bolnikov, ki so imeli 11 ali manj obiskov.

Izvajanje novega programa ambulantne kardiološke rehabilitacije bo pomembno prispevalo k ustrežnejši organizaciji in razvoju mreže javne zdravstvene službe, tako da **bodo izidi zdravljenja, predvsem pa rehabilitacija še uspešnejši kot pred uvedbo. To je pomemben prispevek k bolj učinkovitemu obvladovanju pojavnosti srčnega infarkta in zapletov po akutnem zdravljenju.** Ob tem pa je potrebno zagotoviti tudi polno sodelovanje bolnika, ki naj teži k ustrezni telesni dejavnosti in k zdravemu načinu življenja tudi po zaključeni ambulantni rehabilitaciji po prebolelem srčnem infarktu.

V letu 2016 so bolnišnice izvedle skupno 3.557 bolnišničnih zdravljenj (3.487 različnih pacientov) zaradi akutnega miokardnega infarkta. Takšno zdravljenje je v povprečju trajalo 6,5 dni. Izdatki zdravstvenega zavarovanja za takšno zdravljenje so znašali 14.875.742 evrov oziroma v povprečju 4.182 evrov za eno zdravljenje.

Stopnja smrtnosti zaradi ishemičnih srčnih boleznij je v Sloveniji nižja od povprečja držav Evropske unije in je znašala v obdobju 2011–2013 (zadnji razpoložljivi podatki OECD) pri ženskah 76/100.000 prebivalcev (EU28: 99/100.000 prebivalcev) ter pri moških 161/100.000 prebivalcev (EU28: 176/100.000 prebivalcev). Vendar pa je v Sloveniji razlika med ženskimi in moškimi med višjimi v EU. Stopnja smrtnosti je dolgoročno izrazito upadla tako v EU kot tudi v Sloveniji predvsem zaradi bolj zdravega načina življenja (zmanjšanja kajenja, bolj zdrave prehrane in več telesne dejavnosti), zaradi napredka v zdravljenju srčno-žilnih boleznij ter zaradi ustrežnejše organizacije mreže javne zdravstvene službe.

Damjan Kos

Srčno-žilna rehabilitacija je medicinsko nadzorovan in usklajen proces, ki bolnikom s srčno-žilno boleznijo – najpogosteje gre za koronarno bolezen, prebolel srčni infarkt ali srčno popuščanje – pomagamo zaživeti polno življenje. Raziskave potrjujejo, da je vključenost v program rehabilitacije povezana z manjšo umrljivostjo bolnikov, manj pogostimi sprejemi v bolnišnico zaradi napredovanja bolezni, učinkovitejšo obvladovanostjo bolezni in dejavnikov tveganja zanj ter boljšo kakovostjo življenja. Rehabilitacijo zato vse pristojne evropske in slovenske strokovne smernice izpostavljajo kot priporočilo najvišjega razreda, vključenost bolnikov po srčnem infarktu v program srčno-žilne rehabilitacije pa je priznani kazalnik kakovosti njihove oskrbe.

Rehabilitacija poskuša zagotoviti celovito obravnavo posameznikov s srčno-žilnimi boleznimi, kar vključuje ocenjevanje ogroženosti, ustrezne preglede in preiskave, nadzor in prilagajanje zdravljenja, redno telesno vadbo, psihosocialno podporo, informiranje in opolnomočenje. Za takšen celovit pristop je razumljivo potreben čas, kar je vse bolj pomembno tudi v sodobni obravnavi, ko se trajanje zdravljenja v bolnišnici vse bolj skrajšuje in ne zadošča za optimalno udeležanje tistih vidikov oskrbe, ki so ključnega pomena za dolgoročno ohranjanje zdravja – sem sodita na primer varovalni življenjski slog in preventivno zdravljenje.

Večina raziskav je ugodne učinke rehabilitacije potrdila, če so bolniki program obiskovali 3-krat tedensko v obdobju treh mesecev (tj. 36 obiskov ali več), zato poskušamo z organizacijskim modelom slediti pristopu, ki se je za učinkovitega izkazal v kliničnih raziskavah. Takšno – tako imenovano ambulantno – obliko srčno-žilne rehabilitacije smo z različnimi organizacijskimi pristopi in izboljšavami v UKC Ljubljana dograjevali dve desetletji. Model rehabilitacije, ki je v svetu uveljavljen, saj prinaša dolgotrajnejšo in z dokazi podprto oskrbo bolnikom po srčnem infarktu in s srčnim popuščanjem, načrtujemo s podporo strokovnih združenj in ZZZS razširiti na nacionalno raven. Z letom 2017 sta jo pričela uvajati UKC Maribor in SB Slovenj Gradec, skupaj pa jo poskušamo zagotoviti čim večjemu številu srčno-žilnih bolnikov v Sloveniji, in sicer s postopnim organiziranjem rehabilitacijskih centrov v okviru vsake večje bolnišnice v državi.

doc. dr. Borut Jug,
Klinični oddelek za žilne bolezni
Interne klinike UKC Ljubljana

Okrožnica ZZS št. 0072-1/2017-DI/20 z dne 22. 3. 2017 (Okrožnica ZAE 20/17)

Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 276 »Ambulantna kardiološka rehabilitacija« v okviru vrste 211 »Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti«

V okviru dogovarjanj za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 so se partnerji dogovorili o uvedbi nove podvrste 276 »Ambulantna kardiološka rehabilitacija« v okviru vrste 211 »Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti«.

V okviru navedene podvrste izvajalci programa ambulantne kardiološke rehabilitacije beležijo storitve iz Seznama 15.111 »Storitve ambulantne kardiološke rehabilitacije (211 276)«, ki je Priloga 1 te okrožnice. Izvajalci storitve posredujejo Zavodu po strukturi »Obravnava« skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifranti.

Izvajalec lahko v pogodbi z ZZS dogovori naveden program, ko Zavodu predloži potrdilo Centra za preventivno kardiologijo UKC Ljubljana o ustreznih tehničnih opremljenosti in o izobrazbi kadrov. V izvajanje programa se izvajalci vključujejo postopoma, vendar ne prej kot 1. 7. 2017. Izjema je UKC Ljubljana, ki se vključi 1. 1. 2017. Za leto 2017 so po Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2017 predvideni izvajalci UKC Ljubljana, UKC Maribor, SB Slovenj Gradec in Terme Krka – Šmarješke toplice, za leto 2018 izvajalci SB Celje/B Topolšica (dogovor o sodelovanju pri izvedbi programa), SB Murska Sobota in SB Nova Gorica ter za leto 2019 SB Jesenice, SB Izola in SB Ptuj.

Spremembe šifrant 2 »Vrste zdravstvene dejavnosti« so naslednje (označene s krepko pisavo):

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	211	Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
		276	Ambulantna kardiološka rehabilitacija

Spremembe povezovalnega šifrant K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun« so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	211	Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
		276	Ambulantna kardiološka rehabilitacija E0092, Šifrant 15.111

Spremembe povezovalnega šifrant K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi« so naslednje (označeno s krepko pisavo):

			VD 4-12 in 15-16 Obravn. opr. stor.	VD 13-14 PGO
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	211	Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti		
		276	Ambulantna kardiološka rehabilitacija	Šifrant 15.111 E0092

Spremembe povezovalnega šifrant K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«

Šifra zdr. dej.	Zdravstvena dejavnost, vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti	Obracunavanje storitev, ki jih ni v šifrantu ZZS	Obracunavanje povečane št. točk za izvedbo storitev duševno prizadetim	Obracunavanje povečanega št. točk oz. povečane cene za izvedbo storitev ob nedeljah in praznikih	Navajanje IVZ številke zdravstvene nega delavca na obravnavi	Navajanje sklopa podatkov Seznam oseb na PGO	Trajanje obravnave je lahko daljše od 1 dne	Navajanje datuma konca predhodne obravnave na strukturi Obravnava	Navajanje statusa veždnene obravnave na strukturi Obravnava	Navajanje doplačila osebe za namestitve na strukturi Obravnava	Navajanje razloga obravnave na strukturi PGO	Navajanje opravljene storitve na strukturi PGO za storitve tipa EME	Navajanje podatka "evidenčni dokument = 1" za razlog obravnave 2,3,4,5 na strukturi "Obravnava"	Navajanje podatka Status obravnave istega tipa = 2 na strukturi SBO obravnava	Navajanje podatkov o diagnozah na strukturi Obravnava
066.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost														
	Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti														
	276	Ambulantna kardiološka rehabilitacija	N	N	N	O	N	N	D	N	N	N	N	N	O

Spremembe povezovalnega šifrant K5.1 »Podvrsta s stopnjo DDV« so naslednje (označeno s krepko pisavo):

		0 % oproščeno	Obdavčeno 9,5 %	Obdavčeno 22 %
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	211 Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
	276 Ambulantna kardiološka rehabilitacija	0 %	/	/

Spremembe povezovalnega šifrant K6 »Avansirane, neavansirane vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti« so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	Oznaka za avansiranje: 1 – avansirana, 2 – neavansirana, 9 – neopredeljeno
	211 Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	276 Ambulantna kardiološka rehabilitacija	1

Spremembe povezovalnega šifrant K7 »Dovoljeni deleži doplačila po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti« so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	% doplačila
	211 Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	276 Ambulantna kardiološka rehabilitacija	0 %, 20 %, 30 %

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 1. 2017 dalje.

Izvajalci lahko storitve pričnejo obračunavati, ko je za program ambulantne kardiološke rehabilitacije podpisana Pogodba o izvajanju programa zdravstvenih storitev med izvajalcem in Zavodom.

Vsebina okrožnice bo vključena v Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja: Marko Bradula (marko.bradula@zzzs.si; 01 307 73 84)

Marko Bradula
Jerneja Eržen
Sladjana Jelisavčić

Priloga:

Seznam storitev 15.111 – Storitve ambulantne kardiološke rehabilitacije (211 276)

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere	Oznaka količine (1 – kol. je 1; 2 – dejanska kol.)
02003	Srednje obsežen pregled v spec. dej.**	Srednje obsežen pregled v specialistični dejavnosti**	Točka	2,77	1
11004	Začetna/celotna oskrba v neop. strokah	Začetna ali celotna specialistična ambulantna oskrba v neoperativnih strokah	Točka	2,42	1
11303	Nadaljnja/delna oskrba v neop. strokah	Nadaljnja ali delna specialistična ambulantna oskrba v neoperativnih strokah	Točka	1,38	1
12602	Holter monitoring	Holter monitoring. 24-urno snemanje EKG s pomočjo magnetnega zapisa in prenosnega kasetofona, naknadna interpretacija na čitalcu (polavtomatska). Metoda je komplementarna z obremenitvenim testom. Prednost metode je v tem, da omogoča spremljanje EKG med vsakodnevno bolnikovo aktivnostjo in eventualnimi stresi na delovnem mestu, doma med spanjem ali katerokoli drugo aktivnostjo.	Točka	9,1	2
12620	Dinamična elektrokardiografija	Dinamična elektrokardiografija – obremenitveni test na cikloergometru oziroma na tekaču. Telesna obremenitev na cikloergometru z namenom opredelitve telesne zmogljivosti preiskovanca in odkrivanje ishemične bolezni srca ter motenj srčnega ritma, po predhodni izključitvi (anamneza, klinični pregled) bolezni srca ter motenj srčnega ritma, ki so kontraindikacije za obremenitveni test ali vplivajo na interpretacijo ter izključitvi pomembnejše ventilatorne insuficience. Test je več stopenjski, pri vsaki stopnji ter pred in nekajkrat po obremenitvi snemamo kompletni elktrokardiogram s pomočjo telemetrije. Pred, med in po testu vsako minuto merimo RR.	Točka	22,4	2
36122	Ehokardiografija 2 D	Ehokardiografija 2 D obsega snemanje ultrazvočnih odbojev z intra in ekstakardialnih struktur v standardnih ravninah z namenom prikaza značilnih topografskih presekov srca. Metoda nudi enake informacije kot 1 D ehokardiografija v dveh dimenzijah, zato je primerna ne samo za diagnostiko pridobljenih, ampak tudi prirojjenih kardiopatij. Posebno obetavna je metoda za vizualni prikaz segmentnih motenj kontrakcije levega prekata pri ishemični bolezni srca. Storitve se prizna samo pri: motnji srca, pojavu bolečine, popuščanju levega srca, pri novem šumu (sistolni ali diastolni).	Točka	28,1	2
95990	Rehab. kor. bolnikov z monit. kont.**	Rehabilitacija ambulantnih koronarnih bolnikov z monitorsko kontrolo. ** Gre za rehabilitacijo bolnikov, ki so pravkar preboleli srčni infarkt in so potrebni posebne strokovne pozornosti. Rehabilitacijo izvajamo s pomočjo ščetkanja, preverjanja in zapisovanja srčnega utripa, ogrevanje z aktivnimi vajami po programu WHO, dihalnih vaj, nakar ponovno preverjamo srčni utrip. Bolniki vadijo na ergociklometru s presledki 4-krat, v skupnem trajanju 30 minut; ob vsakem presledku se preverja srčni utrip.	Točka	15,9	2
95991	Rehab. kor. bolnikov brez monit. kont.**	Rehabilitacija ambulantnih koronarnih bolnikov brez monitorske kontrole. ** V poštev prihajajo bolniki, ki nimajo anginoznih napadov in motenj srčnega ritma. Tudi v tem primeru so zapopadeni bolniki po prebolelem srčnem infarktu, kakor tudi bolniki, pri katerih je ugotovljena koronarna bolezen. Program rehabilitacije teh bolnikov je enak programu, ki je opisan pod šifro 95990, vendar ti bolniki niso monitorizirani. Vaje na ergociklometru so prav tako 4-krat prekinjene s preverjanjem srčnega utripa, pri lažjih bolnikih pa so lahko tudi brez prekinitev.	Točka	9	2

Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo	Kadrovski normativ	Normativ v minutah	Evidenčna storitev	Oznaka storitve	Št. zvezdic storitve	Omejitve	Garanc. doba v mesecih	Starost v letih od	Starost v letih do	Skupina storitev	Šifra iz šifranta 16	Raven planiranja	Šifrant 43
1	1 zdravnik specialist; 1 srednja medicinska sestra	8	Ne	P	2	** se ne zaračunava hospitalno				0200(0)	0003	Z0030	Z0030
1	1 zdravnik specialist; 1 srednja medicinska sestra	7	Ne	O-z						1100(0)	0003	Z0030	Z0030
1	1 zdravnik; 1 srednja medicinska sestra	4	Ne	O-n						1130(0)	0003	Z0030	Z0030
2	1 zdravnik specialist; 1 višja medicinska sestra	20; 30	Ne	N						1260(0)	0003	Z0030	Z0030
	1 zdravnik specialist; 1 višja medicinska sestra	55; 65	Ne	N						1260(0)	0003	Z0030	Z0030
	1 zdravnik specialist; 1 višja medicinska sestra	70; 80	Ne	N						3610(0)	0003	Z0030	Z0030
	1 zdravnik specialist; 1 fizioterapevt	30; 60	Ne	N	2	** se ne zaračunava hospitalno				9520(0)	0003	Z0030	Z0030
	1 fizioterapevt	60	Ne	N	2	** se ne zaračunava hospitalno				9520(0)	0003	Z0030	Z0030

Legenda k tabeli:

Tip storitve:	2 TOC
Oznaka cene:	3
Št. zvezdic storitve:	2
Dve zvezdici: storitev je sestavni del bolnišnične oskrbe in je zato ni mogoče posebej zaračunati. Storitev je mogoče obračunati poleg ambulantne oskrbe;	
Oznaka storitve:	
P	Pregled
O-z	Oskrba – začetna
O-n	Oskrba – nadaljnja
N	Neopredeljeno

Obveščanje izvajalcev o novostih (okrožnice ZZS)

Nekateri zasebniki s koncesijo opozarjajo, da prejemajo veliko število obvestil in okrožnic ZZS o spremembah, kar jim otežuje preglednost nad novostmi, povzroča dodatno delo in zahteva večkratno prilagajanje programske opreme in postopkov dela med letom. Problematiko smo obravnavali tudi na delovnem sestanku z Zdravniško zbornico Slovenije, zato je ZZS na tej podlagi pripravil tudi naslednje pojasnilo.

ZZS zagotavlja izvajalcem zdravstvenih storitev 2 različna sistema obveščanja o spremembah v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Prvi način obveščanja povsem prostovoljen, ko uporabnik spleta izpolni na spletni strani ZZS (<https://www.zzs.si/zzs/INFO/prijava.nsf/prijava>) spletni obrazec, na podlagi katerega je vključen v sistem avtomatskega elektronskega obveščanja **o vseh novostih** v elektronskem založništvu ZZS preko e-pošte. V tem sistemu uporabnik prejme **prav vse dokumente ZZS**, tudi take, ki niso namenjeni izvajalcem zdravstvenih storitev, temveč tudi zavarovanim osebam in drugim strankam ZZS. V kolikor je takšen sistem obveščanja zaradi številnih novosti in s tem številnih elektronskih sporočil moteč, je smiselno, da se uporabnik odjavi iz tega sistema. Navodilo za avtomatsko odjavo je objavljeno na koncu vsakega elektronskega sporočila.

Po takšni odjavi bo izvajalec zdravstvenih storitev prejel preko e-pošte s strani območne enote ZZS, s katero je sklenil pogodbo, **le še obvestila** o spremembah v beleženju in obračunavanju, **ki se ne**

posredno nanašajo na njegovo poslovanje. Gre za okrožnice, kjer je že uvodoma nedvoumno in podrobneje navedeno, kateremu izvajalcu je dokument namenjen (opredeljena je vrsta ali podvrsta zdravstvene dejavnosti npr. »Izvajalcem specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti onkologije in ginekologije«). Večina okrožnic je posledica sprememb evidentiranja in fakturiranja ter postopkov pri izvajalcih na podlagi sprememb Splošnega dogovora, o čemer pa je ZZS dolžan seznaniti izvajalce najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo. Partnerji v zdravstvu so se v Splošnem dogovoru v preteklosti tudi že dogovorili, da se programska oprema izvajalcev na podlagi okrožnic ZZS spreminja oziroma dopolnjuje največ štirikrat letno, in sicer z datumom uveljavitve 1. 1., 1. 4., 1. 7. in 1. 10.

Ne glede na to, da se izvajalec odjavi od obveščanja o vseh spremembah v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa je kljub temu dolžan spremljati in upoštevati tudi druge spremembe, ki se nanašajo na njegovo poslovanje (npr. sprememba Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, sprememba zakonodaje...).

Strinjamo se, da je številnih sprememb med letom res veliko in da bi bilo smiselno Splošni dogovor sprejeti na Vladi RS pravočasno in brez naknadnih dopolnitev z aneksi, saj bi bile tako razmere poslovanja bolj predvidljive in stabilne tako za izvajalce kot za ZZS.

Marjeta Trček
Damjan Kos

Javna objava Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 ter naslednjih dogovorov in pripadajočih aneksov samo v elektronski obliki

Vlada RS je dne 31. 1. 2018 odločila o spornih vprašanjih k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2018. Po odločitvi Vlade RS in opredelitvi besedila Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2018 je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) ta dogovor objavil le v elektronski obliki, in sicer na spletnem portalu za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu: <https://partner.zzs.si>.

Zaradi obsežnosti in s tem povezanih težav pri izvedbi tiskane izdaje ZZS splošnih dogovorov in pripadajočih aneksov ne objavlja več v tiskani obliki v Občasniku Akti & Navodila.

Uredništvo

Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od maja 2017 do februarja 2018

Za boljšo obveščenost izvajalcev zdravstvenih storitev in dobaviteljev medicinskih pripomočkov objavljamo seznam pravnih aktov, navodil in okrožnic Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije ter pravnih aktov partnerjev v zdravstvu, ki so bili v obdobju od maja 2017 do vključno februarja 2018 objavljeni ali posodobljeni v ZZS spletni aplikaciji »E-gradiva« na naslovu www.zzs.si/egradiva (po kronološkem vrstnem redu glede na datum objave).

1. Pravni akti partnerjev v zdravstvu:

- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 21. 7. 2017)
- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 10. 1. 2018)

2. Pravni akti ZZS:

- Pravilnik o vsebini preizkusa psa vodiča slepih; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 7. 2017)
- Sklep o pogojih pri zagotavljanju pravice do psa vodiča slepih; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 7. 2017)
- Sklep o določitvi terapijske skupine zdravil inhalacijskih glukokortikoidov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 9. 2017)
- Sklep o določitvi terapijske skupine zdravil kombinacij adrenergikov in inhalacijskih glukokortikoidov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 9. 2017)
- Sklep o določitvi cene standardnega materiala za vlite zalivke, prevleke, krone in mostičke; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 9. 2017)
- Navodilo izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika – Verzija 8; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 2. 10. 2017)
- Navodilo za izvajanje 78. a člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 2. 10. 2017)
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače (neuradno prečiščeno besedilo št. 2); (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 10. 2017)
- Sklep o določitvi terapijske skupine zdravil z lokalnim delovanjem za zdravljenje glavkoma; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 10. 2017)
- Sklep o določitvi terapijske skupine zdravil za zniževanje holesterola; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 10. 2017)
- Sklep o določitvi terapijske skupine zdravil zaviralcev angiotenzinske konvertaze; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 10. 2017)
- Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o določitvi seznama pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 11. 2017)

- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Sklep o javnem razpisu za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 12. 2017)
- Sklep o rokih plačil avansov v letu 2018; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 3. 1. 2018)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za skupine medsebojno zamenljivih zdravil in za terapijske skupine zdravil; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 1. 2018)
- Sklep o spremembah in dopolnitvah Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 1. 2018)
- Sklep o spremembi Sklepa o imenovanju članov komisije za razvrščanje zdravil na listo; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 2. 2018)

3. Okrožnice in navodila ZZS:

- Okrožnica ZAE 27/17: Nova kontrola obračunavanja storitev E0392 »Proktoskopija« in E0396 »Rektoskopija«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 5. 2017)
- Okrožnica ZAE 25/17: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16 in 9/17; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 10. 5. 2017)
- Okrožnica ZAE 28/17: Nova evidenčna storitev E0682 »Skupinski konzilijarni pregled«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 6. 2017)
- Okrožnica ZAE 29/17: Nova evidenčna storitev K0044 »Pregled ob postelji«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 6. 2017)
- Okrožnica ZAE 30/17: Nova podvrsta dejavnosti 701 823 »Sredstva za variabilno nagrajevanje«; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 6. 2017)
- Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v sistem on-line; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2017)
- Okrožnica MP št. 2/2017: Prilagoditev MP, Nova funkcija v sistemu on-line posredovanje podatkov in kontrole; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2017)
- Cenik uporabe konferenčnih prostorov – velja od 17. 5. 2017; (<http://www.zzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 7. 2017)

- Okrožnica ZAE 45/16: Nova storitev Q0242 »ePosvet«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 32/17: Nova vrsta zdravstvene dejavnosti 241 »Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« ter nova podvrsta 279 »Mobilni paliativni tim« v okviru te nove vrste; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 33/17: Nova storitev E0444 »Operacija na ožilju na obeh nogah hkrati« ter dopolnitev opisa storitve E0220 »Operacija na ožilju«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 34/17: Dopolnitev dolgega opisa storitve E0434 »Izrezanje bazalnoceličnega in skvamoznega karcinoma kože«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 16/17: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 28. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 35/17: Sezname storitev v zobozdravstveni dejavnosti zobozdravstvo za mladino – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 28. 7. 2017)
- Okrožnica ZAE 31/17: Nov izjemni dostop brez KZZ; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 37/14: Nov obračunski model patronažne službe in nege na domu; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 39/17: Prospektivni program v akutni bolnišnični obravnavi SPP – dopolnitev obstoječih šifrantov za poročanje od 1.11.2017 dalje; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 40/17: Uvedba nove storitve E0690 »Dnevna obravnava« v dejavnosti 644 405 »Rehabilitacija po možganski poškodbi«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 42/17: Sprememba točkovega normativa pri nekaterih storitvah klinične psihologije; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 38/17: Nove šifre za beleženje kala zdravil LZM iz Seznama A ter nova šifra za beleženje kala za poslovno donacijo DBZ iz Seznama B; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 8. 2017)
- Okrožnica ZAE 43/17: Uvedba novih storitev E0691 »CLODIVAC« in E0692 »TETANA«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 8. 2017)
- Tehnično navodilo za elektronski prenos podatkov o cenikih za obračun zdravstvenih storitev; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 8. 2017)
- Tehnično navodilo za posredovanje podatkov o pripomočkih (artiklih) v elektronski obliki; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 4. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 41/17: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17 in 25/17 (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 5. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 37/17: Nove storitve aplikacije zdravil iz Seznama A in B; Ukinitev storitev E0398, E0399, E0400, E0530, K0042, K0043 in 46521 ter sprememba opisa storitve K1022; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 9. 2017)
- Navodilo o profesionalni kartici in pooblastilih; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 36/17: Nove šifre podlage za zavarovanje; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 44/17: Beleženje Q0239 »Material za oskrbo podkožne valvule« v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti hematologije (207 213), internistike (209 215) in dejavnosti mobilnega paliativnega tima (241 279); (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 26. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 45/17: Uvedba nove storitve 36160 »UZ preiskava z intravenskim kontrastnim sredstvom« v okviru specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti 231 246 Izvajanje ultrazvoka – UZ; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 9. 2017)
- Okrožnica ZAE 46/17: Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 050 »Obsojenci in priporniki – klinična psihologija« v okviru vrste 512 »Psihologija«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2017)
- Okrožnica ZAE 47/17: Novi storitvi E0684 »Operativna kolonoskopija z enim nožem v programu SVIT« in E0685 »Operativna kolonoskopija z dvema nožema v programu SVIT« (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2017)
- Okrožnica ZAE 48/17: Sprememba beleženja storitve 14452 »Elektrodiametrijska endoskopska polipektomija«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2017)
- Okrožnica ZAE 5/17: Nova storitev E0625 »Scintigrafija dopaminskega prenašalca«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2017)
- Navodilo za obračun št. 3/2017 – Standardi kodiranja avstralska različica 6, slovenske dopolnitve v.7; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 10. 2017)
- Seznam zahtevnejših MP; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 10. 2017)
- Seznam zahtevnejših MP o katerih odloča imenovani zdravnik Zavoda; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 27. 10. 2017)
- Okrožnica ZAE 16/17: Sprememba kadrovskega normativa, opisa ali starostnih omejitev nekaterih logopedskih storitev; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 50/16: Nova kontrola vsebine obravnave; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 50/17: Dopolnitev dolgih opisov storitev transplantacij; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)

