

občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XXIV, CENA 1,21 EUR z DDV

ZZZS št. 1 // 12. 5. 2017

Uvodnik

Od izdaje zadnje številke Občasnika – Akti & Navodila je minilo že skoraj dve leti, zato vas želimo v tokratni številki seznaniti z nekaterimi večjimi in razvojnimi novostmi v sistemu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Temu namenjamo rubriko Novosti, kjer želimo še posebej večje javne zdravstvene zavode obvestiti, da lahko tudi delodajalci v javnem sektorju po novem elektronsko vlagajo refundacijske zahteve za nadomestila plač v breme ZZZS prek spletnega portala e-DEM, kar je zanje enostavnejše, hitreje in ceneje v primerjavi s klasičnim papirnim poslovanjem. Prav tako želimo spodbuditi polno izvajanje nekaterih novih zdravstvenih programov, ki so bili uveljavljeni s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2016 in ki na dolgi rok obetajo boljše urejeno zdravstveno stanje kroničnih bolnikov ter s tem manj zdravstvenih zapletov (farmacevtsko svetovanje, presejanje diabetične retinopatije). V rubriki Akti predstavljamo seznam novih predpisov, navodil in okrožnic, ki so bili izdani v zadnjem letu dni in ki urejajo poslovanje z ZZZS in uresničevanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V občasniku objavljamo le nekatere pomembnejše, vsi pa so vam dostopni na spletni strani <http://www.zzs.si/egradiva>. V rubriki Informacije predstavljamo podatke o finančnem poslovanju ZZZS v lanskem letu ter izbrane, tudi mednarodno primerljive OECD, kazalnike o obveznem zdravstvenem zavarovanju v letu 2016. Občasnik zaključujemo z informacijo o pogojih za napotitev na zdraviliško zdravljenje, ki so bili v letu 2014 usklajeni in posodobljeni v sodelovanju s predstavniki medicinske stroke. Čeprav se je delež neutemeljenih napotitev v zadnjih letih pomembno zmanjšal, pa je le-ta še vedno pomembno visok (22 %), zato si želimo manj neutemeljenega napotovanja in neutemeljenih pričakovanj zavarovanih oseb.

Damjan Kos, urednik

Kazalo

Razvoj

- Podatki o izdatkih za zdravstvene storitve na spletnem portalu ZZZS 2
- Elektronsko vlaganje refundacijskih zahtevkov za nadomestila plač 7
- Uvedba novega programa presejanja diabetične retinopatije 9
- Uvedba novega programa farmacevtskega svetovanja od leta 2016 dalje 11

Akti

- Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od maja 2016 do aprila 2017 17
- Javna objava Splošnega dogovora samo v elektronski obliki 20
- Pravilnik o nadzorih 21
- Navodila določitve deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja in vsebine obravnave 25
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače 27
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače ter Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku ZZZS 35
- Ugotavljanje začasne nezmožnosti za delo pri nosečnicah 37
- Izvajanje 1. točke 25. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 40

Informacije

- Finančno poslovanje ZZZS v letu 2016 41
- Kazalniki obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2016 43
- Zdraviliško zdravljenje po spremembi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2014 52
- Izdaja zloženka o zdraviliškem zdravljenju v obveznem zdravstvenem zavarovanju 55

Podatki o izdatkih za zdravstvene storitve so zavarovanim osebam dostopni na spletnem portalu ZZZS

Od septembra 2015 lahko zavarovane osebe na spletnem portalu ZZZS pridobijo podatke o izdatkih, ki jih je za njihove zdravstvene storitve plačalo obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Novosti v elektronskem poslovanju ZZZS

Skladno s ciljem strateškega razvojnega programa za obdobje 2014–2019 »Uveljaviti elektronsko poslovanje kot prevladujoč način poslovanja« uvaja Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) vedno več elektronskih storitev za vse svoje poslovne partnerje: za zavezanca za prispevek, izvajalce zdravstvenih storitev in še posebej za zavarovane osebe.

Tako že od 1. 1. 2013 poteka izmenjava vseh podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah med izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinskih pripomočkov ter ZZZS izključno v elektronski obliki. Gre za izjemno obsežno izmenjavo podatkov z 2.400 pogodbenimi izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinskih pripomočkov, saj **v Sloveniji zavarovane osebe na leto opravijo več kot 13 milijonov obiskov zdravnikov v ambulantah, 345.000 sprejemov v bolnišnico in prejmejo več kot 17 milijonov receptov za zdravila ter 530.000 naročilnic za medicinske pripomočke.**

Nadalje zavezanca za prispevek, ki so pravne osebe, od 1. januarja 2016 dalje urejajo zavarovanja (prijave in odjave v obvezno zdravstveno zavarovanje) le še v elektronski obliki. Elektronsko urejanje je nadomestilo približno 330.000 vlog za ureditev statusov zavarovanj, ki so jih morali zavezanca osebno in s papirnimi dokumenti urediti na eni od območnih enot ali izpostav ZZZS.

Poleg tega so zavarovanim osebam na spletni strani ZZZS že dalj časa na voljo tudi nekatere pomembne elektronske storitve, kot so naročanje in preverjanje veljavnosti listin za tujino (npr. evropske kartice zdravstvenega zavarovanja), naročanje slovenske kartice zdravstvenega zavarovanja, pregled podatkov v zvezi z obveznim zdravstvenim zavarovanjem (podatki o urejenosti zavarovanja, podrobni podatki o posameznem zavarovanju) in podatkov o izdanih zdravilih in medicinskih pripomočkih.

Za zavarovane osebe je ZZZS septembra 2015 uvedel pomembno dodatno storitev. Ta omogoča zavarovanim osebam vpogled v podatke

o izdatkih za zdravstvene storitve, ki so bile osebi opravljene v breme obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

Namen nove spletne rešitve za zavarovane osebe

Ključni namen nove storitve je seznaniti zavarovane osebe z izdatki za »njihove« zdravstvene storitve. Zavarovane osebe so namreč do sedaj od izvajalcev prejele informacije o vrsti in vrednosti opravljenih storitev neposredno po opravljeni storitvi samo za bolnišnično in specialistično-ambulantno zdravljenje ter za izdana zdravila ter medicinske pripomočke. Izvajalci ostalih zdravstvenih storitev izdajo takšen »informativni račun« le na izrecno zahtevo zavarovane osebe, kar pa se v praksi redko izvaja.

ZZZS pričakuje, da bo seznanjenost zavarovanih oseb s stroški zdravljenja izboljšala njihovo ozaveščenost **o skrbi za lastno zdravje in spodbudila tudi njihovo stroškovno zavest o stroških zdravljenja**, ki bi jih lahko z bolj odgovornim ravnanjem, zdravim načinom življenja ali s preventivnim delovanjem bodisi zmanjšali ali celo preprečili, kar vse lahko zmanjša ali celo prepreči potrebe po zdravstvenih storitvah in zdravilih (problematika neporabljenih ali zavrženih zdravil, nepotrebnih ali podvojenih storitev...).

Ne nazadnje seznanjenost zavarovanih oseb z izdatki za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke **dopolnjuje nadzor ZZZS tudi z »laičnim nadzorom« zavarovanih oseb nad izvajalci zdravstvenih storitev in dobavitelji medicinskih pripomočkov pri evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev, zdravil in medicinskih pripomočkov v breme zdravstvenega zavarovanja.** To bo uspešna dopolnitev nadzora, ki ga ZZZS izvaja redno in sistematično.

Način dostopa do podatkov

Podatki o izdatkih za opravljene zdravstvene storitve so dostopni na spletnem portalu za zavarovane osebe <https://zavarovanec.zzzs.si>, v poglavju »eStoritve ZZZS«, »Vpogled v moje podatke«.



Ker gre za občutljive osebne podatke, je dostop do njih mogoč le na podlagi predpisane elektronske identifikacije – torej z kvalificiranim digitalnim potrdilom za fizične osebe, ki ga je izdal eden izmed slovenskih overjenih izdajateljev. Tehnična navodila za uporabo digitalnega potrdila in za dostop do podatkov so navedena na spletni strani.

Razpoložljivi podatki

Na portalu so dostopni podatki o izdatkih, ki so bili plačani za zdravstvene storitve, izvedene v Sloveniji. Izdatki so prikazani po letih z začetkom 1. 1. 2013. Podatki za posamezno leto so dostopni šele po zaključku poslovnega leta, to je 1. aprila naslednje leto. Prikazani so naslednji podatki:

- seštevek celotne vrednosti zdravstvenih storitev in vrednosti deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja za posamezno leto,
- datum zdravstvene obravnave in naziv izvajalca zdravstvenih storitev,
- obdobje in razlog obravnave,
- zdravstvena dejavnost,
- opis storitve, njena količina, celotna vrednost in vrednost deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Za pravilno razumevanje podatkov je treba upoštevati:

- Skladno z zakonom je lahko del zdravstvene storitve krit iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, del pa iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Deleža sta skladno z zakonom različna pri različnih zdravstvenih storitvah ali pri različnih razlogih obravnave oziroma primerih.

- Vrednosti za nekatere storitve na primarni ravni zdravstvene dejavnosti (storitve pri splošnem/družinskem zdravniku, otroškem oz. šolskem zdravniku, zobozdravniku in ginekologu) ne vključujejo celotne vrednosti zdravstvenih storitev, ki jo ambulanste teh zdravnikov prejmejo za opravljeno delo, saj ZZZS plača ambulanste dodatni znesek, izračunan glede na število in starost vseh opredeljenih oseb na posameznega zdravnika oz. ambulanto, ne glede na število opravljenih storitev (t.i. glavarina).

- Storitve, ki jih ZZZS izvajalcu ne plača za posamezno zavarovano osebo, pač pa v skupnem znesku (nujna medicinska pomoč, dežurna služba v zobozdravstvu, zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja, razvojna ambulanta, centri za preprečevanje odvisnosti), niso prikazane.

Navodila za uporabo storitve so podrobneje opisana na spletni strani ZZZS.

Dosedanja uporaba informacij na spletni strani ZZZS

Na spletni strani ZZZS lahko že od leta 2012 zavarovane osebe enostavno, brez uporabe digitalnega potrdila, preverijo urejenost svojega obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. V tem primeru za osebni identifikator zadošča ZZZS številka osebe, ki je zapisana na kartici zdravstvenega zavarovanja.

Prav tako so od leta 2012 na spletni strani z uporabo digitalnega potrdila dostopni podatki, ki jih o zavarovani osebi in njenih zdravstvenih zavarovanjih vodi ZZZS v svojih zbirkah:

- podatki o osebi (npr. ime, priimek, naslov),

Slika 1. Vstopna spletna stran portala za zavarovane osebe na naslovu <https://zavarovanec.zzzs.si>.

Slika 2. Primer prikaza podatkov o izdatkih za zdravstvene storitve na spletnem portalu.

Datum obravnave	Izvajalec zdravstvenih storitev
12.09.2014	OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE, OE ZDRAVSTVENI DOM KRANJ
11.06.2014	OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE, OE ZDRAVSTVENI DOM KRANJ

Obdobje obravnave:	11.06.2014
Zdravstvena dejavnost:	Splošno zobozdravstvo Zobozdravstvena dejavnost za odrasle - zdravljenje
Razlog obravnave:	Bolezen (vključuje tudi preventivo)
Izvajalec zdravstvenih storitev:	OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE, OE ZDRAVSTVENI DOM KRANJ / OZG, OE ZD KRANJ
Enota izvajalca:	OSNOVNO ZDRAVSTVO GORENJSKE, OE ZDRAVSTVENI DOM KRANJ / LOKACIJA GOSPOŠVETSKA
Številka dokumenta:	19-1400013

Opis storitve	Količina	Celotna vrednost	Vrednost OZZ
Zalivka na 3 ali več ploskvah (52322)	1	28,69 EUR	22,95 EUR

- podatki o zdravstvenem zavarovanju (npr. datum začetka in prenehanja zavarovanja, zavezanec za prispevek, urejenost zavarovanja družinskih članov, ki so zavarovani po nosilcu zavarovanja),
- podatki o listinah za tujino (npr. veljavnost izdane evropske kartice zdravstvenega zavarovanja),
- podatki o izdanih zdravilih na recept (npr. ime zdravila, datum in mesto izdaje zdravila, vrednost zdravila),
- podatki o izdanih medicinskih pripomočkih (npr. vrsta pripomočka in njegova trajnostna doba, datum prejema in vrednost pripomočka),
- podatki o izbranih osebnih zdravnikih (npr. ime in priimek osebnega zobozdravnika, splošnega zdravnika, ginekologa).

V letu 2016 je tako ZZS omogočil svojim strankam:

- 874.016 obiskov svoje spletne strani,
- 413.386 izdanih evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja, ki so bile naročene na spletu ali z mobilnim telefonom,
- 12.398 izdanih slovenskih kartic zdravstvenega zavarovanja, ki so bile naročene preko spleta,
- 442.266 enostavnih preverjanj urejenosti zdravstvenega zavarovanja na spletu ali z mobilnim telefonom,
- 28.502 vpogledov z digitalnim potrdilom v podrobne lastne podatke o obračunanih zdravstvenih storitvah na spletu,
- 16.284 vpogledov z digitalnim potrdilom v podrobne lastne podatke o obračunanih zdravilih na spletu,

- 10.779 vpogledov z digitalnim potrdilom v podrobne lastne podatke o obračunanih medicinskih pripomočkih na spletu.

Obveznosti izvajalcev glede izdajanja informacij o vrednosti opravljenih zdravstvenih storitev

Skladno s Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2016 imajo izvajalci zdravstvenih storitev naslednje obveznosti:

- **Na primarni ravni zdravstvene dejavnosti** so na podlagi zahteve zavarovane osebe izvajalci v zobozdravstvu, fizioterapiji, patronažni dejavnosti in negi na domu dolžni izdati specifikacijo opravljenih in zaračunanih storitev. Specifikacija mora vključevati najmanj kratek opis storitev, datume obravnave, število točk ter vrednost, v primeru patronaže in nege na domu pa še datum izdaje specifikacije ter podpis izvajalca in zavarovane osebe oziroma svojca.
- **Na sekundarni in terciarni ravni zdravstvene dejavnosti** so izvajalci po zaključku zdravljenja dolžni izstaviti specifikacijo opravljenih in zaračunanih storitev, ki vključuje najmanj kratek opis storitev, datum obravnave (od-do), vrednost, pri ambulantni obravnavi pa tudi število točk.
- **Za izdajo zdravil in medicinskih pripomočkov** so lekarne in dobavitelji dolžni izdati zavarovani osebi račun.
- **Zdravilišča** morajo po zaključku zdravljenega zdravljenja, ambulantne fizioterapije in specialistično ambulantnih storitev ali drugih storitev na zahtevo zavarovane osebe izstaviti specifikacijo storitev, ki so jih opravila in zara-

ZZZS Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Informacije in storitve za zavarovane osebe Domov Pomoč vnesite iskalni niz...

Vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje in pridobitev kartice zdravstvenega zavarovanja

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Izbira in zamenjava osebnega zdravnika

Bolniška odsotnost - začasna zadržanost od dela

Pravice do zdravstvenih storitev

Medicinski pripomočki

Zdravila in živila za posebne zdravstvene namene

Zdravstveno zavarovanje v tujini

Denarna nadomestila

Pravno varstvo pravic ter pogosta vprašanja in odgovori

Domov > e-Storitve ZZZS > Status zavarovanja

Imam urejeno zavarovanje?

Z vpisom vaše ZZZS številke lahko preverite urejenost vašega obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja. Do te informacije lahko dostopate tudi z mobilnim telefonom.

ZZZS številka je napisana na vaši kartici zdravstvenega zavarovanja.

Kartica zdravstvenega zavarovanja

Vpišite ZZZS številko:

Preveri

čunala. Specifikacija mora vsebovati najmanj kratek opis storitev, datum, število točk oziroma dni in vrednost.

- **V zdravstveni dejavnosti socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje** morajo izvajalci na zahtevo zavarovane osebe mesečno izstaviti specifikacijo opravljenih in zaračunanih storitev, iz katere bodo razvidni vsaj število točk oz. dni zdravstvene nege, cena točke oz. dneva in zaračunana vrednost.

Izdatki za zdravstvo v Sloveniji in nadzor nad njimi

Za vse programe zdravstvenih dejavnosti, zdravila in medicinske pripomočke namenja Slovenija iz obveznega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja na letni ravni približno 2,4 milijarde evrov. V povprečju znašajo javni in zasebni izdatki za zdravstvo na prebivalca Slovenije 1.983 evrov preračunano po metodi kupne moči (povprečje EU28 znaša 2.486 evrov na prebivalca po metodi

kupne moči; vir: OECD; zadnji razpoložljivi podatki za leto 2014).

ZZZS skladno z veljavno zakonodajo redno in sistematično izvaja nadzor nad izvajalci zdravstvenih storitev. Tako je v letu 2016 izvedel skupno 823 nadzorov ter na podlagi ugotovitev od izvajalcev terjal 2.506.294 evrov (skupaj terjatve tekočega in preteklega leta). Ugotovitve kažejo, da izvajalci zdravstvenih storitev oškodujejo sredstva obveznega zdravstvenega zavarovanja večinoma zaradi nepravilnega ali previsokega zaračunavanja storitev.

T. i. »laični« nadzor na podlagi seznanjenosti zavarovanih oseb z izdatki za zdravstvene storitve, ki so jim bile opravljene, je dopolnil sedanji sistem nadzora, ki ga izvaja ZZZS in druge pristojne ustanove.

Damjan Kos

Slika 3. Enostavno preverjanje urejenosti zdravstvenega zavarovanja na spletni strani <https://zavarovanec.zzs.si>.

Elektronsko vlaganje refundacijskih zahtevkov za nadomestila plač

1. oktobra 2016 je bila uvedena možnost elektronskega vlaganja refundacijskih zahtevkov za nadomestila plač. Rešitev je bila pripravljena v sodelovanju z Ministrstvom za javno upravo in deluje na državnem portalu e-VEM (<http://evem.gov.si>), ki je namenjen poslovnim subjektom in samostojnim podjetnikom za poslovanje z javno upravo. Na portalu e-VEM že nekaj let deluje tudi rešitev za elektronske prijave, objave in spremembe obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavezanci lahko elektronsko vložijo zahtevke za izplačilo nadomestila za delavce, zaposlene pri delodajalcu. Vlaganje zahtevkov za samostojne zavezance same zaenkrat še ni mogoče. Ti potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela, ki ga na hrbtni strani izpolni Finančna uprava RS, pošljejo še v pisni obliki.

Na ZZS smo pri pripravi rešitve veliko sodelovali. Na začetku smo opredelili vsebinske zahteve s pravili za obračun nadomestila in kontrolami podatkov. Nato smo razvili informacijske komponente, ki jih potrebuje portal e-VEM za delovanje spletne aplikacije in izmenjavo podatkov z našim informacijskim sistemom. Ko je bil portal e-VEM pripravljen, smo sodelovali pri testiranju in določili potrebne dopolnitve. Pred uvedbo smo sodelovali pri pripravi vsebinskih in tehničnih navodil, predstavitev in promociji. Pripravili pa smo tudi obsežne dopolnitve ZZS aplikacije Nadomestila plač, s katero poteka obravnava prejetih elektronskih zahtevkov.

Zavezancem je rešitev na voljo v dveh oblikah. Manjši zavezanci bodo uporabljali predvsem tisto, ki je pripravljena v obliki spletne aplikacije. Rešitev omogoča pregleden vnos podatkov zahtevka

in obračunov, pripravo informativnega izračuna, pripenjanje prilog (npr. »skeniranih« bolniških listov) in pošiljanje zahtevka na ZZS. Zavezanci v rešitvi lahko spremljajo obravnavo zahtevkov – tudi tistih, ki so jih na ZZS vložili pred začetkom uporabe portala e-VEM.

Za večje zavezance pa je pripravljen elektronski vmesnik, ki se uporabi neposredno iz aplikacij za obračun plač. V tem primeru zavezanec ali njegov pogodbeni partner (npr. računovodski servis) podatke pripravi v aplikaciji, ki jo uporablja za obračun plač zaposlenih. V isti aplikaciji pripravi tudi priloge in nato podatke na enostaven način pošlje portalu e-VEM, portal pa jih posreduje v naš informacijski sistem.

Na ZZS prejet elektronski zahtevek najprej preveri računalniška obdelava, ki vsebuje niz kontrol podatkov. Zahtevki, ki vsebujejo napake, so zavrnjeni že v tem koraku. V nadaljevanju zaposleni s pomočjo aplikacije Nadomestila plač pregledajo ustreznost prilog, opravijo ostale kontrole in zahtevek dokončno potrdijo ali zavrnejo.

Podatkov elektronskih zahtevkov torej ni treba ročno vnesti v informacijski sistem ZZS. S tem zmanjšujemo tveganja za napake, do katerih lahko pride pri vnosu podatkov. Z elektronskimi zahtevki tudi zmanjšujemo stroške arhiviranja.

Elektronsko vlaganje je prostovoljno. Zavezanci še vedno lahko vlagajo zahtevke v pisni obliki. A glede na to, da je elektronsko vlaganje za zavezance enostavnejše, je pričakovati, da bomo na ZZS vse večji delež zahtevkov prejeli v elektronski obliki. V tej smeri gredo pričakovanja tudi zaradi velikega zanimanja podjetij, ki razvijajo aplikacije

Tabela 1. Število prejetih elektronskih zahtevkov v prvih dveh mesecih in rezultati obravnave teh zahtevkov.

Mesec	Prejeti zahtevki	Zavrtnjeni zahtevki	Delno izplačani zahtevki	V celoti izplačani	Še v obravnavi	Čakajoči
oktober 2016	753 zahtevkov s 1.298 obračuni	158 (21%)	23 (3%)	571	1	
november 2016	1.497 zahtevkov s 3.102 obračunomaa	264 (17,6%)	85 (5,7%)	1146 (75,6%)	2	
december 2016	1.745 zahtevkov s 3.476 obračuni	266 (15,2%)	91 (5,2%)	1199 (68,7%)	169	20
januar 2017	2.218 zahtevkov s 4.566 obračuni	390 (16%)	137	1691		
februar 2017	2.597 zahtevkov s 5.396 obračuni	487 (19%)	143	1959	8	
marec 2017	2.812 zahtevkov s 5.822 obračuni	508 (18%)	119	1750	257	178

Slika. Izsek iz spletne aplikacije na portalu e-VEM.

Nadomestilo plač

1. korak
zahtevek
2. korak
izbira prilog
3. korak
pregled podatkov

e-VEM številka 0700-44-20160624-000001

i Zahtevek s pripadajočimi obračuni, ki v roku 30 dni, ne bo elektronsko podpisani in poslan v sistem e-VEM, bo samodejno izbrisan iz sistema e-VEM.

LEGENDA
 (*) - polja, ki so v obrazcu označena z zvezdico, so obvezna
 (*1) - polje označeno z zvezdico in številko je obvezno le v kolikor izpolnjujemo rubriko, kjer se številka pojavi

Vnos obračuna št. 1 Nadomestilo za: 4 2016

Identifikator: *

Priimek * Ime *

Zavarovalna podlaga: *

Šifra razloga zadržanosti: *

Oznaka ZUJF: * odstotek osnove gleda na razlog: 80 %

Recidiv: DA NE

121. dan: DA NE

Prvi dan zadržanosti: *

Zadržanost v breme ZZZS od: * do: *

Preostala delazmožnost - ZK: IK:

za obračun plač, da jih nadgradijo in povežejo z elektronskim vmesnikom portala e-VEM. Tak interes je namreč izrazilo že 20 proizvajalcev aplikacij, 6 od njih že preizkuša izmenjavo podatkov.

Zavezanci so takoj v oktobru 2016 pričeli uporabljati rešitev, ki je v obliki spletne aplikacije. V spodnji tabeli je razvidno število prejetih elektronskih zahtevkov v prvih dveh mesecih in rezultati obravnave teh zahtevkov.

Ko se zavezanci vključujejo v uporabo nove rešitve, se na ZZZS obračajo za odgovore na vsebinska vprašanja. Proizvajalci aplikacij za obračun plač nam zastavljajo tudi tehnična vprašanja. Slednjim pomagamo pri testiranju njihovih aplikacij, saj velja, da so dobro pripravljene aplikacije

je predpogoj, da bomo na ZZZS dobili pravilno pripravljene elektronske zahteve. Vsak napačen zahtevek po nepotrebem obremenjuje naš informacijski sistem in lahko povzroči nepotrebno delo za pregled in zavrnitev zahtevka.

Nova informacijska rešitev omogoča nov, sodoben način komuniciranja med zavezanci in ZZZS. Ko bodo uvedeni elektronski bolniški listi, bo postopek še enostavnejši, saj zavezancem ne bo več treba prilagati slik listin, na ZZZS pa ne bo potrebno več ročno preverjati usklajenosti podatkov iz zahtevka in listin.

Zdenka Gazvoda
Tomaž Marčun

Tudi delodajalci v javnem sektorju lahko od 1. oktobra 2016 dalje elektronsko vlagajo refundacijske zahtevke za nadomestila plač medčasno zadržanostjo od dela (bolniškim staležem).

Javne zdravstvene zavode želimo obvestiti, da lahko tudi delodajalci v javnem sektorju po novem elektronsko vlagajo refundacijske zahtevke za nadomestila plač zaradičasne zadržanosti od dela v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja s pomočjo **državnega informacijskega sistema e-Vem na naslovu <http://evem.gov.si/evem/>**. Uporaba sistema e-VEM omogoča delodajalcem lažje, enostavnejše, hitrejše in tudi cenejše poslovanje z javno upravo in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Javnim zdravstvenim zavodom zato priporočamo, da pričnejo uporabljati elektronski način vlaganja refundacijskih zahtevkov.

Uredništvo

Uvedba novega programa presejanja diabetične retinopatije

V letu 2015 je bil na podlagi pozitivnega mnenja Zdravstvenega sveta in soglasja Ministrstva za zdravje uveden v sistem financiranja nov zdravstveni program v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2015. Zaradi ne dovolj jasne opredelitve tega programa, so se pri njegovem izvajanju pojavljali nekateri strokovni in organizacijski izzivi (natančnejša opredelitev vrste (pod)dejavnosti, vrste in obsega zdravstvenih storitev...), zato je ZZS v sodelovanju s partnerji za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 odpravil vse dileme in dogovoril uvedbo nove zdravstvene storitve E0627 "Presejanje diabetične retinopatije" v seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti. Nova storitev predstavlja celotno zunajbolnišnično obravnavo, kar pomeni, da poleg te storitve ZZS-ju ni mogoče zaračunati nobene druge storitve. Storitve se lahko obračuna v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti okulistike 220 229. ZZS je določil tudi opis te storitve. V skladu s strokovnimi smernicami, sprejetimi decembra 2016 (<http://endodiab.si/priporocila/smernice-za-vodenje-sladkorne-bolezni/>)

osebe, ki še nimajo postavljene diagnoze sladkorne bolezni, še nimajo povečanega tveganja za pojav diabetične retinopatije, zato pri njih presejalni pregled z namenom zgodnje diagnostike diabetične retinopatije niso potrebni.

Vrednost te storitve je določena s splošnim dogovorom in znaša 30,90 evrov. Izvajalci so novo storitev pričeli evidentirati in obračunavati od 1.1.2017 dalje – o uvedbi nove storitve je ZZS obvestil dne 22.11.2016 vse izvajalce specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti okulistike z okrožnico, ki jo v nadaljevanju tudi v celoti objavljamo.

Pred tem ta storitev za potrebe obračuna ni bila opredeljena, saj je bila obrazložitev za uvedbo tega programa v financiranje v letu 2015 preskopa. Zato so izvajalci zdravstvenih storitev pred 1.1.2017 ta program evidentirali in obračunali v breme zdravstvenega zavarovanja v okviru obstoječega seznama storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti okulistike. Posledično je bil zato plan točk za celotni program specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti okulistike že v letu 2015 in nato tudi v letu 2016 sorazmerno povečan zaradi uvedbe novega programa presejanja diabetične retinopatije. Ker pa takrat še ni bila opredeljena in uvedena nova zdravstvena storitev, tudi ni moč enoznačno opredeliti v kakšnem obsegu je bil realiziran program presejanja diabetične retinopatije, temveč je moč opredeliti le v kakšnem obsegu je znašal plan in realizacija točk ter obiskov v celotnem programu specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti okulistike pri izbranih izvajalcih. V kolikor primerjamo te podatke za leto 2014 (pred uvedbo programa) in za leto 2016, lahko iz te primerjave z visoko stopnjo verjetnosti ocenimo, da program presejanja diabetične retinopatije v letu 2016 ni bil izveden v celoti pri nobenemu izbranemu izvajalcu, kar je sicer ob uvajanju novih programov sicer relativno pričakovano. Celoten program okulistike je bil tako v letu 2014 realiziran 103,7%, v letu 2016 pa le 87,6% (izraženo v točkah) oziroma izraženo v številu obiskov pacientov je bil program v letu 2014 realiziran 100,6%, v letu 2016 pa le 82,4%. Iz razpoložljivih podatkov ocenjujemo s pomembno stopnjo verjetnosti, da celoten program presejanja diabetične retinopatije v letu 2016 ni bil realiziran več kot 45%.