- Okrožnica ZAE 51/17: Spremenjen seznam storitev lekarniške dejavnosti;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 52/17: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17 in 41/17;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 53/17: Spremembe opisov nekaterih storitev;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 54/17: Dopolnitev dolgih opisov storitev celostnih obravnav;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 55/17: Dopolnitev dolgih opisov storitev PZN1108, PZN2108, PZN1208 in PZN2208;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 56/17: Dopolnjen naziv podvrste dejavnosti 302 003 »Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od drog«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 57/17: Dopolnitev dolgega opisa storitve K0022 »Veliki poseg«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 58/17: Nova storitev MR31009 »MR enterografija s KS«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 59/17: Novi storitvi E0686 »Delavnica "Ali sem fit"« in E0687 »Delavnica "Gibam se"« in spremembe opisov nekaterih zdravstvenovzgojnih delavnic;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 60/17: Nova storitev E0693 »Rektoskopija in proktoskopija«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 62/17: Uvedba storitve E0264 »Pavšal za dvojezičnost« na vrsti in podvrsti dejavnosti 346 025 »Zdravstvena vzgoja«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 63/17: Beleženje Q0037 »Preiskave TSH«, Q0038 »Preiskave FT3« in Q0039 »Preiskave FT4« v dejavnosti otroških in šolskih dispanzerjih v drugih zavodih (327 013);
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 61/17: Kontrole v zobozdravstvu;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 11. 2017)
- Okrožnica ZAE 64/17: Prospektivni program v akutni bolnišnični obravnavi SPP – dopolnitev šifrantov 15.5;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 11. 2017)
- Seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 7. 12. 2017)
- Razpored sej komisije;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 12. 2017)
- Tehnično navodilo za spletni dostop zdravnika do kazalnikov kakovosti predpisovanja zdravil;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 11. 12. 2017)
- Draga bolnišnična zdravila za poročanje ZZSS;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Okrožnica ZAE 65/17: Novi kontroli in nov povezovalni šifrant K11;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Struktura XML datoteke za elektronsko objavo šifrantov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Tehnično navodilo za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 14. 12. 2017)
- Novela Zakona o pacientovih pravicah – novosti v zvezi z napotovanjem;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 12. 2017)
- Navodilo o zagotavljanju sistema za kontinuirano merjenje glukoze;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 12. 2017)
- Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za medicinski pripomoček;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 22. 12. 2017)
- Okrožnica MP št. 3/2017: Spremembe seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 22. 12. 2017)
- Seznam medicinskih pripomočkov s šifrantom, medicinskimi kriteriji, pooblastili, postopki in cenovnimi standardi;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 28. 12. 2017)
- Okrožnica ZAE 07/17: Uvedba novih preiskav »nadzorne kužnine na prisotnost večkratno odpornih mikroorganizmov« kot ločeno zaračunljiv material;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 1/18: Obračun storitve 94303 za tuje zavarovane osebe v razvojni ambulanti;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 2/18: Nova stopnja nujnosti »zelo hitro«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 24/17: Beleženje nujne medicinske pomoči in dežurne službe v splošni in specialistični zunajbolnišnični dejavnosti ter zobozdravstveni dejavnosti;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2018)
- Dodatni podatki za lekarne;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 22. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 4/18: Nove patronažne storitve – asistirana peritonealna dializa na domu in v socialno varstvenih zavodih;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 1. 2018)

- Okrožnica ZAE 49/17: Sprememba Priporočil glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 1. 2018)
- Obrazec za nova izdajna mesta in šifranti za izmenjavo podatkov o artikih – dobavitelji izbrani na razpisu po letu 2010; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 5/18: Dopolnitev podatkov o izdanih zdravilih na recept in dodatne kontrole lekarniških storitev; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 10/18: Novi storitvi 31070 »CB CT slikanje« in 31071 »CB CT odčitavanje«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 11/18: Dopolnitev dolgega opisa storitve 36190 »Ehoskopija«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 7/18: Dopolnitev dolgega opisa storitev K0020 »Mali poseg« in K0020 »Srednji poseg«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 8/18: Ukinitvev storitve 93302 iz seznama storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 9/18: V seznam storitev okulistike dodana storitev 50960 ter dopolnitev dolgega opisa storitve 94001; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 31. 1. 2018)
- Okrožnica ZAE 6/18: Seznamev storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnic ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15, 13/16, 22/16, 33/16, 47/16, 9/17, 25/17, 41/17 in 52/17; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 1. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 12/18: Ukinitvev infuzijskih sistemov in i.v. kanil pri zdravljenju borelioze (Q0204 in Q0205); (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 5. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 51/16: Kontrola količine storitve in maksimalnega dovoljenega števila storitev na obravnavo; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 5. 2. 2018)
- Navodilo za obračun – vprašanja in odgovori – št.1/2018; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 6. 2. 2018)
- Seznam farmacevtskih svetovalcev; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 6. 2. 2018)
- Tehnično navodilo za elektronski prenos podatkov Centralne baze zdravil v obliki XML; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 6. 2. 2018)
- Tehnično navodilo za elektronsko pošiljanje in prevzem podatkov o cenah zdravil; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 12. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 13/18: Seznamev storitev v zobozdravstveni dejavnosti zobozdravstvo za odrasle – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 14/18: Seznamev storitev v zobozdravstveni dejavnosti pedontologija – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 15/18: Seznam storitev specialistične zobozdravstvene dejavnosti stomatološke protetike – dopolnitev Okrožnice ZAE 46/16; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 18/18: Storitvev Q0242 »ePosvet« na primarni, sekundarni ter terciarni ravni; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 3/18: Novi podvrsti zdravstvene dejavnosti 280 »UC – Enota za bolezni« in 281 »UC – Enota za poškodbe« v okviru vrste 238 »Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« ter nova podvrsta 051 »Enota za hitre preglede v rednem delovnem času« v okviru vrste 338 »Urgentna medicina v splošni zunajbolnišnični dejavnosti«; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 46/16: Seznamev storitev v zunajbolnišnični zobozdravstveni dejavnosti (čeljustne in zobne ortopedije – ortodontija); (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 16/18: Ukinitvev poročanja vrste perspektivnega programa 23. Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo in uvedba nove šifre storitev E0698 in E0699 za obračun postopkov oploditve z biomedicinsko pomočjo v bolnišnični dejavnosti za storitve, opravljene od 1. 4. 2018 dalje; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 19. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 17/18: Uvedba nove šifre storitve E0700 Psihiatrična obravnava otroka v Univerzitetni psihiatrični kliniki Ljubljana za storitve, opravljene od 1.4.2018 dalje; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 19. 2. 2018)
- Okrožnica ZAE 19/18: Sprememba uteži storitve SPP s šifro D01Z v akutni bolnišnični obravnavi – SPP za storitve, opravljene od 1. 4. 2018 dalje; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 19. 2. 2018)
- Spremembe seznama B; (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 19. 2. 2018)
- Spremembe list zdravil in živil;
- (<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 2. 2018)

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

Navodilo izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika

Verzija 8

1. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje izvajanje določb 80. člena Zakona¹, ter 161. do 171. člena Pravil² o pravici zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika, postopkih izbire in zamenjave osebnega zdravnika, načinu izpolnjevanja listine IZJAVA O IZBIRI OSEBNEGA ZDRAVNIKA (obrazec IOZ-V5, v nadaljnjem besedilu: Izjava), ki je predpisan s Pravilnikom³ ter o postopkih izvajalcev v primerih trajne ali daljše odsotnosti zdravnika. S tem navodilom je določen tudi postopek zapisa podatkov o novi izbiri osebnega zdravnika v sistem on-line.

2. Uresničevanje pravice do izbire osebnega zdravnika

2.1. Splošno

Pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja po zakonu ima zavarovana oseba pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda. Način uresničevanja pravice do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda je opredeljen v Pravilih.

2.2. Kdo je lahko izbrani osebni zdravnik zavarovanih oseb

Izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe (IOZ) je lahko zdravnik, ki opravlja eno izmed naslednjih skupin dejavnosti:

- skupina 1 – splošna dejavnost (podvrste dejavnosti: 302001, 327009);
- skupina 2 – zobozdravstvo (podvrste dejavnosti: 402111, 404101, 404103, 404105);
- skupina 3 – dispanzer za ženske (podvrsta dejavnosti: 306007);
- skupina 4 – splošna dejavnost v socialnem zavodu (podvrsta dejavnosti: 302002);

in izpolnjuje pogoje iz 80. člena zakona.

Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika v okviru posameznih skupin dejavnosti so razvidne iz šifranta 19, ki je kot Priloga 1 sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

2.3. Kdo si lahko izbere osebnega zdravnika

Osebnega zdravnika si lahko izberejo osebe, ki imajo v Sloveniji lastnost zavarovane osebe.

Izvajalci bodo pri branju podatkov o obveznem zdravstvenem zavarovanju iz sistema on-line pridobili tudi podatek, ali ima zavarovana oseba glede na zavarovalno podlago, po kateri je zavarovana, pravico do izbire osebnega zdravnika.

Izbire oseb, ki so zavarovane po zavarovalnih podlagah 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 092000, 092077, 105000, 105077, 106000 in 107000, niso upoštevane pri izračunu glavarine.

Zavarovane osebe moškega spola ne morejo imeti izbire v dejavnosti dispanzer za ženske.

3. Postopek izbire osebnega zdravnika in on-line zapis podatkov o izbiri

Zavarovana oseba, ki želi uveljavljati pravice iz zdravstvenega zavarovanja, si izbere osebnega zdravnika. Izbiro opravi tako, da pri njem podpiše listino Izjava o izbiri osebnega zdravnika. Za otroke mlajše od 15 let izbiro opravi eden od staršev oziroma njihov varuh ali skrbnik (pooblaščen oseba).

Vsaka zavarovana oseba ima istočasno lahko izbranega le enega osebnega zdravnika v skupini dejavnosti: splošna dejavnost, zobozdravstvo, dispanzer za ženske in splošna dejavnost v socialnem zavodu. Med seboj se izključujeta skupina dejavnosti splošna dejavnost in splošna dejavnost v socialnem zavodu, zavarovana oseba ima lahko istočasno veljavno izbiro le v eni od teh dejavnosti.

3.1. Zapis podatkov o novi izbiri v sistem on-line

Podatke o izbiri osebni zdravnik zapiše v informacijski sistem ZZS. Pred zapisom podatkov zdravnik (ali medicinska sestra) prek sistema on-line prebere:

- osebne podatke zavarovane osebe (opredeljeno v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov);
- podatke o obveznem zdravstvenem zavarovanju osebe na tekoči datum (opredeljeno v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov);
- podatek o trenutnem IOZ (opredeljeno v tem navodilu).

Zdravnik je ob zapisu izbire takoj obveščen o uspešnosti zapisa nove izbire v informacijski sistem Zavoda. V primeru neuspešnega zapisa zdravnik takoj prejme obvestilo o napaki in nasvet za odpravo napake. Zdravnik bo lahko podatke sproti uredil in jih ponovno zapisal v sistem on-line.

V primeru, da zdravnik po prejemu povratne informacije o uspešnem zapisu ugotovi napako, v on-line posreduje stornacijo zapisa. Po poslanem stornu zdravnik ponovno posreduje pravilne podatke. Stornacija zapisa je možna samo za popravljanje napak nastalih pri zapisu nove izbire.

1 Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT).

2 Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZČmS; v nadaljnjem besedilu: Pravila).

3 Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16).

Pri on-line zapisu podatkov o novi izbiri zdravnik posreduje naslednje podatke:

- šifra izvajalca,
- šifra zdravnika,
- šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika,
- datum izbire zdravnika.

Podatki o izbiri se z dnem izbire, izjemoma pa najkasneje v 7 dneh po opravljeni izbiri, posredujejo v sistem on-line.

3.2. Branje podatkov o IOZ

Branje podatkov o IOZ zavarovane osebe se izvaja pri uporabnikih sistema on-line na primarni, sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti.

V kolikor pri branju podatkov o IOZ medicinska sestra ali zdravnik ugotovita, da zdravnik ni IOZ v evidenci Zavoda, mora zavarovana oseba ponovno podpisati izjavo o izbiri.

Podatki o izbiri se s tekočim datumom posredujejo v sistem on-line, kakor je opisano v točki 3.1.

4. Zamenjava IOZ

4.1. Zamenjava IOZ

Zavarovane osebe, ki pričnejo z bivanjem v domovih za starejše občane (DSO) in imajo v splošni dejavnosti IOZ, ki opravlja splošno dejavnost in hkrati dejavnost v socialnem zavodu, morajo z datumom vstopa v DSO ponovno podpisati izjavo o izbiri, za dejavnost v socialnem zavodu.

Zamenjava osebnega zdravnika znotraj iste skupine dejavnosti zaradi staranja zavarovane osebe ni potrebna.

Primer: Zavarovana oseba stara 1 leto se je opredelila za zdravnika v splošni dejavnosti, podvrsta dejavnosti 327009 (Splošna dejavnost – otroški in šolski dispanzer). Zdravnik poleg navedene podvrste dejavnosti opravlja tudi dejavnost 302001 (Splošna dejavnost – splošna ambulanta). Ko je zavarovana oseba stara 18 let, ne izbere tega istega zdravnika v dejavnosti 302001. Pri izračunu glavarine se upošteva starost osebe na datum tvorjenja kumulativ in ne dejavnost zdravnika ob podpisu izjave o izbiri.

4.2. Zamenjava IOZ po preteku enega leta

Zavarovana oseba lahko po preteku enega leta zamenja IOZ, pri čemer ji ni potrebno navesti razloga za zamenjavo.

Zavarovana oseba opravi zamenjavo tako, da pri novem IOZ podpiše Izjavo o izbiri osebnega zdravnika. Zdravnik podatke o izbiri on-line zapiše v informacijski sistem Zavoda in avtomatsko se izvede prekinitve prejšnje izbire v isti skupini dejavnosti. Prejšnjega zdravnika o prekinitvi obvesti Zavod na način, kot je opisan v točki 9. tega navodila. Zapis podatka o novi izbiri (po zamenjavi) poteka na enak način kot velja za novo izbiro (točka 3.1.).

Novi IOZ pridobi podatke o prejšnjem IOZ v sistemu on-line. Podatek zdravnik potrebuje za izmenjavo medicinske dokumentacije.

4.3. Zamenjava IOZ pred pretekom enega leta

Zamenjava IOZ pred enim letom je možna le v primeru, če je prisoten eden od razlogov iz 168. in 169. člena Pravil, kot so npr.: preselitev zavarovanca, nezaupanje zavarovanca, odsotnost IOZ.

Zamenjava se opravi po enakem postopku kot po enem letu, pri čemer mora zavarovanec navesti razlog za zamenjavo.

5. Zaposlitev zdravnika, trajna ali daljša odsotnost zdravnika

5.1. Zaposlitev zdravnika

V primeru nove zaposlitve zdravnika, ki izpolnjuje pogoje za IOZ, je izvajalec o tem dolžan takoj obvestiti pristojno območno enoto Zavoda. Vzorec obvestila je v prilogi tega navodila (Priloga: Obvestilo o novi zaposlitvi zdravnika pri izvajalcu). Obvestilo mora vsebovati:

- podatke o izvajalcu: šifro in naziv,
- podatke o zdravniku:
 1. šifro; ime in priimek;
 2. šifro vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo zdravnik opravlja; datum pričetka opravljanja te dejavnosti, delež opravljanja dejavnosti, urnik zdravnika⁴.

Pomembno: pri on-line zapisu podatkov o novih izbirah v informacijski sistem Zavoda se podatki ne bodo uspešno zapisali, dokler ne bodo urejene evidence o zdravniku ter vrste in podvrste dejavnosti, ki jo opravlja.

5.2. Daljša odsotnost zdravnika

Za daljše odsotnosti se šteje npr. redni letni dopust, organizirano izobraževanje, bolezen ali odsotnost po zakonu o delovnih razmerjih.

V primeru daljše odsotnosti IOZ je izvajalec dolžan:

- A. s pisnim obvestilom na vratih njegove ordinacije seznaniti zavarovane osebe:
 - o predvidenem času trajanja njegove odsotnosti,
 - o zdravniku, ki ga nadomešča,
 - o pravici izbire novega zdravnika ne glede na to, koliko časa je preteklo od prejšnje izbire, če v času njegove odsotnosti ne želijo, da vlogo njihovega osebnega zdravnika opravlja zdravnik, ki ga nadomešča.
- B. za odsotnosti daljše od treh mesecev (porodniška, bolniška, specializacija) v roku 5 dni po pričetku odsotnosti pisno obvestiti pristojno območno enoto Zavoda. Vzorec obvestila je v prilogi tega navodila (Priloga: Obvestilo o daljši odsotnosti zdravnika pri izvajalcu). Obvestilo mora vsebovati:
 - naziv in šifro izvajalca;
 - podatke o zdravniku, ki je odsoten (ime in priimek, šifro, šifro Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ), ki jo zdravnik opravlja; predviden čas trajanja odsotnosti zdravnika in razlog odsotnosti);
 - priimek in ime zdravnika(ov), ki nadomešča(jo) odsotnega zdravnika ter njihovo šifro.

Če se sporočena predvidena odsotnost zdravnika skrajša ali podaljša oziroma se spremeni v trajno odsotnost, je dolžan izvajalec o vsaki spremembi v roku 5 dni od nastanka spremembe obvestiti pristojno območno enoto Zavoda.

5.3. Trajna odsotnost zdravnika

Izvajalci zdravstvene dejavnosti morajo svojo dejavnost uskladiti z veljavnimi predpisi in omogočiti, da delo osebnega zdravnika opravljajo le zdravniki, ki za to izpolnjujejo predpisane pogoje.

⁴ Na podlagi določil pogodbe med izvajalcem in Zavodom je izvajalec dolžan obveščati Zavod o spremembah urnika za posameznega zdravnika. Urnik je osnova za določitev deleža opravljanja dejavnosti. Če se z zaposlitvijo novega zdravnika spremenijo deleži in ordinacijski časi drugih zdravnikov, je hkrati z obvestilom za novega zdravnika potrebno poslati tudi podatke za vse preostale zdravnike, katerim se posledično spremenijo podatki o deležih in ordinacijskih časih.

Če je pri zdravniku nastopila trajna odsotnost, je izvajalec dolžan v roku 5 dni od nastopa trajne odsotnosti zdravnika o tem pisno obvestiti Zavod. Izvajalec hkrati obvesti Zavod, kdo bo program in opredeljene osebe prevzel.

Kadar je razlog trajne odsotnosti smrt nosilca koncesije, Zavod po prejemu tega podatka v sodelovanju s koncedentom dogovori izvajalca, ki bo program in opredeljene osebe prevzel.

Vzorec obvestila, s katerim izvajalec obvesti pristojno območno enoto Zavoda o trajni odsotnosti zdravnika je v prilogi tega navodila (Priloga: Obvestilo o trajni odsotnosti zdravnika). Obvestilo mora vsebovati:

- podatke o izvajalcu: šifro in naziv,
- podatke o zdravniku: šifro; ime in priimek; šifro vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo je zdravnik opravljal; datum prekinitve delovnega razmerja oziroma pričetka opravljanja druge skupine dejavnosti; vzrok odsotnosti, ki je lahko naslednji:
 - sprememba vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (ne velja za spremembe podvrste dejavnosti zdravnika znotraj iste skupine dejavnosti, opredeljeno v točki 2.2. tega navodila),
 - upokožitev zdravnika,
 - prenehanje delovnega razmerja zaradi odhoda v zasebno prakso,
 - prenehanje delovnega razmerja;

6. Prekinjanje izbir

6.1. Prekinjanje izbir v primeru trajne odsotnosti IOZ

Zavod v primeru trajne odsotnosti zdravnika izvede prekinitve izbire za zavarovane osebe, ki so bile za tega zdravnika opredeljene.

Kot trajna odsotnost zdravnika, pri katerem se opravi prekinitve izbire, se šteje odsotnost iz naslednjih razlogov:

1. smrt zdravnika,
2. upokožitev zdravnika,
3. prenehanje delovnega razmerja,
4. prekinitve pogodbe z Zavodom,
5. ni veljavne ustrezne licence.

V primeru navedenih razlogov trajne odsotnosti zdravnika Zavod evidentira datum trajne odsotnosti zdravnika, nato zavarovanim osebam, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, izbiro prekine, o čemer jih pisno obvesti.

V nadaljevanju pojasnjujemo postopke izvedbe prekinitve izbir v posameznih primerih trajne odsotnosti zdravnika pri izvajalcu.

Prekinitve izbir se ne izvajajo v primeru trajne odsotnosti zdravnika zaradi:

- spremembe dejavnosti zdravnika,
 - prenehanja delovnega razmerja zaradi odhoda v zasebno prakso.
- Sprememba dejavnosti ne pomeni tudi, da ta zdravnik še naprej ne more biti osebni za zavarovane osebe, ki so ga pred tem izbrale, zato se v tem primeru ne izvede prekinitve izbire.

Če IOZ prekine delovno razmerje pri izvajalcu zaradi odhoda v zasebno prakso (koncesija v okviru javne zdravstvene mreže), Zavod opravi prenos opredeljenih oseb k novemu izvajalcu. V tem primeru se izbira ne prekine.

6.1.1. Smrt zdravnika

Zavod na podlagi podatkov, ki jih pridobiva iz Centralnega registra prebivalcev RS (CRP), preverja, ali je pri posameznem zdravniku vpisan datum smrti. Če je ta vpisan, se v evidenci Zavoda vnese datum trajne odsotnosti zdravnika, ki je enak datumu smrti.

Zavod hkrati izvede postopek prekinjanja izbir za zavarovane osebe, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, o čemer zavarovane osebe pisno obvesti.

6.1.2. Upokožitev zdravnika

O trajni odsotnosti IOZ zaradi upokožitve izvajalec obvesti Zavod, ki na tej podlagi v lastni evidenci vnese datum trajne odsotnosti zdravnika, ter hkrati izvede postopek prekinjanja izbir za zavarovane osebe, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, o čemer zavarovane osebe pisno obvesti.

Če bo zdravnik, kljub upokožitvi še naprej opravljal naloge osebnega zdravnika pri izvajalcu, bo izvajalec s tem seznanil Zavod. Zavod za tega zdravnika ne bo vpisal trajne odsotnosti in ne bo izvedel prekinitve izbir za zavarovane osebe, ki imajo opravljeno izbiro pri tem zdravniku.

6.1.3. Prenehanje delovnega razmerja

O trajni odsotnosti IOZ zaradi prenehanja delovnega razmerja izvajalec obvesti Zavod, ki na tej podlagi v lastni evidenci vnese datum trajne odsotnosti zdravnika, ter hkrati izvede postopek prekinjanja izbir za zavarovane osebe, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, o čemer zavarovane osebe pisno obvesti.

Če bo zdravnik, kljub prenehanju delovnega razmerja še naprej opravljal naloge osebnega zdravnika pri izvajalcu, bo izvajalec s tem seznanil Zavod. Zavod za tega zdravnika ne bo vpisal trajne odsotnosti in ne bo izvedel prekinitve izbir za zavarovane osebe, ki imajo opravljeno izbiro pri tem zdravniku.

6.1.4. Prekinitve pogodbe z Zavodom

Zavod v lastni evidenci vnese datum trajne odsotnosti zdravnika, ter hkrati izvede postopek prekinjanja izbir za zavarovane osebe, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, o čemer zavarovane osebe pisno obvesti.

6.1.5. Zdravnik nima veljavne licence

Zavod na podlagi podatkov, ki jih pridobiva iz evidence, ki se vodi na Zdravniški zbornici Slovenije, obdobjno preverja, ali ima posamezni zdravnik veljavno ustrezno licenco na določenem strokovnem področju. Če zdravnik navedene licence nima, Zavod v lastni evidenci vnese datum trajne odsotnosti zdravnika, ter hkrati izvede postopek prekinjanja izbir za zavarovane osebe, ki so imele opravljeno izbiro pri tem zdravniku, o čemer zavarovane osebe pisno obvesti.