Damjan Kos

Okrožnica ZAE 56/16: Nova storitev E0627 »Presejanje diabetične retinopatije«, št. 0072-1/2016-DI/43 z dne 22. 11. 2016

V okviru dogovarjanj za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2017 so partnerji dogovorili uvedbo nove storitve E0627 »Presejanje diabetične retinopatije« v seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti. Nova storitev predstavlja celostno zunajbolnišnično obravnavo, kar pomeni, da poleg te storitve Zavodu ni mogoče zaračunati nobene druge storitve.

Storitev se lahko obračuna v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti okulistike 220 229 na vrstah dokumenta 4-12 (individualni račun za MedZZ) in 15-16 (poročilo) na strukturi Obravnava skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifranti.

Skladno z navedenim v seznam storitev 15.11 »Celostne obravnave v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220)« uvajamo novo storitev E0627 »Presejanje diabetične retinopatije«:

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0627	Presejanje diabetične retinopatije	Presejanje diabetične retinopatije. Storitve vključuje: kratko anamnezo – koliko dolgo traja poslabšanje vida, predhodna zdravljenja, osnovne zdravstvene podatke (vrsta sladkorne bolezni, trajanje, terapija, HbA1c, komplikacije), vnos podatkov v elektronski karton bolnika; določanje najboljše korigirane vidne ostrine desnega in levega očesa: midriaza – kapanje midriatika v desno in levo oko; fotografiranje mrežnice – dve 45° fotografiji očesnega ozadja (papila v centru, makula v centru); če je fotografija nepregledna, je potrebno slikati sprednji segment; odčitavanje fotografij mrežnice; vrednotenje stopnje okvare – gradiranje diabetične retinopatije, predvideti datum ponovnega fotografiranja mrežnice ali zdravljenja ali diagnostičnega postopka oziroma oftalmološkega pregleda. Storitve vključuje tudi vpis bolnika v ustrezen nacionalni register. Storitve izvajata zdravnik specialist oftalmologije in diplomirana medicinska sestra. Zaračuna se po izdanem izvidu. Poleg te storitve Zavodu ni mogoče zaračunati nobene druge storitve.	primer	1

Oznaka količine (1 – kol. je 1; 2 – dejanska količina)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo	Oznaka cene	Evidenčna storitev	Tip storitve	Nivo planiranja
1	1	3	Ne	5 PRI	E0627

V povezovalni šifrant K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun« dodajamo naslednje storitve (označeno s krepko pisavo):

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	220	Oftalmologija v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti	
	229	Okulistika	E0627

V povezovalni šifrant K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi« dodajamo naslednje storitve (označeno s krepko pisavo):

			VD 4-12 in 15-16 Obravnava opr. stor.
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	220	Oftalmologija v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti	
	229	Okulistika	E0627

Ker poleg storitve ni mogoče obračunati nobene druge storitve iz Seznama storitev v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, v povezovalnem šifrantu K14.1 »Izključujoče in soodvisne storitve v okviru ene obravnave z vključenimi pravili obračunavanja« dopolnjujemo kontrolo ROB 0380 s storitvijo E0627.

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

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

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Pika Jazbinšek (pika.jazbinsek@zzzs.si; 01/30-77-534)

DOPOLNITEV 12. 1. 2017

Novo storitev lahko od 1. 1. 2017 dalje izvajajo in obračunajo ZZZS naslednji izvajalci:

SB Izola, SB Nova Gorica, OZG Kranj, SB Murska Sobota, SB Celje, SB Novo mesto, UKC Maribor in UKC Ljubljana

DOPOLNITEV 11. 4. 2017

Okrožnico dopolnjujemo s strokovnimi smernicami, ki določajo, da osebe, ki še nimajo postavljene diagnoze sladkorne bolezni, še nimajo povečanega tveganja za pojav diabetične retinopatije, zato pri njih presejalni pregled z namenom zgodnje diagnostike diabetične retinopatije niso potrebni.

Sladjana Jelisavčić
Jerneja Eržen

Uvedba novega programa farmacevtskega svetovanja od leta 2016 dalje

Partnerji v zdravstvu so v okviru Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016 opredelili tudi uvedbo novega programa farmacevtskega svetovanja, ki je namenjen predvsem kroničnim bolnikom, ki jemljejo več zdravil hkrati. To je namreč povezano s povečanim tveganjem za zaplete v zvezi z zdravili (neželeni učinki, medsebojno delovanje zdravil), kar zmanjša zdravje in kvaliteto življenja.

Program je bil dogovorjen na osnovi razvojne naloge, ki je od novembra 2012 do decembra 2015 potekala v Območni enoti Murska Sobota in delu Območne enote Ljubljana. Analiza dela je pokazala velike individualne koristi za paciente, pa tudi zdravniki so sodelovanje s farmacevtom svetovalcem sprejeli zelo pozitivno.

Program se v skladu s splošnim dogovorom postopoma uvaja na področju Slovenije in trenutno najbolj razširjeno deluje v Območni enoti Murska Sobota. Osebni zdravnik na podlagi strokovne presoje napoti pacienta v ambulanto farmacevtskega svetovalca za izvedbo farmakoterapijskega pregleda. Farmakoterapijski pregled, ki ga postopoma v zdravstvenih domovih zagotavlja ZZZS, obsega:

- pregled predpisanih zdravil glede na pričakovani odziv pri bolniku (ali je zdravilo učinkovito) in ob upoštevanju bolnikovih bolezni (npr. okvara ledvic, sladkorna bolezen),
- pregled predpisanih zdravil pri starostnikih glede na listo potencialno neprimernih zdravil za starostnike (npr. PRISCUS lista),
- pregled odmerkov predpisanih zdravil, njihovega števila in časa dajanja, tudi glede na obroke hrane in ostala zdravila,
- pregled predpisanih zdravil glede na medsebojno nezdružljivost ali slabo združljivost ter glede na preobčutljivost,
- pregled klinično pomembnih interakcij med zdravili z bazo Lexi-Comp On-line,
- pregled optimalnega kombiniranja zdravil in
- pregled stroškovne učinkovitosti predpisanega zdravljenja.

Pri tem je pomembno, da se farmacevtski svetovalec lahko z bolnikom tudi pogovori (podatki o dejanskem jemanju zdravil) in da ima dostop do bolnikove zdravstvene dokumentacije (ocena ledvične funkcije in podobno). Farmacevt svetovalec nato izda mnenje (farmakoterapijski pregled), ki ga pošlje le osebnemu zdravniku, s pacientom o njem ne razpravlja.

Po prejemu pisnega izvida farmakoterapijskega pregleda osebni zdravnik glede na poznavanje bolnika in svojo klinično presojo v dogovoru z bolnikom izvede spremembe: prilagodi odmerke in čas jemanja zdravil, zamenja ali ukine zdravila. V primeru nejasnosti ali različnih mnenj se dodatno posvetuje s farmacevtskim svetovalcem.

Osebni zdravnik napoti pacienta k sistemu farmacevtu svetovalcu, s katerim ima organizirane skupne sestanke kakovostnega predpisovanja zdravil. V letu 2016 je bil namreč kot sistemska novost v osnovnem zdravstvu uveden nov zdravstveni delavec, in sicer farmacevt svetovalec, ki je po izobrazbi specialist klinične ali lekarniške farmacije s pridobljenimi kompetencami in ki nastopa kot sodelavec izbranega osebnega zdravnika – seznam usposobljenih farmacevtskih svetovalcev je objavljen na spletni strani ZZZS: <http://www.zzcs.si/zzcs/info/egradiva.nsf/o/4E9DF46E4CC1A955C1257FE80037607F?OpenDocument>. Ob seznamu je objavljen tudi

strokovni program dela skupin kakovostnega predpisovanja zdravil, ki jih sestavlja od 6 do 15 zdravnikov in farmacevtski svetovalec. Skupina se sestane vsako četrtletje in razpravlja o razpisanih temah v povezavi z zdravili. Hkrati je to prilika za prikaz primerov medsebojnih interakcij zdravil oziroma neželenih učinkov in izmenjavo izkušenj v zvezi z zdravili.

Program se v zdravstveni sistem uvaja postopno tako, da se v letu 2016 vključujejo območne enote Murska Sobota, Ljubljana in Maribor, v letu 2017 območne enote Kranj, Celje in Ravne na Koroškem ter v letu 2018 območne enote Novo mesto, Krško, Nova Gorica in Koper. Po podatkih na dan 10.4.2017 se program že izvaja v vseh 4 zdravstvenih domovih v Območni enoti Murska Sobota, v ZD Ormož, ZD Cerknica, ZD Logatec, ZD Vrhnika in ZD Idrija. V več zdravstvenih domovih pa potekajo priprave za začetek izvajanja programa.

Za uvedbo dodatnega programa farmacevtskega svetovanja je ZZZS namenil tudi dodatna finančna sredstva, in sicer v višini 720.335 evrov na letni ravni (ob polni uvedbi programa v vseh območnih enotah). Zdravstveni domovi po Sloveniji tako od lanskega leta dalje postopoma organizirajo sestanke kakovostnega predpisovanja zdravil in ambulanto farmacevtskega svetovalca. Program farmacevtskega svetovanja pridobijo zdravstveni domovi iz spodnje razpredelnice, in sicer po posredovanju dokazila, da so sklenili pogodbo o delu kliničnega farmacevta preko bolnišnice ali javne lekarne ali z redno zaposlitvijo specialista klinične ali lekarniške farmacije z ustreznimi kompetencami. Izvajalci organizirajo ambulanto farmacevtskega svetovalca za izvajanje farmakoterapijskih pregledov najmanj enkrat tedensko (oziroma enkrat na 2 tedna, kadar zaposlujejo manj kot 0,2 tima farmacevtskega svetovalca) v okviru delovnih tednov in z upoštevanjem delovnega časa. V kalkulaciji cene je bil za farmacevta svetovalca priznan 46. plačni razred.

Seznam izvajalcev farmacevtskega svetovanja po Splošnem dogovoru:

Območna enota	Zdravstveni dom
Celje	Celje, Laško, Slovenske Konjice, Šentjur, Šmarje, Žalec
Koper	Ilirska Bistrica, Izola, Koper, Piran, Postojna, Sežana,
Kranj	Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Tržič,
Krško	Brežice, Krško, Sevnica
Ljubljana	Cerknica (program že uveden), Domžale, Grosuplje, Idrija (program uveden), Kamnik, Kočevje, Litija, Ljubljana, Logatec (program že uveden), Ribnica, Trbovlje, Vrhnika (program že uveden), Zagorje
Maribor	Lenart, Maribor, Ormož (program že uveden), Ptuj, Slovenska Bistrica
Murska Sobota (program že uveden pri vseh ZD)	Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer, Murska Sobota,
Nova Gorica	Ajdovščina, Nova Gorica, Tolmin
Novo mesto	Črnomelj, Metlika, Novo mesto, Trebnje
Ravne na Koroškem	Mozirje, Radlje, Ravne, Slovenj Gradec, Velenje

Okrožnica ZAE 17/16: Poročanje programa farmacevtskega svetovanja (VZD 302 001), številka 0072-1/2016-DI/18 z dne 17. 3. 2016

Partnerji so v okviru dogovarjanj za Splošni dogovor za pogodbeno leto 2016 dogovorili nov Program farmacevtskega svetovanja.

Program farmacevtskega svetovanja je namenjen stalnemu izboljševanju kakovosti predpisovanja zdravil. Zdravniki zdravstvenega doma in zasebni zdravniki s koncesijo z delovnim nalogom napotujejo k farmacevtskemu svetovalcu predvsem bolnike s polifarmakoterapijo (pet in več različnih učinkovin) in bolnike za katere menijo, da so težave lahko posledica zdravil. Seznam specialistov klinične farmacije (kliničnih farmacevtov), ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovalca pripravlja in posodablja Lekarniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Sekcijo kliničnih farmacevtov, ZZS pa ga bo objavljala na svoji spletni strani. Program se bo prvi dve leti po začetku izvajanja plačeval v pavšalu, pozneje pa v odvisnosti od % opravljenih storitev. Izvajalec o opravljenih storitvah poroča evidenčno. Izvajalec programa farmacevtskega svetovanja je dolžan poleg farmacevtskega svetovanja organizirati tudi skupine kakovostnega predpisovanja zdravil, to je redna srečanja zdravnikov in farmacevtskega svetovalca s predavanji in razgovorom, predstavitvami primerov – vse na temo farmakoterapije. Podrobnosti so v Splošnem dogovoru v 15. členu priloge ZD ZAS II/a.

Program farmacevtskega svetovanja se uvaja postopno in sicer se uvede:

- v letu 2016 pri izvajalcih OE Murska Sobota, OE Ljubljana in OE Maribor;
- v letu 2017 pri izvajalcih OE Kranj, OE Celje in OE Ravne na Koroškem,
- v letu 2018 pri izvajalcih OE Novo mesto, OE Krško, OE Nova Gorica in OE Koper

Za napotovanje k farmacevtskemu svetovalcu se uporablja delovni nalog, s tem, da se:

- Ne izpolnjuje rubrika 4 – napotnica (specialist na sekundarnem nivoju ne napotuje k farmacevtskemu svetovalcu);
- V rubriki 5 – veljavnost naloga se vedno obkroži 1-enkratno;
- V rubriki 6 – vrsta storitve se obkroži 3. Storitve psihologa, logopeda, spec. pedagoga (v tem delu bo listina v prihodnosti ustrezno spremenjena);
- V rubriki Napoten k izvajalcu se izpolni klinični farmacevt;
- Izpolni se tudi rubrika podatki o bolezni (vzrok za napotitev), saj je pomembna za učinkovitost farmakoterapijskega pregleda.

1. Obračunavanje

Izvajalci bodo za program farmacevtskega svetovanja mesečno obračunali pavšal s šifro storitve E0618 »Pavšal za Program farmacevtskega svetovanja«. Novo storitev posredujejo v vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 »Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu« na vrstah dokumenta 15 in 16 (poročilo, popravek poročila) po PGO strukturi v skladu z navodili Zavoda, šifranti in povezovalnimi šifranti.

V šifrant 15.3 »Storitve PGO« uvajamo novo storitev E0618:

Šifra	Opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere	Oznaka količine	Oznaka cene	Tip storitve	Evidenčna storitev	Kontrola podvojenosti obračunavanja storitev v obračunskem obdobju na PGO
E0618	Pavšal za Program farmacevtskega svetovanja	Pavšal za Program farmacevtskega svetovanja	Znesek	1	1	3	10 PAV	Ne	Da

Spremembe povezovalnega šifranta K1 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0618

Spremembe povezovalnega šifranta K2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

				VD 15-16 PGO
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0618

2. Evidenčno poročanje

Izvajalci bodo evidenčno poročali opravljene storitve programa farmacevtskega svetovanja. Za ta namen se uporabljajo storitve iz novega šifrant 15.106 »Evidenčne storitve v okviru Programa farmacevtskega svetovanja«.

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Št. enot mere	Min. število oseb	Min. število zdr. del.	Nivo planiranja	Šifrant 43
E0612	FTP od 1 do 4 učinkovine	Farmakoterapijski pregled (FTP) od 1 do 4 učinkovine	1			Z0042	Z0042
E0613	FTP od 5 do 9 učinkovin	Farmakoterapijski pregled (FTP) od 5 do 9 učinkovin	1			Z0042	Z0042
E0614	FTP, 10 do več učinkovin	Farmakoterapijski pregled (FTP) 10 do več učinkovin.	1			Z0042	Z0042
E0615	Ponovni FTP	Farmakoterapijski pregled (FTP) terapije, ki je že bila pregledana, pa je v njej prišlo do sprememb (dodana ali menjana zdravila) in se je zato ponovno pregledala.	0,5			Z0042	Z0042
E0616	FTP izven matične ambulante	Farmaceutski svetovalec gre v ambulanto izven svoje običajne k npr. zdravniku zasebniku ali na zdravstveno postajo. Šifra se obračuna dodatno 1-krat na ambulanto. V takem primeru je potrebno zagotoviti zadostno število primerov (najmanj 4 primere), da farmacevtski svetovalec vse delo opravi v oddaljeni ambulanti.	1	4	1		
E0617	Sestanek KPZ	Sestanek skupine kakovostnega predpisovanja zdravil (KPZ)	1		4		

Za vse navedene storitve veljajo naslednji podrobni podatki:

- Naziv enote mere: enota
- Oznaka količine: 1
- Oznaka cene: 5 (cena storitve v ceniku ni navedena)
- Tip storitve: 9 EME
- Evidenčna storitev: Da

2.1. Evidenčno poročanje po strukturi Obravnava

Storitve E0612-E0615 iz seznama 15.106 izvajalci Zavodu evidenčno poročajo na vrstah dokumentov 15 in 16 (poročila in popravki poročila) po strukturi Obravnava na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 »Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu«, skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifranti.

Za spremljanje realizacije storitev E0612-E0615 uvajamo novo šifro Z0042.

Dopolnitev Šifrant 43

ŠIFRA	OPIS
Z0042	enote skupaj

Spremembe povezovalnega šifrant K1 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0612-E0615 (iz Šifrant 15.106)	Z0042

Spremembe povezovalnega šifrant K2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

				VD 15-16 Obravnava opr. storitve	
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0612-E0615 (iz Šifrant 15.106)	

Spremembe povezovalnega šifrant K14.1 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

ROB0070	V 302 001 se na obravnavi storitev E0612-E0615 obračuna kot edina storitev.
---------	--

Za poročanje programa farmacevtskega svetovanja Zavod na strukturi »Obravnava« na nivoju obravnave dopolnjuje pravilo za navajanje podatka IVZ številka zdravstvenega delavca (dopolnitev označena s krepko pisavo):

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
IVZ številka zdravstvenega delavca	5-mestna šifra IVZ iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Če delavec ni vključen v BPIZD, se podatek ne navede. V dejavnosti 302 001 se pri obračunu storitev E0612-E0615 v ta podatek vedno obvezno navede IVZ številka zdravstvenega delavca, ki je veljaven tudi v Seznamu specialistov klinične farmacije, ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovanja. V primeru nadomestnega zdravstvenega delavca se v to polje vpiše IVZ številka zdravstvenega delavca, ki ga nadomestni zdravstveni delavec nadomešča.

Na strukturi »Obravnav« Zavod na nivoju obravnave uvaja dodaten podatek, ki ga izvajalci posredujejo ZZS pri obračunu:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
IVZ številka zdravstvenega delavca	IVZ številka nadomestnega zdravstvenega delavca 5-mestna šifra IVZ iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Podatek se navede samo v dejavnosti 302 001 pri obračunu storitev E0612-E0615, kadar storitev izvede nadomestni zdravstveni delavec, ki je veljaven tudi v Seznamu specialistov klinične farmacije, ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovanja.

Na strukturi »Obravnav« Zavod na nivoju storitve uvaja dodaten nabor podatkov, ki jih izvajalci posredujejo ZZS pri obračunu:

Podatki listine

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
IVZ številka izvajalca – naročnika	5-mestna šifra izvajalca iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Navede se šifra izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki je zavarovano osebo poslal na pregled oziroma posredoval farmacevtu svetovalcu kartoteko. Podatek se prepíše iz delovnega naloga. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 za storitve E0612-E0615.
IVZ številka zdravstvenega delavca – naročnika	5-mestna šifra IVZ iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Navede se šifra zdravnika, ki je zavarovano osebo poslal na pregled oziroma posredoval farmacevtu svetovalcu kartoteko. Podatek se prepíše iz delovnega naloga. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 za storitve E0612-E0615.

2.2. Evidenčno poročanje po strukturi PGO

Storitvi E0616 in E0617 iz seznama 15.106 izvajalci Zavodu evidenčno poročajo na vrstah dokumentov 15 in 16 (poročila in popravki poročila) po strukturi PGO na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 »Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu«, skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifranti.

Izvajalec lahko obračuna storitev E0616 »Farmakoterapijski pregled izven matične ambulante«, če je obravnaval najmanj 4 primere (štiri izmed storitev E0612-E0615). Zato mora izvajalec ob obračunu storitve E0616 obvezno istočasno poslati tudi seznam oseb z vsemi zahtevanimi podatki kot velja za poročanje seznama oseb v strukturi PGO, katerim je bil izveden farmakoterapijski pregled izven matične ambulante in za katere je izvajalec evidenčno poročal na strukturi Obravnav.

Pri obračunu storitve E0617 »Sestanek skupine kakovostnega predpisovanja zdravil« mora izvajalec obvezno poslati tudi seznam zdravstvenih delavcev, kjer navede predavatelje in udeležence sestanka. Za posameznega zdravstvenega delavca izvajalec navede naslednji nabor podatkov:

- IVZ številka zdravstvenega delavca
- IVZ številka nadomestnega zdravstvenega delavca
- Vrsta zdravstvenega delavca
- Vrsta udeležbe
- Vsebina predavanja

Za ta namen se med podatke PGO storitev uvaja nov sklop podatkov za program farmacevtskega svetovanja:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
IVZ številka zdravstvenega delavca	5-mestna šifra izvajalca iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 1). V primeru nadomestnega zdravstvenega delavca se v to polje vpiše IVZ številka zdravstvenega delavca, ki ga nadomestni zdravstveni delavec nadomešča. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 pri storitvah E0616 in E0617.
IVZ številka nadomestnega zdravstvenega delavca	5-mestna šifra izvajalca iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 1). Podatek se navaja le v primeru, kadar storitev izvede nadomestni zdravstveni delavec. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 pri storitvah E0616 in E0617.
Vrsta zdravstvenega delavca	Vrednost podatka je: 1 – zdravnik 2 – klinični farmacevt Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 za storitev E0617.
Vrsta udeležbe	Vpiše se, ali je zdravstveni delavec imel uvodno predavanje, predstavitev primera ali je le udeleženeec na sestanku. Uporabljajo se vrednosti iz šifranta 53: 1 – uvodno predavanje 2 – predstavitev primera 3 – udeležba Možen je vnos več vrednosti za enega zdravstvenega delavca. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 za storitev E0617.

Vsebina predavanja	Podatek je obvezen le pri vrsti udeležbe 1 (uvodno predavanje). Izvajalec navede maksimalno 3 vsebine, ki jih opredeli s šiframi iz seznama anatomske-terapevtsko-kemične klasifikacije zdravil (ATC) na 4. nivoju oziroma kadar je bil večji del predavanja namenjen le eni učinkovini, se zanjo navede 5. nivo ATC. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 za storitev E0617.
--------------------	---

Kot je razvidno iz opisa podatkov v zgornji tabeli, mora izvajalec podatek IVZ številka zdravstvenega delavca (in IVZ številka nadomestnega zdravstvenega delavca) iz novega sklopa podatkov navesti tudi pri obračunu storitve E0616. V tem primeru podatek označuje farmacevtskega svetovalca, ki je storitev opravil izven svoje običajne ambulante.

Uvede se nov šifrant 53«Vrsta udeležbe zdravstvenega delavca».

ŠIFRA	OPIS
1	Uvodno predavanje
2	Predstavitve primera
3	Udeležba

Pri obračunu storitev E0616 in E0617 mora izvajalec obvezno navesti datum opravljene storitve, to je datum izvedenih farmakoterapijskih pregledov oziroma datum sestanka skupine kakovostnega predpisovanja zdravil.

Spremembe povezovalnega šifrant K1 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0616-E0617 (iz Šifrant 15.106)

Spremembe povezovalnega šifrant K2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

				VD 15-16 PGO
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	E0616-E0617 (iz Šifrant 15.106)

Spremembe povezovalnega šifrant K4 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

				Navajanje sklopa podatkov Seznam oseb na PGO	Navajanje datuma opravljene storitve na strukturi PGO za storitve tipa EME
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	302	001	Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu	P (obvezno za storitvi E0616 in E0617)	P (obvezno za storitvi E0616 in E0617)

Spremembe veljajo za storitve opravljene od 1. 6. 2016 dalje.

Vsebina okrožnice bo vključena v Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Kontrole podatkov o programu farmacevtskega svetovalca bodo objavljene v Tehničnem navodilu za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Maja Tomšič (maja.tomšič@zzzs.si; 01/30-77-448)

Sladjana Jelisavčić
Maja Tomšič

Novi predpisi in obvestila s področja obveznega zdravstvenega zavarovanja v obdobju od maja 2016 do aprila 2017

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 2016 do vključno aprila 2017 objavljeni ali posodobljeni v ZZZS spletni aplikaciji »E-gradiva« na naslovu www.zzzs.si/egradiva (po kronološkem vrstnem redu glede na datum objave).

1. Pravni akti partnerjev v zdravstvu:

- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2016; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 6. 2016)
- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2016; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 1. 2017)

2. Pravni akti ZZZS:

- Pravilnik o nadzorih; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 6. 2016)
- Poslovník komisije za razvrščanje zdravil na listo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 7. 2016)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 7. 2016)
- Navodilo o postopkih posredovanja osebnih in drugih podatkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 9. 2016)
- Sklep o določitvi terapevtske skupine zdravil s somatropinom; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 9. 2016)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 9. 2016)
- Pravilnik o izvajanju revizije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 10. 2016)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 10. 2016)
- Sklep o določitvi cene standardnega materiala za vlite zalivke, prevleke, krone in mostičke; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2016)
- Sklep o določitvi pooblaščenih zdravnikov za predpisovanje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 18. 10. 2016)
- Sklep o imenovanju članov komisije za razvrščanje zdravil na liste; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 10. 2016)
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače (neuradno prečiščeno besedilo št. 1); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 11. 2016)
- Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanih zdravnikih Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 11. 2016)
- Sklep o javnem razpisu za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 12. 2016)
- Sklep o rokih plačil avansov v letu 2017; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 12. 2016)

- Sklep o imenovanju članov komisije za medicinske pripomočke iz skupine pripomočki pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi-čistopis; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 5. 1. 2017)
- Pravilnik o komisijah za medicinske pripomočke (neuradno prečiščeno besedilo št. 1); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 2. 3. 2017)
- Sklep o imenovanju članov komisije za medicinske pripomočke iz skupine pripomočki pri težavah z odvajanjem seča (neuradno prečiščeno besedilo); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 3. 2017)
- Sklep o imenovanju članov komisije za medicinske pripomočke iz skupine pripomočki pri zdravljenju sladkorne bolezni (neuradno prečiščeno besedilo); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 3. 2017)
- Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 3. 2017)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za skupine medsebojno zamenljivih zdravil in za terapevtske skupine zdravil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 3. 2017)
- Sklep o izbiri dobaviteljev za izvajanje programov izdaje in izposoje medicinskih pripomočkov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 31. 3. 2017)
- Pravilnik o kartici zdravstvenega zavarovanja, profesionalni kartici in pooblastilih za branje in zapisovanje podatkov v zalednem sistemu; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 4. 2017)
- Sklep o določitvi najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 4. 2017)

3. Okrožnice in navodila ZZZS:

- Okrožnica ZAE 22/16: Sezname storitev v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti – dopolnitve Okrožnice ZAE 44/14, 4/15, 7/15, 13/15, 15/15, 16/15, 37/15, 43/15, 49/15 in 13/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 5. 2016)
- Okrožnica MP št.: 1/2016: Zagotavljanje MP v socialnovarstvenih zavodih; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 5. 2016)
- Okrožnica MP št. 2/2016: Zagotavljanje maske pri uporabi medicinskih pripomočkov za podporo dihanju; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 1. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 23/16: Uvedba novih storitev E0621 »INFANRIX HEXA« in E0620 »Pavšal NIJZ – cepilna mesta« v dejavnosti 705 822 »Distribucija cepiv – NIJZ«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 6. 2016)

- Okrožnica ZAE 6/16: Prospektivni program v akutni bolnišnični obravnavi SPP – nova šifra v Šifrantu K15.5: Oznake bolezni in diagnoze – dopolnitev 14.06.2016; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 6. 2016)
- Okrožnica MP št. 3/2016: Dopolnitev kontrol v sistemu on-line in šifranta za medicinske pripomočke; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 14. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 24/16: Nova šifra LZM v zdravstveni negi v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego od 1. 6. 2016 dalje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 25/16: Dodatno evidenčno beleženje v dejavnosti ortodontija – E0623 »Čakajoča zavarovana oseba« od 1.7.2016 dalje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 6. 2016)
- Pooblaščen psihiatri za predpisovanje živil za posebne zdravstvene namene; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 1/16: Nov obračunski model zobozdravstva za mladino; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 26/16: Ukinitev storitev 02002, 03002 in 04002 iz seznama storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 27/16: Dopolnitev dolgega opisa storitve K1001 »Kratek obisk«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 28/16: Nova storitev 17124 »Titracija nadtlaka v zgornjih dihalnih poteh«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 29/16: Dopolnitev dolgega opisa storitve 58350 »Primarni šiv fleksorne tetive v zapestju in na podlahti – prva tetiva«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 30/16: Dopolnitev opisa storitve 59450 »Krioterapija do 5 mest***«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 31/16: Uvedba storitev 88927 »Splošna anestezijska – polurna« in 88926 »Vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije« v seznam zobozdravstvenih storitev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 32/16: Dopolnitev kratkega opisa storitev za zdravljenje bolnikov s HIV okužbo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 33/16 : 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 in 22/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 34/16: Nova storitev E0622 »Operacije obeh kil hkrati«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 36/16: Ukinitev podvrst 338 016 – 338 023, 513 152, sprememba naziva v podvrsti 338 024 »NMP – helikopter«, uvedba novih podvrst 338 040 – 338 049; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 37/16: Nov seznam storitev klinične psihologije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 23. 6. 2016)
- Okrožnica ZAE 35/16: Uvedba obstoječih šifer LZM (Q0062 in Q0063) v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti 234 251 splošna kirurgija; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 6. 2016)
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za izboljšanje vida (neuradno prečiščeno besedilo); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 7. 2016)
- Okrožnica MP št. 4/2016 – Dopolnitev navodila za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 7. 2016)
- Navodilo za obračun št. 35 – Standardi kodiranja – avstralska različica 6, slovenske dopolnitve; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 8. 2016)
- Okrožnica ZAE 38/16: Dopolnitve obračuna izposoje MP z branjem podatkov OZZ; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 31. 8. 2016)
- Okrožnica ZAE 39/16: Uvedba nove storitve E0626 »GARDASIL 9«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 9. 2016)
- Ponudnikova pravila in pogoji za uporabo SMS storitve »SMS Listine za tujino in Zdravstveno zavarovanje«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 12. 9. 2016)
- Okrožnica ZAE 40/16: Sprememba navodil zaradi ukinitve doplačil osebe za namestitev pri zdraviliškem zdravljenju; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 9. 2016)
- Okrožnica ZAE 41/16: Nova storitev Q0241 »Dodatna reimplantacija baklofenske črpalke«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 30. 9. 2016)
- Okrožnica ZAE 42/16: Kontrole nad številko izvajalca – BPI šifre organizacije predpisovalca; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 4. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 44/16: Dopolnitev dolgega opisa storitve 58350 »Primarni šiv fleksorne tetive v zapestju in na podlahti – prva tetiva in Ahilove tetive«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 45/16: Nova storitev Q0242 »ePosvet«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 8. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 43/16: Sprememba točkovnega normativa pri storitvi 17124 »Titracija nadtlaka v zgornjih dihalnih poteh«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 9. 11. 2016)
- Okrožnica: Ugotavljanječasne nezmožnosti za delo pri nosečnicah; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 15. 11. 2016)
- Okrožnica MP št. 5/2016: Raziskava zdravljenje sladkornih bolnikov tipa 2 z inzulinsko črpalko in nadaljne zagotavljanje medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 11. 2016)
- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače ter Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 47/16: 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 in 33/16; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 11. 2016)
- Struktura XML datoteke za elektronsko objavo šifrantov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 48/16: Uvedba nove storitve E0628 »BEXSE-RO«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 11. 2016)

- Okrožnica ZAE 54/16: Nova storitev E0629 »Posodobljena delavnica zdravo hujšanje«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 23. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 53/16: Nove šifre v šifrantu 15.38, novi šifri v standardih tip 3 in 8, dopolnitev povezovalnih šifrantov K28 in K31;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 25. 11. 2016)
- Tehnično navodilo za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 28. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 36/16: Ukinitev podvrst 338 016 – 338 023, 513 152, sprememba naziva v podvrsti 338 024 »NMP – helikopter«, uvedba novih podvrst 338 040 – 338 049;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 46/16: Sezname storitev v zunajbolnišnični zobozdravstveni dejavnosti (čeljustne in zobne ortopedije – ortodontija);
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 52/16: Prospektivni program v akutni bolnišnični obravnavi SPP – dopolnitev obstoječih šifrantov za poročanje od 1.2.2017 dalje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 11. 2016)
- Okrožnica ZAE 57/16: Nova kontrola – zastaralni rok 3 leta;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 29. 11. 2016)
- Rebalans finančnega načrta ZZSS za leto 2016;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 6. 12. 2016)
- Okrožnica MP št. 6/2016 Spremembe in dopolnitve kontrol v sistemu on-line – penlice;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 15. 12. 2016)
- Okrožnica ZAE 58/16: Uvedba šifre LZM Q0035 Citološke preiskave punktata dojke tudi v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti 231 246 izvajanje ultrazvoka (UZ) od 01. 07. 2016 dalje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 12. 2016)
- Tehnično navodilo za uporabo sistema on-line zdravstvenega zavarovanja;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 12. 2016)
- Okrožnica ZAE 59/16: Uvedba novih preiskav v specialističnih zunajbolnišničnih zdravstvenih dejavnostih 231 245 izvajanje računalniške tomografije (CT) ter 231 244 izvajanje magnetne resonance (MR) od 01.01.2017 dalje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 12. 2016)
- Navodilo o profesionalni kartici in pooblastilih;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 5. 1. 2017)
- Okrožnica MP št. 1/2017: Vračilo izposojenih MP za zavarovane osebe, ki stalno bivajo v socialnovarstvenih zavodih;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 9. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 1/17: Novi storitvi 32822 »Tomosinteza dojke – enostransko« in 32823 »Tomosinteza dojke – dvostransko«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 13. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 2/17: Dodatno evidenčno beleženje storitev zdravstvene vzgoje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 13. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 3/17: Nova verzija klasifikacije MKB-10-AM, v6;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 13. 1. 2017)
- Razpored sej komisije;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 16. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 4/17: Nova storitev E0624 »Radiološka obravnava PET CT preiskave«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 5/17: Nova storitev E0625 »Scintigrafija dopaminskega prenašalca«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 6/17: Nove storitve v zvezi z zdravljenjem hepatitis C virusne okužbe;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 18. 1. 2017)
- Vprašalnik za izdajo obrazca A1 po 13.členu Uredbe ES 883/2004 za osebe, ki opravljajo delo v mednarodnem cestnem prometu;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 19. 1. 2017)
- 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: 23. 1. 2017)
- Okrožnica ZAE 55/16: Obračun radioterapije med hospitalizacijo;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 1. 2017)
- Tehnično navodilo za elektronski prenos podatkov Centralne baze zdravil v obliki XML;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 3. 2. 2017)
- Navodilo za obračun – vprašanja in odgovori- št.1/2017;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 6. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 49/16: Kontrole omejitev starosti;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 9. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 50/16: Nova kontrola vsebine obravnave;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 9. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE št. 08/17: Nova šifra storitve E0631 v dejavnosti 139 301 »Urologija v bolnišnični dejavnosti« od 1. 4. 2017 dalje za SB Celje;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 9. 2. 2017)
- Vabila na seje komisije;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 13. 2. 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. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 9/17: 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 in 47/16;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 17. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 10/17: Beleženje oznake primera v bolnišnični dejavnosti;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 20. 2. 2017)
- Zapisniki komisije za razvrščanje zdravil na listo;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 21. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 11/17: Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 278 »Celostna rehabilitacija slepih in slabovidnih« v okviru vrste 220 »Oftalmologija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 12/17: Sprememba točkovnega normativa in dolgega opisa pri storitvi 17124 »Titracija nadtlaka v zgornjih dihalnih poteh«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 13/17: Dopolnitev opisa storitve E0450 »Poligrafija spanja na domu«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 14/17: Sprememba točkovnega normativa in dolgega opisa pri storitvi 34602 »Vakumska stereoteksija«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 15/17: Dopolnitev dolgega opisa storitve 58350 »Primarni šiv fleksorne tetive v zapestju in na podlatti (prva tetiva) in Ahilove tetive«;
(<http://www.zzss.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)

- Seznam A s spremembami; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 2. 2017)
- Okrožnica ZAE 17/17: Beleženje zdravil iz Seznama A v skupnostni psihiatriji (230 269); (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 2. 2017)
- Seznam farmacevtskih svetovalcev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 3. 2017)
- Okrožnica ZAE 9/16: Ukinitev beleženja evidenčnih storitev prvega in ponovnega pregleda (E0273, E0274) v dejavnostih 218 227 Nevrologija, 230 269 Skupnostna psihiatrija, 301 258 Medicina dela, 238 255 Internistika – urgentna ambulanta, 238 256 Kirurgija – urgentna ambulanta, 238 261 Infektologija – urgentna ambulanta in 238 262 Nevrologija – urgentna ambulanta; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 7. 3. 2017)
- Okrožnica ZAE 16/17: Sprememba kadrovskega normativa, opisa ali starostnih omejitev nekaterih logopedskih storitev; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 3. 2017)
- Okrožnica ZAE 19/17: Dodatno evidenčno beleženje storitev zobozdravstvene vzgoje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 16. 3. 2017)
- Dodatni podatki za lekarne; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 17. 3. 2017)
- Okrožnica ZAE št. 18/17: Navodila določitve deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja in vsebine obravnave; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 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«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 3. 2017)
- Okrožnica ZAE 21/17: Nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 277 »Pediatrja – urgentna ambulanta« v okviru vrste 238 »Urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 22. 3. 2017)
- Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on – line sistemu; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2017)
- Tehnično navodilo za pripravo eZahtevka za refundacijo namoženih plač; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 27. 3. 2017)
- Seznam izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 31. 3. 2017)
- Tehnično navodilo za spletni dostop zdravnika do kazalnikov kakovosti predpisovanja zdravil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 6. 4. 2017)
- Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, verzija 17; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 4. 2017)
- Okrožnica ZAE 56/16: Nova storitev E0627 »Presejanje diabetične retinopatije«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 11. 4. 2017)
- Spremembe seznama B; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 13. 4. 2017)
- Draga bolnišnična zdravila za poročanje ZZZS; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 19. 4. 2017)
- Spremembe list zdravil in živil; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 20. 4. 2017)
- Okrožnica ZAE 51/16: Kontrola količine storitve in maksimalnega dovoljenega števila storitev na obravnavo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 21. 4. 2017)
- Seznam zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, razvrščenih na liste, seznam bolnišničnih zdravil, seznam zdravil z najvišjo priznano vrednostjo ter seznam najvišjih priznanih vrednosti za živila za posebne zdravstvene namene – čistopis; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 24. 4. 2017)
- Okrožnica ZAE 22/17: Dopolnitev dolgega opisa storitve E0434 »Izrezanje bazalnoceličnega in skvamoznega karcinoma kože«; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 4. 2017)
- Okrožnica ZAE 23/17: Uvedba novih storitev radioterapije ter uvedba maksimalnega števila storitev na obravnavo pri obstoječih storitvah radioterapije od 01.01.2017 dalje; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 25. 4. 2017)
- Seznam A s spremembami; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 26. 4. 2017)
- Zapisniki komisije za razvrščanje zdravil na listo; (<http://www.zzzs.si/egradiva>, datum objave: 28. 4. 2017)

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

Javna objava Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017 ter naslednjih dogovorov in pripadajočih aneksov samo v elektronski obliki

Vlada RS še ni odločila o spornih vprašanjih k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2017. Po odločitvi Vlade RS in opredelitvi besedila Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2017 bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) ta dogovor in tudi vse naslednje dogovore ter pripadajoče anekse objavljal le še v elektronski obliki, in sicer na spletnem portalu za izvajalce zdravstvenih storitev in dobavitelje medicinskih pripomočkov na naslovu: <https://partner.zzzs.si>.

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

Generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na podlagi 77. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.), 4. točke prvega odstavka 76. člena in 83. člena Zakona o zdravstveni dejavnosti (Uradni list RS, št. 9/1992 in nasl.) ter tretjega odstavka 65. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.), izdaja

Pravilnik o nadzorih

I. Poglavje – splošne določbe

1. člen

(vsebina pravilnika)

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

2. člen

(subjekt nadzora)

(1) Po tem pravilniku se izvaja nadzor pravnih in fizičnih oseb, ki na podlagi pogodbe z Zavodom nudijo zavarovanim osebam zdravstvene storitve, ki so določene v 23. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in drugih storitev, ki se financirajo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju besedila: izvajalci).

3. člen

(pomen izrazov in kratic)

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

1. »Diplomirani zdravstvenik« je fizična oseba, ki ima pridobljen strokovni naziv diplomiranega zdravstvenika v skladu s predpisi, ki urejajo znanstvene in strokovne nazive,
2. »Direkcija« je organizacijska enota Zavoda,
3. »Farmacevt« je fizična oseba, ki ima pridobljen strokovni naziv magister farmacije v skladu s predpisi, ki urejajo znanstvene in strokovne nazive,
4. »FM« je finančno medicinski nadzor, ki se izvaja na podlagi medicinske dokumentacije,
5. »FRO« je Finančno računovodski oddelek na OE oziroma Področje za finance in računovodstvo na Direkciji,
6. »Nadzorna skupina« je skupina nadzornikov oblikovana za skupino vrst zdravstvene dejavnosti, programov ali načina obračuna (npr. internistika, zdravila, patronažna dejavnost),
7. »Nadzornik« je pooblaščen oseba Zavoda za izvedbo finančno medicinskega nadzora ali območnega nadzora,
8. »Neposredni nadzor« je nadzor, ki se izvaja na sedežu oziroma v poslovnih prostorih izvajalca,
9. »O« je območni nadzor,
10. »OE« je Območna enota Zavoda,
11. »OZZ« je obvezno zdravstveno zavarovanje,
12. »PAO« je Oddelek za plan in analize na OE,
13. »Pogodba« je Pogodba o uresničevanju zdravstvenih programov, zagotavljanju zdravil oziroma medicinskih pripomočkov, ter organiziranju zdravstvenega letovanja in obnovitvene rehabilitacije med Zavodom in izvajalcem,

14. »Posredni nadzor« je nadzor, ki se izvaja na sedežu oziroma v poslovnih prostorih Zavoda,

15. »Vodja nadzorne skupine« je nadzornik, ki je imenovan za vodjo nadzorne skupine,

16. »Vodja oddelka« je vodja oddelka za nadzor na Direkciji,

17. »ZAE« je Področje zdravstvene analitike in ekonomike,

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

II. Poglavje – vsebina, vrste in načini nadzora

4. člen

(vsebina nadzora)

(1) Po vsebinah nadzora Zavod izvaja:

- nadzor nad spoštovanjem obveznosti po pogodbah,
- nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev,
- nadzor nad uveljavljanjem pravic iz OZZ,
- nadzor nad izvajanjem drugih pogodbenih obveznosti (npr. namenska poraba sredstev, poročanje, ordinacijski čas, vodenje čakalnih seznamov).

(2) Nadzor nad izdajanjem medicinskih pripomočkov pri dobaviteljih se izvaja v skladu s posebnim pravilnikom, ki ga sprejme generalni direktor Zavoda.

5. člen

(vrsta nadzora)

(1) Po vrstah nadzora Zavod izvaja:

- finančno medicinski nadzor (FM),
- območni nadzor (O).

(2) FM nadzor se praviloma izvede na osnovi:

- obračunskih listin ali dostopnih baz podatkov, listin za uveljavljanje pravic iz OZZ, druge razpoložljive dokumentacije in vpogleda v medicinsko dokumentacijo ter vključuje nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem zdravstvenih storitev, nadzor nad predpisovanjem in izdajanjem zdravil, nadzor nad predpisovanjem medicinskih pripomočkov in drugih pravic iz OZZ, ter drugih pogodbenih obveznosti izvajalca.

(3) O nadzor se praviloma izvede na osnovi:

- obračunskih listin ali dostopnih baz podatkov, listin za uveljavljanje pravic iz OZZ ter vključuje nadzor nad pravilnostjo evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev, zdravil in drugih pravic iz OZZ;
- listin za uveljavljanje pravic iz OZZ in druge razpoložljive dokumentacije ali baz podatkov, ki jih vodi Zavod ali izvajalec

ter vključuje nadzor nad izvajanjem pogodb, Pravil OZZ in drugih aktov Zavoda, ki urejajo pravice iz OZZ,

- druge dokumentacije, ki jo Zavod prejme od izvajalca ali zavarovane osebe.

(4) Za izvedbo posebej zahtevnih nadzorov lahko generalni direktor glede na pisno utemeljitev vodje oddelka ali direktorja OE s sklepom določi skupino nadzornikov.

6. člen (način nadzora)

(1) Po načinu nadzora Zavod izvaja:

- redni nadzor,
- izredni nadzor.

(2) Redni nadzor se izvaja v skladu z letnim načrtom nadzorov, sprejetim na podlagi 9. člena tega pravilnika.

(3) Zavod izvede izredni nadzor:

- če obstaja sum, da izvajalec krši pogodbeno določila,
- v vseh drugih primerih, če izredni nadzor narekujejo okoliščine na strani izvajalca ali če obstajajo druge okoliščine, iz katerih je sklepati, da izvajalec krši pogodbeno razmerje ali nastaja materialna škoda.

(4) Izredni nadzor lahko odredi: generalni direktor, direktor ZAE in direktor OE. Izredni nadzor se odredi nadzorniku za vsak posamični izredni nadzor. Generalni direktor in direktor ZAE lahko odredita izredni nadzor za vse izvajalce ne glede na njihov sedež, direktor OE pa za izvajalce s katerimi sklene pogodbo.

III. Poglavje – organizacija izvajanja nadzorov

1. Podpoglavje: Splošno

7. člen (nadzorniki)

(1) Nadzor izvajajo nadzorniki.

(2) Nadzorniki so:

- delavci Zavoda, ki jih za izvajanje FM nadzorov imenuje generalni direktor, za izvajanje O nadzorov pa direktorji OE,
- druge fizične ali pooblaščen pravne osebe, ki imajo za izvajanje FM nadzorov z Zavodom sklenjeno pogodbo in jih imenuje generalni direktor Zavoda.

(3) Imenovanje iz 2. odstavka se uredi tako, da se podeli ustrezno pooblastilo za delo z aplikacijo ZZZS Nadzori.

(4) FM nadzore lahko izvajajo le zdravniki, zobozdravniki, farmacevti in diplomirani zdravstveniki, ki pregledujejo:

- zapise v zdravstvenem kartonu in drugo medicinsko dokumentacijo zavarovanih oseb, podatke o njihovem statusu ali druge obstoječe podatke za potrebe nadzora. Le te lahko izpišejo, prepišejo ali kopirajo.

(5) Nadzorniki se pri opravljanju neposrednih nadzorov izkazujejo z osebno izkaznico in odredbo za nadzor.

8. člen (pooblastila in odgovornost)

(1) Nadzornik ne sme biti z izvajalcem v nobenem sorodstvenem ali pogodbenem razmerju.

(2) Ob pogojih iz prejšnjega odstavka nadzor opravlja en nadzornik, izjemoma dva ali več, če to narekuje vsebina, obsežnost ali

zahtevnost nadzora. O tem odloči vodja oddelka za FM nadzore in direktor OE za O nadzore. Skupina nadzornikov se imenuje v skladu s 5. členom tega pravilnika.

(3) Nadzornik je pri opravljanju nadzora samostojen – samostojno vodi nadzor, izdela začasni zapis, osnutek zapisnika oziroma zapisnik. Kadar nadzor izvaja več nadzornikov, jih usklajuje prvo imenovani na odredbi za nadzor, ki tudi vodi nadzorni postopek.

(4) Nadzornik je pri pripravi in izvajanju nadzora dolžan upoštevati veljavne predpise, pogodbeno pravo, pravne akte Zavoda, obračunska navodila in strokovna načela področja, ki so predmet nadzora, ter pri FM nadzorih usmeritve vodje oddelka in vodje nadzorne skupine oziroma navodila in usmeritve direktorja OE za O nadzore.

(5) Nadzornik mora varovati osebne podatke, s katerimi se seznanj pri opravljanju nadzora. Dolžnost varovanja osebnih podatkov je trajna.

(6) Nadzornik ali naročnik nadzora ne smeta z dejanjem ali opustitvijo dejanja izkazati ugodnejši rezultat za izvajalca in s tem povzročiti škodo Zavodu ali zavarovani osebi, sebi pa pridobiti neposredno ali posredno korist.

2. Podpoglavje: Načrtovanje nadzorov

9. člen (letni načrt)

(1) Letni načrt nadzorov je sestavni del letnega Poslovnega plana Zavoda.

(2) Letni načrt nadzorov vsebuje število nadzorov po vrsti nadzora.

(3) Letni načrt skupnega števila vseh vrst nadzorov na ravni Zavoda pripravi vodja oddelka v sodelovanju z OE.

(4) Letni načrt izvajalcev za O nadzore pripravijo direktorji OE za svoje OE.

(5) Pripravo letnega načrta vseh nadzorov koordinira vodja oddelka po rokovniku za pripravo letnega Poslovnega načrta Zavoda.

(6) Za izvedbo letnega načrta O nadzorov so pristojni in odgovorni direktorji OE. Za izvedbo letnega načrta FM nadzorov je pristojen in odgovoren vodja oddelka.

(7) Letni načrt se lahko med letom spremeni na osnovi analitičnih podatkov ali drugih novih dejstev.

10. člen (načrtovanje nadzorov po izvajalcih)

(1) Izvajalce, pri katerih bo izveden FM nadzor, določi vodja oddelka, izvajalce, pri katerih bo izveden O nadzor, pa določi direktor OE po sprejemu letnega Poslovnega načrta Zavoda.

(2) V obdobju sedmih (7) let se pri vsakem izvajalcu opravi najmanj 1 (en) FM ali O nadzor .

11. člen (pristojnost za vodenje postopka in izvajanje načrtovanih nadzorov)

(1) Pristojnost za vnašanje naročil in s tem vodenja postopka nadzora ima tista OE, ki ima z izvajalcem sklenjeno pogodbo.

(2) FM nadzore praviloma izvajajo nadzorniki direkcije, O nadzore pa nadzorniki OE.

(3) Kadar je sklenitelj pogodbe Direkcija, naroča in izvaja O nadzore tista OE, na območju katere ima izvajalec sedež.

(4) Glede vseh vrst in načinov nadzora so izjemoma možni tudi vsi drugi dogovori med Direkcijo in OE ali med posameznimi OE o delitvi pristojnosti za vodenje nadzornega postopka in izvajanju nadzora nad izvajalci.

IV. Poglavje – postopek izvajanja nadzora

1. Podpoglavje – Predhodni postopek

1. Odsek: Predhodni postopek v primeru rednega nadzora

12. člen

(najava rednega nadzora)

(1) Zavod o najavi rednega nadzora izvajalca obvesti s priporočeno pošto najmanj 5 (pet) delovnih dni pred predvidenim datumom nadzora.

(2) Najava iz prejšnjega odstavka mora vsebovati:

- številko postopka,
- datum in uro začetka rednega nadzora,
- kraj, vrsto in vsebino rednega nadzora,
- ime nadzornika, ki bo opravljal redni nadzor,
- zdravstvenega delavca, pri katerem se bo izvajal redni nadzor in
- vrsto zdravstvene dejavnosti.

(3) Zaradi zagotavljanja učinkovitega izvajanja rednega nadzora najava iz prejšnjega odstavka vsebuje še:

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

(4) »O« nadzori se praviloma izvajajo brez predhodne najave, razen v primeru, ko se od izvajalca pričakuje priprava večjega obsega dokumentacije na vpogled ali priprava in posredovanje večjega obsega podatkov za potrebe nadzora.

13. člen

(obveznost izvajalca)

(1) Izvajalec mora najmanj 3 (tri) dni pred napovedanim datumom rednega nadzora pisno ali po elektronski pošti sporočiti nadzorniku in OE, ki vodi nadzorni postopek:

- ime pooblaščenega predstavnika izvajalca, ki bo prisoten ob zaključku nadzora,
- in mu bo nadzornik vročil začasni zapis,
- kraj, kjer bo dejansko opravljen redni nadzor (oddelek, ambulanta, št. sobe, itd.).

(2) V primeru, da izvajalec zaradi višje sile ne more zagotoviti sodelovanja pooblaščenega osebe pri izvedbi rednega nadzora na napovedani datum rednega nadzora, mora o tem takoj obvestiti OE, ki vodi nadzorni postopek in nadzornika. Nadomestni datum izvedbe rednega nadzora skupaj določita nadzornik in izvajalec – praviloma najkasneje v roku 10 (deset) dni od prvotno napovedanega datuma izvedbe rednega nadzora.

(3) Izvajalec mora na kraju nadzora zagotoviti vso medicinsko in drugo dokumentacijo v zvezi s FM nadzorom.

(4) Za O nadzore mora izvajalec posredovati zahtevano dokumentacijo v roku, ki ga glede na obseg in vsebino zahteve določi nadzornik in ne more biti krajši od 3 (treh) in daljši od 15 (petnajst) dni.

14. člen

(udeležba zavarovanih oseb)

(1) V primeru, da je zaradi rednega nadzora potrebna prisotnost določene zavarovane osebe, ki jo je pri izvajalcu mogoče zagotoviti

le s predhodnim vabilom, ji mora Zavod poslati vabilo za udeležbo na napovedani datum nadzora najmanj 5 (pet) dni pred tem datumom.

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

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

(4) Vabljeni zavarovana oseba je upravičena do povračila potnih stroškov od kraja bivališča do kraja izvajanja nadzora, po ceni kilometra za službena potovanja.

2. Odsek: Predhodni postopek v primeru izrednega nadzora

15. člen

(najava izrednega nadzora)

(1) Najavo izrednega nadzora Zavod lahko pošlje izvajalcu po elektronski pošti 1 (en) dan pred datumom nadzora. V tem primeru e-pošto pošilja z elektronsko povratnico zaradi potrditve izvajalca o prejemu elektronske pošte.

(2) Najava iz prejšnjega odstavka mora vsebovati:

- številko postopka,
- kraj, datum in uro začetka izvajanja izrednega nadzora,
- vrsto in vsebino izrednega nadzora,
- ime nadzornika, ki bo opravljal izredni nadzor.

(3) Najava lahko vsebuje tudi ime zdravstvenega delavca oziroma vrsto zdravstvene dejavnosti.

(4) Zaradi zagotavljanja učinkovitega izvajanja izrednega nadzora najava iz prejšnjega odstavka vsebuje še:

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

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

2. Podpoglavje – Izvedba nadzora

16. člen

(neposredni in posredni nadzor)

(1) Nadzori so lahko neposredni (pri nadzorovancu), posredni ali kombinirani.

17. člen

(postopek izvedbe nadzora)

(1) O vsakem nadzoru se vodi najmanj naslednja dokumentacija:

- nalog in odredba za nadzor,
- osnutek zapisnika,
- tabele in dokumenti, ki so uporabljeni v nadzornem postopku.

(2) Nadzor obračuna zdravstvenih storitev se izvede na vzorcu primerov ali vseh primerih obračuna v določenem obdobju:

- V teku nadzora lahko nadzornik poveča vzorec v nadzoru.
- Nadzornik lahko po svoji presoji izvede povečanje vzorca v nadzoru tako, da v drugem delu nadzora, ki ga izvede časovno ločeno, pregleda dodatne primere.
- Nadzornik se o morebitnem povečanju vzorca v nadzoru odloči v 5 (petih) delovnih dneh od datuma izvedbe prvega

dela in določi datum drugega dela nadzora. Po zaključku izda osnutek zapisnika za oba dela nadzora.

(3) Če se v poteku nadzora ali po njegovem zaključku pojavijo nepredvidljive okoliščine v zvezi z nadzorom, na primer napaka v nadzornem postopku, stečaj izvajalca ali druge statusne spremembe, smrt ali zdravstveni zaplet, odločitev za tožbo z večjim zamikom, se postopek nadzora lahko:

- ustavi ali preloži. O tem odloči vodja oddelka za FM nadzore oziroma direktor OE za O nadzore, ki odločitev pisno utemelji,
- vrne v enega od prejšnjih korakov nadzora, tudi če je bil nadzorni postopek že zaključen. Povratek nadzora v enega od prejšnjih korakov na podlagi pisne obrazložitve odobri vodja oddelka za FM nadzore oziroma direktor OE za O nadzore.

18. člen (udeležba oseb)

(1) Pri nadzoru je med potekom nadzora praviloma prisoten le en (1) predstavnik izvajalca, ob zaključku pa tudi ostali udeleženci na predlog izvajalca.