6.2. Prekinjanje izbire na željo zavarovane osebe

Pooblaščenca oseba Zavoda lahko izvede prekinitve izbire na podlagi pisne izjave zavarovane osebe.

7. Vsebina in način izpolnjevanja obrazca IOZ

7.1. Splošno

Obrazec IOZ je namenjen za zapis podatkov o zavarovani osebi, ki izbira osebnega zdravnika, o IOZ, o izvajalcu, pri katerem dela IOZ ter o razlogih za zamenjavo osebnega zdravnika.

Obrazec mora biti izpolnjen po teh navodilih, z vsemi zahtevanimi podatki. Podatki morajo biti napisani čitljivo in na predpisana mesta v označene rubrike.

7.2. Način izpolnjevanja Izjave

Izjava se izpolni v enem izvodu. Podpisano izjavo zdravnik vloži v zdravstveni karton zavarovane osebe.

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

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

Podatke o izvajalcu, zdravniku, zavarovani osebi in razloge zamenjave na Izjavi obvezno izpolnjuje zdravnik ali zdravstveni delavec, zaposlen pri izvajalcu. Zavarovana ali pooblaščen oseba verodostojnost izjave o izbiri na obrazcu le potrdi s svojim podpisom.

Posamezni podatki se vpisujejo na naslednji način:

1 – IZVAJALEC:

Številka in naziv izvajalca

Vpiše se šifra izvajalca iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti in naziv izvajalca, kjer dela zdravnik, za katerega se opravi izbira.

2 – ZAVAROVANA OSEBA

Podatki o zavarovani osebi se pridobijo iz sistema on-line.

Številka zavarovane osebe

Vpiše se 9 mestna številka obveznega zdravstvenega zavarovanja (ZZZS številka).

Datum rojstva

Datum rojstva se pridobi iz sistema on-line.

Priimek in ime

Podatki o priimku in imenu se pridobijo iz sistema on-line.

3 – IZJAVLJAM, DA JE:

Moj zdravnik, zdravnik otroka, druge osebe

Glede na to, ali zavarovana oseba izbira osebnega zdravnika zase ali zanjo izbira osebnega zdravnika njen skrbnik, se označi ustrezno številko pred tem podatkom, ali se ta številka vpiše v predvideno okence.

Priimek in ime zdravnika

Vpiše se priimek in ime IOZ ali odtisne njegov imenski žig.

Številka zdravnika

Vpiše se šifra zdravnika iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti.

Šifra zdravstvene dejavnosti zdravnika

Vpiše se ustrežna 6-mestna šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika iz šifranta 19, ki je kot Priloga 1 sestavni del Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Za posamezno dejavnost se uporabi eno izmed naslednjih šifer:

- 302001 – Splošna dejavnost – splošna ambulanta
- 327009 – Splošna dejavnost – otroški in šolski dispanzer
- 306007 – Splošna dejavnost – dispanzer za ženske
- 302002 – Splošna dejavnost – SA v socialnem zavodu
- 404101 – Zobozdravstvena dejavnost – zdravljenje odraslih
- 404103 – Zobozdravstvena dejavnost – zdravljenje mladine
- 402111 – Zobozdravstvena dejavnost – pedontologija
- 404105 – Zobozdravstvena dejavnost – zdravljenje študentov

4 – RAZLOG ZAMENJAVE

Glede na razlog zamenjave osebnega zdravnika se označi ustrezna številka pred podatkom oziroma se ta številka vpiše v predvideno okence. Podatek se v okencu označi le v primeru, če zavarovana oseba uveljavlja zamenjavo osebnega zdravnika pred iztekom enega leta od prejšnje izbire.

5 – KRAJ, DATUM IN PODPIS

Podatek o kraju in datumu izpolni zdravnik ali zdravstveni delavec, zaposlen pri izvajalcu. Zavarovana oseba se lastnoročno podpiše.

8. Uveljavitev in uporaba obrazca IOZ

Obrazec IOZ-V5 se uporablja od 1. 1. 2007 dalje.

8.1. Naročanje obrazca IOZ

Izvajalci naročajo obrazec IOZ – V5 neposredno pri tiskarju, s katerim ima ZZZS sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja .

9. Posredovanje prekinitve izbir / aktivnih izbir

Podatke o prekinitvah izbir in aktivne izbire izvajalci zdravstvenih storitev prevzamejo v svoj informacijski sistem na dva načina:

- z uporabo sistema on-line,
- z uporabo Zavodovih varnih spletnih strani za izvajalce zdravstvenih storitev.

Prevzem podatkov je podrobno opredeljen v Tehničnem navodilu za elektronski prenos podatkov o IOZ.

1. Podatki o prekinitvah izbir.

Zavod izvajalcem predvidoma 25. v mesecu posreduje podatke o prekinitvah izbir, ki so nastale zaradi novih izbir pri drugih zdravnikih, zaradi smrti zavarovanih oseb ali zaradi neizpolnjevanja pogojev za vključenost v obvezno zdravstveno zavarovanje. Na podlagi seznama izvajalci izvedejo prekinitve izbir v lastni podatkovni zbirki.

2. Sezname aktivnih izbir.

Na zahtevo izvajalca Zavod posreduje seznam s podatki o vseh aktivnih izbirah.

Za posredovanje seznama izvajalec kontaktira odgovorno osebo na pristojni OE Zavoda (po elektronski pošti ali po telefonu).

Seznam s podatki o aktivnih izbirah je namenjen usklajevanju podatkov med izvajalcem zdravstvenih storitev in Zavodom.

To navodilo prične veljati 1. 10. 2017. Z dnem pričetka uporabe tega navodila (Navodilo – verzija 8) preneha veljati Navodilo – verzija 7.

Priprave:

Klančnik Sonja
Petrič Karmen
Alenka Kolar
Nataša Cugelj-Štemberger
Krunič Radmila

Generalni direktor
Marjan Sušelj, univ. dipl. psih.

Številka: 0072-14/2017-1

Datum: 26. 9. 2017

Priloge:

Obrazec: Obvestilo o novi zaposlitvi zdravnika pri izvajalcu



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si

**Obvestilo o NOVI ZAPOSLOTVI zdravnika pri izvajalcu****1. Podatki o izvajalcu:**

Šifra izvajalca: _____

Naziv _____

izvajalca: _____

Naslov izvajalca: _____

2. Podatki o zdravniku

Šifra zdravnika: _____

Priimek in ime zdravnika: _____

Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ) (ustrezno označiti), delež opravljanja dejavnosti in datum pričetka opravljanja dejavnosti

Ustrezno označiti	Vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (IOZ)	Delež opravljanja dejavnosti	Datum pričetka opravljanja dejavnosti
<input type="checkbox"/>	302001 - Splošna dejavnost - splošna ambulanta		
<input type="checkbox"/>	327009 - Splošna dejavnost - otroški in šolski dispanzer (v deležu kurative)		
<input type="checkbox"/>	306007 - Splošna dejavnost - dispanzer za ženske		
<input type="checkbox"/>	302002 - Splošna dejavnost - SA v socialnem zavodu		
<input type="checkbox"/>	404101 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje odraslih		
<input type="checkbox"/>	404103 – Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje mladine		
<input type="checkbox"/>	402111 – Zobozdravstvena dejavnost – pedontologija		
<input type="checkbox"/>	404105 - Zobozdravstvena dejavnost - zdravljenje študentov		

Odgovorna oseba: _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Datum: _____

Prostor za žig

Priloge:

Obrazec: Obvestilo o daljši odsotnosti zdravnika pri izvajalcu



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si



Obvestilo o daljši odsotnosti zdravnika pri izvajalcu (daljša od treh mesecev)

1. Podatki o izvajalcu:

Šifra izvajalca: _____

Naziv _____

izvajalca: _____

Naslov izvajalca: _____

2. Podatki o zdravniku

Šifra zdravnika: _____

Priimek in ime zdravnika: _____

Šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo(jih) zdravnik opravlja: _____

Predviden čas trajanja odsotnosti od: _____ do _____

Razlog _____

odsotnosti _____

zdravnika: _____

3. Seznam nadomestnih zdravnikov:

Zap. št.	Šifra zdravnika	Priimek in ime zdravnika
1		
2		
3		
4		

Odgovorna oseba: _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Datum: _____

Prostor za žig

Priloge:

Obrazec: Obvestilo o trajni odsotnosti zdravnika pri izvajalcu

**Obvestilo o trajni odsotnosti zdravnika pri izvajalcu****1. Podatki o izvajalcu:**

Šifra izvajalca: _____

Naziv _____ izvajalca: _____

Naslov izvajalca: _____

2. Podatki o zdravniku

Šifra zdravnika: _____

Priimek in ime zdravnika: _____

Šifra vrste in podvrste dejavnosti zdravnika, ki jo je zdravnik opravljal: _____

Datum prekinitve delovnega razmerja oz. prenehanja opravljanja skupine dejavnosti: _____

Vzrok odsotnosti (ustrezno označi):

1. sprememba vrste in podvrste dejavnosti zdravnika (ne velja za spremembe podvrste dejavnosti zdravnika znotraj iste skupine dejavnosti);
2. upokojitev zdravnika;
3. prenehanje delovnega razmerja zaradi odhoda v zasebno prakso,
4. prenehanje delovnega razmerja;

Odgovorna oseba: _____

Podpis odgovorne osebe: _____

Datum: _____

Prostor za žig

Okrožnica ZZS št. 0072-16/2017-DI/2 z dne 14. 12. 2017

Obvestilo o spremembah in dopolnitvah Zakona o pacientovih pravicah – novosti v zvezi z napotovanjem

Izvajalce zdravstvene dejavnosti obveščamo, da je bil v Uradnem listu RS, št. 55/2017, dne 6. 10. 2017 objavljen Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP-A), ki je začel veljati petnajsti dan po objavi, to je 21. 10. 2017, **uporabljati pa se začne tri mesece po njegovi uveljavitvi, to je 21. 1. 2018**, razen prvega odstavka 15. b člena in prvega odstavka 16. člena zakona, ki se začneta uporabljati z dnem uveljavitve.

V zvezi z novelo ZPacP-A bi vas želeli obvestiti zlasti o nekaterih novostih v zvezi z napotovanjem pacientov:

1. Na novo je uveden pojem »**napotna listina**« – to je dokument, s katerim izbrani osebni ali napotni zdravnik prenaša svoja pooblastila na druge zdravstvene delavce na isti ali višji ravni zdravstvene dejavnosti v skladu s predpisi, ki urejajo zdravstveno zavarovanje (11. b točka 3. člena ZPacP-A).

Pri tem zakonodajalec pojasnjuje, da pojem »napotna listina« vključuje tudi delovne naloge (npr. za fizioterapevtske storitve). Tako se čakalni seznam in naročilne knjige vodijo tudi za zdravstvene storitve, ki se izvajajo na podlagi delovnih nalogov, saj so npr. na področju fizioterapije čakalne dobe zelo dolge.

2. Novela Zakona med drugim prinaša novo stopnjo nujnosti – »zelo hitro«, pri čemer ohranja dosedanje stopnje nujnosti (»nujno«, »hitro« in »redno«), kar je določeno v novem 14. b členu ZPacP-A.

Določanje stopnje nujnosti ostaja v popolni pristojnosti in odgovornosti zdravnika, ki pacienta napotuje na specialistične storitve, in sicer skladno s pacientovo največjo zdravstveno koristjo, pri čemer se upošteva razumen čas. Stopnja nujnosti se torej opredeljuje glede na zdravstveno stanje konkretnega pacienta in se upošteva vse okoliščine na njegovi strani (npr. stopnja bolečine, nosečnost, morebitna bolniška odsotnost ipd.). Z uveljavitvijo ZPacP-A namreč prenehajo veljati prednostni kriteriji znotraj določene stopnje nujnosti. S pravilnikom, ki naj bi bil izdan na podlagi tega zakona, bodo določene najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne vrste zdravstvenih storitev v okviru posameznih stopenj nujnosti. Do uveljavitve novega pravilnika pa se uporablja Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).

3. ZPacP-A v 24. členu na novo določa tudi roke za predložitev napotne listine. Tako mora pacient izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne službe predložiti napotno listino:

- s stopnjo nujnosti **nujno**: najpozneje naslednji dan,
- s stopnjo nujnosti **zelo hitro**: v petih dneh,
- s stopnjo nujnosti **hitro ali redno**: v 14 dneh po njeni izdaji.

Če napotna listina izvajalcu ni predložena v zgoraj navedenih rokih, preneha veljati.

To pomeni, da je treba razlikovati med:

- veljavnostjo napotne listine oziroma danega pooblastila napotnemu zdravniku (za obdobje ali enkratno), ki začne teči

od dneva, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo na prvo obravnavo, to je na prvo zdravstveno storitev, zaradi katere je bila zavarovana oseba napotena (tretji odstavek 176. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja) in

- rokom za predložitev napotne listine s strani zavarovane osebe, ki določa obveznost zavarovane osebe, da izvajalcu predloži napotno listino (24. člen ZPacP-A).

V povezavi z rokom za predložitev napotne listine je določeno, da:

- mora zdravnik, ob izdaji napotne listine pacienta obvestiti o posledicah nepravočasne predložitve napotne listine,
- se napotna listina, ki je zaradi nepravočasne predložitve postala neveljavna z navedbo razlogov vrne izdajatelju, prav tako se o tem obvesti pacienta.

Pri številu roka se računa čas od njene izdaje (datum, ki je na listini zapisan), do predložitve izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

4. ZPacP-A določa tudi, da bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije v treh mesecih od uveljavitve novele usklajal Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16, v nadaljevanju: Pravilnik), s katerim je določena vsebina napotne listine in dopolnil listine napotnica ter delovne naloge.

V primeru izdaje napotnice prek eNaročanja bodo lahko izvajalci že z dnem pričetka uporabe ZPacP-A (21. 1. 2018) vnesli tudi novo stopnjo nujnosti (»zelo hitro«). V primeru izdaje napotnice v papirni obliki pa je potrebno novo stopnjo nujnosti izpisati ročno na listini (zapis stopnje nujnosti, podpis in žig zdravnika, ki pacienta napotuje na zdravstveno storitev), kot je to določeno v 23. členu ZPacP-A.

V primeru izdaje ostalih napotnih listin (delovni nalog, delovni nalog za fizioterapijo) je glede na zdravstveno stanje konkretnega pacienta, od 21.1.2018 do sprejetja Pravilnika, potrebno stopnjo nujnosti na listini izpisati ročno, in sicer:

- pri delovnem nalogu za fizioterapijo – se lahko izpiše nova stopnja nujnosti »zelo hitro«,
- pri delovnem nalogu pa se lahko izpišejo vse stopnje nujnosti (»nujno«, »zelo hitro«, »hitro« in »redno«) glede na strokovno oceno izdajatelja napotne listine in glede na to, ali za določeno zdravstveno storitev obstaja čakalna doba (npr. pri negi na domu ni potrebe za določitev stopnje nujnosti, ker ni čakalne dobe in se storitev neovirano izvede, ko zdravnik ugotovi potrebo po tej storitvi).

5. Novost je tudi, da se v okviru stopnje nujnosti »nujno« poleg nujne medicinske pomoči dodaja še nujno zdravljenje, nujna zobozdravstvena pomoč (ki je opredeljena na novo) ter neodložljive zdravstvene in zobozdravstvene storitve (3. člen ZPacP-A).

Tatjana Puketa Kocijančič
Nina Pirnat

Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za medicinski pripomoček

I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje predpisovanje medicinskih pripomočkov, do katerih so zavarovane osebe upravičene v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS 30/03 – prečiščeno besedilo, (35/03 – popr.), 78/03, 84/04, 44/05, 84/06, (90/06 – popr.), 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US., 25/14 in 85/14, v nadaljevanju Pravila OZZ). To navodilo določa način predpisovanja medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ter uporabo in izpolnjevanje listin – NAROČILNICA ZA MEDICINSKI PRIPOMOČEK (Obr. NAR –1) ter REVERZ (Obr. REV), ki ju je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) izdal v skladu s Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16).

II. Predpisovanje medicinskih pripomočkov

II.1. Splošno

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja so zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje zagotovljeni medicinski pripomočki (v nadaljevanju: MP), ki so kot pravica zavarovanih oseb opredeljeni v določilih Pravil OZZ. Pooblaščen zdravnik zavarovani osebi predpiše vrsto MP s šifro in nazivom, kot sta določeni s posebnim sklepom Upravnega odbora Zavoda, če je pri zavarovani osebi takšno zdravstveno stanje, kot je določeno za to vrsto MP s posebnim sklepom Skupščine ZZZS (do 26. 4. 2014 je tudi ta sklep sprejemal Upravni odbor Zavoda) in če izpolnjuje druge pogoje, ki so opredeljeni z določili Pravil OZZ.

II.2. Pooblastila za predpisovanje MP

Za izdajo naročilnice za MP so pooblaščen osebni zdravniki in napotni zdravniki sekundarne ter terciarne ravni zdravstvenega varstva s svojega delovnega področja, kot je določeno v 212. členu Pravil OZZ. Za določene vrste MP so s posebnim sklepom Upravnega odbora Zavoda imenovani posamezni zdravniki, ki lahko predpisujejo te MP. Pooblaščen oziroma napotni zdravnik izda naročilnico za MP tudi v primeru potrebne prilagoditve MP, ki ga zavarovana oseba že uporablja.

O upravičenosti do nekaterih zahtevnejših MP odloča na predlog osebnega oziroma napotnega zdravnika imenovani zdravnik Zavoda. Seznam zahtevnejših MP je določen s sklepom Upravnega odbora Zavoda. V primeru upravičenosti zavarovane osebe do zahtevnejših MP osebni zdravnik oziroma napotni zdravnik posreduje imenovanemu zdravniku predlog, ki vsebuje izpolnjeno

Naročilnico za medicinski pripomoček (v nadaljevanju, Naročilnica) in listino Predlog imenovanemu zdravniku.

II.3. Pravica do MP

Ob predpisu MP zdravnik upošteva podatke o predpisanih in prejetih MP v Zavodovi evidenci, do katerih dostopa v sistemu On line in podatke, ki jih vodi v lastni evidenci. Zdravnik v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe vpiše zdravstvene razloge o upravičenosti, datum predpisa, vrsto in šifro predpisane MP.

Pri MP, za katere je z določili Pravil OZZ določena trajnostna doba, je zavarovana oseba upravičena do novega MP po izteku trajnostne dobe, če predhodno prejeti ni več funkcionalno ustrezen. Po izteku trajnostne dobe zavarovana oseba torej nima avtomatično pravice do novega MP, če je obstoječi še vedno funkcionalno ustrezen in uporaben oziroma če se ga da popraviti ali prilagoditi (vključene tudi predelave). Trajnostna doba MP prične teči od dneva, ko ga je zavarovana oseba prevzela v lekarni ali specializirani prodajalni. Pravila OZZ pravico do prilagoditve pred iztekom trajnostne dobe določajo v vrednosti 50 % novega MP, ki ga je zavarovana oseba prejela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in doplačil do polne vrednosti (celotna vrednost OZZ). Pravico do prilagoditve MP po izteku trajnostne dobe Pravila OZZ določajo, ne določajo pa deleža vrednosti prilagoditve, glede na smiselno uporabo določil Pravil OZZ, tudi za prilagoditve po izteku trajnostne dobe velja 50 % delež, kot pred iztekom trajnostne dobe. Prilagoditev je s strani proizvajalca predviden poseg v MP. Zavarovana oseba je upravičena do prilagoditve, če je pri njej tekom uporabe MP prišlo do anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal MP funkcionalno neustrezen. V primeru prilagoditve MP, pri kateri je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in aplikacija MP v skladu s Pravili OZZ, pooblaščen zdravnik za predpis MP na naročilnici določi, ali bo ustreznost prilagoditve, ki jo je izvedel dobavitelj, ocenil s kontrolo pri zavarovani osebi, še preden bo prilagojeni MP prevzela od dobavitelja. Ustreznost prilagoditve pooblaščen zdravnik potrdi s podpisom, žigom in datumom potrditve.

Če zaradi spodaj navedenih razlogov postane MP neustrezen pred iztekom trajnostne dobe, določene s Pravili, lahko osebni oziroma napotni zdravnik posreduje imenovanemu zdravniku Zavoda predlog za nov MP. Predlog vsebuje obrazložitev za predpis pred potekom trajnostne dobe in izpolnjeni listini Naročilnico in Predlog imenovanemu zdravniku. Imenovani zdravnik Zavoda MP odobri, če je pri zavarovani osebi prišlo do takšnih anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je MP postal neustrezen pred iztekom trajnostne dobe in se ga ne da več popraviti ali prilagoditi, da bi zagotovili njegovo funkcionalno ustreznost.

O upravičenosti do MP, za katere je z določili Pravil OZZ določeno obdobje, krajše od enega leta in količina večja od enega kosa (v nadaljevanju obdobje in količina v skladu z določili Pravil OZZ), se z odločbo imenovanega zdravnika ne odloča.

Zavarovana oseba si predpisane MP nabavi pri dobavitelju (lekarni ali specializirani prodajalni), ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo. Zavarovana oseba na podlagi izdane Naročilnice sama izbere enega izmed pogodbenih dobaviteljev. Naročilnico je zavarovana oseba dolžna predložiti lekarni ali specializirani prodajalni najkasneje v 30-ih dneh od datuma izdaje naročilnice oziroma od dokončnosti odločitve Zavoda (odločbe imenovanega zdravnika, odločitve o funkcionalno ustreznem MP, odobritvi vzdrževanja, popravila ali prilagoditvi).

Večina MP, ki se predpisujejo na Naročilnico, postane last zavarovane osebe. MP, navedeni v 97. členu Pravil OZZ, pa so predmet izposoje. MP, ki so predmet izposoje, je zavarovana oseba zavezana vrniti dobavitelju, ko poteče čas predvidene izposoje, ali ko jih iz drugih razlogov ne potrebuje več.

Šifre in vrste MP, ki so pravica iz OZZ, pooblastila za predpisovanje MP, trajnostne dobe, cenovne standarde in druge cene, ali gre za MP, ki je predmet izposoje, prilagoditev in druge podatke, ki se nanašajo na MP, Zavod sproti objavlja na spletnih straneh z naslovom <http://www.zzss.si/zzss/info/egradiva.nsf/o/DFD-C914987E44E2AC1257353003EC73A>.

II.4. Uporaba naročilnice

Naročilnico za medicinske pripomočke lahko izdajajo le zdravniki, ki so zaposleni pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo.

Naročilnica je javna listina, s katero:

- zavarovana oseba izkazuje pravico do MP oziroma v določenih primerih vrst MP tudi pravico do servisa (vzdrževanje in popravilo) in prilagoditve,
- zdravnik naroča dobavitelju, naj se zavarovani osebi izda, izdelala, izposodi, servisira ali prilagodi MP,
- dobavitelj Zavodu izkazuje pravico do plačila izdanega, izdelanega, izposojenega, servisiranega ali prilagojenega MP.

II.5. Naročilnice ni dovoljeno uporabljati

Naročilnice ne smejo uporabljati zasebni zdravniki, ki za izvajanje zdravstvenih storitev nimajo sklenjene pogodbe z Zavodom. Nadalje Naročilnice ne smejo uporabljati zdravniki v zdravstvenih zavodih oziroma zasebniki, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo o izvajanju zdravstvenih storitev, vendar opravljajo storitve ugotavljanja zdravstvenega stanja na zahtevo zavarovane ali druge osebe ter zdravniki, ki zavarovanim osebam nudijo zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

V času zdravljenja oziroma oskrbe so zavezani izvajalci zdravstvenih storitev (bolnišnica, zdravstveni dom, zdravilišče, domovi za starejše, posebni socialnovarstvenih zavodi in zavodi za usposabljanje) v skladu z določili Pravil OZZ zagotavljati določene MP iz svojih materialnih stroškov. V teh primerih zato ni dovoljeno izdajati Naročilnice. Enako velja za MP, ki jih izvajalci zdravstvenih storitev izposodijo v okviru nujnega ambulantnega zdravljenja. Naročilnica se ne uporablja za predpisovanje pripomočkov za izboljšanje vida (očal, kontaktnih leč, lupe), zobnoprotoničnih nadomestkov in v primerih inkontinenčnih MP, ko se zavarovana oseba strinja, da se ji ti zagotovijo na podlagi zbirne naročilnice. Za predpisovanje teh se uporabljajo posebne listine.

III. Postopki pri predpisovanju MP in način izpolnjevanja naročilnice

III.1. Splošno

Naročilnica je razdeljena na več delov, namenjenih vpisu podatkov o zavarovani osebi, zdravniku, ki MP predpisuje, deležu doplačil, potrditvam imenovanega zdravnika, predpisovanju MP, potrditvam servisiranja, podatkom o garanciji in podpisu prevzemnika MP. Naročilnica se izpolnjuje v enem izvodu.

Vse šifrate, ki se uporabljajo pri predpisovanju MP na Naročilnico, Zavod objavlja v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialih (v nadaljevanju: Navodilo) in jih elektronsko objavlja na spletnih straneh. Naslov povezave je: <https://partner.zzss.si/wps/portal/portali/aizv/sifranti/>.

III.2. Pristojnost za izdajo naročilnice

Naročilnico izda:

- **osebni zdravnik**, če ugotovi potrebo po MP, za katerega predpis ali prilagoditev je pristojen, če gre pri zavarovani osebi za zdravstveno stanje v skladu s posebnim sklepom in so izpolnjeni morebitni drugi pogoji v skladu z Pravili OZZ. V zdravstveni dokumentaciji evidentira zdravstveno stanje zavarovane osebe, naziv in šifro MP, količino, obdobje, za katero je MP predpisal in datum predpisa;
- **napotni zdravnik**, kadar osebni zdravnik oceni, da je zavarovana oseba upravičena do MP, za katerega predpisovanje je pristojen napotni zdravnik, zavarovano osebo zaradi predpisa ali prilagoditve MP napoti k zdravniku sekundarne ali terciarne ravni za napotnico. Posreduje mu tudi vse podatke o zdravstvenem stanju osebe, ki jih ima v svoji dokumentaciji in za katere ocenjuje, da utemeljujejo potrebo po MP. Napotni zdravnik ugotovi zdravstveno stanje zavarovane osebe in upravičenost do MP na podlagi Pravil OZZ in posebnega sklepa o določitvi zdravstvenih stanj ter pri upravičenosti izda Naročilnico. Predpis MP evidentira v zdravstveni dokumentaciji z navedbo zdravstvenega stanja zavarovane osebe, naziva in šifre MP, količino, obdobje, za katero je MP predpisal in datumom predpisa. Napotni zdravnik o predpisanih MP pisno obvesti osebnega zdravnika.

Če napotni zdravnik oceni, da predlog osebnega zdravnika ni utemeljen, ali da za predpis MP ni pooblaščen, Naročilnice ne izda. Ugotovitve, pripombe ali predloge oziroma razloge za zavrnitev pisno sporoči osebnemu zdravniku.

III.3. Odobritev predlogov na ZZSS

O upravičenosti do zahtevnejših MP in MP pred iztekom trajnostne dobe, tudi funkcionalno ustreznih, odloča pristojni imenovani zdravnik. O upravičenosti do prilagoditve MP, popravila, vzdrževanja, funkcionalno ustreznih MP in drugih zahtevah zavarovanih oseb odločajo pristojne strokovne službe na območnih enotah Zavoda.

III.3.1. Odločitev o zahtevnejšem MP in MP pred iztekom TD

Če je za odločitev o upravičenosti do MP potrebna odločba imenovanega zdravnika in ta ugotovi, da je predlog utemeljen, v Naročilnico vpiše številko in datum odločbe. En izvod odločbe in Naročilnico vroči zavarovani osebi, drugi izvod odločbe pa zdravniku, ki je MP predlagal. V primeru, ko imenovani zdravnik odloča hkrati še o predlogu za funkcionalno ustrezen MP, se zavarovani osebi pošljejo tudi predračuni, ki jih je Zavod pridobil v postopku

ugotavljanja upravičenosti do funkcionalno ustreznega MP. Pristojna oseba na Naročilnico vpiše znesek in datum odobritve, se podpiše in odtisne žig organizacijske enote Zavoda.

Tudi v primeru, ko predlog ni utemeljen, imenovani zdravnik izda odločbo ter jo vroči zavarovani osebi in zdravniku, Naročilnico in Predlog pa arhivira.

III.3.2. Odločitev o upravičenosti do prilagoditve

V primeru, ko je pri zavarovani osebi tekom uporabe MP prišlo do anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal MP funkcionalno neustrezen in je proizvajalec MP predvidel prilagoditev MP, pooblaščen zdravnik izda naročilnico za prilagoditev, na kateri poleg drugih potrebnih podatkov vpiše vrsto in datum prejema MP ter opiše potrebno prilagoditev oziroma priloži pisno specifikacijo prilagoditve in pisni izvid o anatomskih in funkcionalnih spremembah pri zavarovani osebi, ki zahtevajo prilagoditev.

V primeru prilagoditve MP, pri kateri je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in aplikacija MP v skladu s Pravili OZZ, pooblaščen zdravnik za predpis MP na naročilnici določi, ali bo ustreznost prilagoditve, ki jo je izvedel dobavitelj, ocenil s kontrolo pri zavarovani osebi, še preden bo prilagojeni MP prevzela od dobavitelja. Po opravljeni prilagoditvi MP bo pooblaščen zdravnik ustreznost prilagoditve potrdil s podpisom, žigom in datumom potrditve.

Dobavitelj, ki je MP izdal, na podlagi naročilnice in priložene specifikacije izda predračun.

O upravičenosti do prilagoditve odloči območna enota Zavoda na podlagi Naročilnice, pisne specifikacije, ki je priložena naročilnici, pisnega izvida zdravnika o anatomskih in funkcionalnih spremembah pri zavarovani osebi in predračuna.

V primeru odobritve pristojna oseba na Naročilnico vpiše znesek in datum odobritve, se podpiše in odtisne žig organizacijske enote Zavoda. Do spremembe listine »Naročilnica za medicinski pripomoček« se podatek o prilagoditvi vpiše na hrbtni strani naročilnice tako, da se v rubriki »Zavod odobri servis do zneska ____ EUR.« prečrta besedo »servis« in nad njo zapiše »prilagoditev«. **Zavarovani osebi pošlje odločitev, naročilnico, specifikacijo prilagoditve in predračun ter o odobritvi obvesti zdravnika in dobavitelja. Zavarovana oseba navedene dokumente, razen odločbe, preda dobavitelju za prilagoditev.**

Če predlog ni utemeljen, Zavod izda odločbo, ki jo vroči zavarovani osebi in zdravniku, ter obvesti dobavitelja, Naročilnico in priloge pa arhivira.

III.3.3. Odločitev o upravičenosti do popravila in vzdrževanja MP

V primeru, ko zavarovana oseba uveljavlja pravico do servisiranja (vzdrževanje in popravilo) MP in se to zagotavlja na podlagi predhodnega predpisa na Naročilnico, je potrebno predhodno soglasje Zavoda. Ko pooblaščen delavec Zavoda ugotovi, da je predlog za servisiranje MP v skladu s Pravili, na Naročilnico vpiše znesek, datum odobritve, se podpiše in odtisne žig organizacijske enote Zavoda. Kopijo predračuna, na podlagi katerega je Zavod odobril servisiranje, se pošlje zavarovani osebi. Če predlog ni utemeljen, Zavod izda odločbo, ki jo vroči zavarovani osebi.

III.3.4. Odločitev o upravičenosti do funkcionalno ustreznega MP

V primerih, ko zdravnik ali zavarovana oseba predlaga odobritev funkcionalno ustreznega MP, katerega vrednost je višja od cenovnega standarda ali pogodbene cene, je potrebna predhodna odobritev Zavoda. Ko pooblaščen delavec Zavoda ugotovi, da je predlog utemeljen, na Naročilnico **vpiše znesek, datum odobritve, se podpiše in odtisne žig organizacijske enote Zavoda.** Kopije predračunov, ki jih je Zavod pridobil v postopku ugotavljanja upravičenosti do funkcionalno ustreznega MP, se skupaj z Naročilnico pošljejo zavarovani osebi.

Če predlog ni utemeljen, Zavod izda odločbo, ki jo vroči zavarovani osebi in zdravniku. Originalno Naročilnico skupaj z odločbo vroči zavarovani osebi, ki lahko uveljavi pravico do MP do cenovnega standarda ali pogodbene cene. Odločbo, kopijo Naročilnice in priloge Zavod arhivira.

IV. Rubrike na naročilnici, ki jih izpolni pooblaščen osebni ali napotni zdravnik

V glavi listine je treba izpisati »Številka: _____«, ki jo dodeli sistem on-line Zavoda kot enolični komunikacijski znak med zdravnikom, dobaviteljem in ZZZS. Ob izdaji obnovljive naročilnice se ob on-line številki naročilnice izpiše »OBNOVLJIVA«.

1 – IZVAJALEC

ŠTEVILKA IN NAZIV IZVAJALCA

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

ŠIFRA ZDRAVSTVENE DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna šifra vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranca 2, ki je priloga 1 k Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (v nadaljevanju: Navodilo).

2 – ZDRAVNIK

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

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

IME IN PRIIMEK, POKLICNA KVALIFIKACIJA

Vpiše se ime in priimek zdravnika, ki predpisuje MP ali odtisne njegov imenski žig. Navede se tudi poklicna kvalifikacija tega zdravnika, to je vrsta specializacije zdravnika.

3 – ZAVAROVANA OSEBA

ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna ZZZS številka zavarovane osebe. Velja tudi za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ. Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, pa se vpiše 9-mestna ZZZS-TZO, ki jo dodeli sistem on-line izvajalcu zdravstvenih storitev.

DATUM ROJSTVA

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

PRIIMEK IN IME

Izpiše se priimek in ime zavarovane osebe, ki se ji predpisuje MP.

NASLOV

Vpiše se ulica, hišna številka, dodatek k hišni številki, če ga ima, številka pošte in kraj stalnega oziroma začasnega prebivališča.

vališča zavarovane osebe v Sloveniji, na katerega zavarovana oseba želi, da se jo obvešča.

4 – RAZLOG OBRAVNAVE

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

5 – NAČIN DOPLAČILA

V predvideno okence se vpiše ustrezna šifra načina doplačila ali obkroži ustrezno šifro. Pri tem velja:

- **šifra 1 – brez doplačila** se označi, ko obvezno zdravstveno zavarovanje zagotavlja pripomoček v celoti (ni kritja iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja).
- **šifra 2 – zavarovana oseba** se označi, ko je medicinski pripomoček krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v odstotnem deležu, zavarovana oseba pa za razliko do polne vrednosti ni dopolnilno zavarovana.
- **šifra 3 – zavarovalnica** se označi, ko je medicinski pripomoček krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v odstotnem deležu, zavarovana oseba pa je za razliko do polne vrednosti dopolnilno zavarovana.
- **šifra 4** se označi, ko je medicinski pripomoček krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja v odstotnem deležu, razlika do polne vrednosti (delež dopolnilnega zavarovanja), pa je za zavarovano osebo krita iz državnega proračuna (za tip zavarovane osebe 18 in 19). **Šifra 4-PRORAČUN se vpiše v predvideno okence, označitev bo omogočena po spremembi listine.**

Sistem on-line preverja pravilnost določitve načina doplačila glede na tip zavarovane osebe in razlog obravnave, ko naročilnico v sistem on-line vpiše zdravnik kot tudi v primeru, da je zdravnik ni vnesel, in jo vnese dobavitelj.

V primeru, ko Naročilnica nima on-line številke, in je način doplačila na papirnati naročilnici neustrezno označen glede na tip zavarovane osebe in razlog obravnave, dobavitelj podatek način doplačila popravi z uradnim zaznamkom na papirnati naročilnici in v on-line vnese pravilno oznako načina doplačila, če je:

1. Pri tipu zavarovane osebe 11 ali 12 način doplačila različen od 1, dobavitelj popravi način doplačila na 1 – brez doplačila;
2. Pri razlogu obravnave 3 ali 4 način doplačila različnem od 1, dobavitelj popravi način doplačila na 1 – brez doplačila;
3. Pri tipu zavarovane osebe 18 ali 19 način doplačila 2, dobavitelj na naročilnici popravi način doplačila na 4 – proračun;
4. Pri tipu zavarovane osebe 18 ali 19 način doplačila 3, dobavitelj na naročilnici popravi način doplačila na 4 – proračun.

6 – TUJI ZAVAROVANEC

Vpiše se 3-mestna številka države iz šifranta 6 Navodil. Podatek se izpolnjuje le za osebo, ki se ji predpisuje MP v R Sloveniji in uveljavlja pravico po zakonodaji EU ali meddržavni pogodbi.

7 – PZZ

Podatke se izpolni le, če je v rubriki 5 – NAČIN DOPLAČILA označena številka 3 – ZAVAROVALNICA. Vpiše se šifro zavarovalnice iz šifranta 8 Navodil, pri kateri je zavarovana oseba zdravstveno zavarovana za doplačila, šifro zavarovanja, številko police in datum, do katerega je veljavno zavarovanje.

8 – ODLOČBA

Imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija Zavoda vpiše številko in datum izdaje odločbe, s katero je odobril zahtevnejši MP ali MP pred iztekom trajnostne dobe predhodno odobrenega MP ter v okencu označi ustreznega izdajatelja.

9 – KONTAKTNI PODATKI ZDRAVNIKA

Vpiše se kontaktne podatke zdravnika, in sicer e-poštni naslov, telefonsko številko in naslov. Telefonsko številko se vpiše z mednarodno predpono Slovenije 00386 ali +386. Primer: 00 386 1 234 56 78.

10– 78. a člen

Samo v primeru nujnega zdravljenja v osnovni zdravstveni dejavnosti je zavarovana oseba, ki je neredni plačnik prispevkov, upravičena do MP v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru izvajalec na

Naročilnici označi rubriko 1-NUJNO.

11 – Predpisovanje MP

V ustreznem okencu se z "X" označi ali naj se »pripomoček«: IZDA, IZDELA, IZPOSODI, SERVISIRA

Pri tem se označi:

- okence "IZDA", kadar je zavarovana oseba upravičena do izdaje serijsko izdelanega MP ali izdaje serijsko izdelanega MP, ki se prilagaja;
- okence "IZDELA", kadar je zavarovana oseba upravičena do MP, ki se individualno izdelava za posamezno zavarovano osebo;
- okence "IZPOSODI", kadar je zavarovana oseba upravičena do MP, ki je po Pravilih OZZ predmet izposoje;
- okence "SERVISIRA", kadar je zavarovana oseba upravičena do MP, ki se skladno s Pravili OZZ servisira (vzdrževanje in popravilo se zagotavlja na podlagi izdane naročilnice).

NAZIV IN ŠIFRA PRIPOMOČKA, KOLIČINA, OBDOBJE

Naziv in šifra MP se uporabljata, kot ju določi Zavod. Šifra MP je 10-mestna, v postopkih pa se sme uporabljati samo zadnja 4-mesta, ki omogočajo enoznačno opredelitev pripomočka.

Na eno Naročilnico se praviloma predpiše en MP, v primerih MP potrošnega značaja (MP pri zdravljenju sladkorne bolezni, MP pri težavah z odvajanjem seča...) ali pri MP, ki skupaj predstavljajo celoto (npr. negovalna postelja z dodatki) pa se lahko predpiše več MP iz iste skupine, pri čemer se upošteva, da imajo MP tudi enak režim izdaje (izdaja, izposoja). Obdobje in količino je potrebno opredeliti za MP potrošnega značaja, in sicer glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe za največ tri mesece. V primeru, da se predpisuje več MP, jih mora zavarovana oseba prevzeti v isti lekarni ali specializirani prodajalni.

PRIPOMBE

Prostor je namenjen za vpis morebitnih posebnosti za serijsko izdelani MP ali specifičnosti v izdelavi v primeru individualno izdelanega MP. Do uvedbe nove listine Naročilnica se v rubriki »PRIPOMBE« z velikimi tiskanimi črkami zapisuje tudi »PRILAGODITEV MP« in opredeli vsebina prilagoditve. V primeru, da je vsebina prilagoditve določena v posebni prilogi, mora biti v rubriki »PRIPOMBE« navedeno, da je vsebina prilagoditve določena v prilogi.

Navede se datum prejema MP, ki je predmet prilagoditve. Zdravnik opredeli tudi morebitno potrebno »KONTROLO«, če bo po opravljeni storitvi prilagoditve preveril njeno ustreznost.

IZPOSOJA DO

Če je MP predmet izposoje, je treba ob predpisu določiti, do kdaj naj se MP izposodi. Na mesto "Izposodi do _____" se vpiše predvideni čas izposoje z navedbo datuma, ko je treba MP vrniti. Če po preteku časa, za katerega je bila predvidena izposoja MP, zavarovana oseba MP še vedno potrebuje, mora utemeljenost nadaljnje izposoje izkazati z novo Naročilnico z oznako PODALJŠANJE v »Pripombe _____«.

PRIPOMOČEK/KE SE LAHKO IZDA OD _____ DALJE

Datum, od katerega dne dalje dobavitelj zavarovani osebi lahko izda nov MP, se izpiše iz sistema on-line. Izpiše se tekoči datum, če je trajnostna doba ali obdobje in količina v skladu z določili Pravil OZZ, za predhodno prejete MP, potekla. Če trajnostna doba ali obdobje in količina v skladu z določili Pravila OZZ, za predhodno prejete MP še ni iztekla, se Naročilnico lahko izda do 10 dni pred iztekom trajnostne dobe ali obdobja in količine v skladu z določili Pravil OZZ. Pred tem datumom zavarovana oseba MP ne more prevzeti pri dobavitelju.

KRAJ, DATUM, ŽIG IZVAJALCA, PODPIS ZDRAVNIKA

Zdravnik, ki predpisuje MP, vpiše kraj in datum izdaje Naročilnice, odtisne žig izvajalca in se lastnoročno podpiše.

12 – SERVIS

To rubriko izpolni osebni ali napotni zdravnik tako, da označi, kakšen poseg na MP je potreben in vpiše, kdaj je zavarovana oseba MP prejela. Servisiranje obsega vzdrževanje in popravila. Vzdrževanje vključuje zamenjave delov potrošnega značaja in storitve, ki jih je potrebno izvesti v skladu z navodili proizvajalca. Popravila obsegajo zamenjave delov, ki ne zagotavljajo več funkcionalne ustreznosti MP in storitve povezane z zamenjavo delov. Osebni zdravnik lahko predpiše servisiranje MP tudi, če je za predpisovanje pooblaščen napotni zdravnik.

V. Rubrike na naročilnici, ki jih izpolni lekarna ali specializirana prodajalna

V breme OZZ lahko zavarovana oseba prevzame MP le v lekarni ali specializirani prodajalni, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo. Lekarna ali specializirana prodajalna, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo, je označena s posebno zeleno nalepko.

V.1. Servisiranje

Ko je MP potrebno servisirati in je ta predmet izdaje, izda lekarna ali specializirana prodajalna na podlagi Naročilnice in po pregledu MP predračun ter v Naročilnici označi, koliko mesecev bo MP po popravilu ali zamenjavi delov še uporaben. S servisom MP v breme OZZ lahko prične šele, ko Naročilnico potrdi Zavod.

Po opravljenem servisu se na Naročilnico vpiše obseg vzdrževanja ali popravil. Če je bil pri servisu v MP vgrajen del, za katerega proizvajalec zagotavlja garancijo, v Naročilnici na tem mestu vpiše vrsto vgrajenega dela in iztek garancije.

V.2. Izdaja MP

Lekarna ali specializirana prodajalna mora zavarovani osebi izročiti MP v skladu s pogodbo. Lekarna ali specializirana prodajalna je dolžna ob izdaji MP dati zavarovani osebi ustrezna navodila o uporabi in ravnanju z MP ter zanj izstaviti garancijski list, če gre za MP za katerega se izstavlja garancija. Izdajo MP je lekarna ali specializirana prodajalna dolžna evidentirati in obračunati v skladu z navodili Zavoda.

Ob izdaji MP vpiše lekarna ali specializirana prodajalna na Naročilnico datum izteka garancije za izdani MP (če gre za MP, za katerega se izdaja garancija), kraj in datum izročitve MP, odtisne žig in doda podpis osebe, ki je MP izdala.

Zavarovana oseba potrdi prejem MP tako, da na ustrezno mesto vpiše kraj in datum prevzema ter se podpiše. V primeru, ko MP za zavarovano osebo prevzame druga oseba, je dolžna s tiskanimi črkami vpisati svoje ime in priimek ter se podpisati. Ko je zaradi narave MP treba določiti velikost MP ali je MP treba naravnati ali

opraviti določene prilagoditve, mora biti zavarovana oseba prisotna ob prevzemu MP.

V.3. Prilagoditev MP

Na podlagi opredelitve na Naročilnici oziroma pisne specifikacije prilagoditve, ki jo je izdal pooblaščen zdravnik za predpis MP, ter po pregledu MP, izda dobavitelj predračun za prilagoditev. S prilagoditvijo MP v breme OZZ lahko prične, ko se s strani Zavoda potrjeno Naročilnico predloži dobavitelju.

Po opravljeni prilagoditvi se na Naročilnico vpiše obseg prilagoditve. V primeru prilagoditve MP, pri kateri je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in aplikacija MP, ustreznost prilagoditve potrdi pooblaščen zdravnik za predpis, če je potrebo po kontroli opredelil pri predpisu prilagoditve MP. Ustreznost prilagoditve pooblaščen zdravnik potrdi s podpisom, žigom in datumom potrditve.

V.4. Izposoja MP

Za MP, ki se v skladu s Pravili zavarovanim osebam dajejo le v izposojajo, se v Naročilnici izpolnjujejo vsi podatki, razen podatka o garanciji. Ob prejemu MP v izposojajo je zavarovana oseba ali drug prevzemnik dolžan podpisati reverz, ki se izpolnjuje v dveh izvodih. Lekarna ali specializirana prodajalna en izvod izroči prevzemniku, drugega pa shrani skupaj z Naročilnico. Reverz se lahko izdaja tudi v računalniški obliki. V tem primeru mora imeti enako vsebino kot tiskani obrazec.

Način izpolnjevanja reverza – potrdila

Na Reverz se vpiše številka reverza, ime, priimek in rojstni datum prevzemnika MP ter ime, priimek in ZZZS številko zavarovane osebe, ki ji je MP dan v izposojajo. V praksi so pogosti primeri, ko to ni ista oseba.

Glede na izposojevalca MP se v ustreznih vrsticah pod točko 1 ali 2 vpiše njegov polni naziv. Zdravnik je na Naročilnici označil, do kdaj naj se MP izposodi, zato se v reverzu vedno označi okence ob besedi "si izposodil do" in vpiše datum, do katerega ga je treba vrniti lekarni ali specializirani prodajalni. Reverz morata podpisati prevzemnik in izposojevalec, ki vtisne tudi žig in vpiše zaporedno številko iz evidence izdanih reverzov.

Podaljšanje izposoje MP po izteku časa, za katerega je bil izpolnjen Reverz, je možno le na podlagi nove Naročilnice osebnega oziroma napotnega zdravnika. Ob podaljšanju izposoje se izpolni nov Reverz z opombo v naslovu – **PODALJŠANJE** in le z naslednjimi podatki: ime in priimek ter ZZZS številko zavarovane osebe, čas trajanja izposoje, številka in datum Naročilnice. Tako izpolnjen Reverz in Naročilnica se hranita skupaj s prvotno izdanim reverzom in Naročilnico.

Ko zavarovana ali druga oseba vrne MP, izda izposojevalec Potrdilo o vračilu. Potrdilo o vračilu MP je treba izpisati v izvodu zavarovane osebe in izvodu, ki ga vodi lekarna ali specializirana prodajalna.

VI. Obnovljiva naročilnica

VI.1. Splošno

Seznam vrst medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju MP) in zdravstvenih stanj zavarovanih oseb, pri katerih se MP lahko predpiše na obnovljivo naročilnico, vključuje:

— pripomočke pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi, razen sistema za irigacijo;

- pripomočke pri težavah z odvajanjem seča, razen stalnih urin-
skih katetrov in urinskih vrečk ter plenice, predlog in hlačnih
predlog za socialne zavode;
- pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni, ki so potrošne-
ga značaja,
- obvezilne materiale – samo komprese, ki so namenjene oskrbi
urostome, kolonostome ali ileostome.

Obnovljiva naročilnica je namenjena zavarovanim osebam s sta-
bilnim kroničnim zdravstvenim stanjem, ki so upravičene do MP
v skladu z določili Pravil OZZ in Sklepom o določitvi seznama vrst
MP in zdravstvenih stanj zavarovanih oseb, pri katerih se MP lah-
ko predpiše na obnovljivo naročilnico. Upravičenost do MP, ki se
predpisuje na obnovljivo Naročilnico, ugotovi pooblaščen zdrav-
nik. Na obnovljivo Naročilnico zdravnik predpiše najmanjšo po-
trebno količino MP, predvideno za 90 dni. Zavarovana oseba na
tako izdano obnovljivo Naročilnico MP prevzema eno leto (skupaj
največ štiri prevzemi), na vsake 90 dni.

Obnovljiva Naročilnica je enaka običajni (zeleni) Naročilnici, ven-
dar je na njej poseben zapis ob dvanajstmestni on-line številki Na-
ročilnice »Obnovljiva«.

VI.2. Kako poteka predpis na obnovljivo naročilnico

Pooblaščen zdravnik bo zavarovano osebo posebej obvestil o mo-
žnosti predpisa MP potrošnega značaja na obnovljivo Naročilnico.
Obnovljivo Naročilnico v sistem on-line vedno zapiše pooblaščen
zdravnik, dobavitelj je v sistem on-line ne more vnesti.