(2) Med FM nadzorom je na predlog izvajalca lahko prisoten predstavnik zbornice, ki zastopa področje dela nadzorovanega izvajalca. Vsi ostali udeleženci, ki jih predloga izvajalec, so lahko prisotni pri nadzoru le s soglasjem nadzornika.

(3) Nadzornik lahko po lastni presoji zaradi razjasnitve določenih dejstev ali dodatnega pojasnila in dokumentacije k zaključku nadzora povabi tudi druge osebe izvajalca.

(4) Ne glede na kraj opravljanja FM nadzora mora biti izvajalcu dana možnost, da ob zaključku nadzora sodeluje sam oziroma po svojem pooblaščenju.

19. člen (začasni zapis)

(1) Začasni zapis sestavi nadzornik neposredno po izvedbi FM nadzora, na kraju nadzora. V njem zapiše ugotovljene kršitve in nepravilnosti.

(2) Sestavni del začasnega zapisa pri FM nadzorih so lahko tudi kopije dokumentacije, iz katerih so razvidne kršitve pogodbene obveznosti ali nepravilnosti.

(3) Kopija začasnega zapisa se vroči izvajalcu na mestu nadzora. Prevzem začasnega zapisa izvajalec (njegov pooblaščenec) lastnoročno podpiše. Če kopije začasnega zapisa ne želi prevzeti, jo Zavod v roku 5 (petih) delovnih dni pošlje izvajalcu z navadno pošiljko po pošti. Za datum vročitve začasnega zapisa velja datum nadzora na začasnem zapisu.

20. člen (osnutek zapisnika o nadzoru)

(1) Nadzornik praviloma v roku 14 dni po opravljenem nadzoru izdela osnutek zapisnika o nadzoru z opombo, da lahko izvajalec v 10 (desetih) delovnih dneh od prejema osnutka zapisnika poda argumentiran in z dokazi podprt ugovor. OE, ki vodi nadzorni postopek, pošlje izvajalcu osnutek zapisnika s priporočeno pošto oziroma na drug način, ki dokazuje prejem (npr.: z e- pošto in elektronsko povratnico).

(2) Osnutek zapisnika o nadzoru praviloma vsebuje naslednje podatke:

- številko postopka ter datum izdelave zapisnika,
- ime in priimek oziroma naziv osebe, ki je opravljala nadzor,
- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- ime in priimek oziroma naziv oseb, ki so sodelovali pri nadzoru,

- vrsta, vsebina in način nadzora,
- kraj, datum nadzora,
- vrsto zdravstvene dejavnosti zajete v nadzor oziroma ime nadzorovanega zdravstvenega delavca,
- statistiko ugotovljenih napak v pregledanem vzorcu za nadzor, skladno z vsebino nadzora,
- zapis o ugotovitvah nadzora.

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

- tabelarni prikaz ugotovitev pri nadzoru s komentarjem,
- seznam primerov po ZZZS številkah brez osebnih podatkov,
- ali drugi pomembni podatki o nadzoru, kot je npr. kopija dokumentacije, iz katere so razvidne kršitve ali nepravilnosti.

(4) Osnutek zapisnika podpiše nadzornik, ki je opravil nadzor. V primeru, da je nadzor opravilo več nadzornikov, ga podpišejo vsi nadzorniki.

(5) Dva izvoda osnutka zapisnika nadzornik pošlje PAO OE, ki je vodila nadzorni postopek. PAO OE in izvod osnutka zapisnika o nadzoru pošlje izvajalcu s priporočeno pošto oziroma ga vroči na drug način, ki dokazuje prejem. En izvod s kopijami dokumentacije se shrani v trajnem arhivu na OE.

21. člen (zapisnik o nadzoru)

(1) V primeru, da izvajalec v roku 10 (desetih) delovnih dni od prejema osnutka zapisnika ne poda ugovora, to pomeni, da se z ugotovitvami nadzora strinja in osnutek zapisnika postane zapisnik.

(2) V primeru, da izvajalec v 10 (desetih) delovnih dneh od prejema osnutka zapisnika poda ugovor in Zavod iz ugovora in argumentiranih dokazov ugotovi razloge za upoštevanje oziroma delno upoštevanje ugovora, Zavod izda popravljen oziroma dopolnjen zapisnik, ki ga vroči izvajalcu po pošti ali na drug način, ki dokazuje prejem.

(3) V primeru, da ugovor izvajalca ne spremeni ugotovitev iz osnutka zapisnika, se ne izda nov zapisnik, temveč pristojna OE z dopisom obvesti izvajalca, da ugovor ni bil upoštevan. Osnutek zapisnika postane zapisnik in datum prejema dopisa šteje kot datum prejema zapisnika.

(4) Zapisnik (v primeru iz prejšnjega odstavka skupaj z dopisom), je podlaga za ovrednotenje in finančni izračun ugotovljenih nepravilnosti iz nadzora.

V. Poglavlje – pravne posledice kršitve pogodbenega razmerja

22. člen (obvestilo pogodbenemu partnerju)

(1) Zavod izda izvajalcu na podlagi zapisnika obvestilo pogodbenemu partnerju o opravljenem nadzoru (v nadaljevanju: obvestilo).

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

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

(4) Obvestilo mora vsebovati:

- številko postopka ter datum izdaje obvestila,

- ime in priimek oziroma naziv izvajalca,
- vrsto nadzora,
- nadzorovano dejavnost,
- datum nadzora,
- zahtevo za poravnavo ugotovljenih obveznosti.

- (5) Glede na ugotovitve iz zapisnika so sestavni del obvestila tudi:
- navedba, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja s finančnimi posledicami, ki so nastale zaradi napačno obračunanih ali zaradi obračuna nepriznanih storitev,
 - navedba, da so bile pri nadzoru ugotovljene kršitve pogodbenega razmerja, ki jo je povzročil z napačnim ravnanjem (neizveden ali napačno izveden predpis),
 - izrek pogodbene kazni glede na vrsto in vrednost ugotovljenih nepravilnosti.

23. člen

(ukrepi nadzora)

(1) V primeru iz prve alineje petega odstavka 22. člena mora izvajalec Zavodu izdati dobropis oziroma bremepis ali storno poročila ali popravek poročila v roku 8 (osmih) dni od prejema obvestila.

(2) V primeru iz druge alineje petega odstavka 22. člena Zavod izvajalcu izda račun, ki ga je izvajalec dolžan poravnati v roku navedenem na izdanem računu.

(3) V primeru iz tretje alineje petega odstavka 22. člena Zavod izvajalcu izda račun, ki ga je izvajalec dolžan poravnati v roku navedenem na izdanem računu.

(4) Pristojna OE vse dokumente, ki so posledica ugotovitev iz nadzorov in so prejeti do 10. januarja oziroma do zaključka knjiženja za poslovno leto, knjiži za poslovno leto v katerem je bil nadzor izveden, po tem roku pa v tekočem letu.

(5) Zavod na podlagi pravnomočne sodne odločbe od izvajalca zahteva poravnavo ugotovljenih obveznosti iz nadzora. Če izvajalec obveznosti ne poravnava v roku 1 (enega) meseca od pravnomočne sodne odločbe, Zavod neporavnane obveznosti odšteje pri končnem letnem obračunu za tekoče leto.

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

(7) Neizterljive terjatve se odpišejo v skladu s splošnim aktom Zavoda, ki ureja odpis terjatev.

VI. Poglavje – prehodne in končne določbe

24. člen

(izvedba postopkov v prehodnem obdobju)

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

25. člen

(imenovanje nadzornikov)

(1) Tretji odstavek 7. člena pravilnika se bo uporabljal po vzpostavitvi tehničnih možnosti. Do takrat bodo nadzorniki za FM nadzore imenovani s sklepom generalnega direktorja in nadzorniki za O nadzore s sklepom direktorja OE.

(2) Sklep o imenovanju nadzornikov za O nadzore prejme tudi vodja oddelka.

26. člen

(povečanje vzorca v nadzoru)

(1) Drugi odstavek 17. člena se prične uporabljati po vzpostavitvi tehničnih možnosti.

27. člen

(prenehanje veljavnosti)

(1) Z dnem začetka veljavnosti tega pravilnika preneha veljati Pravilnik o nadzorih št. 0071-1/2011-DI/30 z dne 23. 9. 2014.

28. člen

(sklep o nadzornih skupinah in nadzornikih)

(1) Člani nadzornih skupin, imenovani s Sklepom o imenovanju nadzornih skupin in Sklepom o imenovanju nadaljujejo z delom kot člani nadzornih skupin po tem pravilniku do izdaje novega sklepa.

29. člen

(začetek veljavnosti)

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

(2) Ta pravilnik začne veljati 1. 7. 2016.

Številka: 0071-2/2015-DI/23

Datum: 1. 6. 2016

Samo Fakin
v. d. generalnega direktorja Zavoda
za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Navodila določitve deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja in vsebine obravnave z veljavnostjo od 1. 7. 2017 dalje

(Okrožnica ZZS, številka 0072-1/2017-DI/19
z dne 20. 3. 2017)

Posredujemo vam navodila in razlago glede določitve deleža obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju OZZ) in vsebine obravnave iz šifrant 12 ter zgled praktičnih primerov. Razlaga in zgledi so podani zaradi dilem izvajalcev, kako pravilno evidentirati dogodke, kot na primer, ko pacienta sprejmejo zaradi nujnega zdravljenja (vsebina obravnave je 3), v nadaljevanju zdravljenja pa se ugotovi, da gre za posebno diagnozo, ki pomeni 100 odstoten obračun v breme OZZ.

Prosimo, da za obravnave, zaključene od 1.7. 2017 dalje, upoštevate dana navodila.

1. Splošna navodila glede določitve deleža OZZ

Pravice iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja so opredeljene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (ZZVZZ) in Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja. Za ugotavljanje deleža kritja zdravstvenih storitev iz OZZ je potrebno upoštevati določbe več členov ZZVZZ, in ne le 23. člen ZZVZZ, oziroma Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Sklep je objavljen v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov – vsebinsko navodilo, v prilogi 5.

Glede na določbe ZZVZZ-ja in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja se delež OZZ za opravljeno storitev „tehnično“ določa glede na tip zavarovane osebe, vsebine obravnave, razlog obravnave in odpustno diagnozo. Za te postavke so opredeljeni šifranti in dokumenti v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov – vsebinsko navodilo:

- Priloga 1 (čistopis šifrantov za obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju): šifrant 4 Tip zavarovane osebe, šifrant 12 Vsebine obravnave, šifrant 10 Razlog obravnave;
- Priloga 5: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju;
- Priloga 9: Priporočila glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Če pri obravnavi zavarovane osebe ena od navedenih podlag opredeljuje plačilo v 100 odstotnem deležu iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, gre plačilo v celoti iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

2. Podrobna navodila pravilne opredelitve vsebine obravnave in deleža OZZ pri vsebinah obravnave, ki privzeto ne predstavljajo 100% deleža OZZ

2a.) Določitev deleža OZZ

Za obravnave zavarovanih oseb, ki po vsebini obravnave iz Šifrant 12, same po sebi ne predstavljajo 100% deleža OZZ (»3 – Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve«, »10 Paliativna oskrba«, »0 Drugo«), je glede na zgoraj navedeno splošno razlago pri določitvi ustreznega deleža, potrebno upoštevati še ostale podlage, ki morebiti vplivajo na 100 % delež OZZ: tip zavarovane osebe iz šifrant 4, razlog obravnave iz šifrant 10 in odpustno diagnozo iz dokumenta v Prilogi 9: »Priporočila glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja«.

2b.) Določitev vsebine obravnave

Za nepredvidene in nenačrtovane obravnave (nesreče in druga resnejša nenadna poslabšanja zdravstvenega stanja) se glede na medicinsko utemeljenost beleži vsebina obravnave »2 – nujna medicinska pomoč« ali »3 – nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve« (v bolnišnični dejavnosti se lahko beleži zgolj »3 – nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve«).

Pri načrtovanih (naročenih) obravnavah (npr. iz čakalne knjige), se glede na medicinsko utemeljenost beleži ena od šifer vsebine obravnave (»1 – Diagnoza«, »6 – Obvezno cepljenje«, »7 – Nega na domu in zdravljenje na domu«, »8 – Patronažni obisk«, »9 – Preventiva«, »10 – Paliativna oskrba«, »0 – Drugo«), za predvidene obravnave pa ena od šifer (»4 – Nosečnost, porod, kontracepcija«, »5 – Dajalci tkiv«).

V nadaljevanju navajamo zglede za opredelitev vsebine obravnave in deleža OZZ

Opredelitev vsebine obravnave in deleža OZZ pri težko poškodovani osebi, ki potrebuje nujno pomoč in v nadaljevanju nujno zdravljenje

- Pacientu se na kraju dogodka nudi nujno medicinsko pomoč in beleži vsebino obravnave »2 – nujna medicinska pomoč«. Delež delež OZZ je za takšno obravnavo 100%.
- Nato se takšnega pacienta hospitalizira in beleži vsebina obravnave »3 – nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve«. Delež OZZ je lahko za takšnega pacienta 100%, če so glede na odpustno diagnozo izpolnjeni pogoji iz dokumenta v

Prilogi 9: »Priporočila glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja«, sicer se upošteva razmejitev deležev na OZZ in PZZ. V ostalih primerih se upošteva razmejitev OZZ in PZZ skladno s Sklepom o določitvi odstotka vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ. Na delež OZZ vpliva tudi tip zavarovane osebe in razlog obravnave, ki ga v tem zgledu ne razlagamo.

Opredelitev vsebine obravnave in deleža OZZ pri noseči osebi (predviden porod)

- Če nosečniško obdobje poteka brez zapletov, se za predvidene opravljene zdravstvene storitve, opredeli vsebina obravnave »**4 – nosečnost, porod, kontracepcija**« in posledično 100% delež OZZ.
- Če v času nosečnosti pride do nepredvidenih zapletov, se za nepredvidene opravljene zdravstvene storitve, opredeli vsebina obravnave »**3 – Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve**«. Delež OZZ je lahko za takšno pacientko 100%, če so glede na odpustno diagnozo izpolnjeni pogoji iz dokumenta v Prilogi 9: »Priporočila glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja«. V ostalih primerih se upošteva razmejitev OZZ in PZZ skladno s Sklepom o določitvi odstotka vrednosti

zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju. Na delež OZZ vpliva tudi tip zavarovane osebe in razlog obravnave, ki ga v tem zgledu ne razlagamo.

Opredelitve vsebine obravnave in deleža OZZ za naročenega pacienta na ambulantni ali na bolnišnični poseg

- za takšnega pacienta je delež OZZ lahko 100%, če so glede na odpustno diagnozo hkrati **izpolnjeni pogoji iz dokumenta v Prilogi 9**: »Priporočila glede kod MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz obveznega zdravstvenega zavarovanja«. Pri tem se beleži vsebina obravnave »**1 – Diagnoza**«.
- v ostalih primerih se upošteva razmejitev OZZ in PZZ skladno s Sklepom o določitvi odstotka vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ. Pri tem se beleži vsebina obravnave »**0 – Drugo**«. Na delež OZZ vpliva tudi tip zavarovane osebe in razlog obravnave, ki ga v tem zgledu ne razlagamo.

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

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Franc Osredkar (franc.osredkar@zzzs.si; 01/30-77-383)

Sladjana Jelisavčić
Franc Osredkar

***Neuradno prečiščeno besedilo Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače:**

- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače št. 0072-14/2011-DI/10, z dne 22. 2. 2016.
- Spremembe in dopolnitve Navodila o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače št. 0072-14/2011-DI/11, z dne 14. 11. 2016.

Na podlagi določil 28. in 71. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije Statut Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/2001, 1/2002 popr.) izdaja generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

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

(neuradno prečiščeno besedilo št. 1)*

I. Uvod

S tem navodilom se natančneje opredeljuje:

1. izvajanje določb Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-uradno prečiščeno besedilo, 114/2006-ZUTPG, 91/2007, 76/2008, 118/2008 Skl. US: U-I-163/08-1, 62/2010 – ZUPJS, 40/2012 – ZUJF, 21/2013 – ZUTD-A, 63/2013 – ZUIPTDSV, 91/20013, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1 in 95/14 – ZUJF-C in 47/15 – ZZSDT) (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 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 in 25/14) (v nadaljnjem besedilu: Pravila OZZ) glede uresničevanja pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela (bolniški stalež) in pravice do nadomestila plače ter
2. uporaba in način izpolnjevanja listine POTRDILO O UPRAVIČENI ZADRŽANOSTI OD DELA (Obr. BOL, v nadaljnjem besedilu: POTRDILO), ki ga je založil Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod). Listina je objavljena v Priloznici o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja Priloznica o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15 in 1/16).

II. Uveljavljanje pravice dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače

1. SPLOŠNO

V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko zavarovanci uveljavljajo pravico do nadomestila plače le v primeru, če je zadržanost od dela ugotovljena po postopku in na način, kot ga določata

ZZVZZ in Pravila OZZ. Izplačilo nadomestila uveljavljajo na podlagi POTRDILO, ki ga izda izbrani osebni zdravnik.

2. Upravičenci do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

POTRDILO se izpolnjuje le za zavarovance, ki so obvezno zdravstveno zavarovani po eni izmed naslednjih šifer zavarovalnih podlag: 001000, 002000, 005000, 008000, 012000, 013000, 016000, 019000, 020000, 021000, 027000, 028000, 029000, 034000, 036000, 040000, 051000, 052000, 064000, 085000, 103000, 104000 in 118000.

POTRDILO se izpolnjuje tudi za:

- tuje zavarovane osebe, ki so v evidenci obveznega zdravstvenega zavarovanja evidentirane po šifri zavarovalne podlage 090000, 091000 ali 092000;
- tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ali certifikata, ki začasno nadomešča evropsko kartico ali kartice Medicare (zavarovalna podlaga 999999);
- tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi Potrdila o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo – Potrdilo MedZZ (zavarovalna podlaga 030000, 023000).

Pri naslednjih zavarovalnih podlagah je potrebno upoštevati določene posebnosti:

1. Upravičenci do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja – 012000

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

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

Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve je podalo razlago določbe 84. in 85. člena Zakona o delovnih razmerjih, ki je veljal do 31.12.2002 (v nadaljnjem besedilu: ZDR-90), in sicer da takšna oseba lahko dela polovico ali več kot polovico polnega delovnega časa. Za čas, ko ne dela po navedenem predpisu, zavarovancu ne gre nadomestilo plače, ne v breme delodajalca in tudi ne v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. V primeru, da tak zavarovaneec zbolí ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po ZZVZZ (npr.: nega, transplantacija, spremstvo, usposabljanje za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu), je v tem času upravičen do nadomestila plače le za polovični delovni čas oziroma za ure, ko bi sicer moral delati.

Zavarovanci, ki so pravico iz 84. in 85. člena ZDR-90 pridobili do uveljavitve Zakona o starševskem varstvu in družinskih prejemkih Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (Uradni list RS, št. 97/01) (v nadaljnjem besedilu: ZSDP), zadržijo to pravico v obsegu in trajanju, kot je to veljalo do 31.12.2001. To pravico lahko uveljavijo najdlje do 31.12.2005.

3. Oseba, ki opravlja dopolnilno delo – 036000

Delavec, ki dela polni delovni čas, sme v skladu s 147. členom Zakona o delovnih razmerjih Zakon o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13) (v nadaljnjem besedilu: ZDR-1), izjemoma skleniti pogodbo o zaposlitvi s krajšim delovnim časom z drugim delodajalcem, vendar največ za osem ur na teden, in sicer po poprejšnjem soglasju delodajalcev, pri katerih je zaposlen s polnim delovnim časom, če gre za opravljanje deficitarnih poklicev po podatkih Zavoda RS za zaposlovanje (v nadaljnjem besedilu: ZRSZ) ali za opravljanje vzgojno-izobraževalnih, kulturno umetniških in raziskovalnih del. Zato ima takšna oseba poleg podlage 036000 obvezno še eno od zavarovalnih podlag, ki pomenijo zavarovanje na podlagi delovnega razmerja in torej dva ali več zavezancev za prispevek. POTRDILO se ji zato izda za vsakega zavezanca posebej, saj tudi pravico do nadomestila uveljavlja pri vseh zavezancih, sorazmerno njeni urni delovni obveznosti pri posameznem zavezancu.

4. Brezposelna oseba – prejemnica denarnega nadomestila – 028000

Pravico do nadomestila ima brezposelna oseba, prejemnica denarnega nadomestila (podlaga zavarovanja **028000**) po Zakonu o urejanju trga dela Zakon o urejanju trga dela (Uradni list RS, št. 80/10, 40/12 – ZUJF, 21/13, 63/13, 100/13, 32/14 – ZPDZC-1 in 47/15 – ZZSDT) (Uradni list RS, št. 80/10, 40/12 – ZUJF, 21/13, 63/13, 100/13, 32/14 – ZPDZC-1 in 47/15 – ZZSDT), in sicer od 31. delovnega dnečasne nezmožnosti za delo iz zdravstvenih razlogov.

Zakon za uravnoteženje javnih financ Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12) (v nadaljnjem besedilu: ZUJF) je črtal pravico brezposelnih oseb do nadomestila plače za časčasne nezmožnosti za delo. Izjema velja le za zavarovance, ki so v skladu s prehodno določbo ZUJF še vedno upravičeni do tega nadomestila, in sicer so to zavarovanci, pri katerih je prvi dančasne nezmožnosti za delo nastopil pred uveljavitvijo ZUJF in so še naprej neprekinjeno nezmožni za delo, kar ugotavlja imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija.

Brezposelna oseba z zavarovalno podlago 028000, je lahkočasno nezmožna za delo tudi krajši delovni čas od polnega, kar pomeni, da je upravičena do nadomestila začasno nezmožnost za delo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja le za ure ugotovljenečasne nezmožnosti za delo.

Brezposelne osebe, zavarovane po zavarovalni podlagi 028000, niso upravičene do nadomestila plače v primeru, ko gre za nego, spremstvo ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka, zato se POTRDILO ne izda.

5. Prejemnik pokojnine v sorazmernem delu – 070000

To je prejemnik delne pokojnine po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju, ki je hkrati v delovnem razmerju s krajšim delovnim časom oziroma zavarovan iz naslova opravljanja samostojne dejavnosti za krajši delovni čas. Ta oseba ima poleg zavarovalne podlage, ki pomeni delovno razmerje oziroma opravljanje samostojne dejavnosti, vpisano še zavarovalno podlago 070000. V primeru, da tak zavarovaneec zbolí ali pri njem nastopijo drugi razlogi za zadržanost od dela po ZZVZZ (npr. nega, transplantacija, spremstvo, idr.), je v tem času upravičen do nadomestila plače za ure, ko bi sicer moral delati.

6. Pravice zavarovancev iz tretjega in četrtega odstavka 137. (120 dni, recidiv) in drugega odstavka 167. člena ZDR-1 (darovanje krvi)

Tretji odstavek 137. člena ZDR-1 določa, da delodajalec izplačuje nadomestilo plače iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti za delo delavca za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom največ za 120 delovnih dni v koledarskem letu, za čas daljše odsotnosti pa izplača delodajalec nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Četrty odstavek 137. člena ZDR-1 določa, da v primeru, da gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitve dalje, nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (t.i. recidiv).

Drugi odstavek 167. člena ZDR-1 določa, da ima delavec pravico do odsotnosti z dela zaradi darovanja krvi na dan, ko prostovoljno daruje kri, delodajalec pa izplača nadomestilo plače delavcu v breme zdravstvenega zavarovanja.

Ne glede na to, da so pravice do nadomestila plače v primeru darovanja krvi, recidiva in nadomestila nad 120 dni navedene v ZDR-1, ki se uporablja za delovna razmerja med delodajalci in pri njih zaposlenimi delavci, so do navedenih pravic upravičeni tudi samostojni zavezanci (samostojni podjetniki, družbeniki, kmetje, ...), saj je položaj samostojnega zavezanca, ki je obvezno zdravstveno zavarovan, povsem primerljiv s položajem delavca v delovnem razmerju. Stališče, sprejeto na podlagi sodne prakse: sodba Višjega delovnega in socialnega sodišča v Ljubljani, opr. št. Psp 214/2016, odločbe Ustavnega sodišča, št. U-I-358/04, U-I-40/09, U-I-287/10.

Pravice iz tretjega in četrtega odstavka 137. in drugega odstavka 167. člena ZDR-1 pripadajo zavarovancem, ki imajo sklenjeno pogodbo o zaposlitvi, kot tudi samostojnim zavezancem. Te osebe so vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje po naslednjih zavarovalnih podlagah: 001000, 002000, 005000, 008000, 013000, 016000, 019000, 020000, 021000, 027000, 029000, 034000, 036000, 040000, 051000, 052000, 064000, 085000, 103000, 104000 in 118000.

Opozorilo: V primeru zadržanosti od dela na dan darovanja krvi, se ne izpolnjuje POTRDILO, temveč se izda posebno potrdilo o darovanju krvi (izstavi ga ustanova, kjer je delavec daroval kri).

7. Invalidi in pravica do nadomestila plače

Pri zavarovancih, ki so zavarovani iz naslova delovnega razmerja in za katere se uporabljajo določbe ZDR-1 pogodba o zaposlitvi preneha veljati po samem zakonu, ko je delavcu vročena odločba

o ugotovljeni invalidnosti I. kategorije ali o pridobitvi pravice do invalidske pokojnine postala pravnomočna. Ti zavarovanci so zavarovani po naslednjih podlagah zavarovanja: 001000, 002000, 008000, 013000, 016000, 020000, 021000, 029000, 034000, 036000, 085000.

Zavarovancem iz 5., 6., 7. in 8. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ preneha lastnost zavarovanca v obveznem zavarovanju iz tega naslova z dnem, ko postane odločba o ugotovljeni invalidnosti I. kategorije pravnomočna. Od navedenega dne dalje zavarovanec ni več upravičen do nadomestila.

Če je zavarovanec z dokončno odločbo ZPIZ-a spoznan za invalida II. kategorije invalidnosti oziroma invalida III. kategorije, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa, je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja upravičen do nadomestila plače le za čas (ure), za katerega je še zmožen za delo.

3. Pristojnost za ocenjevanje začasne zadržanosti od dela

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

Utemeljenost upravičene zadržanosti od dela ocenjuje:

a) OSEBNI ZDRAVNIK ZAVAROVANCA

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

Z zakoncem je izenačen tudi zunajzakonski partner.

b) OTROKOV OSEBNI ZDRAVNIK

- za **prvih 7 delovnih dni** za nego otroka, starejšega od 7 let;
- za **prvih 15 delovnih dni** zaradi nege otroka do 7 let starosti in starejšega zmerno, težje ali težko duševno in telesno prizadetega otroka;
- za **prvih 30 koledarskih dni** zaradi spremstva.

Daljšo zadržanost od dela lahko ugotovi le imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija. Zato mora osebni zdravnik, če meni, da zavarovanec še vedno ni zmožen za delo oziroma, da je ožji družinski član še vedno potreben nege, vsaj 3 dni pred iztekom prej navedenih rokov, zavarovano osebo napotiti k imenovanemu zdravniku in mu posredovati tudi vso potrebno dokumentacijo.

Zavarovanec lahko izjemoma uveljavlja pravico do zadržanosti od dela zaradi nege, ki je daljša od 15 oziroma 30 delovnih dni zaradi nenadnega poslabšanja zdravstvenega stanja otroka, oziroma v drugih izjemnih primerih. Za oceno o utemeljenosti podaljšane nege je pristojen imenovani zdravnik. Nega v tem primeru lahko traja skupaj največ do 6 koledarskih mesecev.

V primerih, ko je to potrebno zaradi težke možganske okvare, raka-vih obolenj ali drugih hudih poslabšanj zdravstvenega stanja otroka, lahko imenovani zdravnik na predlog strokovnega kolegi-ja za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra zavarovancu podaljša nego tudi preko 6 mesecev.

Imenovani zdravnik lahko odobri pravico do nege tudi v času, ko je otrok v bolnišnici, in sicer v primeru:

- da gre za otroka, pri katerem je prisotna možganska okvara, rakavo obolenje ali drugo posebno hudo poslabšanja zdravstvenega stanja) ter

- da je predlog za odobritev navedene pravice podal strokovni kolegi-ja za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra.

Pravico do nadomestila plače zaradi nege otroka lahko uveljavlja eden od staršev, in sicer do dopolnjenega 18. leta otrokove starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica.

Pravico do začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka lahko zavarovanec uveljavi pri otrokovem osebnem zdravniku ali pri svojem izbranem zdravniku.

c) IMENOVANI ZDRAVNIK

je pristojen za odločanje že **od prvega dne** v primeru zadržanosti zaradi transplantacije, usposabljanja za rehabilitacijo otroka, poškodb pri delu, ki so nastale v okoliščinah iz 18. člena ZZVZZ ter v primerih iz tretjega in četrtega odstavka 137. člena ZDR-1.

Osebni zdravnik mora upravičence do nadomestila plače po prenehanju delovnega razmerja (zavarovalna podlaga 012000) takoj napotiti k imenovanemu zdravniku.

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

Za računanje delovnih dni zadržanosti od dela zavarovanca, se upošteva delovni koledar delodajalca. V delovne dneve štejejo tudi praznični in drugi dela prosti dnevi po zakonu. Sobota in nedelja se štejeta v dneve zadržanosti od dela le v primeru, ko bi zavarovanec po delovnem koledarju delodajalca moral delati tudi na ta dan. Za pravilen izračun delovnih dni zadržanosti od dela mora biti osebni zdravnik zavarovanca seznanjen z njegovim delovnim koledarjem pri vsaki posamezni zadržanosti od dela.

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

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

4. Pristojnost za izdajo potrdila

Ne glede na to, ali je za ocenjevanje zavarovančeve upravičene zadržanosti od dela pristojen osebni zdravnik ali imenovani zdravnik, POTRDILO vedno izda osebni zdravnik.

Za izdajo POTRDILA je pristojen zavarovančev osebni zdravnik. Izjema je POTRDILO zaradi nege otroka, ki ga zavarovancu izda otrokov osebni zdravnik ter POTRDILO zaradi spremstva otroka, ki ga zavarovancu lahko izda otrokov osebni zdravnik ali osebni zdravnik zavarovanca. O izdaji POTRDILA zaradi nege otroka je otrokov osebni zdravnik dolžan najpozneje v 3 dneh obvestiti osebne- ga zdravnika zavarovanca, ki bo otroka negoval. Zdravnik obvestilo obvezno evidentira v zdravstvenem kartonu zavarovanca. Oblika obvestila ni predpisana.

POTRDILA zavarovancu ne more izdati osebni zobozdravnik in tudi ne osebni ginekolog. Ta dva zdravnika osebnemu zdravniku podata le mnenje o zavarovančevi nezmožnosti za delo.

POTRDILA tudi ne more izdati zdravnik, ki izvaja specialistično ali bolnišnično dejavnost in ga je osebni zdravnik pooblastil za zdravljenje zavarovanca. Osebnemu zdravniku lahko poda le mnenje o zavarovančevi nezmožnosti za delo.

Zdravnik, ki nima sklenjene pogodbe z Zavodom za opravljanje osnovne zdravstvene dejavnosti ter zdravnik, zaposlen v javnem zdravstvenem zavodu ali pri zasebniku, ki zavarovanim osebam nudi zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante, zavarovancem ne sme izdati POTRDILA.

III. Vsebina in način izpolnjevanja potrdila

1. Splošno

POTRDILO je javna listina, s katero zavarovanec uveljavlja pravico do izplačila nadomestila med začasno zadržanostjo od dela iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in tudi do izplačila nadomestila, ki mu ga je v skladu z zakonom in kolektivno pogodbo dolžan izplačati delodajalec. S tem POTRDILOM uveljavlja pravico do izplačila nadomestila v skladu z Zakonom o urejanju trga dela tudi brezposelna oseba, ki je ob nastanku ali med brezposelnostjo bila ali postala nezmožna za delo iz zdravstvenih razlogov, od 31. delovnega dne dalje. Hkrati je POTRDILO tudi osnova za vodenje nacionalne zdravstvene statistike o nezmožnosti za delo aktivnih zavarovancev (po razlogu obravnave, diagnozi, trajanju,...), ki jo izvaja Nacionalni inštitut za javno zdravje (v nadaljnjem besedilu: NIJZ).

2. Izdaja POTRDILA

POTRDILO se izda ob:

- zaključku zadržanosti od dela
- spremembi razloga
- spremembi diagnoze
- zaključku vsakega koledarskega meseca, kljub temu, da zadržanost od dela še traja

3. Način izpolnjevanja POTRDILA

Podatki, ki so na obrazcu, so združeni v vsebinsko smiselne celote kot na primer: podatki o izvajalcu, osebnem zdravniku, zavarovani osebi. Zaradi nedvoumnosti pri zapisu so na obrazcu pri nekaterih podatkih še prazna okenca. V tem primeru je mogoče podatke vpisati na dva načina:

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

A. Podatki, ki se izpolnjujejo pri osebnem zdravniku

Rubrika 1 IZVAJALEC

ŠTEVILKA IN NAZIV IZVAJALCA

- vpiše se 5-mestna številka (iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti v nadaljevanju: BPI), in naziv izvajalca, kjer dela osebni zdravnik oziroma nadomestni zdravnik, ki izpolnjuje POTRDILO

Rubrika 2 OSEBNI ZDRAVNIK/NADOMESTNI ZDRAVNIK

- v ustreznem okencu se vpiše ustrezna številka, ki opredeljuje zdravnika, ki izpolnjuje POTRDILO

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

- vpiše se 5-mestna šifra zdravnika iz BPI

IME IN PRIIMEK

- vpiše se ime in priimek zdravnika, ki izdaja POTRDILO ali se odtisne njegov imenski žig

Možen je vpis le številke 1 in 2. Vsak zdravnik, ki ni osebni zdravnik, je nadomestni zdravnik. Nadomestnega zdravnika je dopustno vpisati le, če zavarovanec sicer ima izbranega osebnega zdravnika, vendar je le-ta odsoten.

Rubrika 3 ZAVAROVANA OSEBA

ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

- vpiše se 9-mestna številka zdravstvenega zavarovanja

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 številka zavarovane osebe, ki jo izvajalec prejme iz on-line sistema.

DATUM ROJSTVA

- podatek se vpiše v obliki DDMMLLLL.

ZAVAROVALNA PODLAGA

- vpiše se 6-mestna šifra zavarovalne podlage, ki jo izvajalec pridobi iz on-line sistema. 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 pravice do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, se vpiše 999999.

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

ENOTA ZZZS ZAVAROVANJA

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

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

SPOL

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

PRIIMEK IN IME

- vpiše se priimek in ime zavarovane osebe, ki uveljavlja pravico do zadržanosti od dela.

NASLOV

- vpiše se ulica, hišna številka, poštna številka in kraj bivališča zavarovane osebe v RS. Ker se v on-line sistemu izvajalcu v primeru, če ima oseba poleg stalnega prebivališča prijavi tudi začasno prebivališče, posredujeta oba naslova, se na listine za uveljavljanje pravic iz OZZ praviloma zapiše začasni naslov v Sloveniji, razen, če zavarovana oseba želi, da se zapiše stalni naslov v Sloveniji.

Rubrika 4 DRUŽINSKI ČLAN

- podatke se izpolnjuje le v primeru, ko je kot razlog zadržanosti navedena nega družinskega člana (razlog 06), spremstvo družinskega člana (razlog 09) ali usposabljanje za rehabilitacijo otroka (razlog 10).

PRIIMEK IN IME

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

DATUM ROJSTVA

- vpiše se datum rojstva v obliki DDMMLLLL.

OTROK, ZAKONEC

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

Rubrika 5 PRVI DAN ZADRŽANOSTI

- vpiše se datum, ko se je zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku zaradi ugotovitve vzroka in pravice do zadržanosti od dela, in sicer v obliki DDMMLLLL. Le v upravičenih primerih, ki

jih določajo Pravila za OZZ, se izjemoma lahko oceni zavarovančevo zadržanost za nazaj. Utemeljenost zadržanosti od dela za največ 3 dni za nazaj ocenjuje osebni zdravnik, za daljše obdobje pa le imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija.

- V primeru, da je zavarovanec že dalj časa zadržan od dela, vendar zaradi različnih razlogov, je potrebno za vpis prvega dne zadržanosti upoštevati tudi določbo 231. člena Pravil OZZ o načinu seštevanja teh dni. Tako velja:
 - če je zavarovanec že dalj časa **neprekinjeno** nezmožen za delo in so se v tem času pri njem spreminjale diagnoze ali razlogi od 01 do 05, navedeni v okencu 11 – RAZLOG ZADRŽANOSTI, se kot prvi dan zadržanosti od dela ves čas v vsa izdana POTRDILA vpiše datum, ko se je zavarovanec prvič zgledal pri zdravniku zaradi ugotovitve nezmožnosti za delo;
 - če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela, vendar zaradi različnih razlogov od 06 do 11, se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
 - če je zavarovanec dalj časa **neprekinjeno** zadržan od dela in sicer najprej zaradi razloga od 01 do 05 in nato zaradi razloga od 06 do 11 (ali obratno), se kot prvi dan zadržanosti vpisuje datum nastopa posameznega razloga zadržanosti;
 - če je bila zavarovančeva zadržanost od dela **prekinjena** med zdravljenjem pri razlogih od 01 do 05, se kot prvi dan zadržanosti vpiše datum, ko je osebni zdravnik ponovno ugotovil upravičeno zadržanost od dela. V primeru, da je bil zavarovancu zaradi iste bolezni ali stanja zaključen bolniški stalež na podlagi odločbe imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in od odločbe še ni poteklo 30 dni, lahko oceno o utemeljenosti ponovne zadržanosti podata le imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija z odločbo (244. člen Pravil OZZ).

Prejšnja zadržanost od dela – recidiv

- vpiše se obdobje (datum začetka in zaključka) prejšnje zadržanosti od dela od ____ do ____, ki jo je zavarovancu odobrila osebni zdravnik v primeru, da gre za dve ali več zaporednih zadržanosti od dela do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, pa traja v posameznem primeru prekinitve med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

V teh primerih mora osebni zdravnik takoj posredovati imenovanemu zdravniku obrazec Predlog imenovanemu zdravniku.

Če traja prekinitve med zadržanostjo od dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, manj kot 10 delovnih dni, izplača delodajalec za čas nadaljnje zadržanosti od dela od prekinitve dalje nadomestilo plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Opozorilo: Rubrika prejšnja zadržanost od dela – recidiv se izpolnjuje celotno obdobje posamezne zadržanosti od dela (ob izdaji novega POTRDILA na prehodu koledarskega meseca).

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

Rubrika 6 ZADNJI DAN ZADRŽANOSTI

- Ker Zavod in NIJZ spremljata trajanje zadržanosti od dela po razlogih, NIJZ pa tudi po diagnozah, je potrebno po zaključku zadržanosti od dela zaradi spremembe razloga ali diagnoze izstaviti novo POTRDILO.

- Trajanje zadržanosti po posameznem razlogu se ugotovi na podlagi datumov, vpisanih v okencu 10 – ZADRŽANOST OD DELA ter okencu 11 – RAZLOG ZADRŽANOSTI.
- Trajanje zadržanosti po posamezni diagnozi se ugotovi na podlagi podatkov, ki jih osebni zdravnik evidentira v rubriki 13 – DIAGNOZA na spodnjem delu POTRDILA (oziroma posreduje v računalniški obliki).

Podatki se v okencu evidentirajo takole:

ZA DIAGNOZO

- “DA” za **diagnozo** se označi le, če se je zadržanost od dela zaradi določene diagnoze zaključila.

ZA RAZLOG

- “DA” za **razlog** se označi le, če se je zadržanost od dela zaključila zaradi določenega razloga.
- Če je označen “DA” za razlog, mora biti označen tudi “DA” za diagnozo.

ZA PLAČNIKA

- “DA” za plačnika se označi, ko po oceni osebnega zdravnika oziroma imenovanega zdravnika (ali zdravstvene komisije) ni več razlogov za zavarovančevo nadaljnjo zadržanost od dela.

Rubrika 7 ZAVEZANEC

NAZIV, REGISTRSKA ŠTEVILKA, DEJAVNOST

- vpiše se naziv zavezanca za prijavo (delodajalca, samostojnega zavezanca, ZRSZ), registrsko številko zavezanca (10-mestna številka) in šifro dejavnosti (6-mestna številka).

ZAPOREDNA ŠTEVILKA IZDANEGA POTRDILA

- v okencu se praviloma vpiše šifro 1. V praksi pa niso redki primeri, da so zavarovanci zaposleni pri dveh ali več delodajalcih. Ker bo zavarovanec pri vseh svojih delodajalcih moral izkazati upravičenost do zadržanosti od dela in bo tudi izplačilo nadomestila plače uveljavljal v sorazmernem delu glede na delovno obveznost pri posameznem delodajalcu, mu zdravnik izpolni POTRDILO za vsakega zavezanca posebej. Če zdravnik zavarovancu izda za isto obdobje in zaradi istega razloga več izvodov POTRDIL, vpiše v okencu ZAPOREDNA ŠTEVILKA IZDANEGA POTRDILA za prvega zavezanca šifro 1, za drugega zavezanca šifro 2, itd.

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

Rubrika 8 ODLOČBA

ZADRŽAN PO ODLOČBI ŠTEVILKA

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

DO

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

IMENOVANI ZDRAVNIK/ZDRAVSTVENA KOMISIJA

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

Rubrika 9 NAPOTEN NA IK

NAPOTEN DNE

- vpiše se datum, ko je osebni zdravnik ali imenovani zdravnik oziroma zdravstvena komisija odstopila invalidski komisiji

ZPIZ predlog in dokumentacijo zaradi ocene stopnje invalidnosti. Datum se izpiše v obliki DDMMLLLL.

POSTOPEK ZAKLJUČEN

- označi se DA, če je postopek pred invalidsko komisijo ZPIZ že zaključen. Postopek pred invalidsko komisijo je zaključen, ko je izdano izvedensko mnenje.

Rubrika 10 ZADRŽANOST OD DELA

ZA POLNI DELOVNI ČAS, OD – DO

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

ZA KRAJŠI DELOVNI ČAS OD – DO

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

Rubrika se vedno izpolni pri invalidu II. ali III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa in pri zavarovancu z zavarovalno podlago 85.

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

DOLŽAN DELATI _____ UR NA DAN

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

a) Pri zavarovancu s polno delovno obveznostjo se vpiše število ur, ki jih je dolžan delati na dan v skladu z oceno osebnega zdravnika oziroma na podlagi odločbe imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije.

b) Pri invalidu II. oziroma III. kategorije invalidnosti, ki opravlja delo vsaj s polovico polnega delovnega časa in pri zavarovancu z zavarovalno podlago 85, se vpiše število ur njegove delovne obveze.

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

2. primer: Zavarovanec, ki je zaposlen za polni delovni čas in bi imel v primeru, da ne bi bil zadržan od dela polno delovno obveznost je na podlagi odločbe imenovanega zdravnika upravičen do nege 4 ure na dan. V tem primeru se izpolni le: 'zadržan od dela 4 ure na dan'

3. primer: Ko je zavarovanec po dokončni odločbi ZPIZ invalid III. kategorije in je dolžan delati 6 ur dnevno, od tega pa je 2 uri odsoten zaradi spremstva, se izpolni: 'dolžan delati 6 ur na dan, od tega zadržan od dela 2 uri na dan'

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

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

Če zavarovanec uveljavlja nadomestilo plače pri več delodajalcih, se na vsa izdana POTRDILA vedno vpiše delovni čas, ki ga je delavec dolžan delati pri vseh delodajalcih skupaj.

OD TEGA ZADRŽAN OD DELA ___ UR NA DAN

- Vpiše se, koliko ur na dan je zavarovanec zadržan od dela po oceni osebnega zdravnika ali na podlagi odločbe imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije.

Rubrika 11 RAZLOG ZADRŽANOSTI

— podatek o razlogu je možno vpisati na dva načina:

- da se označi posamezna številka pred navedbo razloga za zadržanost od dela ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki označuje razlog za zadržanost

Za brezposelno osebo se kot razlog zadržanosti navede ustrezen zdravstveni razlog, zaradi katerega je brezposelna oseba nezmožna za delo. Pri tem je lahko označen razlog poškodba pri delu le v primeru, če je ta nastala pred nastankom brezposelnosti in gre torej le za kasnejšo posledico poškodbe pri delu.

PRVI DAN ZADRŽANOSTI ZA RAZLOG

- vpiše se datum, ko je osebni zdravnik pri zavarovancu ugotovil razlog za zadržanost, ki je označen v okencu. Ta je enak ves čas do nastopa novega razloga za zadržanost oziroma najdalj do zaključka zadržanosti od dela zavarovanca. Podatek služi za spremljanje trajanja zadržanosti po razlogih.

Pri določenih razlogih za zadržanost se upošteva naslednje:

POŠKODBE IN POKLICNA BOLEZEN (02, 03, 04, 05)

- navedeni razlog osebni zdravnik označi ali vpiše le, če na podlagi pregleda zavarovanca in njegove medicinske in druge dokumentacije oceni, da je zavarovančeva nezmožnost za delo nedvoumno posledica prav določene poškodbe ali poklicne bolezni.

NEGA OŽJEGA DRUŽINSKEGA ČLANA (06)

- Do nadomestila plače zaradi nege so upravičeni zavarovanci, ki negujejo osebo, ki potrebuje nego – zakonca, zunajzakonskega partnerja ali otroka (ožji družinski član, varovanec, rejenc, pastorek), ne glede na to ali z osebo, ki potrebuje nego, živijo v skupnem gospodinjstvu. Za uveljavljanje pravice do zadržanosti zaradi nege ni pogoj, da je otrok ali zakonec, ki potrebuje nego, tudi obvezno zdravstveno zavarovan kot družinski član po zavarovancu (lahko je npr. družinski upokojenec, zavarovan po drugem zakonu).

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

- če nege ne more zagotoviti zakonec, ki je nezaposlen, upokojen ali lahko zagotavlja nego brez zadržanosti od dela,
- največ do dopolnjenega 18. leta starosti otroka oziroma dokler traja roditeljska pravica.

Roditeljska pravica preneha s polnoletnostjo otroka, to je ko otrok dopolni 18 let oziroma že prej če mladoletnik pred polnoletnostjo sklone zakonsko zvezo ali če je mladoletniku, ki je postal roditelj, s strani sodišča podeljena popolna poslovna sposobnost. Roditeljska pravica se lahko podaljša čez otrokovo polnoletnost, če otrok zaradi telesne ali duševne prizadetosti ni sposoben, da sam skrbi zase, za svoje koristi in pravice. V primeru podaljšanja roditeljske pravice izda sodišče odločbo o podaljšanju roditeljske pravice.

Do nadomestila plače zaradi nege otroka – rejenca, ni upravičen rejnik, ki opravlja rejniško funkcijo kot poklic in je obvezno zavarovan iz naslova opravljanja te funkcije (zavarovalna podlaga 019), saj je

po Zakonu o izvajanju rejniške dejavnosti dolžan rejenca negovati tudi v času bolezni.

TRANSPLANTACIJA (07)

- s tem razlogom se označuje zadržanosti od dela le za dajalce živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika tkiva oziroma organa se vedno označi dejanski razlog, zaradi katerega mu je potrebno opraviti ta poseg (npr. bolezen, poškodba). Prav tako se s tem razlogom označuje zadržanost, ki je posledica bolezni, nastale zaradi dajanja krvi.

SPREMSTVO (09)

- pravico do nadomestila zaradi spremstva lahko uveljavlja oseba, ki spremlja zavarovano osebo k izvajalcu v drug kraj. Do spremstva je zavarovana oseba upravičena, kadar uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcih v drugem kraju in zaradi zdravstvenih ali drugih razlogov ni sposobna sama potovati. Potrebo po spremstvu ugotovi osebni (oziroma napotni) zdravnik.
- Ne glede na zdravstveno stanje ima pravico do spremstva na vsakem potovanju otrok do 15. leta starosti, težje ali težko telesno in duševno prizadeti otrok in mladostnik pa do 18. leta starosti.
- Zavarovani osebi ni mogoče odrediti spremstva med bolnišničnim zdravljenjem. Na poti in med zdravljenjem je izjemoma upravičen do spremstva le otrok do 18. leta starosti, če je napoten na zdravljenje v tujino.
- Za spremstvo otroka ne šteje bivanje enega od staršev v bolnišnici zaradi usposabljanja za kasnejšo rehabilitacijo otroka na domu.
- Zavarovanim osebam, razen slepim, ni mogoče odrediti spremstva med zdraviliškim zdravljenjem.
- Za spremstvo otroka ne šteje udeležba enega od staršev na organiziranih skupinskih usposabljanjih, ki jih strokovno vodijo klinike, inštituti ali drugi zdravstveni zavodi po programu.
- Zavarovanec pri osebnem zdravniku uveljavlja izdajo POTRDILA zaradi spremstva na podlagi potrdila osebnega ali napotnega zdravnika zavarovanca, ki je spremstvo potreboval. POTRDILO zaradi spremstva otroka lahko zavarovancu izda otrokov osebni zdravnik ali osebni zdravnik zavarovanca.

USPOSABLJANJE ZA REHABILITACIJO OTROKA (10)

- ta pravica je vezana na bivanje enega od staršev v bolnišnici zaradi usposabljanja za poznejšo rehabilitacijo otroka na domu.

Dolžina usposabljanje je odvisna od programa, vendar traja lahko v posameznem primeru največ 30 dni, če ima otrok težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače (drugi odstavek 40. člena Pravil OZZ) oziroma največ 14 dni pri otroku s kroničnimi boleznimi ali okvarami (tretji odstavek 40. člena Pravil OZZ). To pravico je mogoče uveljaviti le enkrat za določeno prizadetost oziroma okvaro. Če pa je otrok večkrat hospitaliziran, nadaljnja odsotnost (nad 14 dni oziroma nad 30 dni) v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ni zagotovljena. Ta pravica je zagotovljena do 18. leta starosti otroka oziroma dokler traja roditeljska pravica.

- Nadomestilo plače gre zavarovancu od prvega dne bivanja v bolnišnici.
- Izvajalec, pri katerem se izvaja usposabljanje, pošlje obvestilo osebnemu zdravniku zavarovanca, ki dokumentacijo posreduje v odločanje imenovanemu zdravniku. Na podlagi odločbe imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije izda POTRDILO osebni zdravnik zavarovanca.

POŠKODBA PRI AKTIVNOSTIH IZ 18. ČLENA ZAKONA (11)

- vse osebe, ki so udeležene v aktivnostih, naštetih v 18. členu Zakona (npr. pri reševalnih akcijah, prostovoljnih gasilskih akcijah, športniki, trenerji in organizatorji v okviru organizirane športne dejavnosti pri športnih akcijah itd.), morajo biti v tem času obvezno zdravstveno zavarovane za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. V primeru, da med opravljanjem navedene aktivnosti dejansko pride do poškodbe, se POTRDILO izpolni le za zavarovanca, ki ima v sistemu ON-LINE vpisano eno od zavarovalnih podlag iz II/2 točke teh navodil.

Rubrika 12 INVALIDNOST

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

KRAJ, DATUM, PODPIS

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

B. Podatki, ki jih izpolni delodajalec, ZRSZ oziroma pristojna enota Finančne uprave Republike Slovenije

Hrbtna stran POTRDILA vsebuje mesta za vpis podatkov, ki so osnova za obračun nadomestila. Te podatke delavcem izpolni njihov delodajalec, samostojnim zavezancem pa pristojna enota Finančne uprave Republike Slovenije (v nadaljnjem besedilu: FURS). Podatke o višini zadnjega izplačanega denarnega prejema za brezposelne osebe (zavarovalna podlaga 028000) izpolni ZRSZ.

1. Delodajalec v POTRDILO vpiše naslednje podatke:

- o letu oziroma mesecih, v katerih je delavec prejel izplačila bruto plač in nadomestil, ki so osnova za obračun;
- o skupnem številu ur, za katere so bile izplačane bruto plače in nadomestila, ki so osnova za obračun;
- o skupnem znesku bruto plač in nadomestil, izplačanih v letu, ki je osnova za obračun;
- o urni osnovi za delo oziroma urni postavki za plačo, ki bi jo delavec prejel v mesecu, za katerega je izdano POTRDILO, če bi delal (t.i. limit);
- o dejanski mesečni delovni obveznosti delavca v dnevih in urah;
- o dejanski tedenski delovni obveznosti v dnevih in urah;
- o datumih delovnih sobot, ob katerih bi delavec moral delati, in sicer za tekoči mesec, za pretekli mesec pa le ob prvem prehodu izplačila v breme Zavoda;
- o urah delovne obveznosti ob sobotah in o urah delovne obveznosti v ostalih dneh tedna z delovno soboto;
- o povprečni mesečni delovni obveznosti v urah (če podjetje uporablja t.i. fiksni obračun plač in nadomestil);
- o številu delovnih dni, za katere je bilo izplačano nadomestilo v breme delodajalca zaradi bolezni ali poškodbe izven dela in datum 120. delovnega dne, če je bilo opravljeno izplačilo nadomestila s strani delodajalca

Pravilnost vpisanih podatkov z lastnoročnim podpisom potrdi pooblaščen delavec delodajalca, vpiše kraj in datum izdaje POTRDILA ter odtisne žig.

2. FURS na POTRDILO vpiše naslednje podatke za samostojnega zavezanca:

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

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

3. ZRSZ

Vpiše višino zadnjega izplačanega denarnega bruto prejema po ZZZPB in število ur, za katero je bilo opravljeno izplačilo. Pravilnost vpisanih podatkov z lastnoročnim podpisom potrdi pooblaščen delavec ZRSZ, vpiše kraj in datum POTRDILA ter odtisne žig.

4. Druga navodila

Izvajalci, ki podatke za statistične analize absentizma posredujejo območnim enotam NIJZ na računalniškem mediju, POTRDILO izpolnjujejo v enem izvodu in ga izročijo zavarovancu. Za izvajalce, ki podatke za statistične analize absentizma pripravljajo ročno, je POTRDILO izdelano v dveh izvodih. Pri tem izročijo original dokumenta zavarovancu, kopijo, ki vsebuje tudi podatke o diagnozi, pa posredujejo območnim enotam NIJZ, naslovi katerih so navedeni v navodilih NIJZ.

IV. Evidenca in nacionalna zdravstvena statistika absentizma

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

POTRDILO vsebuje vse podatke, ki so potrebni za vodenje navedene evidence oziroma statistike. POTRDILO zato istočasno predstavlja tudi osnovo izvajalcem za pošiljanje podatkov območnim enotam NIJZ, ki obdelane podatke posredujejo dalje NIJZ.

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

V. Naročanje potrdila

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

VI. Pričetek veljave

Z dnem pričetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev dočasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače št. 0072-14/2011-DI/10, z dne 22. 2. 2016.

To navodilo prične veljati naslednji dan po objavi na spletni strani Zavoda, razen v primerih odločanja, ali gre pri začasni nezmožnosti za delo samostojnega zavezanca za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (t.i. recidiv), oziroma ali gre pri samostojnemu zavezancu za začasno nezmožnost, daljšo od 120 dni v posameznem koledarskem letu, kar prične veljati s 1. 1. 2017.

Okrožnica ZZZS št. 0072-20/2016-DI/2 z dne 15. 11. 2016:

Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače ter Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju ZZZS) je na svoji spletni strani objavil spremenjeno Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače (v nadaljnjem besedilu: Navodilo BOL), št. 0072-14/2011-DI/11, z dne 14.11.2016 in novo Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Navodilo IZ), št. 0072-27/2016-DI/1, z dne 14.11.2016.

V nadaljevanju pojasnjujemo novosti, ki jih prinašata omenjena navodila:

1. Uveljavljanje pravice do nadomestila na dan prostovoljnega darovanja krvi za samostojne zavezanec

Glavna novost obeh navodil je, da bodo lahko pravico do nadomestila v breme ZZZS na dan, ko prostovoljno darujejo kri, lahko uveljavljali tudi **samostojni zavezanec** (zavarovanci, ki samostojno opravljajo gospodarsko ali poklicno dejavnost; družbeniki zasebnih družb in zavodov v RS, ki so poslovodne osebe; družbeniki zasebnih družb in zavodov v RS, če niso zavarovani na drugi podlagi; vrhunski športniki in šahisti; kmetje, če so zavarovani za pravico do nadomestila plače).

Navedeno pravico so do sedaj namreč lahko uveljavljali le delavci, ki so v delovnem razmerju (zavarovani po podlagah zavarovanja: 001000, 002000, 008000, 013000, 016000, 020000, 021000, 029000, 034000, 036000 in 085000), saj je namreč navedena pravica urejena v Zakonu o delovnih razmerjih (ZDR-1), ki se uporablja za delovna razmerja med delodajalci in pri njih zaposlenimi delavci.