Pooblaščen zdravnik bo obnovljivo Naročilnico izdal največ 10
dni pred iztekom trajnostne dobe ali obdobja in količine v skladu z
določili Pravil OZZ, za katero je bila prevzeta predhodna količina
MP pri dobavitelju. Na Naročilnico se bo iz sistema on-line izpi-
sal datum v rubriko »Pripomoček/ke se lahko prevzame od dne
_____ dalje«. Če je trajnostna doba ali obdobje in količina, ki jo
določajo Pravila OZZ, za predhodno prejete MP iztekla ali gre za
prvi predpis MP, se bo izpisal tekoči datum in zavarovana oseba bo
predpisane MP lahko prevzela na datum predpisa. Informacijski
sistem on-line bo zdravniku in dobavitelju vračal tudi podatek o
datumu naslednjega možnega prevzema na obnovljivo Naročil-
nico. Pri predpisovanju MP s šifro in nazivom 1247 Senzorje za
kontinuirano merjenje glukoze, bo sistem on-line vračal podatek
tudi o preostali količini.

V kolikor se pri zavarovani osebi zdravstveno stanje v obdobju ve-
ljavnosti obnovljive Naročilnice spremeni in zahteva drugačno vr-
sto predpisanih MP, bo zdravnik obstoječo obnovljivo Naročilnico
v informacijskem sistemu Zavoda prekinil. Izdal bo novo Naročil-
nico, upošteva predhodno prejete MP, za katere mora predvidena
trajnostna doba ali obdobje in količina, ki jo določajo Pravila OZZ
izteči, da se lahko predpiše oziroma izda nova količina. Obnovljivo
Naročilnico se lahko prekine tudi, če je treba zamenjati dobavite-
lja in razlogi zato nastopijo na strani osebnih okoliščin zavarovane
osebe.

VI.3. Kako poteka izdaja pri dobavitelju

Ob prvem prevzemu MP zavarovana oseba Naročilnico izroči do-
bavitelju pri katerem bo opravila tudi vse nadaljnje prevzeme MP.
Na obnovljivo Naročilnico so predvidene štiri izdaje.

Prvi prevzem MP na obnovljivo Naročilnico se opravi pri doba-
vitelju v 30 dneh od izdaje Naročilnice, sicer Naročilnica ni več
veljavna. Dobavitelj bo ob prvi izdaji MP upošteval podatek iz na-
ročilnice »Pripomoček/ke se lahko prevzame od dne _____ dalje.«.
Drugi, tretji in četrti prevzem MP pri dobavitelju se lahko opravi

po 90 dneh od predhodnega prevzema oziroma 10 dni prej. Naj-
krajši možni čas med prvo in drugo izdajo, med drugo in tretjo
izdajo ter med tretjo in četrto izdajo je torej 80 dni. Zavarovana
oseba lahko me posameznimi prevzemi zamenjuje pripomočke
(artikle) znotraj predpisane šifre vrste MP, vendar tiste, ki so nave-
deni v pogodbi z Zavodom. Naročilnica je veljavna 365 dni, vklju-
čno z datumom izdaje.

Če se med posameznimi izdajami MP pojavijo daljši presledki (to-
rej več kot 90 dni), ostaja veljavnost ON enaka, torej največ leto
dni od izdaje naročilnice, ne glede na to, ali so bili izvedeni štiri
prevzemi ali manj. MP, ki so predpisani na obnovljivo Naročilnico,
je treba prevzeti v celoti, to je celotno količino in vse vrste MP,
kot je na Naročilnici opredelil zdravnik. Postopna izdaja količin ali
vrst MP ni dovoljena oziroma je dovoljena le za MP 1247 Senzorji
za kontinuirano merjenje glukoze. Pri MP 1247 Senzorji za konti-
nuirano merjenje glukoze je postopna izdaja dovoljena do skupnih
osem (8) prejemov. Sistem on-line bo ob vsakem prevzemu doba-
vitelju vračal datum naslednjega prevzema MP in preostalo koli-
čino MP. Ob zadnji izdaji MP dobavitelj zavarovano osebo opozori,
da je vročanje MP na obnovljivo Naročilnico poteklo in da je za
nadaljevanje zdravljenja potrebna nova Naročilnica.

Prvi prevzem MP zavarovana oseba potrdi s podpisom na Naro-
čilnici. Drugi, tretji in četrti prejem MP zavarovana oseba potrdi
s podpisom na računu ali dobavnici, ki ga/jo izda dobavitelj zava-
rovani osebi. Na računu ali dobavnici, ki ga izda in v kopiji hrani
dobavitelj, je razvidna vrsta in količina MP, ime in priimek zava-
rovane osebe, on-line št. naročilnice, podpis ter kraj in datum izdaje
MP. Kopijo računa ali dobavnice je dobavitelj dolžan predložiti
Zavodu v primeru nadzora.

VII. Druga navodila

1. Lekarna oziroma specializirana prodajalna posreduje Zavodu
obračunske dokumente, podatke o izdanih, izposojenih in vr-
njenih MP v skladu z veljavnimi navodili in pogodbo.
2. MP, ki z uveljavitvijo sprememb in dopolnitev Pravil niso več
pravica zavarovanih oseb, lahko te uveljavljajo v breme obve-
znega zavarovanja le, če so bili predpisani do uveljavitve spre-
membe in prevzeti oziroma naročeni najkasneje v 30-ih dneh
od izdaje Naročilnice.
3. MP, ki so na podlagi uveljavljenih sprememb in dopolnitev
Pravil na novo vključeni v pravice zavarovanih oseb, te lahko
uveljavijo le, če so bili predpisani z Naročilnico, izdano po da-
tumu uveljavitve spremembe.
4. To navodilo začne veljati z dnem izdaje in se začne uporabljati
1. 1. 2018 za naročilnice, izdane od 1. 1. 2018 dalje.
5. Postopki, začetni z izdajo Naročilnice v skladu z Navodilom o
predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za
medicinski pripomoček, z dne 28. 8. 2017, št. 0072-3/2017-
DI/1, se zaključijo v skladu z Navodilom, veljavnim do 31. 12.
2017.
6. Naročilnica in Reverz sta prilogi Pravilnika o obrazcih in listi-
nah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja in
objavljena v Uradnem listu Republike Slovenije. Izvajalci nara-
čajo obrazce direktno pri distributerju.

Številka: 0072-3/2017-DI/3

Datum: 18. december 2017

Generalni direktor
Marjan Sušelj, univ. dipl. psih.

Okrožnica ZZZS št. 0072-17/2017-DI/1 z dne 21. 12. 2017 (Okrožnica MP št. 3/2017)

Spremembe seznama zahtevnejših medicinskih pripomočkov

1. Uvodna pojasnila

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) je na 53. redni seji dne 18. 10. 2017 sprejel nov Seznam zahtevnejših medicinskih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odločajo imenovani zdravniki Zavoda.

2. Spremembe seznama zahtevnejših MP

Seznam zahtevnejših medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: MP), o upravičenosti katerih od 1. 1. 2018 dalje odločajo imenovani zdravniki Zavoda, je Priloga 1 te Okrožnice.

Seznam zahtevnejših MP, o upravičenosti katerih odločajo imenovani zdravniki Zavoda, po novem ne vključuje več:

- vozičkov terciarne ravni,
- počivalnikov,
- električnega skuterja,
- prenosnih posebnih sedežev,
- funkcionalnih električnih stimulatorjev,
- inzulinskih črpalk,
- sistema za kontinuirano merjenje glukoze (oddajnik, senzor, monitor).

Na podlagi posebnega sklepa Upravnega odbora Zavoda pooblaščenim zdravnikom specialisti predpisujejo navedene MP na naročilnico. Zavarovane osebe bodo uveljavile pravico pri pogodbenem dobavitelju:

- **brez odobritve na Zavodu** – če gre za električni skuter, prenosni posebni sedež, funkcionalni električni stimulator, inzulinsko črpalko ali sistem za kontinuirano merjenje glukoze;
- **na podlagi predhodne odobritve na Zavodu** – v primerih, ko bo šlo za odločanje o upravičenosti **do funkcionalno ustreznih MP** (ko je vrednost MP višja od tiste, ki je določena s cenovnim standardom ali pogodbeno ceno) ali za potrditev predračuna za vse vozičke terciarne ravni in počivalnike.

3. Zagotavljanje sistema za kontinuirano merjenje glukoze

V zvezi s spremembo Seznama zahtevnejših MP, o upravičenosti katerih odločajo imenovani zdravniki Zavoda, je spremenjeno in dopolnjeno tudi *Navodilo o zagotavljanju sistema za kontinuirano merjenje glukoze*, ki je Priloga 2 te okrožnice, in s katerim je določeno, **da o predlogu o upravičenosti do monitorja za prikaz rezultatov SKMG odloča Območna enota Ljubljana**.

4. Zagotavljanje vozičkov in ostalih funkcionalno ustreznih MP

Med zahtevnejšimi MP, o katerih z odločbo odločajo imenovani zdravniki Zavoda, pri vozičkih še naprej ostajajo tisti vozički na ročni pogon in vozički na elektromotorni pogon, ki se predpisujejo **na sekundarni ravni** (predpisujejo jih lahko torej zdravniki specialisti pri vseh izvajalcih zdravstvenih storitev).

Zavod hkrati s 1. 1. 2018 spreminja pristojnost območnih enot glede določenih postopkov pri MP, in sicer:

- 1) **Območna enota Koper** bo reševala vse predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb, ki se nanašajo na **zagotavljanje terciarnih vozičkov, prenosnih posebnih sedežev in električnih skuterjev**. Imenovani zdravnik OE Koper bo obravnaval predloge za odobritev navedenih MP pred iztekom trajnostne dobe, vključno z zahtevo za funkcionalno ustrezen MP v teh primerih, za zavarovane osebe iz vseh območnih enot. Oddelek za izvajanje OZZ OE Koper bo reševal predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb za prvič predpisane navedene MP in predpisane po izteku trajnostne dobe (potrditve predračunov, zahteve za izdajo funkcionalno ustreznih MP, odobritve prilagoditev, popravil, vzdrževanj ter dodatkov). Pri električnih skuterjih ni pravice do dodatkov in prilagoditev.
- 2) **Območna enota Krško** bo reševala vse predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb, ki se nanašajo na zagotavljanje **počivalnikov**. Imenovani zdravnik OE Krško bo obravnaval predloge za odobritev MP pred iztekom trajnostne dobe, vključno z zahtevo za funkcionalno ustrezen MP v teh primerih, za vse zavarovane osebe iz vseh območnih enot. Oddelek za izvajanje OZZ OE Krško bo reševal predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb za prvič predpisane navedene MP in predpisane po izteku trajnostne dobe (potrditev predračunov, zahteve za izdajo funkcionalno ustreznih MP, odobritve prilagoditev, popravil, vzdrževanj ter dodatkov).
- 3) **Območna enota Novo mesto** bo reševala vse predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb, ki se nanašajo na zagotavljanje **vozičkov sekundarne ravni**. Imenovani zdravnik OE Novo mesto bo obravnaval predloge in zahtevke za odobritev teh vozičkov v primerih prvih predpisov in po izteku trajnostne dobe (ostanejo v seznamu zahtevnejših MP) ter v primerih predpisov pred iztekom trajnostne dobe, vključno s funkcionalno ustreznostjo, za zavarovane osebe iz vseh območnih enot. Oddelek za izvajanje OZZ OE Novo mesto bo obravnaval predloge in zahteve za prilagoditve, popravila, vzdrževanja in dodatke za te MP.
- 4) **Oddelek za izvajanje OZZ Območne enote Ljubljana** bo reševal predloge pooblaščenih zdravnikov in zahtevke zavarovanih oseb iz vseh območnih enot za odobritev funkcionalno ustreznega MP, kadar gre za prvi predpis MP ali MP po izteku trajnostne dobe, za vse vrste MP, ki niso navedeni v točkah 1), 2) in 3).

Zgoraj predstavljeni postopki so razvidni tudi iz Priloge 3 k tej okrožnici.

5. Začetek uporabe novega seznama zahtevnejših MP

Nov seznam zahtevnejših MP, o upravičenosti katerih z odločbo odločajo imenovani zdravniki Zavoda, je stopil v veljavo 25. 10. 2017, uporabljati pa se začne od 1. 1. 2018 naprej.

Tomaž Bregar Horvat
Alenka Franko Hren
Nina Pirnat

Priloga 1 – Seznam zahtevnejših medicinskih pripomočkov

Na podlagi drugega odstavka 214. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14 in 10/17 – ZČMS) je Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 53. redni seji dne, 18. 10. 2017 sprejel

Seznam zahtevnejših medicinskih pripomočkov**1. člen**

Zahtevnejši medicinski pripomočki, opredeljeni s šiframi, določeni v Sklepu o določitvi šifranta vrst medicinskih pripomočkov, št. 9001-6/2014-DI/12 z dne, 13. 3. 2014 (s spremembami in dopolnitvami, št. 9001-9/2014-DI/3 – popr. z dne, 17. 4. 2014, 9001-21/2014-DI/9 z dne, 20. 11. 2014 in 9001-1/2016-DI/10 z dne, 25. 1. 2016), so:

1. voziček na elektromotorni pogon (šifra 0536);
2. voziček na ročni pogon za otroke aktivni (šifra 0503);
3. voziček transportni za otroke (šifra 0539);
4. voziček na ročni pogon aktivni (šifra 0505);
5. teleskopska očala (šifre 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1929, 1948, 1949 in 1950);
6. aparat za nadomestno sporazumevanje (šifra 1641);
7. koncentrador kisika (šifra 0606);
8. najem in polnjenje kisikove jeklenke (šifra 0616);
9. sistema za dovajanje tekočega kisika (šifri 0617 in 0618);
10. digitalni slušni aparati (šifre 1646, 1647, 1648 in 1649);
11. aparata za boljše sporazumevanje (šifri 1650 in 1651);
12. ortози za koleno – štiritočkovni brez možnosti nastavitve kota fleksije (šifri 0359 in 0360);
13. električni stimulator pri inkontinenci urina (šifra 0603);
14. električni stimulator pri inkontinenci blata (šifra 0610);
15. braillov pisalni stroj (šifra 1556);
16. brajeva vrstica (šifra 1564);
17. blazina za posteljo zahtevnejša (šifra 0804);
18. blazina za sedež zahtevnejša (šifra 0805);
19. blazina za sedež zelo zahtevna (šifra 0806).

2. člen

Z dnem začetka uporabe tega seznama preneha veljati Sklep o določitvi seznama zahtevnejših medicinsko tehničnih pripomočkov, o upravičenosti katerih z odločbo odloča imenovani zdravnik Zavoda, št. 9001-15/2007-DI/2 z dne, 20. 6. 2007 (s spremembami in dopolnitvami, št. 9001-13/2008-DI/11 z dne, 24. 4. 2008, 9001-24/2008-DI/7 z dne, 4. 11. 2008, 9001-36/2009-DI/4 z dne, 3. 12. 2009 in 9001-6/2014-DI/10 z dne, 13. 3. 2014).

3. člen

Ta seznam začne veljati naslednji dan po objavi na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, uporabljati pa se začne 1. januarja 2018.

Številka: 9001-12/2017-DI/14
Ljubljana, 18. 10. 2017

Predsednica Upravnega odbora
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Lučka Böhm

**Seznam zahtevnejših medicinskih pripomočkov, o upravičenosti do katerih odloča imenovani zdravnik
ZZZS – uporablja se od 1. 1. 2018**

Šifra	Naziv	Vrednost (v eur)
0359	Ortoza za koleno – štiritočkovna brez možnosti nastavitve kota fleksije – leva	269,49
0360	Ortoza za koleno – štiritočkovna brez možnosti nastavitve kota fleksije – desna	261,41
0503	Voziček na ročni pogon za otroke aktivni	781,86
0536	Voziček na elektromotorni pogon	2.077,83
0539	Voziček transportni za otroke	859,33
0505	Voziček na ročni pogon aktivni	429,91
0603	Električni stimulator pri inkontinenci urina	180,60
0610	Električni stimulator pri inkontinenci blata	159,85
0606	Koncentrator kisika	dnevni najem 3,11
0616	Najem in polnjenje kisikove jeklenke	dnevni najem 1,51
0617	Sistem za dovajanje tekočega kisika do 5 l/min	dnevni najem 4,03
0618	Sistem za dovajanje tekočega kisika nad 5 l/min	dnevni najem 12,54
0804	Blazina za posteljo zahtevnejša	305,79
0805	Blazina za sedež zahtevnejša	128,50
0806	Blazina za sedež zelo zahtevna	356,76
1556	Braillov pisalni stroj	1.960,95
1564	Brajeva vrstica	4.754,09
1641	Aparat za nadomestno sporazumevanje	pogodbena cena/največ 15.746,10
1646	Za-ušesni digitalni slušni aparat – levi	673,91
1647	Za-ušesni digitalni slušni aparat – desni	673,91
1648	V-ušesni digitalni slušni aparat – levi	656,73
1649	V-ušesni digitalni slušni aparat – desni	656,73
1650	Aparat za boljše sporazumevanje za manjše in srednje izgube sluha	467,16
1651	Aparat za boljše sporazumevanje za srednje in večje izgube sluha	1.325,74
1921	Teleskopska očala za daljavo monokularna 1.9, 2.5, 2.8 In 4.2 X povečava	453,64
1922	Teleskopska očala za daljavo monokularna 2 x povečava serijsko izdelane	98,90
1923	Teleskopska očala za daljavo biokularna 2 x povečava serijsko izdelane	98,90
1924	Teleskopska očala za daljavo biokularna 1.9, 2.5, 2.8 In 4.2 X povečava	779,12
1925	Teleskopska očala za bližino monokularna 2 in 3 x povečava	354,24
1926	Teleskopska očala za bližino monokularna 4 in 5 x povečava	421,35
1927	Teleskopska očala za bližino monokularna 6 in 8 x povečava	373,91
1929	Teleskopska očala za bližino biokularna do 5 x povečava	591,40
1948	Teleskopska očala za daljavo monokularna 4x, 6x, 8x in 10x povečava	393,59
1949	Teleskopska očala za bližino monokularna 10x do 20x povečava	409,09
1950	Teleskopska očala za bližino biokularna do 4x povečava serijsko izdelana	209,92

Navodilo o zagotavljanju sistema za kontinuirano merjenje glukoze

Zavarovana oseba je na podlagi petega odstavka 91. člena Pravil OZZ upravičena do sistemov za kontinuirano merjenje glukoze (v nadaljevanju SKMG). SKMG za obdobje enega leta vključuje 40 senzorjev za kontinuirano merjenje glukoze in en oddajnik za kontinuirano merjenje. Posebej pooblaščen zdravnik o upravičenosti do SKMG (1247 Senzor za kontinuirano merjenje glukoze in 1248 Oddajnik za kontinuirano merjenje glukoze) izda naročilnico za medicinski pripomoček, s katero zavarovana oseba uveljavlja pravico do SKMG pri dobavitelju.

Prikaz podatkov o rezultatih kontinuiranega merjenja glukoze (insulinska črpalka/monitor)

Ob uvedbi pravice zavarovanih oseb do SKMG v letu 2009 je bilo predvideno, da bodo upravičene zavarovane osebe za branje rezultatov KMG uporabljale insulinsko črpalko. Na podlagi dosedanjih izkušenj in ugotovitev zdravnikov specialistov diabetologov ugotavljamo, da nekateri tipi insulinskih črpalk tehnično nimajo možnosti branja rezultatov meritev.

ZZS je zavezan zagotoviti zavarovanim osebam funkcionalno ustrezen medicinski pripomoček, ki je v primeru SKMG sestavljen iz senzorjev, oddajnika in monitorja ali insulinske črpalke, ki nadomešča monitor. Zato prosimo, da v primeru, ko pooblaščen zdravnik ugotovi, da je zavarovana oseba upravičena do SKMG:

- Območni enoti Ljubljana posreduje predlog za zagotovitev funkcionalno ustreznega oddajnika za kontinuirano merjenje glukoze z **monitorjem** za spremljanje rezultatov KMG, če zavarovana oseba **nima insulinske črpalke ter uvedba zdravljenja z njo ni predvidena**;
- imenovanemu zdravniku ZZS posredujete predlog za **odobritev insulinske črpalke pred iztekom trajnostne dobe predho-**

dno odobrene, če ima zavarovana oseba insulinsko črpalko, katere trajnostna doba še ni iztekla, insulinska črpalka pa ne omogoča prikaza rezultatov meritev KMG.

Zagotavljanje 1247 Senzorjev za kontinuirano merjenje glukoze

Med izvajanju preskrbe s pripomočkom “1247 Senzor za kontinuirano merjenje glukoze” (v nadaljevanju: senzor) se je izkazalo, da je zaradi življenjske dobe senzorjev, ki je največ šest (6) mesecev od datuma proizvodnje, te treba med letom zagotoviti postopno in ne z enkratno izdajo, kot je bilo načrtovano ob uvedbi.

Posebej pooblaščen zdravnik za predpisovanje **od 1. 10. 2014 dalje senzorje predpisuje izključno na obnovljivo naročilnico**, medtem ko oddajnik še naprej predpisuje na običajno zeleno naročilnico. Evidenco o predpisanih pripomočkih vodijo v zdravstveni dokumentaciji (kartonu). Z vpogledi v sistem on-line pregledujejo seznam predpisanih in izdanih medicinskih pripomočkov ter preostalo količino predpisanih in še ne prevzetih senzorjev na obnovljivo naročilnico.

To navodilo stopi v veljavo dne 1. 1. 2018 in se uporablja za medicinske pripomočke, predpisane od 1. 1. 2018 dalje. Navodilo o zagotavljanju sistema za kontinuirano merjenje glukoze številka 0072-37/2014-DI/1, z dne 14. 8. 2014 se uporablja za medicinske pripomočke, predpisane do vključno 31. 12. 2017.

Alenka Franko Hren
Nina Pirnat

Priloga 3 – Postopki odločanja o upravičenosti do MP po 1. 1. 2018.

ŠIFRA	Naziv pripomočka	Zahtevnejši MP, tudi FU	Pred potekom TD, tudi FU	Funkcionalno ustrezen MP (FU MP), Potrditev cene, cenovni stand.-CS	Prilagoditev MP	Popravila, Vzdrževanja
1. Vozički sekundarne ravni						
0503	Voziček na ročni pogon za otroke aktivni	Imenovani zdravnik OE Novo mesto		Samostojno NI pravice do FU MP	Strokovna služba OE Novo mesto	Strokovna služba OE Novo mesto
0539	Voziček transportni za otroke					
0505	Voziček na ročni pogon aktivni					
0536	Voziček na elektromotorni pogon					
2. Vozički, počivalniki in sedeži s podvozjem terciarne ravni						
0532	Počivalnik – individualno izdelan	NI zahtevnejši MP	Imenovani zdravnik OE Krško	Strokovna služba OE Krško, Potrditev cene, FUMP	Strokovna služba OE Krško	Strokovna služba OE Krško
0538	Počivalnik – serijsko izdelan					
0530	Voziček na ročni pogon aktivni – za srednjo gibalno oviranost	NI zahtevnejši MP	Imenovani zdravnik OE Koper	Strokovna služba OE Koper, Potrditev cene, FUMP	Strokovna služba OE Koper	Strokovna služba OE Koper
0531	Voziček na ročni pogon aktivni – za težko gibalno oviranost					
0533	Voziček na elektromotorni pogon – za srednjo gibalno oviranost					
0534	Voziček na elektromotorni pogon – za težko gibalno oviranost					
0535	Voziček na elektromotorni pogon – za zelo težko gibalno oviranost					
0507	Prenosni posebni sedež s podvozjem (izdelan po računalniškem modelu)					
0560	Prenosni posebni sedež brez podvozja (izdelan po računalniškem modelu)					
0559	Električni skuter		Imenovani zdravnik OE Koper, NI FU MP	Strokovna služba OE Koper, NI pravice do FU MP, CS	NI pravice do prilagoditve	
0562	Akumulator za električni skuter	NI zahtevnejši MP	NI pravice pred iztekom TD	Strokovna služba OE Koper, CS, odobritev cene	NI prilagoditve	Strokovna služba OE Koper
3. Akumulatorji in dodatki k vozičkom						
0541	Dodatek naslon za glavo	Odloča OE, ki odloča o vozičku ali stolčku za otroka z motorično prizad.				
0542	Dodatek pas za telo	Odloča OE, ki odloča o vozičku ali stolčku za otroka z motorično prizad.				
0543	Dodatek pas za telo v obliki črke "h"	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0544	Dodatek pas za ude	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0545	Dodatek stranska opora za trup	Odloča OE, ki odloča o vozičku ali stolčku za otroka z motorično prizad.				
0546	Dodatek stranska opora za medenico	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0547	Dodatek mizica	Odloča OE, ki odloča o vozičku ali stolčku za otroka z motorično prizad.				
0548	Dodatek abdukcijska zagozda	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0549	Dodatek abdukcijske hlačke	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0550	Dodatek blazina z abdukcijsko zagozdo	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
0537	Akumulator za voziček na elektromotorni pogon	Odloča OE, ki odloča o vozičku.				
4. Vsi MP iz šifranta vrst, ki niso navedeni zgoraj:		Imenovani zdravnik po sedežu izbranega zdr., FUMP sodeluje strokovna služba OE Ljubljana		Strokovna služba OE Ljubljana FUMP	Strokovna služba OE pristojna po bivanju zavarovane osebe	

Vračilo izposojenih MP za zavarovane osebe, ki stalno bivajo v socialnovarstvenih zavodih

1. Izhodišče

Na podlagi 100. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja so zavarovane osebe dolžne vrniti dobavitelju izposojene medicinske pripomočke (v nadaljevanju MP), če stalno bivajo v socialnovarstvenem zavodu (v nadaljevanju SVZ). Sporočamo vam, da so območne enote Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) pristopile k zahtevam za vračilo izposojenih MP za zavarovane osebe, ki bivajo v SVZ. V času bivanja v SVZ je te MP dolžan zagotoviti SVZ v okviru svojih materialnih stroškov (v nadaljevanju MS) glede na določila 65. člena POZZ.