Enako velja tudi za nadomestilo za čas t.i. »recidiva« in nadomestila »nad 120 dni«. Sprememba dosedanjega stališča ZZZS, po katerem samostojni zavezanec niso imeli pravic, ki jih določa ZDR-1 v drugem in tretjem odstavku 137. člena ter v drugem odstavku 167. člena, temelji na stališču sodne prakse, da gre v teh primerih za pravno praznino in je potrebno samostojne zavezanec obravnavati na enak način, kot delavce v delovnem razmerju, saj so zavarovanci na podlagi plačanih prispevkov za primer zavarovanja v enakem položaju, ne glede na to, na kakšni podlagi so zavarovani, njihov

enak položaj pa zahteva, da so pri pridobitvi pravic iz OZZ tudi enako obravnavani.

Po novem imajo tako tudi samostojni zavezanec (zavarovani po podlagah zavarovanja: 005000, 016000, 019000, 027000, 040000, 051000, 052000, 064000, 103000, 104000 in 118000) pravico do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- na dan, ko prostovoljno daruje kri (drugi odstavek 167. člena ZDR-1);
- od 121. dneva nezmožnosti za delo dalje – t.i. »nadomestilo nad 120 dni« (3. odst. 137. člena ZDR-1), torej če si je samostojni zavezanec iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, v koledarskem letu izplačal že za 120 delovnih dni nadomestila;
- za čas nadaljnje odsotnosti od prekinitev dalje v primeru, če gre za dve ali več zaporednih odsotnosti z dela zaradi iste bolezni ali poškodbe samostojnega zavezanca, ki ni povezana z delom, do 30 delovnih dni, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni – t.i. recidiv (četrti odstavek 137. člena ZDR-1).

Darovanje krvi

Ker se v primeru darovanja krvi ne izpolnjuje obr. BOL, ta sprememba nima vpliva na delo izvajalcev zdravstvenih storitev.

Recidiv

Enako, kot to velja za delavce v delovnem razmerju, je potrebno tudi za samostojne zavezanec omogočiti v obr. BOL vpis obdobja (datum začetka in zaključka) prejšnje zadržanosti od dela od _____ do _____, ki jo je odobril osebni zdravnik v primeru, da gre za dve ali več zaporednih zadržanosti od dela do 30 delovnih dni zaradi iste bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, pa traja v posameznem primeru prekinitev med eno in drugo odsotnostjo manj kot 10 delovnih dni (t.i. recidiv). V teh primerih mora osebni zdravnik takoj posredovati imenovanemu zdravniku obrazec Predlog imenovanemu zdravniku.

Nadomestilo nad 120 dni

Če si je samostojni zavezanec iz lastnih sredstev v primerih nezmožnosti za delo zaradi njegove bolezni ali poškodbe, ki ni povezana z delom, v koledarskem letu izplačal že za 120 delovnih dni nadomestila, mora osebni zdravnik za odločanje o nadaljnji

(torej od 121. dneva dalje) začasni nezmožnosti za delo samostojnega zavezanca napotiti k imenovanemu zdravniku. Podatek o datumu, do katerega je bilo nadomestilo za 120 delovnih dni izplačano v njegovo breme, bo osebnemu zdravniku sporočil samostojni zavezanec.

Zastaranje

V zgoraj navedenih primerih je potrebno upoštevati triletni zastaralni rok, kar pomeni, da lahko samostojni zavezanec pravico do nadomestila zaradi prostovoljnega darovanja krvi uveljavi v roku treh let od datuma darovanja krvi (npr. če je samostojni zavezanec daroval kri 1.12.2013, lahko pravico uveljavi do 1.12.2016) oziroma od datuma začasne zadržanosti (120 dni, recidiv).

Uveljavljanje

Vse navedene spremembe mora izvajalec zdravstvenih storitev zagotoviti s 1. 1. 2017.

1) Darovanje krvi

Če se samostojni zavezanec v obdobju do 31.12.2016 obrne na osebnega zdravnika, ga mora le-ta za uveljavljanje pravice napotiti na ZZS.

2) Recidiv in začasna zadržanost od dela nad 120 dni

V primeru recidiva in nadomestila nad 120 dni mora osebni zdravnik zahtevo evidentirati v zdravstveni dokumentaciji in predlog imenovanemu zdravniku izstaviti takoj, ko bo to pri izvajalcu tudi programske omogočeno (torej najkasneje s 1.1.2017).

Če gre za odločanje za nazaj, torej v okviru triletnega zastaralnega roka, pa lahko imenovani zdravnik predlaga odločanje o recidivu, oziroma o začasni zadržanosti od dela nad 120 dni za nazaj le, če je iz zdravstvene dokumentacije zavarovanca razvidno, da je bila pri njem s strani izbranega osebnega zdravnika že ugotovljena začasna nezmožnost za delo.

Ostale spremembe in dopolnitve navodil:

2. Spremembe in dopolnitve Navodila o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače so naslednje:

V poglavju II. Uveljavljanje pravice do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače, se pod:

- 2. Upravičenci do nadomestila plače v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja:
 - v 4. točki nov tretji odstavek samo pojasnjuje, da je brezposelna oseba z zavarovalno podlago 028000 lahko začasno nezmožna za delo tudi krajši delovni čas od polnega;
 - kot že rečeno so glavna novost v 6. točki dodane nove zavarovalne podlage, pri katerih je, poleg že do sedaj navedenih, možno uveljavljati pravico do nadomestila plače na dan darovanja krvi, recidiva in 120 dni;
 - črta 7. točka in se besedilo te točke vključi v 6. točko.
 - na novo opredeli zavarovalne podlage v novi 7. točki, saj zaradi razširitve zavarovalnih podlag v 6. točki ni več možno sklicevanje na to točko, zato je bilo potrebno na novo navesti podlage zavarovanja zavarovancev, ki so zavarovani iz naslova delovnega razmerja in za katere velja ZDR-1.

- 3. Pristojnost za ocenjevanje začasne zadržanosti od dela, pod b) Otrokov osebni zdravnik:

- sprememba četrtega odstavka je bila potrebna zaradi dejstva, da nima strokovnega kolegija za pediatrijo samo Univerzitetni klinični center v Ljubljani, temveč tudi Univerzitetni klinični center v Mariboru.
- samo kot pojasnilo se doda se nov peti odstavek, ki določa, da imenovani zdravnik lahko odobri pravico do nege tudi v času, ko je otrok v bolnišnici, in sicer v primeru: da gre za otroka, pri katerem je prisotna možganska okvara, rakavo obolenje ali drugo posebno hudo poslabšanja zdravstvenega stanja) ter da je predlog za odobritev navedene pravice podal strokovni kolegij za pediatrijo univerzitetnega kliničnega centra.

V poglavju III. Vsebina in način izpolnjevanja potrdila, se pod:

- A. Podatki, ki se izpolnjujejo pri osebnem zdravniku
 - v celoti spremenil Rubrika 10 Zadržanost od dela, kjer pa ne gre za vsebinske spremembe, temveč za bolj jasen zapis, kdaj se izpolnjujejo podatki v tej rubriki.

3. Novo Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Navodilo vsebuje poleg že navedene glavne spremembe (uveljavljanje pravice do nadomestila plače zaradi darovanja krvi, recidiva in 120 dni tudi za samostojen zavezanec) še druge spremembe in uskladitve:

- izrecno je zapisano, da je nadomestnega zdravnika dopustno vpisati le, če zavarovanec sicer ima izbranega osebnega zdravnika, vendar je le-ta odsoten;
- navodila glede zapisa posameznih rubrik na Predlogu imenovanemu zdravniku so bolj jasno zapisana in usklajena z zapisi enakih rubrik na Potrdilu o začasni zadržanosti od dela;
- na novo je zapisano, da ker se v on-line sistemu izvajalcu v primeru, če ima oseba poleg stalnega prebivališča prijavljeno tudi začasno prebivališče, posredujeta oba naslova, se v tem primeru na Predlog praviloma zapiše začasni naslov v Sloveniji, razen, če zavarovana oseba želi, da se zapiše stalni naslov v Sloveniji;
- sprememba glede trajanja zdraviliškega zdravljenja zaradi uskladitve s Pravili OZZ, saj se le-to lahko podaljša le na skupno največ 21 dni (pri določenih zdravstvenih stanjih, ki so opredeljena v Pravidih OZZ) in ne več do 28 dni;
- popravek 2. točke II. poglavja, in sicer glede stvarne pristojnosti imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije zaradi uskladitve z 81. členom Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Kontaktne osebe za vsebinska vprašanja:

- Navodilo o uresničevanju pravice zavarovancev do začasne zadržanosti od dela in do nadomestila plače: Maja Polutnik (maja.polutnik@zzzs.si; tel: 01/30-77-474);
- Navodilo za uvedbo postopkov pri imenovanemu zdravniku Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije: Andreja Raušl (andreja.rausl@zzzs.si, tel.: 01/30-77-204).

Uršula Jerše Jan
Maja Polutnik

Okrožnica ZZS št. 0072-24/2016-DI/1 z dne 14. 11. 2016:

Ugotavljanječasne nezmožnosti za delo pri nosečnicah

Imenovani zdravniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu ZZS) v skladu z 81. členom ZZZV (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) in Pravili Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 79/94, 73/95, 39/96, 70/96, 47/97, 3/98, 3/98, 51/98 – odl. US, 73/98 – odl. US, 90/98, 6/99 – popr., 109/99 – odl. US, 61/00, 64/00 – popr., 91/00 – popr., 59/02, 18/03, 30/03, 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 in 85/14) odločajo o začasni nezmožnosti za delo zavarovancev iz bolezenskih razlogov nad 30 dni. V upravnem postopku ugotavljanjačasne nezmožnosti za delo obravnavajo tudi začasno nezmožnost za delo nosečnic. Imenovani zdravniki ZZS, ki so v navedenem upravnem postopku organ prve stopnje, presojujejo začasno nezmožnost za delo nosečnic glede na zdravstveno stanje zavarovanke, pri čemer izhajajo iz dejstva, da nosečnost sama po sebi ni bolezen (ob pogoju, da gre za normalen potek) in upoštevaje delo, ki ga je nosečnicam v skladu z delovnopravno zakonodajo dolžan zagotoviti delodajalec. Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so po 13. členu ZZZV zagotovljene le, če gre za bolezen, poklicno bolezen, poškodbo izven dela ali poškodbo pri delu. Ker nosečnosti ni mogoče definirati kot bolezensko stanje, nosečnicam posebno varstvo na delovnem mestu zagotavlja delovnopravna zakonodaja.

V nadaljevanju bi vas radi opozorili na obveznosti delodajalcev v zvezi z ustreznim zagotavljanjem dela nosečnicam. V skladu s 182. členom Zakona o delovnih razmerjih (Uradni list RS, št. 21/13, 78/13 – popr., 47/15 – ZZSDT, 33/16 – PZ-F in 52/16, v nadaljnjem besedilu ZDR) imajo delavke zaradi nosečnosti pravico do posebnega varstva v delovnem razmerju. V skladu s 184. členom ZDR pa delavka v času nosečnosti ne sme opravljati del, ki bi lahko ogrozila njeno zdravje ali zdravje otroka zaradi izpostavljenosti dejavnikom tveganja ali delovnim pogojem, ki so določena s Pravilnikom o varovanju zdravja pri delu nosečih delavk, delavk, ki so pred kratkim rodile ter doječih delavk (Uradni list RS, št. 62/15). Če delavka v času nosečnosti opravlja delo, pri katerem je izpostavljena dejavnikom tveganja, postopkom in delovnim pogojem, mora delodajalec sprejeti ustrezne ukrepe z začasno prilagoditvijo pogojev dela ali prilagoditvijo delovnega časa, z zagotovitvijo drugega ustreznega dela oziroma,

v kolikor to ni mogoče pa odsotnost z dela z zagotovitvijo nadomestila plače. 185. člen ZDR določa varstvo nosečnic v zvezi z nočnim in nadurnim delom tako, da nosečnicam prepoveduje opravljati nadurno delo ali delo ponoči, če iz ocene tveganja zaradi takega dela izhaja nevarnost za njeno zdravje ali zdravje otroka. Zakon o varnosti in zdravju pri delu (Uradni list RS, št. 43/11) pa v 5. členu zagotavlja varnost in zdravje nosečnic pri delu in delodajalcu nalaga posebno skrb, ki jo mora nameniti zagotovitvi varnosti in zdravja nosečih delavk.

Če torej povzamemo – takoj, ko delavka delodajalcu sporoči, da je noseča, mora delodajalec, v sodelovanju s pooblaščenim specialistom MDPŠ, preveriti oceno tveganja njenega konkretnega delovnega okolja in ugotoviti, ali obstaja kakšno tveganje okvare zdravja delavke ali ploda. Skladno s tem mora delodajalec v skladu z zgoraj navedenimi predpisi sprejeti ustrezne ukrepe, in sicer: začasno prilagoditev delovnih razmer ali prilagoditev delovnega časa, če se s temi ukrepi ni mogoče izogniti nevarnosti za zdravje delavke ali otroka, pa ji mora delodajalec zagotoviti opravljanje drugega ustreznega dela in plačo, kot bi opravljala svoje delo, če je to zanjo ugodnejše. Če delodajalec delavki ne zagotovi drugega ustreznega dela, ji mora v času, ko je delavka iz tega razloga odsotna z dela, zagotoviti nadomestilo plače v svoje breme (prvi odstavek 137. člena ZDR).

Glede na vse navedeno, upošteva zakonodajo ponovno poudarjamo, da nosečnost sama po sebi ni razlog za avtomatično odobritev »bolniškega staleža«, temveč so imenovani zdravniki ZZS glede na ugotovljeno zdravstveno stanje zavarovanke dolžni presojati njeno začasno (ne)zmožnosti za delo z omejitvami, ki jih je dolžan zagotoviti delodajalec.

Prosimo, da z navedenim seznanite izvajalce na vašem območju, izbrane osebne zdravnike in ginekologe ter jim posredujete tudi statistične podatke, ki so v prilogi tega dopisa. Osebne zdravnike in ginekologe je potrebno še posebej opozoriti, da so tudi sami dolžni pri ugotavljanjučasne nezmožnosti za delo nosečnic poleg zdravstvenega stanja zavarovanke upoštevati njeno zmožnost za tisto delo, ki ga je nosečnicam v skladu z delovnopravno zakonodajo dolžan zagotoviti delodajalec.

Uršula Jerše Jan
Andreja Raušl
dr. Ticijana Prijon

Priloga: Analiza zdravstvenega absentizma nosečnic v letih 2014 in 2015

Uvod

Delazmožnost je opredeljena kot zmožnost človeka, da svoj delovni potencial uporabi za pridobivanje. Zmožnost za delo je tako psihofizično stanje, ki človeku omogoča uspešno opravljanje poklicnega dela s polnim delovnim učinkom in brez škode za njegovo zdravje od prvega dne pa do konca delovne dobe oz. starostne upokojitve. Na delazmožnost vplivajo psihofizične lastnosti delavca, njegove telesne, duševne in okoljske obremenitve na delovnem mestu, ter širši dejavniki okolja, varstvo pri delu in raven socialnega in zdravstvenega varstva. Na delazmožnost nedvomno vplivajo tudi mehanizmi prilagajanja posameznika na specifične psihofizične obremenitve tako na delovnem mestu kot v širšem socialnem in družbenem okolju.

Bolniški stalež (bolniška odsotnost, absentizem, zdravstveni absentizem) je začasna odsotnost z dela zaradi bolezni, poškodbe, nege in drugih vzrokov. Absolutna delanezmožnost je odvisna od vrste in teže bolezni oz. poškodbe ali drugih vzrokov ter relativna, ki pa je odvisna od zdravstvenega stanja in predvsem od dela, ki ga delavec opravlja.

Številne študije kažejo, da zdravstveni absentizem ne izhaja izključno iz zdravstvenega stanja zaposlenega, temveč je posledica tudi delovnih, socialnih, ekonomskih, ekoloških in drugih dejavnikov, katerim so izpostavljeni delavci in je zaradi tega ne le zdravstveni, temveč ekonomski in socialni ter vesplošni družbeni problem. Izbrani osebni zdravniki in imenovani zdravniki ZZS presojujejo začasno nezmožnost za delo izključno na podlagi izkazanega zdravstvenega stanja posameznika in dela, ki ga zavarovanec opravlja, zato je njihov širši vpliv na višino absentizma dokaj majhen.

V Sloveniji je zbiranje podatkov o bolniškem staležu naloga Nacionalnega inštituta za javno zdravje (v nadaljevanju: NIJZ). Za oceno in spremljanje zdravstvenega absentizma se uporabljajo naslednji parametri oz. indeksi: **ODSTOTEK BOLNIŠKEGA STALEŽA (% BS)**: odstotek izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca, **INDEKS ONESPOSABLJANJA (IO)**: število izgubljenih koledarskih dni na enega zaposlenega delavca, **INDEKS FREKVENCE (IF)**: število primerov odsotnosti z dela zaradi bolniškega staleža na 100 zaposlenih v 1 letu ter **RESNOST (R)**: povprečno trajanje ene odsotnosti z dela zaradi bolezni, poškodbe ali drugega zdravstvenega vzroka.

Analiza celotnega absentizma v letih 2014 in 2015

V primerjavi z letoma 2013 in 2014 je bil v letu 2015 zaznan velik porast začasne nezmožnosti za delo, ki se je nadaljeval tudi v letu 2016.

Po podatkih NIJZ je bilo zaradi začasne nezmožnosti za delo v Sloveniji v letu 2015 izgubljenih skupaj 9.836.115 delovnih dni, kar predstavlja 704.394 (7,7%) izgubljenih delovnih dni več kot v letu 2014 (9.131.721 izgubljenih dni). Breme odsotnosti se je povečalo tako za delodajalce kot za ZZS. V letu 2015 se je skupni odstotek

izgubljenih delovnih dni povečal na 4,0% (v letu 2014 je ta znašal 3,8%), delež absentizma v breme delodajalcev je znašal 2,0% (v letu 2014 pa je bil 1,9%), enak je bil delež, ki gre v breme ZZS (v letu 2014 je ta znašal 1,9%).

Povprečno trajanje začasne zadržanosti od dela v breme delodajalca je bilo v letu 2015 7,8 dni (leta 2014 je znašalo 8,1 dni), v breme ZZS pa se je povečalo na 15,8 dni (leta 2014 je bilo 15,6 dni). Celokupno povprečje trajanja začasne nezmožnosti za delo je v letu 2015 znašalo 10,4 dni (leta 2014 pa 10,6 dni). Povprečno trajanje bolniškega staleža zaradi bolezni in poškodb izven dela v breme delodajalca je v letu 2015 znašalo 7,5 dni (leta 2014 7,8 dni), v breme ZZS pa se je zvišalo na 78,1 dni (leta 2014 je znašalo 72,9 dni).

Med najpogostejše vzroke za celokupni zdravstveni absentizem (indeks frekvence – IF), tako v letu 2014 kot v letu 2015, sodijo poškodbe in zastrupitve (S00-T98), sledijo bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99), bolezni vezane na nosečnost, porod in poporodno obdobje (O00-P96), bolezni dihal (J00-J99), duševne in vedenjske motnje (F00-F99) ter neoplazme (C00-D48).

Najdaljša povprečna začasna zadržanost od dela (resnost – R) je bila, tako v letu 2014 in tudi v letu 2015, pri bolnikih z neoplazmami (C00-D48), sledila so stanja vezana na patološko nosečnost (O00-P96), duševne in vedenjske motnje (F00-F99), poškodbe in zastrupitve (S00-T98), bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99) ter bolezni dihal (J00-J99).

Analiza absentizma ženske populacije v letih 2014 in 2015

Zaradi različne stopnje obolevnosti žensk, v primerjavi z moško populacijo, in specifičnih bolezenskih stanj se začasna nezmožnost za delo v ženski populaciji nekoliko razlikuje od celokupnega absentizma.

V letu 2014 je bil celokupni odstotek bolniškega staleža (% BS) pri ženskah 4,52% (za celo populacijo je znašal 3,8%), v letu 2015 pa se je zvišal na 4,80% (celokupni je bil 4,0%). V letu 2014 je bilo v ženski populaciji 461.036 primerov bolniške odsotnosti, izgubljenih je bilo skupaj 5.987.319 delovnih dni. V letu 2015 je bilo 539.120 primerov začasne zadržanosti od dela v ženski populaciji (78.084 primerov več kot v letu 2014), izgubljenih pa je bilo 6.476.291 delovnih dni (488.972 dni več kot leta 2014). V letu 2014 je bilo povprečno trajanje začasne delanezmožnosti žensk 12,9 dni, v letu 2015 pa 12,1 dni.

Najpogostejši vzrok začasne nezmožnosti za delo žensk (indeks frekvence – IF), tako v letu 2014 kot v letu 2015, so bile bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99), sledile so poškodbe in zastrupitve (S00-T98), bolezni vezane na nosečnost, porod in poporodno obdobje (O00-P96), bolezni dihal (J00-J99), duševne in vedenjske motnje (F00-F99) ter neoplazme (C00-D48).

Povprečna začasna zadržanost od dela žensk (resnost – R) v letu 2014 in 2015 se bistveno ni razlikovala od celokupne populacije. Najdaljši bolniški stalež je bil pri bolnicah z neoplazmami

(C00-D48), sledila so stanja vezana na patološko nosečnost (O00-P96), duševne in vedenjska motnje (F00-F99), poškodbe in zastrupitve (S00-T98), bolezni mišičnoskeletnega sistema in vezivnega tkiva (M00-M99) ter bolezni dihal (J00-J99).

Analiza absentizma nosečnic v letih 2014 in 2015

Nosečnost je fiziološko stanje in sama po sebi ni bolezen, je pa posebno stanje, ki ga spremljajo številne fiziološke spremembe, ki lahko v določenih pogojih in okoliščinah ter ob izpostavljanju specifičnih dejavnikov (osebnih, okoljskih, delovnega okolja, in drugih), postanejo resen dejavnik tveganja za reproduktivno zdravje oz. zdravje nasploh.

Nekatere zdravstvene težave so v nosečnosti tako pogoste, da se jih obravnava skorajda kot neizogibne oz. kot del normalne nosečnosti, vendar pa lahko vplivajo na delazmožnost nosečnic. Po drugi strani pa nekatera bolezenska stanja v nosečnosti lahko povečajo možnost splava ali zgodnjega rojstva ter resno ogrozijo zdravje tako matere kot otroka.

Zato številni mednarodni in domači dokumenti s področja zdravstvenega varstva in delovne zakonodaje dodatno ščitijo ženske v času nosečnosti, poporodnega obdobja in obdobja dojenja, kot posebno ogroženo skupino prebivalstva. V Sloveniji urejuje pravico do posebnega varstva nosečnic v delovnem okolju Zakon o delovnih razmerjih in Pravilnik o varovanju zdravja pri delu nosečih delavk, delavk, ki so pred kratkim rodile, in doječih delavk. Skladno z veljavno zakonodajo delavka v času nosečnosti in v času dojenja ne sme opravljati del, ki bi lahko ogrozila njeno zdravje ali zdravje otroka zaradi izpostavljenosti dejavnikom tveganja na delovnem mestu ali delovnim razmeram.

Kljub urejenim zakonskim predpisom v Sloveniji še vedno beležimo visok delež absentizma zaradi bolezni, povezane z nosečnostjo, predvsem v zgodnji fazi nosečnosti. Po podatkih NIJZ so bolezenska stanja vezana na nosečnost, porod, poporodno in perinatalno obdobje (MKB: O00-P96) ena izmed najpogostejših vzrokov začasno nezmožnost za delo.

V letu 2014 je bilo 11.549 primerovčasne zadržanosti od dela zaradi patološke nosečnosti (2,5% vseh primerov bolniškega staleža v ženski populaciji), izgubljenih je bilo celokupno 596.664 delovnih dni (10% vseh izgubljenih dni v ženski populaciji), povprečno trajanječasne nezmožnosti za delo nosečnic je bilo 51,66 dni. V letu 2015 se je število primerov nekoliko zmanjšalo na 11.494 (2,1% vseh primerov bolniškega staleža pri ženskah), izgubljenih je bilo 601.954 delovnih dni (5.290 dni več kot leta 2014, kar predstavlja 9,3% vseh izgubljenih dni v ženski populaciji v letu 2015) s povprečnim trajanjem 52,37 dni.

Zmanjšano število primerov bolniškega staleža zaradi patološke nosečnosti v letu 2015 je najverjetneje posledica zmanjšane števila živorojenih otrok. V letu 2015 je bilo rojenih 20.641 otrok, kar je 524 otrok manj kot v letu 2014 (21.165).

Ne glede na to, da je v Sloveniji zdravstveno varstvo žensk na primarnem nivoju enakomerno razporejeno, smo beležili tudi velika odstopanja v pojavnosti (indeks frekvenca – IF) in povprečnem trajanju (resnost – R)časne nezmožnosti za delo zaradi patologije v nosečnosti med posameznimi območnimi enotami ZZZS (v nadaljevanju OE).

Največjo pojavnostčasne zadržanosti od dela zaradi nosečnosti v aktivni ženski populaciji je bila v OE Krško (IF 4,76), OE Novo mesto (IF 3,5) in OE Maribor (IF 3,73), najnižji indeks frekvenca pa v OE Kranj (IF 2,83) in OE Murska Sobota (IF 2,98). Povprečno trajanječasne nezmožnosti za delo nosečnic je bilo najdaljše v OE Ravne na Koroškem (R 81,15 dni), OE Murska Sobota (R 66,89 dni) in OE Maribor (R 62,20 dni), v povprečju pa je bilo trajanječasne delazmožnosti nosečih žensk najkrajše v OE Kranj (R 34,99 dni) in OE Ljubljana (R 42,62 dni).

Najpogostejši vzrokičasne nezmožnosti za delo nosečnic so bili: krvavitev v zgodnji nosečnosti (22%-24% vseh primerov bolniškega staleža v nosečnosti), čezmerno bruhanje med nosečnostjo (10%-12% vseh primerov), sladkorna bolezen med nosečnostjo (približno 3% vseh primerov), nepravi – grozeči prezgodnji porod (2%-3% vseh primerov) ter gestacijska hipertenzija, edemi in proteinurija (0,5%-1% vseh primerov). Najdaljše povprečno trajanječasne nezmožnosti za delo je bilo beleženo pri večplodnih nosečnosti (povprečno trajanje bolniškega staleža od 103 do 113 dni), pri nosečnicah s predležo posteljico (povprečno trajanje od 80 do 82 dni), pri krvavitvi v zgodnji nosečnosti (povprečno trajanje od 70 do 72 dni) ter čezmerno bruhanje med nosečnostjo (povprečno trajanje od 60 do 65 dni).

Z našo raziskavo smo hoteli tudi ugotoviti, ali obstajajo razlike v pojavnosti (IF) in povprečnem trajanju (R)časne nezmožnosti za delo nosečnic med javnim in zasebnim sektorjem, tako v breme delodajalca kot v breme ZZZS. Analiza je pokazala, da je bila frekvenca bolniškega staleža (IF) v nosečnosti v javnem sektorju nekoliko višja kot v zasebnem sektorju, prav tako odstotek bolniškega staleža (%BS). Obratno, pa je bilo povprečno trajanje bolniškega staleža (R) zaradi patologije v nosečnosti, tako v breme delodajalca kot v breme ZZZS, nekoliko daljše v zasebnem sektorju.

dr. Tcijana Prijon

Viri:

1. Bilban, Marjan. „Nosečnost in delazmožnost.“ Delo in varnost letnik 57. številka 5 (2012) str. 20-35. <<http://www.dlib.si/?URN=URN:NBN:SI:DOC-JB0PSBKB>>.
2. Poslovni poročili za leti 2014 in 2015, Zavod za zdravstveno zavarovanje, Ljubljana
3. SURS www.stat.si/
4. NIJZ, www.nijz.si/

Okrožnica ZZS št. 180-179/2014-DI/11 z dne 5. 4. 2016:

Izvajanje 1. točke 25. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/2003, (35/2003 popr.), 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, (90/06 popr.), 64/2007, 33/2008, 71/2008, 7/2009, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13-ZSVarPre-C, 25/14, 25/14 – Odl. US in 85/14; v nadaljevanju: Pravila OZZ) določajo obseg pravic zavarovanih oseb v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Tako je v 1. točki 25. člena Pravil OZZ določeno, da **storitve estetskih operacij ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja razen, če so potrebne zaradi posledic poškodb, okvar ali bolezni, pri čemer se z operacijo odpravlja funkcionalno prizadetost tega organa.**

Če navedena **pogoja** iz 1. točke 25. člena Pravil OZZ (da gre za posledico poškodb, okvar ali bolezni in da se s posegom odpravlja funkcionalno prizadetost tega organa) pri zavarovani osebi **nista kumulativno izpolnjena**, se operacija ali poseg šteje kot **estetska storitev** in **ni pravica** iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. V nasprotnem pa, **če sta** v konkretnem primeru navedena **pogoja izpolnjena**, je **izvajalec dolžan v medicinski dokumentaciji zabeležiti vrsto poškodbe, okvare ali bolezni in funkcionalno prizadetost organa, ki se s posegom odpravlja**. Estetski učinek je pri takšnem posegu, katere poglavitni namen je v odpravi funkcionalne prizadetosti, stranski rezultat. **Funkcionalna prizadetost se v vsakem konkretnem primeru ugotavlja glede na funkcijo organa, ki je predmet predvidenega posega.**

Storitve estetskih operacij, v primeru, da je njihov učinek izključno v lepotni korekciji, v nobenem primeru niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in jih zato ni dopustno opravljati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V nadaljevanju primeroma naštevamo storitve, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja:

- operacija štrlečih ušes (ne glede na starost zavarovane osebe),
- povečanje ali zmanjšanje dojk oziroma popravljanje njihove asimetrije (*Izjema je prsni vsadek za dojko po mastektomiji. Ta poseg ne šteje za estetsko operacijo, ampak je del rehabilitacije po maligni bolezni po 8. alineji 1. točke prvega odstavka 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju),
- ginekomastija,
- odstranjevanje brazgotin, ki predstavljajo zgolj estetsko motnjo,
- odstranjevanje benignih kožnih sprememb (npr. fibromi, seboroične keratoze, lentiginozne spremembe (razen lentigo mali-

gna), hemangiomi (razen tistih, ki so prisotni že v 1. letu starosti otroka), teleangiektazije). (*Izjema so kožne spremembe, pri katerih je bilo na podlagi dermatološkega pregleda (dermatoskopije) ugotovljeno, da obstaja sum ali nevarnost maligne preobrazbe),

- moška androgena plešavost,
- odstranjevanje pretirane poraščenosti (npr. laserska epilacija, elektroliza...),
- liposukcije,
- liftingi.

Utemeljenost zdravstvene storitve, kot pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, primarno ugotavlja osebni ali drug zdravnik, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije pa le naknadno v okviru izvajanja nadzorov. Tako je v vsakem konkretnem primeru posebej ključna ugotovitev in utemeljitev lečečega zdravnika o tem, ali je stanje posledica okvare, bolezni ali poškodbe in bo predvideni poseg hkrati odpravil določeno funkcionalno prizadetost tistega organa, ki je predmet predvidenega posega. V primeru, da sta ta dva pogoja hkrati izpolnjena (in je to zabeleženo v medicinski dokumentaciji), gre tako za pravico iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije je izvajalce zdravstvenih storitev z okrožnico, številka 0072-9/2008-DI, z dne 30. 3. 2008, in tudi s posameznimi dopisi večkrat seznanjal z izvajanjem navedene določbe Pravil OZZ – estetske operacije.

Izvajanje storitev, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, v breme le-tega po določilih Splošnega dogovora predstavlja kršitev pogodbenih obveznosti, ki ima za posledico ustrezno sankcijo za izvajalca. Nadzore izvajanja pogodbenih obveznosti bomo redno izvajali tudi v prihodnje.

Na koncu želimo še poudariti, da je določba 1. točke 25. člena Pravil OZZ vse od začetka veljavnosti Pravil OZZ, torej od 1. 1. 1995 naprej, enaka in nikoli ni bila spremenjena.

Ta okrožnica nadomešča okrožnico, številka 0072-9/2008-DI, z dne 30. 3. 2008.

v. d. generalnega direktorja
Samo Fakin, dr. med.

Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2016

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je na seji dne 8.12.2015 sprejela Finančni načrt ZZS za leto 2016, v katerem so bili prihodki načrtovani v znesku 2.493,6 milijona evrov in v enakem znesku tudi odhodki. Zaradi sprememb v pogojih poslovanja glede na predvidene s finančnim načrtom¹ je Skupščina ZZS na seji dne 9.11.2016 sprejela Rebalans finančnega načrta ZZS za leto 2016, v katerem so bili prihodki večji za 32,8 milijona evrov in odhodki za 53,6 milijona evrov. Z rebalansom je bil načrtovan primanjkljaj prihodkov nad odhodki v višini 20,9 milijona evrov, za katerega je pokritje zagotovljeno iz sredstev na računih ZZS, realiziranih s presežki iz preteklih let, tako da ZZS konec leta ne bi bil zadolžen.

Podatki o finančnem poslovanju ZZS v letu 2016 kažejo, da so **prihodki realizirani v višini 2.518,2 milijona evrov** in so za 8,2 milijona evrov manjši od načrtovanih. **Odhodki so realizirani v višini 2.537,7 milijona evrov** in so pod načrtovanimi za 9,5 milijona evrov, ob tem da je ZZS moral 4,4 milijona evrov zapadlih obveznosti prenesti v plačilo v leto 2017, da ne bi konec leta prekoračil primanjkljaja, predvidenega z Rebalansom finančnega načrta ZZS za leto 2016. Tako znaša **primanjkljaj prihodkov nad odhodki ZZS 19,6 milijona evrov**.

ZZS je tudi v letu 2016 dosegel zastavljeni cilj za finančno poslovanje – finančno poslovanje v okviru finančnega načrta brez zadolžitve. ZZS tako že dvanajsto leto zapored uresničuje fiskalno pravilo, določeno v programih stabilnosti Vlade RS in sklepih organov upravljanja ZZS. Po letu 2005 – ko je Proračun Republike Slovenije saniral kumulativni nepokriti primanjkljaj iz preteklih let, za katerega se je ZZS zadolžil z najemanjem kreditov – ZZS nobeno poslovno leto ni zaključil z zadolžitvijo.

V letu 2016 so na večje prihodke vplivali predvsem večji prispevki za obvezno zdravstveno zavarovanje zaradi večjega števila prejemnikov plač in rasti plač. Na porast odhodkov pa so vplivale določbe Splošnega dogovora z aneksi za leto 2015 in 2016 glede financiranja zdravstvenih programov, večje denarne datjave in večji odhodki za zdravila in medicinske pripomočke.

Po Splošnem dogovoru za leto 2015 z aneksom 1 in Splošnem dogovoru za leto 2016 so bila zagotovljena dodatna sredstva za povečanje zdravstvenih programov na prednostnih področjih (večja dostopnost do nekaterih programov) in boljše vrednotenje nekaterih programov (povečanje vkalkuliranih sredstev za regres za letni dopust, povišanje cen za 3,6 % od 1.6.2016 do 31.12.2016, idr.), ki so finančno bremenila leto 2016 v znesku 87 milijonov evrov. Dodatna poraba sredstev po Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za leto 2016 pa se bo, zaradi pozne uveljavitve, odrazila na odhodkih ZZS v letu 2017.

¹ Odstopanja realizacije prihodkov in odhodkov od ocene za leto 2015, na kateri so bili načrtovani prihodki in odhodki v finančnem načrtu za leto 2016, sprememba globalnih makroekonomskih okvirov UMAR za leto 2016 (marec 2016), večji končni obračun zdravstvenih storitev za leto 2015, plačan v začetku leta 2016, večje obveznosti po Splošnem dogovoru za pogodbeno leto 2015 in aneksu 1 in po Splošnem dogovoru za leto 2016, večji odhodki za zdravila in nadomestila plač med začasno zadržanostjo od dela.

1. Prihodki ZZS v letu 2016

Celotni prihodki ZZS v obdobju januar – december 2016 so znašali 2.518,2 milijona evrov in so nominalno za 83,8 milijona evrov, to je za 3,4 % večji glede na preteklo leto. **Celotni prihodki zaostajajo za načrtovanimi za 0,3 % ali za 8,2 milijona evrov, predvsem zaradi manjših prihodkov od prispevkov.** Prihodki od prispevkov predstavljajo 97,7 % vseh prihodkov in znašajo 2.459,7 milijona evrov. So za 88,1 milijona evrov večji od leta 2015. Stopnja rasti prihodkov od prispevkov je za okoli 2 odstotni točki večja od rasti povprečne bruto plače v Republiki Sloveniji v glavnem zaradi večjega števila prejemnikov plač. **Drugi prihodki ZZS** znašajo 58,4 milijona evrov. Največji delež med drugimi prihodki predstavljajo prihodki od regresnih zahtevkov, ki so v letu 2016 znašali 19,5 milijona evrov. Sledijo prihodki iz naslova mednarodnih sporazumov v višini 14,5 milijona evrov, transferni prihodki iz državnega proračuna za povračilo plačila zdravstvenih storitev do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene v znesku 13,2 milijona evrov ter plačila ZZS-ju v višini 5,3 milijona evrov po dogovorih o cenah in povračilu stroškov za zdravila, ki jih je ZZS sklenil z nekaterimi dobavitelji zdravil.

2. Odhodki ZZS v letu 2016

Odhodki ZZS so izkazani po načelu denarnega toka (po opravljenih plačilih v letu 2016) in znašajo 2.537,7 milijona evrov. So za 108,6 milijona evrov oziroma za 4,5 % večji kot v letu 2015. Največjo rast odhodkov (15,9 %) izkazujejo odhodki za nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela. Celotni odhodki so manjši od načrtovanih za 0,4 % ali za 9,5 milijona evrov. V leto 2017 pa je bilo preneseno plačilo dela zapadlih obveznosti za zdravstvene storitve v višini 4,4 milijone evrov.

a) Odhodki za zdravstvene dejavnosti

Odhodki za zdravstvene storitve, zdravila in medicinske pripomočke, za pripravke za hemofilike in za cepiva ter odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov predstavljajo 87 % vseh odhodkov ZZS.

V strukturi celotnih odhodkov ZZS imajo *odhodki za zdravstvene storitve* 70,4 % delež in v letu 2016 znašajo 1.786 milijonov evrov. V primerjavi z letom 2015 so večji za 3,2 % ali za 54,8 milijona evrov. Odhodki za zdravstvene storitve so za 1,9 milijona evrov oziroma za 0,1 % presegle načrtovane.

Odhodki za zdravila, medicinske pripomočke, pripravke za hemofilike iz krvi in cepiva so znašali 374,1 milijona evrov, kar predstavlja 96,9 % realizacijo finančnega načrta ZZS za leto 2016. V primerjavi z letom 2015 so večji za 4,1 %. Odhodki te skupine odhodkov v strukturi vseh odhodkov ZZS predstavljajo 14,7 % delež.

Največji delež v tej skupini odhodkov predstavljajo *odhodki za zdravila*. V letu 2016 znašajo 292,5 milijona evrov. V primerjavi z letom

2015 so večji za 4,1 % oziroma za 11,6 milijona evrov in manjši od načrtovanih za 3,4 % (ali za 10,3 milijona evrov), čeprav je polletna realizacija teh odhodkov nakazovala na večjo letno rast (okoli 7,8 %). Rast teh odhodkov bi bila bistveno večja, če ne bili izvedeni ukrepi na področju zdravil (določanje cen zdravil na JAZMP, izvajanje terapevtskih skupin zdravil ter skupin medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, pogajanja za nižje cene originalnih zdravil preko različnih vrst dogovorov s proizvajalci zdravil, razvrščanje novih generičnih zdravil, nadzor nad predpisovanjem zdravil).

Odhodki za medicinske pripomočke so znašali 66 milijonov evrov in so za 2,7 % manjši od načrtovanih. V primerjavi z letom 2015 so za 4 % ali 2,5 milijona evrov večji, kar je posledica povečanja števila zavarovanih oseb, ki so upravičene do teh pripomočkov v breme sredstev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri zdravljenju in medicinski rehabilitaciji za posamezne vrste obolenj ter širitve nekaterih pravic.

Odhodki za pripravke za hemofilike in cepiva so v letu 2016 znašali 15,6 milijona evrov in so v skladu z načrtovanimi.

Odhodki za zdravljenje v tujini in iz naslova mednarodnih sporazumov so v letu 2016 znašali 47,6 milijona evrov in so v skladu z načrtovanimi ter za 2,1 % ali za 1 milijon evrov večji kot leta 2015.

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 287,6 milijona evrov, kar je za 0,4 % ali za 1 milijon evrov nad načrtovanimi.

Odhodki za nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela so znašali 285,3 milijona evrov in so presegli načrtovane za 0,5 % ali za 1,3 milijona evrov. Glede na leto 2015 ti odhodki izkazujejo 15,9 % rast, to je za 39,2 milijona evrov več. Glede na leto 2015 se je povečalo tako število primerov (za 7,8 %) kot tudi število dni odsotnosti

v breme ZZS (za 11,1 %), na kar je vplivalo več različnih dejavnikov, predvsem večja obolevnost zavarovanih oseb, večje število prejemnikov plač in večja osnova za nadomestila zaradi rasti plač.

c) Odhodki za delo službe ZZS

Odhodki za delo službe so znašali 42,3 milijona evrov, kar predstavlja 1,7 % delež v odhodkih ZZS v letu 2016. So za 0,9 % manjši od načrtovanih.

4. Zaključne ugotovitve glede finančnega poslovanja ZZS v letu 2016

ZZS je finančno poslovanje v letu 2016 sicer zaključil v okviru načrtovanega primanjkljaja prihodkov nad odhodki in brez zadolžitve, vendar je moral prenesti plačilo 0,2 % zapadlih obveznosti za zdravstvene storitve v naslednje leto.

V letu 2016 so se izboljšali trendi na prihodkovni strani, medtem ko so gibanja na odhodkovni strani manj ugodna. Prihodki so bili za 83,8 milijona evrov večji od leta 2015, kar je omogočilo tudi večjo porabo sredstev za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Vendar je bilo iz naslova večjih prihodkov možno manjše povečanje sredstev za dodatne zdravstvene programe in storitve za zmanjšanje čakalnih dob in za boljše vrednotenje obstoječih programov zaradi relativno velikega porasta odhodkov za nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela (za 39,2 milijona evrov glede na leto 2015). To pomeni, da je bila skoraj polovica večjih prihodkov v letu 2016 namenjena za večje odhodke iz naslova nadomestil plače zaradičasne zadržanosti od dela.

Janko Štok
Daniela Dimić

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

WWW.ZZZS.SI



V strukturi odhodkov je ZZZS v letu 2016 zagotovil 70,4 % sredstev za uresničevanje pravic do zdravstvenih storitev, 14,7 % za zdravila, medicinske pripomočke, cepiva, preskrbo s krvjo in sanitetni material ter 11,3% za denarne dajatve in povračila.

1. VKLJUČEVANJE IN UREJANJE ZAVAROVANJ ZAVAROVANIH OSEB



- na dan 31. 12. 2016 vključenih v zavarovanje 2.086.218 zavarovanih oseb;
- 4.038 oseb, ki niso imele urejenega obveznega zdravstvenega zavarovanja več kot 2 meseca, in 742 oseb, ki niso imele urejenega zavarovanja več kot 1 leto;
- 1.046.091 prijav, odjav in sprememb v zavarovanju, ki so jih uredili zaposleni v prijavno-odjavnih službah ZZZS, 1.919.779 M-obrazcev pa je bilo urejenih avtomatsko (elektronsko) na podlagi programske podpore.



Tabela 1. Spremembe statusov zavarovanih oseb v Sloveniji v letu 2016 v primerjavi z letom 2015.

obdelani obrazci za urejanje zavarovalnega statusa	število dogodkov v letu 2015			število dogodkov v letu 2016			indeks 2016/2015
	obravnavni referentov	avtomatske obravnavne	skupaj	obravnavni referentov	avtomatske obravnavne	skupaj	
obrazec prijava M-1	475.309	101.683	576.992	389.448	191.580	581.028	101
obrazec odjava M-2	474.129	99.079	573.208	373.336	196.466	569.822	99
obrazec sprememba M-3	64.581	8.073	72.654	60.442	7.914	68.356	94
skupaj M1+M2+M3	1.013.999	208.835	1.222.834	823.226	395.960	1.219.206	100
obrazec MDČ	157.199	128.208	285.407	153.982	122.091	276.073	97
obrazec M12	280.277	2.289	282.566	68.683	1.401.708	1.470.591	520
SKUPAJ	1.461.475	339.332	1.790.807	1.046.091	1.919.779	2.965.870	166

Vir: ZZZS, baza podatkov o zavarovanih osebah

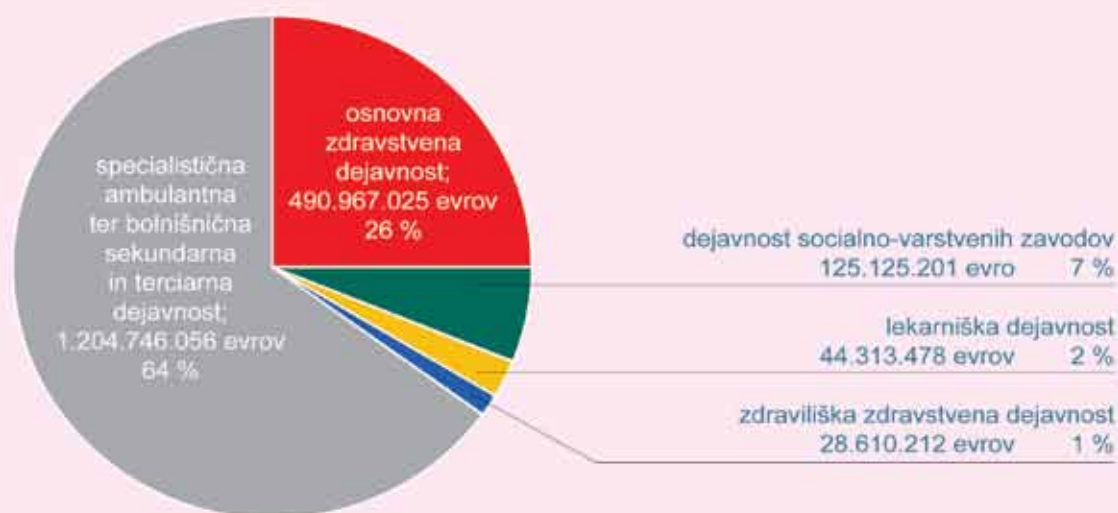
OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

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 4,3 milijona obiskov.
- V akutno bolnišnično obravnavo je bilo sprejetih 345.361 primerov (hospitalizacij, sprejemov in odpustov bolnikov iz bolnišnice). Polovica vseh primerov akutne bolnišnične obravnave je povezana z boleznijo ali okvaro mišično-skeletnega sistema in vezivnega tkiva, boleznijo ali okvaro obtočil, boleznijo ali okvaro prebavil, boleznijo in okvaro dihalnega sistema ter nosečnostjo, porodom ali poporodnim obdobjem. Najpogosteje je bil obračunan vaginalni porod brez zapletenih diagnoz (11.745 primerov).

Slika 1. Pogodbena vrednost programa zdravstvenih storitev po dejavnostih v letu 2016.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

- Okvirna vrednost celotnega programa zdravstvenih storitev iz Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2016, ki vključuje obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah in zdravil iz Seznama B, je v tekočih cenah 2016 znašala 1.893 milijonov evrov. Znesek ne vključuje obveznosti za specializacije, ki so v letu 2016 znašale 52,7 milijona evrov ter obveznosti za povračila dela pripravnikov in sekundarijev, ki so v letu 2016 znašale 20,8 milijona evrov.
- V letu 2016 je ZZZS imel sklenjene pogodbe s 1.743 izvajalci zdravstvenih storitev, in sicer 204 z javnimi zavodi in 1.539 z zasebnimi izvajalci. Za izvedbo programov je v pogodbah z javnimi zavodi in zasebniki s koncesijo dogovorjenih 44.113 delavcev (iz ur), od tega 7.507 oziroma 17,02 % pri koncesionarjih.
- V letu 2016 je ZZZS izvedel skupno 842 nadzorov nad izvajanjem pogodb sklenjenih med ZZZS in izvajalci zdravstvenih storitev; izvedeni nadzori na osnovi priprave analitičnih podatkov:
 - o sistemski nadzor obračuna kratkotrajnih hospitalizacij in hospitalizacij v pediatriji in srčni kirurgiji ter obračuna specialistične zunajbolnišnične dejavnosti fizioterapije, pediatrije, pulmologije, diabetologije, kirurške dejavnosti v urgentnih centrih, okulistiki in vsa področja zobozdravstvene specialitike;
 - o nadzor vodenja čakalnih seznamov in ordinacijskega časa;
 - o nadzor pravilnega evidentiranja vsebine obravnave v akutni bolnišnični obravnavi;
 - o nadzor obračuna storitev v času dežurne službe na primarni ravni, ločeno zaračunljivega materiala in storitev, zunaj bolnišničnih storitev, medicinskih pripomočkov in nege v socialno-varstvenih zavodih v času hospitalizacije.
- Osrednja pozornost namenjena pravilnosti obračuna; vrsta aktivnosti namenjena tudi izobraževanju izvajalcev za pravilno evidentiranje in obračunavanje.
- Na podlagi izvedenih nadzorov ZZZS v letu 2016 znašajo zahtevki iz nadzorov 2,74 milijona evrov, izrečene pogodbene kazni znašajo 558.843 evrov.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

3. OSKRBA Z ZDRAVILI



- predpisanih 17.238.353 receptov za zdravila za 39,8 milijonov pakiranj (škatlic...); poraba zdravil, merjena v definiranih dnevni odmerkih, se je zvišala za 1,9 %. Vsaj en zelen recept je prejelo 1.507.221 (73 %) prebivalcev;
- poraba bioloških, tarčnih in drugih dragih zdravil na recept narašča, saj so izdatki zanje znašali 132,3 milijona evrov, kar je za 13,1 milijona evrov več glede na predhodno leto;
- odhodki obveznega zdravstvenega zavarovanja za zdravila in živila, ki zajemajo izdajo na recepte, seznam B (bolnišničnih zdravil) in seznam A (seznam ampuliranih zdravil za zunaj bolnišnično zdravljenje), zdravila v centrih za zdravljenje odvisnosti, krvne pripravke, cepiva in povračila so znašali 393.866.307 evrov, kar predstavlja 5,6 % povečanje glede na predhodno leto;
- na listo za ambulantno predpisovanje je bilo razvrščenih 22 novih zdravil, na seznam bolnišničnih zdravil 6 novih zdravil, na seznam A pa 1 novo zdravilo. Razvrščena so bila tudi 4 nova živila.

4. ZAGOTAVLJANJE MEDICINSKIH PRIPOMOČKOV



- predpisanih 527.989 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 279.946 oseb;
- stroški izdanih pripomočkov v breme ZZZS so znašali 66.491.785 evrov, kar je za 5,9 % več glede na predhodno leto;

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

5. ODLOČANJE O PRAVICAH



Imenovani zdravniki ZZZS izdali 346.987 odločb (9 % več kot v 2015), od tega:

- 231.554 odločb o začasni nezmožnosti za delo (10,5 % več kot v 2015);
- 44.018 odločb o zobnoprotetični rehabilitaciji (2,7 % več kot v 2015);
- 37.608 odločb o zdraviliškem zdravljenju (8,3 % več kot v 2015);
- 7.789 odločb o medicinskih pripomočkih (1,9 % več kot v 2015);
- 1.616 odločb za nego družinskega člana (8,4 % več kot v 2015);

Senat zdravstvene komisije kot pritožbeni organ na drugi stopnji izdal 6.618 odločb (6,7 % več kot v 2015), od tega:

- 4.043 odločb za začasno nezmožnost za delo (8,5 % več kot v 2015),
- 2.509 odločb za zdraviliško zdravljenje (4,6 % več kot v 2015).

Območne enote ZZZS rešile 3.356 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 221 pritožb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

6. NADOMESTILO PLAČE MED ZAČASNO ZADRŽANOSTJO OD DELA



- 987.766 primerov zadržanosti od dela, najpogosteje zaradi bolezni in poškodbe izven dela: izgubljenih skupno 10.378.095 delovnih dni (5,5 % več kot 2015), od tega 5.466.847 v breme ZZS;
- upad števila izgubljenih dni in trajanja zadržanosti v breme delodajalcev, porast števila izgubljenih dni, primerov in trajanja zadržanosti v breme ZZS, rahlo povečanje skupne povprečne dolžine trajanja (10,5 dneva; v letu 2015 10,4 dneva);
- skupni odstotek izgubljenih dni 4,16 % (v letu 2015: 4,0 %), od tega v breme delodajalcev 1,97 % (v letu 2015: 2 %) in v breme ZZS 2,19 % (v letu 2015 2 %);
- nad 1 letom trajanja je bilo v bolniškem staležu 5.916 oseb (v letu 2015: 4.589);
- stroški za nadomestila ZZS 285.308.173 evrov (v letu 2015: 246.071.636 evrov oziroma za 15,9 % več);
- 3.471 laičnih nadzorov nad bolniškimi odsotnostmi (v letu 2015: 3.485), najpogosteje pri delavcih in samozaposlenih; 5,9 % kršitev glede na opravljene nadzore (v letu 2015: 6 %); najvišji delež kršitev pri samostojnih zavezancih; najpogostejše kršitve: neupravičena odsotnost od doma, opravljanje pridobitne dejavnosti; neposredni učinek nadzorov: 310 zaključenih bolniških staležev (3 več kot v 2015), 101 ugotovitev zmožnosti za delo za krajši delovni čas (109 v 2015), 6 odločb o odvzemu oziroma zadržanju nadomestila plače (4 v 2015).

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

7. IZVAJANJE EVROPSKEGA PRAVNEGA REDA IN MEDNARODNIH SPORAZUMOV



- tuji organi za zvezo so obračunali ZZZS stroške za 75.456 primerov slovenskih zavarovanih oseb, ki so v tujini uveljavljale zdravstvene storitve med začasnim in stalnim bivanjem v tujini, oz. so bile napotene na zdravljenje v tujino (1,4 % več kot leta 2015); skupni znesek novonastalih obveznosti ZZZS do tujine je tako znašal 31.801.390 evrov in je najvišji do Bosne in Hercegovine, Hrvaške, Nemčije in Avstrije;
- ZZZS je tujim organom za zvezo obračunal stroške za 50.215 primerov tujih zavarovanih oseb, ki so v Sloveniji uveljavljale zdravstvene storitve, kar je 3,2 % več primerov kot v letu 2015; skupna vrednost novonastalih terjatev v letu 2016 znaša 19.639.279 evrov in je najvišja do Avstrije, Nemčije, Hrvaške in Italije;
- ZZZS je v letu 2016 izdal slovenskim zavarovanim osebam 518.480 evropskih kartic zdravstvenega zavarovanja in 107.835 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 napoteni 591 oseb, kar je 14,1 % več kot v letu 2015;
 - o zaradi predolge čakalne dobe (44.b člen ZZVZZ) je bilo 18 oseb napoteni na zdravljenje v tujino;
 - o ZZZS je izvedel 1.833 povračil stroškov čezmejnega zdravstvenega varstva na podlagi evropskega direktive in 44.c člena ZZVZZ in tako zavarovancem povrnil 442.209 evrov;
- skupni stroški načrtovanega zdravljenja v tujini so znašali 6.514.091 evrov, kar je za 9,5 % več kot leta 2015.

OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

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



Tabela 2. Delež izdatkov za zdravstvo iz državnega proračuna v letu 2014 (v državah s primerljivim sistemom obveznega zdravstvenega zavarovanja).

država	dolež (%)
Avstrija	31
Belgija	11
Bolgarija	9
Češka	12
Estonija	10
Francija	4
Grčija	28
Hrvaška	3
Litva	10
Luksemburg	8
Madžarska	9
Nemčija	7
Nizozemska	5
Poljska	9
Slovaška	4
Slovenija	3
EU28	37

Vir: OECD, Health at a Glance 2016.

Tabela 3. Javni in zasebni tekoči izdatki za zdravstvo v PPP evrih na prebivalca v Sloveniji in v deležu BDP v primerjavi z državami EU28 v letu 2014.

država	PPP € na prebivalca			
	javni	zasebni	celotni	% od BDP
Avstrija	2.884	905	3.789	10,4
Belgija	2.699	782	3.481	10,4
Bolgarija	593	515	1.108	8,3
Ciper	703	873	1576	6,8
Češka	1.566	284	1.850	7,5
Danska	3.175	598	3.773	10,6
Estonija	1.018	330	1.348	6,3
Finska	2.257	731	2.988	9,6
Francija	2.627	715	3.342	11
Grčija	1.007	656	1.663	8,2
Hrvaška	834	275	1109	6,6
Irsko	2.713	1.209	3.922	9,4
Italija	1.869	607	2.476	9,1
Latvija	622	408	1.030	5,6
Litva	932	432	1.364	6,5
Luksemburg	5.057	966	6.023	7,2
Madžarska	918	453	1.371	7
Malta	1.685	764	2.449	9,6
Nemčija	3.403	600	4.003	11,1
Nizozemska	3.215	768	3.983	10,8
Poljska	902	357	1.259	6,3
Portugalska	1.299	668	1.967	8,9
Romunija	644	172	816	5,0
Slovaška	1.240	299	1.539	7
Slovenija	1.433	550	1.983	8,4
Španija	1.654	712	2.366	9
Švedske	3.295	642	3.937	11,1
Velika Britanija	2.437	647	3.084	9,8
Povprečje EU28	1.882	604	2.486	8,5

Vir: OECD, Health at a Glance 2016.