Posamezna območna enota Zavoda praviloma vodi zahteve za vračilo MP v tistih SVZ, s katerimi ima sklenjeno pogodbo (po pogodbah SVZ, ne po dobaviteljih), lahko pa zahteve za vračilo MP vodi tudi druga območna enota, če gre za organizacijsko enoto SVZ na območju druge območne enote Zavoda.

V zvezi z MP, ki so jih dolžni zagotavljati SVZ iz svojih MS, je Zavod izdal že Okrožnico MP 1/2016. Seznam MP, ki je priloga Okrožnice MP/1/2016 se ne spreminja, ob tem pa *vračil izposojenih MP območne enote Zavoda ne bodo zahtevale* za zavarovane osebe,

- ki bivajo v zavodih za izobraževanje in usposabljanje otrok s posebnimi potrebami,
- ki so v dnevnem varstvu v SVZ in
- morebitnih drugih primerih, ko zavarovana oseba pretežno biva izven SVZ (in ne pri izvajalcu zdravstvenih storitev – bolnišnica, zdravilišče, rehabilitacija...).

2. Vračanje izposojenih MP

SVZ prosimo, *da zavarovane osebe o dolžnosti vračila izposojenih MP iz seznama (točka 4 te Okrožnice) seznanite:*

- tako pred začetkom bivanja v SVZ,
- kakor tudi osebe, ki že bivajo v SVZ.

SVZ bodo s strani območnih enot Zavoda prejeli **poseben dopis, s seznamom zavarovanih oseb, vrstami medicinskih pripomočkov in dobavitelji** (sedež, poslovne enote in telefonska številka), pri katerih so si zavarovane osebe MP izposodile, niso pa jih vrnile.

Seznam prejetih MP po zavarovanih osebah lahko SVZ pridobi v sistemu on-line, v funkciji Branje prejetih MP. MP, ki jih zavarovane osebe vrnejo, v funkciji Branje prejetih MP ne prikazujemo več.

Prosimo, da zavarovane osebe seznanite in njim in njihovim svojcem pomagata pri izvedbi dolžnosti vračila izposojenih MP s seznama. Dobavitelj je ob vračilu MP dolžan zavarovani osebi **izdati potrdilo o vračilu in vračilo evidentirati v sistemu on-line.**

3. Poziv zavarovani osebi k vračilu

Zavarovano osebo, ki MP ne bo vrnila na podlagi seznama, ki ga je prejel SVZ, bo območna enota Zavoda pozvala k vračilu izposojenega MP z osebnim pozivom. **Pozivi zavarovanim osebam** bodo poslani priporočeno s povratnico na naslov SVZ. Če zavarovana oseba stalno ne biva v SVZ, naj v roku iz poziva, o tem obvestiti območno enoto zavoda, ki je poziv izdala, da bo odločila o upravičenosti do nadaljnje izposoje MP. Vzorec poziva zavarovani osebi je v prilogi.

Po izteku desetdnevnega roka (10 dni) od prejema poziva s strani zavarovane osebe, bo območna enota **zaključila izposojno v evidencah Zavoda**. Na tej podlagi bo lahko nato dobavitelj zahteval vračilo izposojenih MP od zavarovane osebe. **Podatke o neupravičeni nadaljnji izposoji dobavitelj pridobiva v sistemu on-line**, v funkciji »Branje upravičenega števila dni izposoje«. Nadaljnji obračun dnevnega najema bo po izteku 10 dnevnega roka onemogočen.

4. Seznam MP za vračilo, če oseba biva v SVZ

Vračilo se zahteva za naslednje vrste MP, ki se izposojajo zavarovanim osebam:

- 504 voziček na ročni pogon standardni
- 540 voziček na ročni pogon za otroke standardni
- 506 otroški tricikel
- 512 hodulja navadna
- 513 hodulja s kolesi
- 561 hodulja za zadajšnji vlek
- 519 negovalna postelja
- 522 posteljna mizica
- 523 prenosni nastavljivi hrbtni naslon
- 524 sobno dvigalo
- 527 varovalna posteljna ograja (za eno stran)
- 528 varovalna posteljna ograja (za obe strani)
- 555 trapez za obračanje posteljni
- 556 trapez za obračanje prostostoječi
- 701 dvigalo za kopalnico
- 801 blazina za posteljo.

Alenka Franko Hren
Uršula Jerše Jan
Drago Perkič



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

Direkcija
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzss.si



ZAVAROVANA OSEBA

Ulica

1000 pošta

ZZZS št. zavarovane osebe:

Številka:

Datum:

ZADEVA: Poziv k vračilu medicinskih pripomočkov

Spoštovani,

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je iz evidenc o opravljenih zdravstvenih storitvah in prejetih medicinskih pripomočkih ugotovil, da imate v izposoji medicinske pripomočke, ki jih je v breme svojih materialnih stroškov dolžan zagotavljati socialnovarstveni zavod, v katerem bivate. *Pravila OZZ določajo, da so zavarovane osebe dožne dobavitelju vrniti medicinske pripomočke, ki so predmet izposoje, če bivate v socialnovarstvenem zavodu. Zato vas prosimo, da dobavitelju, pri katerem ste si izposodili, medicinski/e pripomoček/ke vrnete najkasneje v 10 delovnih dneh:

šifra	naziv	datum prejema	dobavitelj (naslov, tel. št.)
-------	-------	---------------	-------------------------------

1.

2.

V primeru, da pretežno bivate izven socialnovarstvenega zavoda, prosimo, da o morebitni nadaljnji uporabi medicinskega pripomočka pisno obvestite naslov »ZZZS, Območna enota _____ ali e-mail _____.«.

Če v desetih delovnih dneh od prejema tega poziva ne bomo prejeli vašega obvestila, bomo dobavitelju onemogočili nadaljnji obračun izposoje. Dobavitelj vas bo pozval k vračilu zgoraj navedenega/ih medicinskega/ih pripomočka/ov. V primeru, da izposojenih medicinskih pripomočkov ne boste vrnili, vas dobavitelj lahko bremeni za nadaljnje stroške izposoje navedenih medicinskih pripomočkov, saj ZZZS tega stroška ne more več kriti.

Lepo pozdravljeni.

Pooblaščenca oseba

Prilagoditev medicinskih pripomočkov Nova funkcija v sistemu on-line posredovanje podatkov in kontrole

Pravila OZZ določajo pravico do prilagoditve medicinskega pripomočka (v nadaljevanju MP), in sicer pred iztekom trajnostne dobe v vrednosti 50 % novega MP, ki ga je zavarovana oseba prejela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja in doplačil do polne vrednosti (celotna vrednost OZZ). Pravico do prilagoditve MP po izteku trajnostne dobe Pravila OZZ določajo, ne določajo pa deleža vrednosti prilagoditve. Glede na smiselno uporabo določil Pravil OZZ tudi za prilagoditve po izteku trajnostne dobe velja 50 % delež. Prilagoditev (predelava) je s strani proizvajalca predviden poseg v medicinski pripomoček. Zavarovana oseba je upravičena do prilagoditve, če je pri njej tekom uporabe MP prišlo do anatomskih in funkcionalnih sprememb, zaradi katerih je postal MP funkcionalno neustrezen.

Naročilnico za prilagoditev izda zdravnik pooblaščen za predpis posamezne vrste MP. Dobavitelj izda predračun za prilagoditev, območna enota Zavoda odloči o upravičenosti (ne imenovani zdravnik). V primeru prilagoditve MP, pri kateri je potrebna timska obravnava zavarovane osebe, individualna izdelava in aplikacija MP v skladu s Pravili OZZ, pooblaščen zdravnik za predpis MP na naročilnici določi, ali bo ustreznost prilagoditve, ki jo je izvedel dobavitelj, ocenil s kontrolo pri zavarovani osebi, še preden bo prilagojeni MP prevzela od dobavitelja. Ustreznost prilagoditve pooblaščen zdravnik potrdi s podpisom, žigom in datumom potrditve.

V Prilogi 1 je **seznam vrst MP**, za katere je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja **predvidena možnost prilagoditve MP**. MP 0538 Počivalnik serijsko izdelan, ki je predmet izposoje in se zagotavlja po pogodbeni ceni, je uvrščen v Prilogi 1, ker ni predmet dnevnega najema.

Z dopolnjenim **Navodilom za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih medicinskih pripomočkih v sistem on-line, verzija 12** (v nadaljevanju Navodilo, Verzija 12), Zavod v sistemu on-line uvaja zapis prilagoditev MP tako pri izvajalcih zdravstvenih storitev kot tudi pri dobaviteljih, in sicer:

- Pri zdravniku** ob izdaji naročilnice v sistem on-line se:
 - **pri upravičenosti do prilagoditve** posreduje šifro vrste naročilnice glede na vrsto MP (enako kot za predpis novega MP), izbere se šifro vrste podatka Šifra 7 – Prilagoditev, vneso ustrezno šifro vrste MP in navede datum prejema MP za katerega se predlaga prilagoditev ter navede vse druge relevantne podatke za zapis v sistem on-line (enako kot to velja za servis).
 - Pri branju podatkov o odprtih naročilnicah in pri branju prejetih MP** bo sistem on-line zdravniku in dobavitelju prikazoval **podatke o prilagoditvah MP** s šifro vrste podatka Šifra 7 – Prilagoditev in vračal podatek o vrednosti prilagoditve.
 - Pri dobavitelju** ob **zapisu podatkov o prilagoditvi** v sistem on-line Navodilo, Verzija 12 se:

- nabor podatkov o opravljenem vzdrževanju in popravilu združuje skupaj s prilagoditvijo MP. Zapisu podatkov o opravljenem **vzdrževanju MP** iz točke 3.3. in **popravilu MP** iz točke 3.4. dodajamo še funkcijo **prilagoditve MP**, tako da se te točke združujejo v novo točko 3.3.
- podatek o opravljeni prilagoditvi MP se navaja s šifro vrste podatka Šifra 7 – Prilagoditev.
- Navodilo, Verzija 12 v točki 5.2.2. Izhodni podatki branja seznama zavarovanih oseb, ki imajo izposojen MP **dopolni** v Šifrant opozoril oziroma napak ugotovljenih ob pridobivanju podatkov **z novo šifro 18 Pogodba dobavitelja je iztekla**.

4. Kontrole, ki jih bo izvajal sistem on-line

Natančno so kontrole popisane v Tehničnem navodilu za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja. Povzemamo dopolnitve:

Sistem on-line bo pri zdravniku izvajal kontrole:

- Kontrola NMTZ087 preverja, ali je MP lahko predmet prilagoditve v skladu s seznamom,
- Kontrola NMTZ088 preverja, ali zavarovana oseba ima MP za katerega se izdaja naročilnica za prilagoditev,
- Kontrola NMTZ089 preverja, ali se prilagoditev predlaga za zadnji prejem istovrstnega MP,
- Kontrola NMTZ090 preverja ali je od prejema MP preteklo 180 dni, če ni izteklo 180 dni je treba ponovno preveriti ali gre za anatomske in funkcionalne spremembe pri zavarovani osebi ali za reklamacijo,
- Kontrola NMTZ091 preverja, da prilagoditev MP predpisuje zdravnik na sekundarni ravni, ki je pooblaščen tudi za predpis vrste MP za katero predlaga prilagoditev,
- Kontrola NMTZ092 preverja da prilagoditev MP predpisuje zdravnik, ki je s sklepom upravnega odbora Zavoda pooblaščen za predpis vrste MP za katero predlaga prilagoditev,
- Obstoječi kontroli NMTZ004 na šifro vrste naročilnice in NMTZ039 na šifro posredovanega podatka pri prilagoditvi MP zahtevata, da se predpisuje šifro vrste naročilnice 1 – NAR1 (naročilnica za MP, predpis enega MP na naročilnico) in šifro posredovanega podatka 7 – prilagoditev MP.

5. Sistem on-line bo pri zapisu prilagoditev pri dobavitelju izvajal kontrole, ki jih izvaja za vzdrževanja in popravila in naslednje nove kontrole:

- Kontrola NMTZ224 bo preverjala pravilnost obračunane vrednosti prilagoditev MP,
- Kontrola NMTZ225 bo preverjala, da je vrednost prilagoditve posredovana,
- Kontrola NMTZ226 bo preverjala, da se vrednost prilagoditve ne razlikuje glede na odobreno po predračunu ZZS.

6. Drugo

- V zvezi s prilagoditvijo MP, kot novo funkcijo v sistemu on-line, se:

- spremeni in dopolnjuje Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v sistem on-line zdravstvenega zavarovanja, objavljeno je na spletni strani Zavoda: http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/navodila_mp?OpenView&count=1000;
- v novi verziji Tehničnega navodila za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja objavijo spremenjene in dopolnjene kontrole, istočasno pa bo v celoti opuščena tudi struktura podatkov za zapis in branje MTP/KZZ. Tehnično navodilo bo skupaj z objavo testnega okolja za programske hiše objavljeno na spletni strani Zavoda: <http://www.zzzs.si/zzzs/info/egradiva.nsf/o/2D0677D06D32F618C1257C92002763DF?OpenDocument>;
- dopolnjuje šifrant 15.40 z opredelitvijo vrst MP, ki so predmet prilagoditev in deleži prilagoditev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Šifrant se objavlja na spletni strani Zavoda: <https://partner.zzzs.si/wps/portal/portali/aizv/sifranti/>;
- dopolnjuje šifrant vrst zdravstvenih dejavnosti, in sicer tako, da se Prilagoditve MP obračunava na šifri » 702 656 – Prilagoditve MP«, Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov in Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

Dopolnitve omogočajo, da se Prilagoditev MP zapisanih v sistem on-line obračunavajo na enak način kot velja za vzdrževanja in popravila.

Z dnem uvedbe funkcije prilagoditev MP v sistemu on-line bo:

- uveljavljena še Sprememba in dopolnitev navodila o predpisovanju medicinskih pripomočkov na naročilnico za medicinski pripomoček, ki se objavlja na spletni strani: http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/navodila_mp?OpenView&count=1000;
- dopolnjen Seznam MP s postopki in cenami, ki se objavlja na spletni strani Zavoda: <http://www.zzzs.si/ZZZS/info/egradiva.nsf/o/DFDC914987E44E2AC1257353003E-C73A>.

Dopolnjene programske rešitve bodo na razpolago v testnem okolju od 21. 8. 2017 in v produkcijskem okolju od 1. 10. 2017 dalje. Obvezna uporaba dopoljenih funkcij v sistemu on-line je za vse naročilnice za prilagoditev MP, ki bodo izdane **od vključno 1. 10. 2017 dalje**.

Alenka Franko Hren
Nina Pirnat

Priloga 1 – Seznam vrst MP, za katere se v OZZ zagotavlja prilagoditve MP.

ŠIFRA MP	Naziv vrste medicinskega pripomočka
1. PROTEZE UDOV	
I. Proteze za spodnje ude	
A. Proteze za stopalo	
0131	Proteza po delni amputaciji stopala – leva
0132	Proteza po delni amputaciji stopala – desna
0133	Proteza za stopalo – leva
0134	Proteza za stopalo – desna
B. Podkolenske proteze	
0135	Podkolenska proteza – začasna – leva
0136	Podkolenska proteza – začasna – desna
0137	Podkolenska proteza – plastična – leva
0138	Podkolenska proteza – plastična – desna
0139	Podkolenska proteza – lesena – leva
0140	Podkolenska proteza – lesena – desna
0141	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno manj aktivne – leva
0142	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno manj aktivne – desna
0177	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno polno aktivne – leva
0178	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno polno aktivne – desna
0185	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno zelo aktivne – leva
0186	Podkolenska proteza – skeletna – za telesno zelo aktivne – desna
0143	Podkolenska proteza za kopanje – leva
0144	Podkolenska proteza za kopanje – desna
C. Proteza po eksartikaciji kolena	
0145	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno manj aktivne – leva
0146	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno manj aktivne – desna
0179	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno polno aktivne – leva
0180	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno polno aktivne – desna
0187	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno zelo aktivne – leva
0188	Proteza po eksartikaciji kolena – za telesno zelo aktivne – desna

ŠIFRA MP	Naziv vrste medicinskega pripomočka
D. Nadkolenske proteze	
0147	Nadkolenska proteza – začasna – leva
0148	Nadkolenska proteza – začasna – desna
0149	Nadkolenska proteza – plastična – leva
0150	Nadkolenska proteza – plastična – desna
0151	Nadkolenska proteza – lesena – leva
0152	Nadkolenska proteza – lesena – desna
0153	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno manj aktivne – leva
0154	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno manj aktivne – desna
0181	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno polno aktivne – leva
0182	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno polno aktivne – desna
0189	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno zelo aktivne – leva
0190	Nadkolenska proteza – skeletna – za telesno zelo aktivne – desna
E. Proteza po eksartikaciji kolka	
0155	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno manj aktivne – leva
0156	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno manj aktivne – desna
0183	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno polno aktivne – leva
0184	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno polno aktivne – desna
0191	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno zelo aktivne – leva
0192	Proteza po eksartikaciji kolka – za telesno zelo aktivne – desna
II. Proteze za zgornje ude	
A. Proteze za dlan in prste	
0157	Proteza po delni amputaciji prstov – leva
0158	Proteza po delni amputaciji prstov – desna
0159	Proteza za dlan in prste – silikonska – leva
0160	Proteza za dlan in prste – silikonska – desna
B. Podlaktne proteze	
0161	Podlaktna proteza – leva
0162	Podlaktna proteza – desna

ŠIFRA MP	Naziv vrste medicinskega pripomočka
0163	Podlaktna proteza funkcionalna – mehanska – leva
0164	Podlaktna proteza funkcionalna – mehanska – desna
0165	Podlaktna proteza funkcionalna – mioelektrična – leva
0166	Podlaktna proteza funkcionalna – mioelektrična – desna
0167	Proteza po eksartikulaciji v komolcu – leva
0168	Proteza po eksartikulaciji v komolcu – desna
C. Nadlaktne proteze	
0169	Nadlaktna proteza – leva
0170	Nadlaktna proteza – desna
0171	Nadlaktna proteza – skeletna – leva
0172	Nadlaktna proteza – skeletna – desna
0173	Nadlaktna proteza funkcionalna – leva
0174	Nadlaktna proteza funkcionalna – desna
0175	Proteza po eksartikulaciji rame – leva
0176	Proteza po eksartikulaciji rame – desna
2. ESTETSKE PROTEZE	
I. Epiteze	
0231	Obrazna proteza (epiteza)
0232	Proteza za nos (epiteza)
0233	Proteza za uho (epiteza) – leva
0234	Proteza za uho (epiteza) – desna
3. ORTOZE (izključujejo elastične povoje in bandaže)	
I. Ortoze za hrbtenico (KEFP – klinično evidentna funkcionalna prizadetost)	
0335	Ortoza za hrbtenico (ctlso) – po modelu
0336	Ortoza za hrbtenico (tlso) – po modelu
II. Ortoze za ude	
A. Zgornji udi	
0346	Ortoza za zapestje po modelu funkcionalna – desna
0347	Ortoza za zapestje po modelu funkcionalna – leva
0348	Ortoza za komolec – po modelu – funkcionalna – desna
0349	Ortoza za komolec – po modelu – funkcionalna – leva
0350	Ortoza za zapestje, komolec in ramo – po modelu – funkcionalna – desna
0351	Ortoza za zapestje, komolec in ramo – po modelu – funkcionalna – leva
B. Spodnji udi	
0367	Korekcijska ortozna za gleženj in stopalo po modelu – leva
0368	Korekcijska ortozna za gleženj in stopalo po modelu – desna
0369	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za srednjo gibalno oviranost – leva
0370	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za srednjo gibalno oviranost – desna
0383	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za težko gibalno oviranost – leva

ŠIFRA MP	Naziv vrste medicinskega pripomočka
0382	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za težko gibalno oviranost – desna
0385	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za zelo težko gibalno oviranost – leva
0384	Ortoza za koleno, gleženj in stopalo – OKGS – za zelo težko gibalno oviranost – desna
0371	Ortoza za kolk, koleno, gleženj in stopalo (visoka ortozna za spodnje ude z medenično košaro) – leva
0372	Ortoza za kolk, koleno, gleženj in stopalo (visoka ortozna za spodnje ude z medenično košaro) – desna
0373	Recipročna ortozna za spodnje ude (recipročna – okkgs)
0375	Visoka ortozna za stojo in hojo s pomično ploščo
4. ORTOPEDSKA OBUTEV	
I. Čevlji	
0431	Posebej izdelani čevlji
0436	Ortopedski čevlji po mavčnem odlitku
0437	Ortopedski čevlji po mavčnem odlitku – najzahtevnejši
5. VOZIČKI TER OSTALI PRIPOMOČKI ZA GIBANJE, STOJO IN SEDENJE	
0503	Voziček na ročni pogon za otroke aktivni
0539	Voziček transportni za otroke
0505	Voziček na ročni pogon aktivni
0530	Voziček na ročni pogon aktivni – za srednjo gibalno oviranost
0531	Voziček na ročni pogon aktivni – za težko gibalno oviranost
0532	Počivalnik – individualno izdelan
0538	Počivalnik – serijsko izdelan
0536	Voziček na elektromotorni pogon
0533	Voziček na elektromotorni pogon – za srednjo gibalno oviranost
0534	Voziček na elektromotorni pogon – za težko gibalno oviranost
0535	Voziček na elektromotorni pogon – za zelo težko gibalno oviranost
0507	Prenosni posebni sedež s podvozjem (izdelan po računalniškem modelu)
0560	Prenosni posebni sedež brez podvozja (izdelan po računalniškem modelu)
0561	Hodulja za zadajšnji vlek
0551	Navadna stojka – za osebe visoke 60 cm – 100 cm
0552	Navadna stojka – za osebe visoke 90 cm – 120 cm
0553	Navadna stojka – za osebe visoke 100 cm – 155 cm
0554	Navadna stojka – za osebe visoke 155 cm – 190 cm
0557	Stolček za otroke z motorično prizadetostjo – do 7. leta starosti
0558	Stolček za otroke z motorično prizadetostjo – od 7. do 18. leta starosti

Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2017

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je na seji dne 13. 12. 2016 sprejela Finančni načrt ZZS za leto 2017, nanj pa je dala soglasje Vlada Republike Slovenije dne 19. 1. 2017. Obseg načrtovanih prihodkov in odhodkov je znašal 2.607,9 milijona evrov.

Spremenjeni pogoji poslovanja v letu 2017 glede na upoštevanje v Finančnem načrtu ZZS za leto 2017, so narekovali pripravo Rebalansa finančnega načrta ZZS za leto 2017¹. Z Rebalansom finančnega načrta ZZS za leto 2017 – Skupščina ZZS ga je sprejela na seji dne 13.12.2017 – so prihodki in odhodki večji za 77 milijonov evrov glede na prvotno načrtovane in ohranjajo uravnoteženo bilanco prihodkov in odhodkov, brez zadolževanja.

Podatki o finančnem poslovanju ZZS v letu 2017 kažejo, da so **prihodki realizirani v višini 2.683,5 milijona evrov** in so za 1,5 milijona evrov manjši od načrtovanih. **Odhodki so realizirani v višini 2.682,5 milijona evrov** in so pod načrtovanimi za 2,5 milijona evrov. V odhodkih so tudi sredstva za oblikovanje rezervnega sklada v višini 25 % ugotovljenega presežka prihodkov nad odhodki (0,3 milijona evrov), v skladu s Statutom ZZS in sklepom Skupščine ZZS. **Presežek prihodkov nad odhodki ZZS v letu 2017 tako znaša 1 milijon evrov (1.014.319 evrov)**, ki se po računovodskih predpisih nameni za oblikovanje splošnega sklada.

ZZS je v letu 2017 dosegel zastavljeni cilj za finančno poslovanje – finančno poslovanje v okviru finančnega načrta s poravnanimi zapadlimi obveznostmi v letu 2017, brez zadolžitve. Ugodnejše gibanje prihodkov v mesecu decembru 2017 in odhodkov za nadomestila plač med začasno zadržanostjo od dela v zadnjem trimesečju 2017, je omogočilo delno poravnavo obveznosti končnega obračuna zdravstvenih storitev za leto 2017 že v letu 2017 in s tem izboljšalo pogoje financiranja v letu 2018.

V letu 2017 so na večje prihodke vplivali predvsem večji prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje (večje število prejemnikov plač in rast plač) ter dodatni viri financiranja iz Proračuna Republike Slovenije (povračila za že izplačana sredstva za plače in nadomestila plač pripravnikov in specializantov, sredstva namenjena za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanje kakovosti zdravstvene obravnave). Večji prihodki pa so omogočili večjo porabo sredstev skladno s potrebami zavarovanih oseb pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – predvsem večji obseg financiranja zdravstvenih programov, zdravil in nadomestil med začasno zadržanostjo od dela.

Z Aneksom št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016 in s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2017 so bila zagotovljena dodatna sredstva za povečanje zdravstvenih programov na prednostnih področjih (večja dostopnost do nekaterih programov) in boljše vrednotenje nekaterih programov, ki so finančno

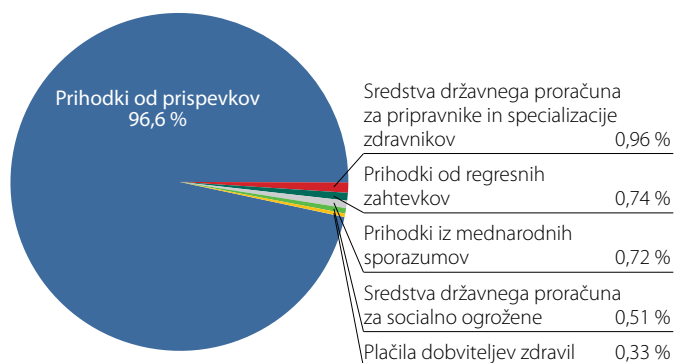
bremenila leto 2017 v znesku 74 milijonov evrov. Dodatno opredeljena sredstva po Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2017 pa se bodo, zaradi pozne uveljavitve, izkazala šele v odhodkih ZZS v letu 2018.

1. Prihodki ZZS v letu 2017

Celotni prihodki ZZS v obdobju januar–december 2017 so znašali 2.683,5 milijona evrov in so nominalno za 165,3 milijona evrov oziroma za 6,6 % večji glede na preteklo leto (od tega so prihodki od prispevkov večji za 131,3 milijona evrov in transferni prihodki iz državnega proračuna za 25,8 milijona evrov). Celotni prihodki so v skladu z načrtovanimi, znotraj njih so manjši od načrtovanih transferni prihodki iz Proračuna Republike Slovenije za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanja kakovosti zdravstvene obravnave, večji od načrtovanih pa prihodki od prispevkov in prihodki po mednarodnih sporazumih.

Prihodki od prispevkov znašajo 2.591 milijonov evrov (predstavljajo 96,6 % vseh prihodkov) in za 2,5 milijona evrov presegajo načrtovane. Stopnja rasti prihodkov od prispevkov je za 2,8 odstotni točki večja od rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji, v glavnem zaradi večjega števila prejemnikov plač.

Drugi prihodki ZZS znašajo 92,5 milijona evrov. Največji delež med drugimi prihodki predstavljajo sredstva iz državnega proračuna za povračilo že izplačanih sredstev za plače in nadomestila plače pripravnikov in specializacije zdravnikov in izvedbo posebnega vladnega projekta za skrajšanje čakalnih dob v zdravstvu ter povečanja kakovosti zdravstvene obravnave v višini 25,8 milijona evrov. Sledijo prihodki od regresnih zahtevkov v višini 20 milijonov evrov, prihodki iz naslova mednarodnih sporazumov v višini 19,2 milijona evrov, transferni prihodki iz državnega proračuna za povračilo plačila zdravstvenih storitev do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene v znesku 13,7 milijona evrov ter plačila po dogovorih o cenah in povračilu stroškov za zdravila, ki jih je ZZS sklenil z nekaterimi dobavitelji zdravil v višini 8,8 milijona evrov.

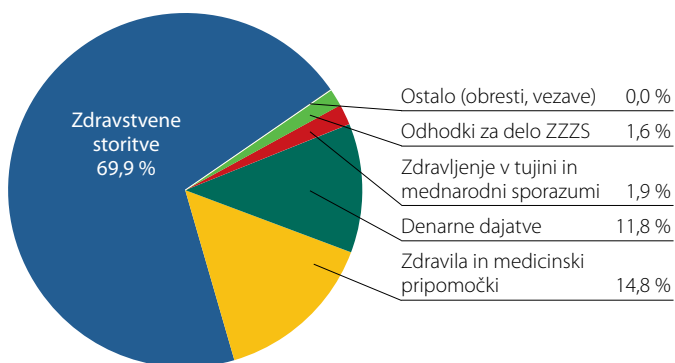


Slika 1. Struktura prihodkov ZZS v letu 2017.

¹ Zaradi spremenjenih globalnih makroekonomskih okvirov razvoja Slovenije za leto 2017 in posledično večjih prihodkov od prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, novih virov financiranja iz Proračuna Republike Slovenije, sprejetega Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016, Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017 ter povečanja nekaterih odhodkov nad načrtovanimi, se je povečal obseg načrtovanih prihodkov in odhodkov.

2. Odhodki ZZZS v letu 2017

Odhodki ZZZS so izkazani po načelu denarnega toka (realizirana plačila v letu 2017) in znašajo 2.682,5 milijona evrov. V primerjavi s predhodnim letom so večji za 144,7 milijona evrov oziroma za 5,7 %. Največjo rast odhodkov (10,7 %) izkazujejo odhodki iz naslova mednarodnega zavarovanja, sledijo odhodki za nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela (10,3 %). Celotni odhodki so v okviru načrtovanih sredstev po Rebalansu finančnega načrta za leto 2017 (za 2,5 milijona evrov manjši od načrtovanih).



Slika 2. Struktura odhodkov ZZZS v letu 2017.

a) Odhodki za zdravstvene dejavnosti

Odhodki za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke, pripravki za hemofilike in za cepiva ter odhodki za zdravljenje v tujini ter iz naslova mednarodnih sporazumov predstavljajo 86,6 % vseh odhodkov ZZZS.

V strukturi celotnih odhodkov ZZZS imajo **odhodki za zdravstvene storitve** 69,9 % delež in v letu 2017 znašajo 1.874,2 milijona evrov. V primerjavi z letom 2016 so večji za 4,9 % oziroma za 88 milijonov evrov. Odhodki za zdravstvene storitve so za 0,2 % presegle načrtovane. Končni obračun za opravljene programe zdravstvenih storitev za leto 2017 bo izveden do konca januarja 2018 in takrat bodo znani tudi podatki o dodatnih obveznostih ZZZS za leto 2017, ki bodo plačane v letu 2018.

Povečana sredstva v letu 2017 so bila namenjena predvsem financiranju enkratnih dodatnih programov za skrajševanje čakalnih dob. Na podlagi začasnih podatkov ocenjujemo, da so izvajalci v letu 2017 izvedli ta program v višini 29,2 milijona evrov oziroma v deležu 50,1 % dovoljenega preseganja rednega programa. Za izbrane posege in operacije, kjer je bilo omogočeno preseganje plana za 20 % oziroma 30 %, so izvajalci dosegli okoli 59,6 % potencialnega (pogodbenega) obsega programa. Preostalo povečanje sredstev glede na leto 2016 pa se nanaša na povečanje obsega drugih programov (npr. povečanje timov na primarni ravni, okrepitev zdravstveno vzgojnih centrov, program farmacevtskega

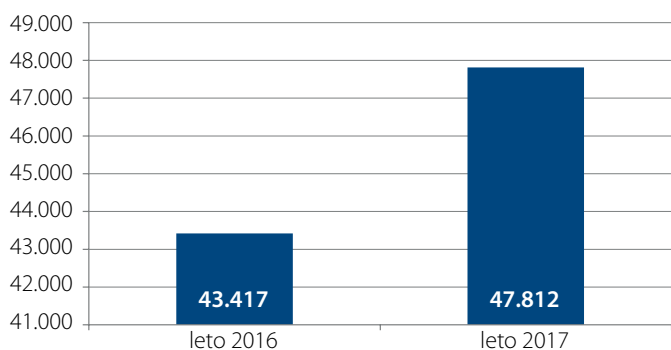
svetovanja, program DORA, spremljanje in zdravljenje hepatitisa C, ambulantna kardiološka rehabilitacija, urologija, radioterapija, pedopsihiatrija, zobozdravstvo za odrasle idr.).

Ne glede na navedeno pa so izvajalci v letu 2017 izvedli številne posege in operacije v večjem obsegu kot v letu 2016. Tako so na izbranih prednostnih programih izvedli 4.395 več operacij kot v letu 2016, kar predstavlja 10,1 % povečanje (tabela 1 in slika 1).

Tabela 1. Število izvedenih prednostnih operacij v letih 2016 in 2017.

	2016	2017	razlika
artroskopska operacija	6.270	6.916	+646
endoproteza kolena	3.060	3.094	+34
endoproteza kolka	4.105	4.821	+716
operacija hrbtenice	3.249	3.670	+421
operacija kile (bolnišnična)	6.000	6.923	+923
operacije na ožilju – arterije in vene	4.216	4.556	+340
operacije na ožilju – krčne žile (bolnišnična)	2.458	2.704	+246
operacija na stopalu – hallux valgus	988	1.181	+193
operacija ušes, nosu, ust in grla	7.043	6.981	-62
operacija žolčnih kamnov	4.608	5.331	+723
ortopedska operacija rame	1.420	1.635	+215

S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2017 je ZZZS dosegel sistemsko plačilo za vse izvajalce, ki so presegli redni obseg programa za skrajševanje čakalnih dob ter pomembnejše dodatne širitve programov zdravstvenih storitev v primerjavi z letom 2016, saj je ZZZS v letu 2017 zagotovil izvajalcem zdravstvenih storitev dodatno plačilo preseganja rednega programa prednostnih zdravstvenih storitev kot sledi:



Slika 3. Skupno število izvedenih artroskopskih operacij, endoprotez kolena, endoprotez kolka, operacij hrbtenice, bolnišničnih operacij kile, operacij na ožilju – arterije, bolnišničnih operacij na ožilju – krčne žile, operacij na stopalu – hallux valgus, operacij ušes, nosu, ust in grla, operacij žolčnih kamnov in ortopedskih operacij rame.

- artroskopske operacije: plačilo preseganja do števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo (v 2016 plačilo do plana rednega programa z možnostjo prestrukturiranja);
- operacije na stopalu – hallux valgus ter operacije na ožilju – krčne žile: plačilo do 20 % preseganja programa (v 2016 plačilo do 10 % preseganja rednega programa);
- endoproteza kolena, endoproteza kolka, operacija hrbtenice, ortopedska operacije rame, operacija kile, operacija žolčnih kamnov, operacija na ožilju – arterije in vene, operacija ušes, nosu, ust in grla: plačilo do 30 % preseganja programa (v 2016 plačilo do 10 % preseganja rednega programa);
- storitve v specialistično ambulantni dejavnosti: dermatologija, rehabilitacija, fizioterapija, gastroenterologija, ginekologija, obravnava boleznih dojke, zdravljenje neplodnosti, infektologija, internistika, alergologija, onkologija, kardiologija in vaskularna medicina, klinična genetika, maksilofacialna kirurgija, nevrologija, okulistika, ortopedija, otorinolaringologija, pedopsihiatrija, pediatrija, pulmologija, psihiatrija, splošna kirurgija, urologija, diabetologija, tireologija, slikovna diagnostika ultrazvok (UZ) in mamografija: plačilo do 20 % preseganja programa (v 2016 plačilo do plana rednega programa);
- revmatologija, rentgen (RTG), računalniška tomografija (CT): plačilo po dejanski realizaciji (količinsko neomejeno) (v 2016 plačilo do plana rednega programa).

ZZZS tudi vedno več storitev plača izvajalcem količinsko neomejeno, glede na dejanske potrebe zavarovanih oseb.

Odhodki za zdravila, medicinske pripomočke, pripravke za hemofilike iz krvi in cepiva so znašali 395,8 milijona evrov in za 0,3 % presegajo načrtovane vrednosti. V primerjavi z letom 2016 so večji za 5,8 % oziroma za 21,6 milijona evrov. Ti odhodki v strukturi vseh odhodkov ZZZS predstavljajo 14,8 % delež.

Največji delež v tej skupini odhodkov predstavljajo **odhodki za zdravila**. V letu 2017 znašajo 312 milijonov evrov. V primerjavi z letom 2016 so večji za 6,7 % oziroma za 19,5 milijona evrov (za 0,6 % presegajo načrtovane vrednosti), predvsem zaradi razvrščanja novih dragih bolnišničnih zdravil, namenjenih zdravljenju boleznih, ki so v celoti krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. onkologija). Rast teh odhodkov bi bila bistveno večja, če ne bili izvedeni ukrepi na področju zdravil – izvajanje terapevtskih skupin zdravil ter skupin medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, pogajanja za nižje cene originalnih zdravil preko različnih vrst dogovorov z dobavitelji zdravil, razvrščanje novih generičnih zdravil, ki prav zaradi nižjih cen in s tem nižjih stroškov zdravljenja omogočajo vključitev najnovejših zdravil na listo, nadzor nad predpisovanjem zdravil.

Odhodki za medicinske pripomočke so znašali 70,9 milijona evrov in so za 1,4 % večji od načrtovanih. V primerjavi z letom 2016 so za 7,4 % ali 4,9 milijona evrov večji, kar je posledica povečanja števila zavarovanih oseb, ki so upravičene do teh pripomočkov v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji posameznih vrst obolenj.

Odhodki za pripravke za hemofilike in cepiva so v letu 2017 znašali 12,9 milijona evrov in so za 17,8 % ali za 2,8 milijona evrov manjši od realiziranih v letu 2016 zaradi manjših odhodkov za pripravke za hemofilike. Razlog za padec je v prestrukturiranju teh odhodkov, saj se pripravki za hemofilike po novem predpisujejo tudi na recept.

Odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov so v letu 2017 znašali 52,1 milijona evrov in so v skladu z načrtovanimi ter za 9,4 % oziroma za 4,5 milijona evrov večji kot v letu 2016.

b) Odhodki za povračilo denarnih dajatev

Odhodki za povračilo denarnih dajatev za pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (nadomestila, potni stroški, dnevnice) so realizirani v višini 317,2 milijona evrov in so za 10,3 % ali za 29,5 milijona evrov večji v primerjavi z letom 2016.

Največji delež (99,2 %) predstavljajo odhodki za nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela in so znašali 314,8 milijona evrov. V primerjavi z načrtovanimi so za 2,1 % oziroma za 6,7 milijona evrov manjši. Glede na leto 2016 ti odhodki izkazujejo 10,3 % rast oziroma so večji za 29,5 milijona evrov. V primerjavi s preteklim letom se je povečalo tako število primerov (za 7,1 %) kot tudi število dni odsotnosti v breme ZZZS (za 10,1 %), na kar je vplivalo več različnih dejavnikov, predvsem povečanje števila zaposlenih, podaljševanje delovne dobe, rast plač in drugi delovni, socialni in ekonomski dejavniki.

c) Odhodki za delo službe ZZZS

Odhodki za delo službe ZZZS so v letu 2017 znašali 42,9 milijona evrov in so v okviru načrtovanih. V primerjavi z letom 2016 so večji za 1,6 %. Ti odhodki predstavljajo 1,6 % delež v vseh odhodkih ZZZS.

3. Zaključne ugotovitve glede finančnega poslovanja ZZZS v letu 2017

Leto 2017 je četrto zaporedno leto gospodarske rasti, kar se je odrazilo tudi v ugodnejšem finančnem poslovanju ZZZS. Prihodki so bili za 165,3 milijona evrov večji od leta 2016, kar je omogočilo večjo porabo sredstev za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja – zagotovljeno je bilo tudi povečanje programov in storitev za zavarovane osebe nad obsegom leta poprej. Zaradi pozitivnih trendov na prihodkovni strani, predvsem iz naslova vplačanih prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje, je ZZZS zaključil poslovno leto 2017 s presežkom prihodkov nad odhodki v višini 1 milijona evrov ter poravnal vse obveznosti ob zapadlosti.

Daniela Dimić
Damjan Kos

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



V strukturi odhodkov je ZZZS v letu 2017 zagotovil 69,9 % sredstev za uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev, 14,8 % za zdravila, medicinske pripomočke, cepiva, preskrbo s krvjo in sanitetni material, 11,8 % za denarne dajatve in povračila ter 1,9 % za zdravljenje v tujini.

1. VKLJUČEVANJE IN UREJANJE ZAVAROVANJ ZAVAROVANIH OSEB



- na dan 31. 12. 2017 vključenih v zavarovanje 2.096.689 zavarovanih oseb;
- 3.733 oseb, ki niso imele urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja več kot 2 meseca, in 653 oseb, ki niso imele urejenega zavarovanja več kot 1 leto;
- 7.547 zavarovanih oseb, ki so imele zaradi neplačila prispevkov zadržane pravice (razen do nujnih zdravstvenih storitev) več kot 1 leto;
- 1.080.647 prijav, odjav in sprememb v zavarovanju, ki so jih uredili zaposleni v prijavno-odjavnih službah ZZZS, 1.975.379 M-obrazcev pa je bilo urejenih avtomatsko (elektronsko) na podlagi programske podpore.



Tabela 1. Spremembe statusov zavarovanih oseb v Sloveniji v letu 2017 v primerjavi z letom 2016.

obdelani obrazci za urejanje zavarovalnega statusa	število dogodkov v letu 2016			število dogodkov v letu 2017			indeks 2017/2016
	obravnavne referentov	avtomatske obravnave	skupaj	obravnavne referentov	avtomatske obravnave	skupaj	
obrazec prijava M-1	389.448	191.580	581.028	389.894	180.433	580.327	99,88
obrazec odjava M-2	373.338	196.486	569.822	378.315	185.466	563.781	98,94
obrazec sprememba M-3	60.442	7.914	68.356	72.274	7.550	79.824	116,78
skupaj M1+M2+M3	823.228	395.980	1.219.206	850.483	373.449	1.223.932	100,39
obrazec MDČ	153.982	122.091	276.073	147.199	115.221	262.420	95,05
obrazec M12	68.883	1.401.708	1.470.591	82.985	1.486.709	1.569.674	106,74
SKUPAJ	1.946.891	1.919.779	2.066.670	1.080.647	1.975.379	2.056.026	103,04

Vir: podatki ZZZS, baza podatkov o zavarovanih osebah.

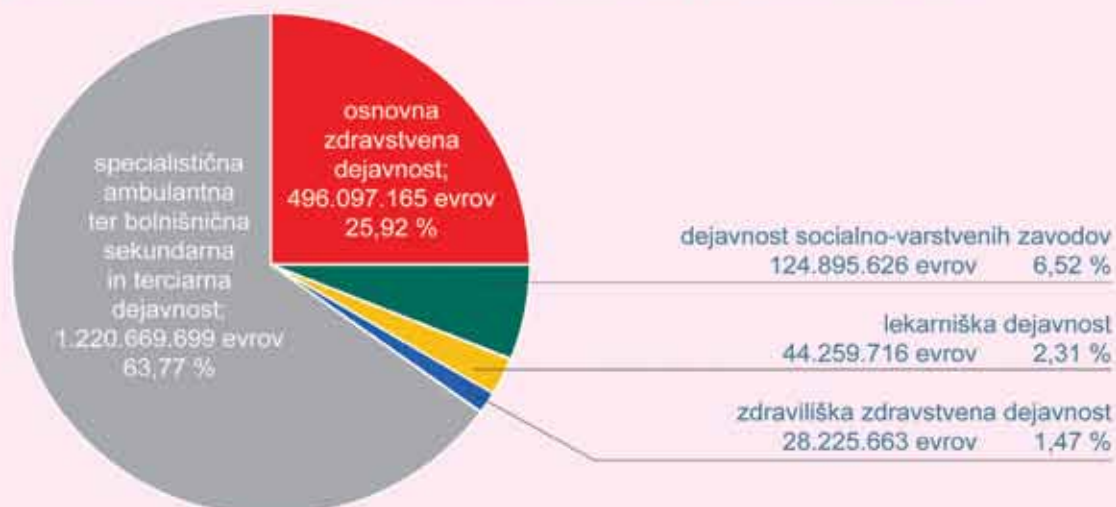
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

2. PROGRAM ZDRAVSTVENIH STORITEV



- V osnovni zdravstveni dejavnosti je bilo opravljenih 13,1 milijona obiskov zavarovanih oseb (obiski osebnega zdravnika, otroškega ter šolskega zdravnika, osebnega ginekologa, patronažne službe, fizioterapije...).
- V zobozdravstveni dejavnosti je bilo opravljenih 2,4 milijona obiskov zavarovanih oseb.
- V specialistično ambulantni dejavnosti je bilo opravljenih 4,7 milijona obiskov.
- V akutno bolnišnično obravnavo je bilo sprejetih 346.986 primerov (hospitalizacij; sprejemov in odpustov bolnikov iz bolnišnice). Polovica vseh primerov akutne bolnišnične obravnave je povezana z boleznimi obtočil, neoplazmami, boleznimi dihal, boleznimi prebavil ter poškodbami in zastrupitvami. Najpogosteje je bil obračunan vaginalni porod brez zapletenih diagnoz (11.284 primerov).
- Okvirna vrednost celotnega programa zdravstvenih storitev iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017, ki vključuje obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah in zdravil iz Seznama B, je v tekočih cenah 2017 znašala 1.914,1 milijona evrov. Znesek ne vključuje obveznosti za pripravnike, sekundarije in specializacije, ki so v letu 2017 znašale 75,9 milijona evrov.

Slika 1. Pogodbeno vrednost programa zdravstvenih storitev po dejavnostih v letu 2017.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

- V letu 2017 je ZZZS imel sklenjene pogodbe s 1.722 izvajalci zdravstvenih storitev, in sicer 204 z javnimi zavodi in 1.518 z zasebnimi izvajalci. Za izvedbo programov je v pogodbah z javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo dogovorjenih 44.658 delavcev (iz ur), od tega 7.561 oziroma 16,93% pri koncesionarjih.
- V letu 2017 je ZZZS izvedel skupno 808 nadzorov nad izvajanjem pogodb sklenjenih med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev; sistemsko je ZZZS nadzoroval obračun akutne bolnišnične obravnave v ginekologiji, nekaterih prospektivnih programov, traheostomije, neakutne bolnišnične obravnave ter obračun specialistične zunajbolnišnične dejavnosti rehabilitacije, kardiologije, ginekologije, dermatologije, psihiatrije in klinične psihologije, urologije, okulistike, otorinolaringologije, slikovne diagnostike in vsa področja zobozdravstvene specialitike. Poseben poudarek je bil dan nadzoru obračuna storitev v urgentnih centrih ter predpisovanju medicinskih pripomočkov na terciarni rani. Na področju zdravil je bilo poleg nadzora izdaje zdravil v lekarnah sistemsko nadzorovano predpisovanje anksiolitikov in hipnotikov, antibiotikov in zdravil z omejitvijo predpisovanja. Sistemski nadzori primarne ravni so obsegali obračun nege v domovih starejših občanov, patronaže, laboratorijskih storitev v referenčnih ambulantah, predpis medicinskih pripomočkov ter obračun diagnostike, zdravljenja in protetike v osnovnem zobozdravstvu:
 - o 77 nadzorov nad vodenjem čakalnih seznamov;
 - o vrsta aktivnosti namenjena tudi izobraževanju izvajalcev za pravilno evidentiranje in obračunavanje;
 - o nadzor pravičnega evidentiranja vsebine obravnave v akutni bolnišnični obravnavi;
 - o na podlagi izvedenih nadzorov je ZZZS zmanjšal svoje obveznosti do izvajalcev v letu 2017 za 3,15 milijona evrov, izvajalci pa so plačali 312.549 evrov pogodbenih kazni

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

3. OSKRBA Z ZDRAVILI

OSKRBA Z
ZDRAVILI

- predpisanih 17.160.250 receptov za zdravila za 39,7 milijona pakiranj (škatlic...); poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih, se je zvišala za 1 %. Vsaj en recept v breme ZZZS je prejelo 1.509.676 (73,1 %) prebivalcev;
- poraba bioloških, tarčnih in drugih dragih zdravil na recept narašča, saj so izdatki zanje znašali 146,6 milijona evrov, kar je za 14,3 milijona evrov več glede na predhodno leto;
- odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in živila, ki zajemajo izdajo na recepte, seznam B (bolnišnična zdravila) in seznam A (seznam ampuliranih zdravil za zunaj bolnišnično zdravljenje), zdravila v centrih za zdravljenje odvisnosti, krvne pripravke, cepiva in povračila, so znašali 415.591.004 evre, kar predstavlja 5,5 % povečanje glede na predhodno leto;
- na listo za ambulantno predpisovanje je bilo razvrščenih 28 novih zdravil, na seznam bolnišničnih zdravil 2 novi zdravili, na seznam A pa 2 novi zdravili. Razvrščeni sta bili tudi 2 novi živila.

4. ZAGOTAVLJANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV

MEDICINSKI
PRIPOMOČKI

- predpisanih 522.598 naročilnic za medicinske pripomočke, ki se izdajajo v lekarnah in specializiranih prodajalnah, najpogosteje pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni, pripomočki pri težavah z odvajanjem seča ter pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi;
- najmanj 1 pripomoček v breme ZZZS je prejelo 280.553 oseb;
- stroški izdanih pripomočkov v breme ZZZS so znašali 68.988.817 evrov, kar je za 3,8 % več glede na predhodno leto;

5. ODLOČANJE O PRAVICAH



Imenovani zdravniki ZZZS so izdali 372.561 odločb (7,4 % več kot v letu 2016), od tega:

- 277.229 odločb o začasni nezmožnosti za delo (10,8 % več kot v 2016);
- 43.903 odločbe o zobnoprotetični rehabilitaciji (1,3 % manj kot v 2016);
- 40.714 odločb o zdraviliškem zdravljenju (10,8 % več kot v 2016);
- 8.797 odločb o medicinskih pripomočkih (11,3 % več kot v 2016);
- 1.918 odločb za nego družinskega člana (11,9 % več kot v 2016);

Senat zdravstvene komisije kot pritožbeni organ na drugi stopnji je izdal 7.229 odločb (9,2 % več kot v 2016), od tega:

- 4.480 odločb za začasno nezmožnost za delo (10,8 % več kot v 2016),
- 2.675 odločb za zdraviliško zdravljenje (6,6% več kot v 2016).

Območne enote ZZZS rešile 3.257 zahtev za odločbo v zvezi z uveljavljanjem pravic do nadomestila plače, povračila potnih stroškov, izbire osebnega zdravnika, povračila stroškov za opravljene zdravstvene storitve, povračila stroškov zdravil in stroškov medicinskih pripomočkov v Sloveniji. V zvezi s tem je Direkcija kot pritožbeni organ na drugi stopnji prejela v reševanje 200 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

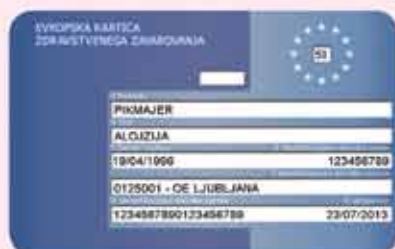
6. NADOMESTILO PLAČE MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA



- 1.075.390 primerov zadržanosti od dela, najpogosteje zaradi bolezni in poškodbe izven dela; izgubljenih skupno 11.396.629 delovnih dni (9,8 % več kot 2016), od tega 6.020.179 v breme ZZZS;
- porast števila izgubljenih dni in primerov tako v breme delodajalcev kot tudi v breme ZZZS, rahlo povečanje skupnega povprečnega trajanja (10,6 dneva; v letu 2016 10,5 dneva);
- skupni odstotek izgubljenih dni 4,26 % (v letu 2016 4,16 %), od tega v breme delodajalcev 2,01 % (v letu 2016 1,97 %) in v breme ZZZS 2,25 % (v letu 2016 2,19 %);
- nad 1 letom trajanja je bilo v bolniškem staležu 7.065 oseb (v letu 2016 5.916);
- stroški za nadomestila ZZZS 314.771.215 evrov (v letu 2016 285.308.173 evrov oziroma za 10,3 % več);
- 3.852 laičnih nadzorov nad bolniškimi odsotnostmi (v letu 2016 3.471), najpogosteje pri delavcih in samozaposlenih; 6 % kršitev glede na opravljene nadzore (v letu 2016 5,9 %); najvišji delež kršitev pri samozaposlenih; najpogostejše kršitve: neupravičena odsotnost od doma, opravljanje pridobitne dejavnosti; neposredni učinek nadzorov: 276 zaključenih bolniških staležev (69 manj kot v 2016), 122 ugotovitev zmožnosti za delo za krajši delovni čas (117 v 2016), 3 odločbe o odvzemu oziroma zadržanju nadomestila plače (6 v 2016).

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

7. IZVAJANJE EVROPSKEGA PRAVNEGA REDA IN MEDNARODNIH SPORAZUMOV



- tuji organi za zvezo so obračunali ZZS stroške za 78.586 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini, oziroma so bile napotene na zdravljenje v tujino (4,1 % več kot leta 2016); skupni znesek novonastalih obveznosti ZZS do tujine je tako znašal 32.251.824 evrov in je najvišji do Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Nemčije in Avstrije;
- ZZS je tujim organom za zvezo obračunal stroške za 54.226 primerov tujih zavarovanih oseb, ki so v Sloveniji uveljavljale zdravstvene storitve, kar je 8 % več primerov kot v letu 2016; skupna vrednost novonastalih terjatev v letu 2017 znaša 19.662.903 evre in je najvišja do Avstrije, Nemčije, Hrvaške in Italije;
- ZZS je v letu 2017 izdal slovenskim zavarovanim osebam 529.673 evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja in 100.205 certifikatov;
- načrtovano zdravljenje v tujini:
 - o zaradi izčrpanih možnosti zdravljenja v Sloveniji (44.a člen ZZVZZ) je bilo na zdravljenje, pregled in preiskavo v tujino napotenih 525 oseb, kar je 11,2 % manj kot v letu 2016;
 - o zaradi predolge čakalne dobe (44.b člen ZZVZZ) je bilo 10 oseb napotenih na zdravljenje v tujino (18 v letu 2016);
 - o ZZS je izvedel 1.519 povračil stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi evropskega direktive in 44.c člena ZZVZZ in tako zavarovancem povrnil 288.442 evrov (v letu 2016 442.209 evrov);
- skupni stroški načrtovanega zdravljenja v tujini so znašali 6.581.546 evrov, kar je za 1 % več kot leta 2016.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

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



Tabela 3. Javni in zasebni tekoči izdatki za zdravstvo v PPP evrih na prebivalca in v deležu BDP v Sloveniji ter v primerjavi z državami EU v letu 2015.

država	PPP € na prebivalca			
	javni	zasebni	celotni	% od BDP
Avstrija	2.846	919	3.765	10,3
Belgija	2.747	799	3.546	10,5
Bolgarija	625	599	1.224	8,2
Ciper	668	922	1.590	6,8
Češka	1.641	351	1.992	7,2
Danska	3.049	574	3.623	10,3
Estonija	1.103	355	1.458	6,5
Finska	2.234	767	3.001	9,5
Francija	2.767	738	3.505	11,0
Grčija	968	671	1.639	8,4
Hrvaška	956	289	1.245	7,4
Irski	2.442	1.047	3.489	8,8
Italija	1.841	618	2.459	9,0
Latvija	993	490	1.483	6,5
Litva	662	428	1.090	5,7
Luksemburg	3.387	744	4.131	6,3
Madžarska	1.002	530	1.532	7,3
Malta*	n. p.	n. p.	n. p.	n. p.
Nemčija	3.474	639	4.113	11,2
Nizozemska	3.113	744	3.857	10,6
Poljska	977	419	1.396	6,3
Portugalska	1.297	662	1.959	9,0
Romunija	675	190	865	5,0
Slovaška	1.291	328	1.619	6,9
Slovenija	1.411	556	1.967	8,5
Španija	1.648	672	2.320	9,2
Švedska	3.208	627	3.835	11,0
Velika Britanija	2.318	592	2.910	9,9

Opomba: * – podatki za leto 2014 – zadnji razpoložljivi podatki.

Vir: Eurostat database, januar 2018, podatki za leto 2015.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2017

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



Tabela 4. Izbrani kazalniki o zdravstvenih aktivnostih v Sloveniji in primerjava s povprečji v državah Evropske unije v letu 2015.

Izbrani kazalci	Slovenija	EU 15
Št. obiskov na prebivalca v zunajbolnišnični ambulantni dejavnosti skupaj	6,8	5,9
- na primarni ravni	4,5*	n. p.**
- na sekundarni ravni	2,3*	n. p.**
Stopnja hospitalizacije (odpusti iz bolnišnic) zaradi bolezni na 1.000 prebivalcev skupaj	184,6	156,2
- zaradi srčnožilnih bolezni	21,1	19,8
- zaradi raka	18,1	12,9
Povprečna ležalna doba v bolnišnicah (v dnevih)	6,8	7,8
Operacije sive mreže - delež v enodnevnih obravnavah	98,1	88,6

Opombe: * - NIJZ, zbirka ZUBSTAT 2015,
np - ni podatka

Viri: OECD, Health Care, januar 2016, podatki za leto 2015.



Analiza bolniške odsotnosti z dela po posameznih vzrokih z akcijskim načrtom za njihovo obvladovanje

Upravni odbor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) je na redni seji 15. 2. 2018 podrobno obravnaval analizo po posameznih vzrokih za bolniške odsotnosti z dela z akcijskim načrtom za njihovo obvladovanje ter gradivo z nekaterimi dopolnitvami potrdil in ga posredoval v obravnavo na sejo Skupščine ZZZS.

Zdravstveni absentizem je pomembni kazalnik zdravstvenega stanja delavcev. Redno spremljanje absentizma je nujen pogoj za obvladovanje tega pojava. Z vidika ekonomskih, socialnih, zdravstvenih in drugih posledic je bolniški stalež vedno veliko breme tako za zaposlene, njihove delodajalce, izvajalce socialnih zavarovanj, kot tudi za družbo kot celoto. Delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS in delodajalcev (odstotek bolniškega staleža, v nadaljevanju: % BS) v Sloveniji dolgoročno ne kaže poviševanja. Med leti so zaznana nihanja. V letu 2017 je bil v Sloveniji skupni odstotek bolniškega staleža (% BS) na ravni 4,26 % (2,01 % v breme delodajalcev in 2,25 % v breme ZZZS), kar je manj kot v nekaterih državah z višjimi % BS, kot so Belgija, Švedska, Češka, Slovaška (nad 5 %), ter več kot v nekaterih državah z nižjimi % BS, kot so Avstrija, Nemčija, Velika Britanija, Francija (med 3,0 in 3,5 %). Slovenija se nahaja nekje vmes in je po kazalniku primerljiva z Madžarsko, Nizozemsko, Španijo idr. (med 3,5 in 4,0 %). Slovenska zakonodaja je glede omejevanja višine nadomestil začasno zadržanost z dela med opazovanimi državami najmanj restriktivna – še zlasti na področju neomejene absolutne višine nadomestil in časovno neomejenega trajanja nadomestil (slednje v EU pozna le še Bolgarija). Ne glede na dolgoročni trend upadanja deleža izgubljenih delovnih dni, pa se od druge polovice leta 2015 povečuje delež izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS. V letu 2008 je % BS v breme ZZZS znašal še 45,9 %, v letu 2016 pa že 52,6 %. Prav tako se od druge polovice leta 2015 beleži izrazit porast bolniškega staleža nad 1 letom. Glede na starostno strukturo zavarovancev je največji porast izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS zabeležen pri zavarovancih, starih nad 50 let (62 % vsega porasta izgubljenih delovnih dni v breme ZZZS). Z naraščanjem % BS v breme ZZZS, zlasti od druge polovice leta 2015 dalje, izjemno naraščajo izdatki ZZZS za nadomestila začasno zadržanost z dela. Če so leta 2013 izdatki ZZZS za nadomestila zaradičasne zadržanosti z dela znašali 224.694.620 evrov, so leta 2016 znašali 284.463.572 evrov in leta 2017 že 314.190.843 evrov, na kar je vplival tudi določen dvig osnov (plače) za izračun nadomestil.

Povečanje zdravstvenega absentizma, ki je odraz različnih delovnih, socialnih, ekonomskih, ekoloških in drugih dejavnikov, je mogoče povezati z različnimi dejavniki, predvsem pa z rastjo števila zaposlenih, staranjem in posledično večjo obolevnostjo aktivnega prebivalstva, dolgotrajnejšimi postopki diagnostike in zdravljenja, nego otrok, kasnejšim upokojevanjem ter drugimi razlogi. Zaradi izjemnega naraščanja stroškov za nadomestila zaradičasne zadržanosti z dela v letih 2015 in 2016 je ZZZS v letih 2016 in 2017 na osnovi podatkov NIJZ in lastnih podatkov opravil več

analiz bolniške odsotnosti po vzrokih zadržanosti, spolu, starosti zavarovancev in dejavnosti zavezanca. Glavni vzrok za odsotnosti z dela zaradi bolezni predstavljajo bolezni mišično-kostnega sistema in vezivnega tkiva, sledijo poškodbe in zastrupitve izven dela, poškodbe in zastrupitve pri delu, rakasta obolenja, duševne in vedenjske motnje, bolezni živčevja in simptomatski znaki in nenormalni klinični laboratorijski izvidi.

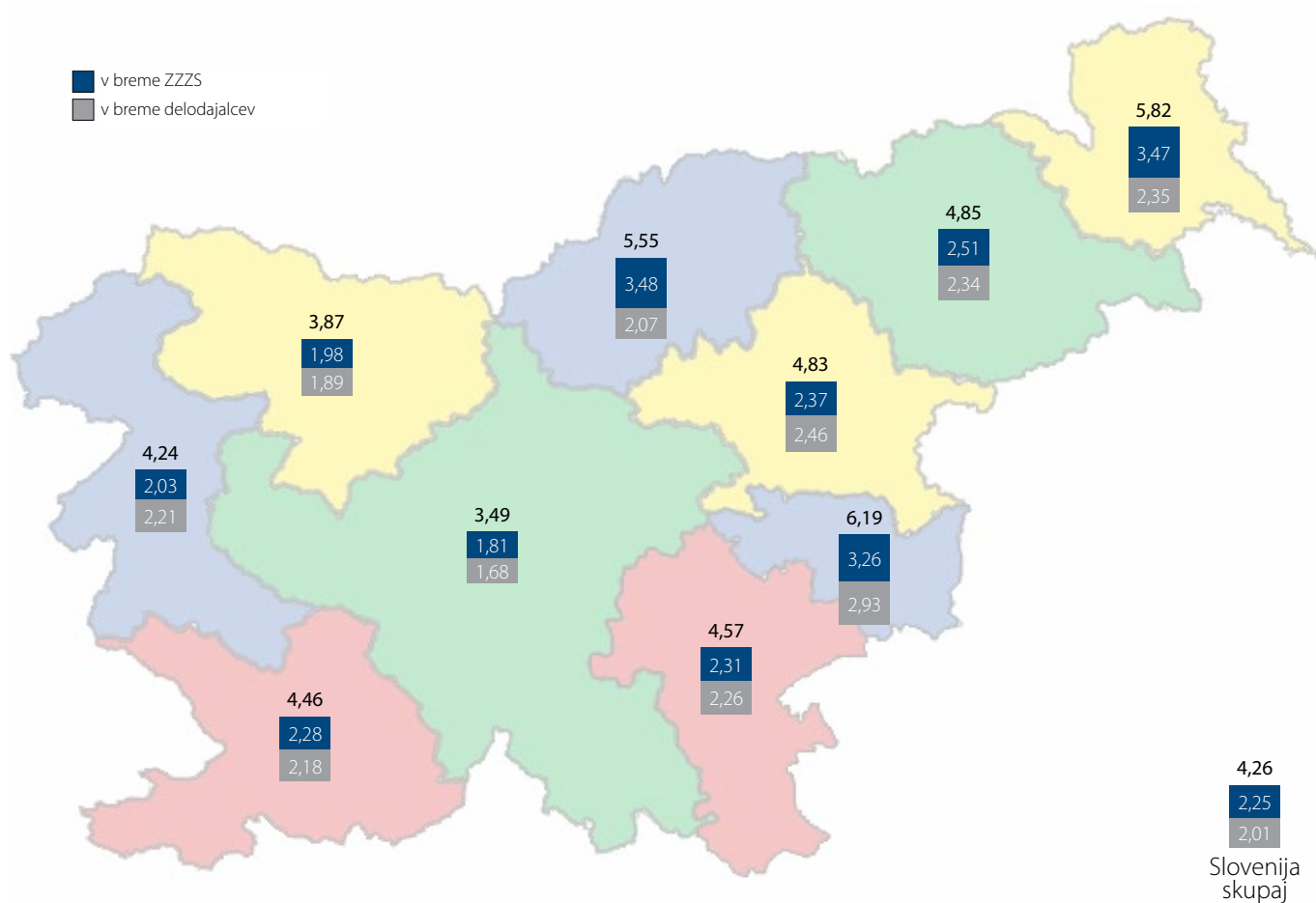
Glede na vse analize je ocena, da je vpliv samega ZZZS na naraščanje nadomestil zaradičasne zadržanosti z dela, glede na splošno demografsko gibanje, gospodarske razmere, razmere finančnega poslovanja države, spremembe starostne strukture zaposlenih, spreminjajoče se zahteve in nova psihosocialna tveganja na delovnih mestih, zelo omejen. **Sistemska ureditev glede obvladovanja bolniškega staleža odstopa od evropskih držav in ne podpira čimprejšnje vrnitve zdravega delavca na delovno mesto po zgladu številnih držav Evropske unije. V Sloveniji imamo po eni strani časovno neomejeno trajanje bolniškega staleža in neomejeno absolutno višino nadomestila, hkrati pa se srečujemo s pomanjkanjem poglobljene individualne medicinske rehabilitacije ter pomanjkanjem možnosti hitrega prehoda v prezaposlitev in poklicno rehabilitacijo. Neustrezen je status stroke medicine dela v Sloveniji. Postopki na invalidskih komisijah ZPIZ se pogosto začnejo (pre)pozno in so dolgotrajni, (ne)zaključenost zdravljenja se razlaga preozko.**

Naraščanju izdatkov za nadomestila plače se tako ni mogoče izogniti brez širših sistemskih ukrepov, o katerih se bo treba dogovoriti v okviru socialnega dialoga. Ukrepi segajo tako na področje zakonodaje (npr. sprememba pogojev pokojninskega in invalidskega zavarovanja, varnosti in zdravja pri delu, spremembo ureditve zdravstvenega zavarovanja, ureditev spodbud delodajalcev za vlaganje v zdravje zaposlenih), kot izvajanje številnih ukrepov s strani delodajalcev in delavcev.

ZZZS za obvladovanje bolniškega staleža predlaga akcijski načrt z naborom ukrepov, ki se nanašajo na različne nosilce: resorna ministrstva z organi v sestavi (MDDSZ, MF, MZ, MGRT), delodajalce, izvajalce zdravstvenega varstva in zdravstvene dejavnosti – medicina dela, prometa in športa, NIJZ, izvajalce obvezne socialne varnosti (ZZZS, ZPIZ) in delavce. Mnogi ukrepi zahtevajo stalno medresorsko in interdisciplinarno sodelovanje. Opišemo jih kot kratkoročne in dolgoročne, nekateri prehajajo iz kratkoročnih v dolgoročne.

Učinkovito obvladovanje bolniškega staleža je moč zagotoviti le v okviru sistema z ukrepi:

- ki bodo usmerjeni v preventivne in promocijske ukrepe za ohranjanje zdravja prebivalcev (varovanje in krepitev zdravja, odgovornost posameznika za lastno zdravje);
- javno zdravstveni in medresorski preventivni in promocijski ukrepi za zmanjšanje poškodb in bolezni (varnost in zdravje pri delu, varnost v cestnem prometu, preprečevanje tveganj)



Slika 1. Odstotek izgubljenih delovnih dni v breme delodajalcev in v breme ZZS po območnih enotah Slovenije v letu 2017.

- vedenj, zasvojenosti in različnih zastrupitev, obvladovanje kajenja in pitja alkohola, zdrava prehrana, ukrepi na področju okolja in zdravja. . .);
- ki bodo v primeru poškodbe ali bolezni zagotavljali čimprejšnjo vrnitev zdravih in motiviranih posameznikov na delovna mesta;
- ki bodo usmerjeni v zmanjševanje oziroma obvladovanje psiho-socialnih tveganj na delovnem mestu;

- ki bodo novim zahtevam dela prilagajali tudi delovna mesta, vključno s prilagoditvijo delovnih mest starajoči se populaciji;
- ki bodo usmerjeni v preprečitev oziroma zmanjšanje obsega poškodb poškodb pri delu in bolezni, povezanih z delom.

Damjan Kos

Tabela 1. Povprečno število dni odsotnosti na zavarovanca po dejavnosti zavezanca, plačnik ZZS, v letih 2010–2016.

Področje glavne dejavnosti zavezanca	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Neznano	48,85	42,98	65,85	70,38	82,45	82,72	85,5
Kmetijstvo in lov, gozdarstvo, ribištvo	62,56	60,63	64,3	65,81	65,79	71,65	80,14
Rudarstvo	19,08	22,12	23,26	24,87	25,23	28,23	33
Predelovalne dejavnosti	28,75	27,32	27,53	28,41	29,98	31,62	34,5
Oskrba z električno energijo, plinom in paro	21,39	19,2	20,64	20,54	21,97	21,97	22,76
Oskrba z vodo; ravnanje o odplakami, odpadki; sanacija okolja	30,98	28,66	27,31	30,79	31,89	34,64	38,24
Gradbeništvo	51,05	50,39	57,61	56,47	59,06	60,76	64,5
Trgovina; vzdrževanje in popravila motornih vozil	37,17	33,68	36,37	36,23	37,35	40,6	44,11
Promet in skladiščenje	36,13	30,69	35,31	35,51	35,21	37,53	39,18
Gostinstvo	46,11	43,92	45,58	48,71	49,45	52,38	55,16
Informacijske in komunikacijske dejavnosti	21,53	18,6	20,06	20,05	20,45	21,04	20,64
Finančne in zavarovalniške dejavnosti	21,03	18	19,16	18,89	19,44	21,03	22,07
Poslovanje z nepremičninami	39,99	25,35	29,3	29,14	29,56	33,38	32,71
Strokovne, znanstvene in tehnične dejavnosti	28,97	26,36	28,12	28,63	28,89	30,87	31
Druge raznovrstne poslovne dejavnosti	41,7	38,4	42,17	40,46	40,75	42,32	42,88
Javna uprava in obramba; obvezna socialna varnost	18,66	17,5	18,64	18,21	19,36	20,13	21,52
Izobraževanje	22,64	21,79	21,65	21,18	21,67	23,19	24,87
Zdravstvo in socialno varstvo	28,64	28,22	28,33	28,29	29,17	31,49	33,6
Kulturne, razvedrilne in rekreacijske dejavnosti	27,68	28,98	29,44	29,69	29,04	29,73	31,97
Druge dejavnosti	41,5	39,5	39,57	38,46	38,89	44,61	47,6
Skupaj	30,32	28,15	29,47	29,52	30,51	32,47	34,74

Tabela 2. Delež zaposlenih zavarovancev v staležu v breme ZZS po področju dejavnosti, 2010–2016.

Področje glavne dejavnosti zavezanca	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016
Neznano	2,26	3,47	5,01	5,27	6,09	6,18	6,30
Kmetijstvo in lov, gozdarstvo, ribištvo	14,06	13,71	12,80	12,20	12,09	13,09	13,84
Rudarstvo	39,01	36,72	36,45	38,27	37,09	39,53	40,04
Predelovalne dejavnosti	22,26	22,68	21,74	21,46	21,27	21,77	22,20
Oskrba z električno energijo, plinom in paro	25,28	28,19	24,53	25,41	25,28	26,61	27,29
Oskrba z vodo; ravnanje o odplakami, odpadki; sanacija okolja	19,38	20,53	19,77	19,14	19,85	21,00	22,26
Gradbeništvo	10,02	10,30	9,18	9,12	8,95	9,13	9,53
Trgovina; vzdrževanje in popravila motornih vozil	14,41	16,02	15,05	15,48	15,79	16,39	16,93
Promet in skladiščenje	14,53	16,51	14,41	14,40	14,35	14,41	14,51
Gostinstvo	12,73	12,86	12,23	12,31	12,69	12,39	12,11
Informacijske in komunikacijske dejavnosti	15,48	17,50	16,65	17,25	17,10	17,13	17,44
Finančne in zavarovalniške dejavnosti	22,97	27,40	25,02	25,38	26,05	26,92	27,56
Poslovanje z nepremičninami	12,80	18,61	18,27	18,74	18,27	18,24	18,60
Strokovne, znanstvene in tehnične dejavnosti	12,77	14,33	13,50	13,84	14,00	13,81	13,83
Druge raznovrstne poslovne dejavnosti.	14,12	14,30	14,02	14,21	14,70	15,78	16,52
Javna uprava in obramba; obvezna socialna varnost	30,15	33,54	31,17	32,25	32,29	33,31	34,34
Izobraževanje	20,43	21,85	21,55	22,67	23,37	24,55	25,73
Zdravstvo in socialno varstvo	24,46	25,61	24,85	25,47	26,23	27,54	28,38
Kulturne, razvedrilne in rekreacijske. dejavnosti	15,83	16,65	16,44	17,10	16,96	17,38	17,79
Druge dejavnosti	12,27	13,41	13,05	13,44	13,15	13,45	13,43
Skupaj	18,25	19,59	18,55	18,89	19,06	19,61	20,12

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

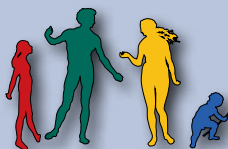
omogoča:

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



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzzs.si



OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:

Marjan Sušelj, generalni direktor

Urednik:

Damjan Kos

Tajništvo uredništva:

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

Prelom:

Danila Perhavec

Tisk:

Tiskarna Skušek d. o. o.

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

Naklada: 3.000 izvodov,
ISSN 1318-8895,
Ljubljana, april 2018

OBČASNIK

izhaja po potrebi
in občasno v dveh
različnih izdajah:

akti & navodila,

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

novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev ZZZS