OBVEZNO ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE V LETU 2016

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 2014.

Izbrani kazalci	Slovenija	EU 15
Št. obiskov na prebivalca v zunajbolnišnični ambulantni dejavnosti skupaj	6,6	6,1
- na primarni ravni	4,3*	n.p.
- na sekundarni ravni	2,3	n.p.
Stopnja hospitalizacije (odpusti iz bolnišnic) zaradi bolezni na 1.000 prebivalcev skupaj	184	158
- zaradi srčnožilnih bolezni	21,0*	23,2**
- zaradi raka	17,7*	13,0**
Povprečna ležalna doba v bolnišnicah (v dnevih)	6,9	7,7
Operacije sive mreze - delež v enodnevni obravnavah	98	92

Opombe: * - NUJ, ZSL 2014.
 ** - Eurostat
 np - ni podatka

Viri: OECD, Health at a Glance 2016, NIJZ, Eurostat.

Zdraviliško zdravljenje po spremembi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v letu 2014

Uvod

Z napredkom medicine in uvedbo novih oblik zdravljenja zdraviliška rehabilitacija kot metoda zdravljenja in rehabilitacije določenih zdravstvenih stanj izgublja na pomenu. Zaradi tega se je pojavila potreba po spremembi več desetletij veljavnih Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju Pravila), ki so se nanašala na pravice zavarovanih oseb do zdravljenja v naravnem zdravilišču.

Novela Pravil določenih zdravstvenih stanj, pri katerih je možno zdravljenje z drugimi, predvsem farmakološkimi ukrepi, ne uvršča med bolezenska stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje (nap. endokrinološke bolezni). Izjemoma je zdraviliško zdravljenje indicirano pri določenih zdravstvenih stanjih, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili. Poleg tega so do zdraviliškega zdravljenja upravičene zavarovane osebe le po težjih poškodbah in operativnih posegih z zapleti.

S spremembami in dopolnitvami Pravil so natančneje definirana vsa zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje, kar omogoča lažje izvajanje in poenoteno odločanje imenovanih zdravnikov oz. zdravstvene komisije. Veljavna Pravila širijo tudi pravice zavarovanih oseb, saj uvrščajo dodatna zdravstvena stanja med indikacije za zdraviliško zdravljenje. Največ novosti se nanaša na ureditev zdraviliškega zdravljenja otrok, saj so v Pravilih predvidena številna zdravstvena stanja, zaradi katerih je po novem mogoče odobriti zdraviliško zdravljenje.

Spremembe Pravil

Prve spremembe in dopolnitve Pravil v letu 2014 so bile objavljene v Uradnem listu Republike Slovenije št. 25/14, z dne 11. 4. 2014 in so začele veljati petnajsti dan po objavi, torej 26. 4. 2014.

Že takoj po uveljavitvi Pravil so se tako s strani izvajalcev, imenovanih zdravnikov ZZS kot tudi zavarovanih oseb pojavila določena vprašanja v zvezi z izvajanjem določb, ki se nanašajo na pravico do zdraviliškega zdravljenja. Predvsem so se vprašanja nanašala na posamezna zdravstvena stanja (indikacije), pri katerih je lahko zavarovana oseba, ob izpolnjevanju drugih predpisanih pogojev, upravičena do tovrstnega zdravljenja.

Po sestankih s predstavniki Strokovnih združenj pri Slovenskem zdravniškem društvu in pristojnih Razširjenih strokovnih kolegijih Ministrstva za zdravje RS je bila podrobnejša opredelitev posameznih indikacij za zdraviliško zdravljenje vsebinsko usklajena. Nekatera pojasnila so bila dana že v okrožnici „Izvajanje odločb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v zvezi s pravico do zdraviliškega zdravljenja“ št. 105/2014-DI/29, z dne 9. 7. 2014, z objavljenimi Spremembami in dopolnitvami Pravil, Uradni list Republike Slovenije, št. 85/201, z dne 28. 11. 2014, ki so začele veljati petnajsti dan po objavi, torej dne 13. 12. 2014, pa so bile navedene razlage

medicinskih indikacij za zdraviliško zdravljenje vključene v besedilo Pravil.

Indikacije za zdraviliško zdravljenje

Skladno z novimi Pravili so zavarovane osebe upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih, ki so opredeljena kot indikacije za napotitev v naravna zdravilišča, če se z zdraviliškim zdravljenjem pričakuje povrnitev funkcionalnih sposobnosti (44. člen). Spremenjena in dopolnjena Pravila so črtala dosedanje alternativne pogoje, kot so »bistveno izboljšanje zdravstvenega stanja za daljši čas, zmanjšanje pogostosti zadržanosti od dela zaradi bolezni ali zdravljenja v bolnišnici, povrnitev delovnih sposobnosti, preprečitev napredovanja bolezni ali slabšanja zdravstvenega stanja za daljši čas«. Skladno z določbami prej veljavnih Pravil so bile zavarovane osebe upravičene do zdraviliškega stanja pri določenih zdravstvenih stanjih, če so izpolnjevale vsaj enega od zgoraj naštetih pogojev.

Zdravstvena stanja, pri katerih so zavarovane osebe upravičene do zdraviliškega zdravljenja (indikacije), so opredeljene v 45. členu Pravil.

Prvi odstavek 45. člena Pravil definira indikacije za zdraviliško zdravljenje, ki veljajo tako za odrasle kot za otroke. Vsaka točka opredeli tip standarda zdraviliškega zdravljenja (standard tip 1 do tip 9) s katerim je določena vrsta in obseg zdravstvenih storitev, ki se opravijo v okviru zdraviliške rehabilitacije pri določenih zdravstvenih stanjih. V primeru zdravstvenih stanj iz 10. točke se tip zdraviliškega zdravljenja določi glede na lokacijo primarne bolezni. Skladno z novelo Pravil so indikacije za zdraviliško zdravljenje:

1. Vnetne revmatične in sistemsko vezivno tkivne bolezni:

- revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- spondiloartritis z aksialno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) s slabšanjem gibljivosti, ki je dokumentirana z meritvami;
- spondiloartritis s periferno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- sistemsko vezivno tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;
- polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.

2. Degenerativni revmatizem

- generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi, ki jih operativni poseg ne bi odpravil oz. je operativni poseg kontraindiciran;
- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofij ali kontraktur sklepov.

3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu

- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- zlomi velikih kosti ali hrbtenice; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a funkcionalni prizadetosti;
- osteotomija velikih kosti zaradi korekcije položaja sklepov, s težko funkcionalno prizadetostjo;
- endoproteza velikih sklepov, ki ni vstavljena zaradi zloma, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;
- rekonstrukcija križnih vrzi kolena, operativna stabilizacija pogačice;
- stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;
- operativni posegi na hrbtenici, s težko funkcionalno prizadetostjo.

4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni

- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;
- okvare centralnega ali perifernega živčevja s popravljivo težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kadar kirurško zdravljenje ni možno,
- nevrokirurške operacija na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.

5. Bolezni srca in ožilja

- akutni srčni infarkt z zgodnjimi akutnimi zapleti;
- operacije na srcu in ožilju z izvedeno torakotomijo, zajema tudi transplantacijo srca.

6. Ginekološke bolezni in bolezni sečil

- radikalni kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo;
- laparotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti;
- večji rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od naslednjih organskih sistemov: sečila, rodila, prebavila s težjimi zapleti;
- rak dojke po radikalnem kirurškem posegu ali po končani radioterapiji in kemoterapiji.

7. Kožne bolezni

- generalizirana oblika psoriaze, ki je ni možno obvladati z zdravili;
- sklerodermija s prizadetostjo kože na sklepih ali na prsnem košu, po zaključenem bolnišničnem zdravljenju;
- obsežne resekcije kože in podkožja, zaradi operacije malignega melanoma ali drugih malignomov kože, z odstranitvijo bezgavk.

8. Bolezni prebavil

- obsežni torkotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- Crohnova bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje epizode poslabšanja;
- akutni nekrotizantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitis s težjimi zapleti ali podhranjenostjo;
- operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji jeter.

9. Bolezni dihal

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v mediastinumu z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70%).

10. Onkološke bolezni

- radikalne operacije malignomov po zaključeni radioterapiji ali kemoterapiji;
- obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.

V drugem odstavku 45. člena Pravil pa so opredeljena zdravstvena stanja, ki so dodatne indikacije za zdraviliško zdravljenje otrok in mladostnikov (za zavarovane osebe do dopolnjenega 18. leta starosti):

1. cistična fibroza pljuč ali druge kronične gnojne pljučne bolezni s potrebo po vsakodnevni respiratorni fizioterapiji in kronične pljučne bolezni, pri katerih je potrebna podpora ventilacije;
2. hujše dermatoze (psoriaza, ihtioza, epidermolysis bullosa, atopijski dermatitis – alergijski in nealergijski) z več kot 30% prizadete kože ob poslabšanju v zadnjem letu ob dokumentiranem zdravljenju;
3. astma in ponavljajoče piskanje pri zavarovani osebi do dopolnjenega petega leta starosti z dvema ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila oz. astma pri zavarovani osebi nad petimi leti starosti z eno ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;

4. tuberkuloza po zdravljenju težkih oblik bolezni;
5. osteogenesis imperfecta, primarna osteoporoza in skeletne displazije z gibalno oviranostjo;
6. trdovratni alergijski rinitis, ki ga ni mogoče urediti z zdravljenjem s specifično imunoterapijo.

Kontraindikacije za zdraviliško zdravljenje

Ne glede na 44. in 45. člen Pravil, zavarovana oseba nima pravice do zdraviliškega zdravljenja v primeru zdravstvenih stanj, ki so opredeljene kot kontraindikacija za zdraviliško zdravljenje (46. člen). Šteje se, da zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno in zato ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kadar je v času predvidenega zdraviliškega zdravljenja pri zavarovani osebi prisotna:

1. huda duševna motnja ali motnja osebnosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna aktivno sodelovati v zdraviliškem zdravljenju;
2. toksikomaniya ali kronični etilizem;
3. slabo urejena epilepsija;
4. nalezljiva bolezen **v kužnem stanju**;
5. kronična organska bolezen v fazi akutnega poslabšanja;
6. pogoste in močnejše krvavitve;
7. rakasta novotvorba, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti;
8. nosečnost;
9. težja oblika generalizirane ateroskleroze;
10. nezaceljene rane;
11. kajenje pri boleznih dihal.

Izvajanje zdraviliškega zdravljenja

Skladno z novimi določbami Pravil ima zavarovana oseba pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način v trajanju 14 dni ter na ambulantni način v trajanju do 10 dni. Novela Pravil tako enači časovni potek zdravljenja v naravnem zdravilišču pri zavarovanih osebah, ne glede na njihovo starost. Prej veljavna Pravila so namreč določala, da traja zdraviliško zdravljenje odraslih praviloma 14 dni, otrok 21 dni, zdravljenje pa se je lahko podaljšalo na predlog zdravilišča do 28 dni.

Nova Pravila tudi določajo, da se zdraviliško zdravljenje lahko podaljša le v primerih zdravstvenih stanj iz prve alineje 3. točke (politravma **s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike**) ter prve alineje 4. točke (novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami) in tretje alineje 4. točke (nevrokirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike) prvega odstavka 45. člena Pravil na skupno največ 21 dni, vendar le v primeru, **če je s tem pričakovati dodatno izboljšanje funkcionalnih sposobnosti. Zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oz. poškodbe ob njenem klinično pomembnem (funkcionalnem) poslabšanju, če sta od izdaje odločbe, s katero je bilo že odobreno zdraviliško zdravljenje,**

pretekli dve leti ali po preteku dveh let od zaključka celostne medicinske rehabilitacije pri izvajalcu zdravstvene dejavnosti na terciarni ravni, če gre za zavarovano osebo od dopolnjenega 18. leta starosti, oz. po enem letu, če gre za zavarovano osebo do dopolnjenega 18. leta starosti.

Pravica do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oz. poškodbe izhaja izrecno iz klinične slike, ki izkazuje funkcionalno poslabšanje, in ne avtomatično na osnovi same diagnoze bolezni ali poškodbe.

Statistični podatki

Po spremembi Pravil ne ugotavljamo večje razlike v skupnem odstotku odobrenega zdraviliškega zdravljenja. V primerjavi z letom 2013 je bilo leta 2014 le 1,2% manj napotitev na zdraviliško rehabilitacijo, kar ne pomeni statistično pomembnega zmanjšanja. Največji trend upadanja napotitev na zdraviliško zdravljenje zavarovanih osebah od dopolnjenega 18. leta starosti smo beležili pri zavarovanih osebah po prebolelem akutnem srčnem infarktu (27%), saj so po novih Pravilih do zdraviliškega zdravljenja upravičene le zavarovane osebe po akutnem srčnem infarktu z zgodnjimi akutnimi zapleti. Po drugi strani pa je pri določenih zdravstvenih stanjih (nap. pri koksartrozi) trend odobrenega zdraviliškega zdravljenja v letu 2014 celo narasel za 10%. Po uveljavitvi novih Pravil so se zmanjšale za približno 29% tudi napotitve zavarovanih oseb do dopolnjenega 18. leta starosti, predvsem otrok in mladostnikov, ki so imeli le postavljeno diagnozo bolezni dihal ali kože, vendar so bili brez funkcionalne prizadetosti ali bolezenskih znakov, zato napotitev na zdraviliško zdravljenje, skladno z veljavnimi Pravili, ni bila utemeljena.

Nadalje ugotavljamo, da odstotek odobrenega zdraviliškega zdravljenja po spremembi Pravil iz leta v leto narašča. V letu 2014 je bilo zdraviliško zdravljenje odobreno v 73,04%, leta 2015 v 76,27%, v letu 2016 pa 77,69%.

Zaključek

Po spremembah in dopolnitvah Pravil se zdraviliško zdravljenje lahko odobri le v primeru, če je pri zavarovani osebi pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti. Nova Pravila natančneje definirajo predvsem zdravstvena stanja, ki so indikacija za zdraviliško zdravljenje pri zavarovanih osebah od dopolnjenega 18. leta starosti, kot indikacije za zdraviliško zdravljenje zavarovanih oseb do dopolnjenega 18. leta starosti pa so dodana tudi nova zdravstvena stanja. Vsa zdravstvena stanja so predeljena v skladu z veljavnimi strokovnimi smernicami in medicinsko doktrino.

Skladno z novimi Pravili pravica do zdraviliškega zdravljenja izhaja izrecno iz klinične slike, ki izkazuje funkcionalno prizadetost, in ne avtomatično na osnovi same diagnoze bolezni ali poškodbe. Kljub temu nova Pravila zagotavljajo in omogočajo zdraviliško zdravljenje večini in predvsem najtežje bolnim ali poškodovanim, kot je to podprla tudi medicinska stroka.

dr. Tcijana Prijon

Izdaja 2 zloženek ZZZS o zdraviliškem zdravljenju v obveznem zdravstvenem zavarovanju

ZZZS je v letu 2014 v sodelovanju s predstavniki medicinske stroke v okviru sprememb Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki so bile uveljavljene 13.12.2014, celovito posodobil ureditev pravice do zdraviliškega zdravljenja s ciljem slediti napredku medicine in farmacije ter s ciljem zagotoviti učinkovitejšo rehabilitacijo in poenoteno odločanje o upravičenosti bolnikov do te pravice. Na tej podlagi je ZZZS v avgustu 2015 pripravil in izdal tudi 2 tematski zloženci o zdraviliškem zdravljenju iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ju je posredoval v večji nakladi tudi vsem izvajalcem zdravstvenih storitev, ki imajo sklenjeno pogodbo z ZZZS in se obenem srečujejo bodisi s predlaganjem zdraviliškega zdravljenja ali njegovim izvajanjem. Gre za zloženci z naslednjo vsebino oz. naslovom:

1. Pravica do zdraviliškega zdravljenja,
2. Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,

Z izdajo obeh 2 zloženek si na ZZZS prizadevamo, da bi se tudi na ta način izboljšala seznanjenost osebnih zdravnikov, zdravnikov specialistov in zavarovanih oseb z zdravstvenimi stanji in pogoji, na podlagi katerih so zavarovane osebe upravičene do zdraviliškega zdravljenja. Prepričani smo, da lahko dobra informiranost zavarovanih oseb izboljša kakovost delovanja javne zdravstvene službe, pozitivno vpliva na zaupen odnos med bolnikom in zdravnikom ter delno razbremenuje zdravstvene delavce pri posredovanju pojasnil o pravici do zdraviliškega zdravljenja.

Damjan Kos

Prilogi:

1. Zloženska: Pravica do zdraviliškega zdravljenja,
2. Zloženska: Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,

Pravica do zdraviliškega zdravljenja

Uvod

Zdraviliško zdravljenje pomeni rehabilitacijo po boleznih, kirurškemu posegu ali poškodbi, ki se izvaja s souporabo naravnih zdravilnih sredstev (mineralna ali termalna voda itd.). Storitve, ki jih sicer tudi opravljajo naravna zdravilišča, vendar brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev, ne štejejo za zdraviliško zdravljenje. Zdraviliško zdravljenje se izvaja kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, in sicer neposredno po končanem zdravljenju (izvaja se le na stacionarni način, ko zavarovana oseba biva v zdravilišču), lahko pa gre tudi za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja (izvaja se na stacionarni način, ko zavarovana oseba biva v zdravilišču, ali na ambulantni način, ko zavarovana oseba dnevno prihaja v zdravilišče).

Upravičenost do zdraviliškega zdravljenja

Zdraviliško zdravljenje v obveznem zdravstvenem zavarovanju je le tisto zdravljenje, ki predstavlja zahtevnejšo medicinsko rehabilitacijo, pri kateri so souporabljena naravna zdravilna sredstva in se izvaja v naravnih zdraviliščih. **Zavarovane osebe so upravičene do zdraviliškega zdravljenja pri zdravstvenih stanjih, ki so opredeljena v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja, če je z izvedbo zdraviliškega zdravljenja pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti.**

V nadaljevanju so navedena zdravstvena stanja, ki so pogoj za odobritev zdravljenja v naravnem zdravilišču, seveda le v primeru, če je z zdraviliškim zdravljenjem pričakovati povrnitev funkcionalnih sposobnosti. Imenovani zdravilniki Zivoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZS) dobivajo veliko predlogov, pri katerih potreba po zdraviliškem zdravljenju ni utemeljena ali pa je možno medicinsko rehabilitacijo opraviti brez souporabe naravnih zdravilnih sredstev v zdravstvenemu domu ali bolnišnici. Zato mora pristojni zdravnik pri izstavitvi predloga imenovanemu zdravniku ZZS za odobritev zdraviliškega zdravljenja upoštevat določila Pravil

obveznega zdravstvenega zavarovanja in zavarovano osebo seznaniti s pogoji napolitve na predlagano zdravljenje. Ob tem naj še poudarimo, da zavarovana oseba lahko uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oziroma poškodbe ob njenem klinično pomembnem poslabšanju, če sta od izdaje predhodne odločbe, s katero je že bilo odobreno zdraviliško zdravljenje, pretekli dve leti oziroma pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 18. leta starosti eno leto.

Postopek napolitve na zdraviliško zdravljenje

O utemeljenosti predlaganega zdraviliškega zdravljenja odloča imenovani zdravnik ZZS. Imenovani zdravnik odloči na osnovi medicinske in druge dokumentacije, ki jo ima na voljo, po potrebi pa lahko opravi tudi osebni pregled zavarovane osebe, če oceni, da je potreben ali če ga zahteva zavarovana oseba sama. V primeru, ko imenovani zdravnik ZZS ugotovi, da je predlagana napolitve na zdraviliško zdravljenje utemeljena, izda odločbo, s katero napoti zavarovano osebo v ustrezno zdravilišče. Če ni strokovnih utemeljitev za zdraviliško zdravljenje, imenovani zdravnik odloči, da zavarovana oseba ni upravičena do napolitve na zdraviliško zdravljenje. Zoper to odločbo se zavarovana oseba lahko pritoži. O pritožbi odloča zdravstvena komisija ZZS.

Zdravstvena stanja, pri katerih je zdraviliško zdravljenje upravičeno

1. Vnetne revmatične in sistemske vezivno tkivne bolezni:

- revmatoidni artritis v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- spondiloartritis z aksialno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) s slabšanjem gibljivosti, ki je dokumentirana z meritvami;
- spondiloartritis s periferno prizadetostjo (ankilozirajoči spondilitis, psoriatični in enteropatski spondiloartritis) v umirjeni fazi z zmanjšano gibljivostjo najmanj enega

- velikega in vsaj treh malih sklepov, kadar težje funkcionalne prizadetosti ni mogoče obvladati z zdravili;
- sistemske vezivno tkivne bolezni, kot sistemska skleroza s hitrim slabšanjem kožne simptomatike in nastajanjem kontraktur sklepov;
- polimiozitis, dermatomiozitis z izrazitim slabšanjem mišične moči in atrofijo mišic udov.

2. Degenerativni revmatizem:

- generalizirana spondiloza hrbtenice s težjo funkcionalno prizadetostjo in nevrološkimi izpadi, ki jih operativni poseg ne bi odpravil oziroma je operativni poseg kontraindiciran;
- težja funkcionalna prizadetost velikih sklepov z možnostjo hitrega nastanka mišičnih atrofi ali kontraktur sklepov.

3. Poškodbe in operacije na lokomotornem sistemu:

- politravma s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- opekline s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike;
- zlomi velikih kosti ali hrbtenice; izjemoma brez operativnega posega le ob težji, a popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- osteotomija velikih kosti zaradi korekcije položaja sklepov, s težjo funkcionalno prizadetostjo;
- endoproteza velikih sklepov, ki ni vstavljena zaradi zloma, najmanj štiri tedne po posegu, a le ob težji in še popravljivi funkcionalni prizadetosti;
- totalna sinovektomija velikih sklepov ob težji funkcionalni prizadetosti;
- rekonstrukcija križnih vezi kolena, operativna stabilizacija pogačice;
- stabilizacijske operacije rame, šivanje rotatorne manšete;
- operativni poseg na hrbtenici, s težjo funkcionalno prizadetostjo.

4. Nevrološke in živčno-mišične bolezni:

- novo odkrite organske pareze in paralize s klinično jasnimi funkcionalnimi motnjami;
- okvare centralnega ali perifernega živčevja s popra-

9. Bolezni dihal:

- obsežni kirurški posegi na pljučih ali v prsnem košu, z izvedeno torakotomijo;
- cistična fibroza pljuč z zmanjšano pljučno funkcijo (FEV1 pod 70 %).

10. Onkološke bolezni:

- radikalne operacije malignomov pred ali po operativni radioterapiji ali kemoterapiji;
- obsežne odstranitve aksilarnih, retroperitonealnih ali ingvinalnih bezgavk.

Pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 18. leta starosti so razlogi za odobritev zdraviliškega zdravljenja:

1. cistična fibroza pljuč ali druge kronične gibalne bolezni s potrebo po vsakodnevni respiratorni in kronični pljučni bolezni, potrebna podpora ventilacije;
2. hujše dermatoze (psoriatična, ihtioza, epidermolitična, atopijski dermatitis - alergijski ekcem) s več kot 30 % prizadete kože ob zadnjem letu ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;
3. astma in ponavljajoče piskanje pri zavarovanih osebah do dopolnjenega 5. leta starosti z dvema ali več hospitalizacijami v zadnjem letu ali delno ali popolnoma nezmožnostjo dela ali neurejena bolezen ob dokumentiranem zdravljenju v zadnjem letu s srednjim odmerkom protivnetnega zdravila;
4. tuberkuloza po zdravljenju težkih oblik bolezni;
5. osteogenesis imperfecta, primarna osteoporoza, skeletne displazije z gibalno oviranostjo;
6. trdovratni alergijski rinitis, ki ga ni mogoče zdraviti s specifično imunoterapijo.

Na predlogu imenovanemu zdravniku ZZS mora biti jasno opisano klinično stanje, funkcionalna prizadetost in hofične sposobnosti zavarovane osebe za rehabilitacijo.

težjo funkcionalno prizadetostjo motorike, kirurško zdravljenje ni možno; kirurške operacije na centralnem ali perifernem živčevju s težjo funkcionalno prizadetostjo motorike.

Srca in ožilja:

mišični infarkt z zgodnjimi akutnimi zapleti; operacije na srcu in ožilju z izvedeno torakotomijo, tudi transplantacijo srca.

Boleče bolezni in bolezni sečili:

kirurški posegi s pooperativno radioterapijo ali kemoterapijo; torakotomijski radikalni operativni posegi s težjimi zapleti; rekonstruktivni posegi istočasno na dveh od treh organov: sečila, ročila, prebavila, s težjimi zapleti; operacije po radikalnem kirurškem posegu ali po radioterapiji ali kemoterapiji.

Bolezni:

generalizirana oblika psoriaze, ki je ni mogoče obvladati z zdravili; odemnja s prizadetostjo kože na sklepih ali na glavi, po zaključnem bolnišničnem zdravljenju; značilne resekcije kože in podkožja, zaradi operativnega melanoma ali drugih malignomov, s odstranitvijo regionalnih bezgavk.

Prebavila:

torakotomijski ali laparotomijski posegi na prebavilih s težjo funkcionalno prizadetostjo; kronična bolezen ali ulcerozni kolitis zaradi težje bolezni; kronični nekrozantni pankreatitis, ponavljajoči se pankreatitis s težjimi zapleti ali podhranjenostjo; operativni posegi na jetrih, stanje po transplantaciji.

Informacija za zavarovane osebe, osebne zdravnike in zdravnike specialiste

mediastinu-

čno funkcijo

ali po zaključ-

teritonealnih

leta starosti

nja tudi:

nojne pljuč-

spiratorni fi-

ri katerih je

idemolysis

in nealergij-

stabilizirju v

ljenju;

ovani osebi

a ali več ho-

li neurejena

u v zadnjem

ega zdravila

5 let staro-

jem letu ali

mentiranem

odmerkom

bolezni;

poporoza in

oče urediti z

5 mora biti

stanje in psi-

zabtevnostjo

Kontraindikacije za zdraviliško zdravljenje

Šteje se, da zdraviliško zdravljenje ni strokovno utemeljeno in zato ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, kadar je v času predvidenega zdraviliškega zdravljenja pri zavarovani osebi prisotna:

1. huda duševna motnja ali motnja osebnosti, zaradi katere zavarovana oseba ni sposobna aktivno sodelovati pri zdraviliškem zdravljenju;
2. toksikomanija ali kronični etilizem;
3. slabo urejena epilepsija;
4. nalezljiva bolezen v kužnem stanju;
5. kronična organska bolezen v fazi akutnega poslabšanja;
6. pogosta in močnejša krvavitev;
7. rakasta novotvorba, ki ni bila operativno odstranjena ali drugače zaustavljena v rasti;
8. nosečnost;
9. težja oblika generalizirane ateroskleroze;
10. nezaceljena rana;
11. kajenje pri boleznih dihal.

Pravica do zdravil na recept med zdraviliškim zdravljenjem

Zdravnik zdravilišča, v katerem zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja, ki se izvaja na stacionarni način, lahko zavarovani osebi predpiše le zdravila, katerih nejevanje bi lahko povzročilo prekinitev zdraviliškega zdravljenja. To so zdravila, ki jih zavarovana oseba rabi za neprekinjeno zdravljenje osnovne bolezni ali za zdravljenje bolezni ali poškodbe. Zavarovani osebi se lahko predpiše eno najmanjše pakiranje zdravila, tako da ji je olajšan dostop do zdravil v času zdraviliškega zdravljenja.

Dodatne informacije:

- pooblaščen uradne osebe na izpostavih, območnih enotah in Direkciji ZZZS,
- avtomatski telefonski odzivnik ZZZS na tel. št. 01/30 77 300,
- spletna stran <http://www.zzzs.si>,
- ZZZS območna enota Celje, tel. št. 03/42 02 000,
- ZZZS območna enota Koper, tel. št. 05/66 87 200,
- ZZZS območna enota Krško, tel. št. 07/49 02 490,
- ZZZS območna enota Kranj, tel. št. 04/23 70 100,
- ZZZS območna enota Ljubljana, tel. št. 01/30 77 200,
- ZZZS območna enota Maribor, tel. št. 02/29 09 300,
- ZZZS območna enota Murska Sobota, tel. št. 02/53 61 550,
- ZZZS območna enota Nova Gorica, tel. št. 05/33 81 000,
- ZZZS območna enota Novo mesto, tel. št. 07/39 33 500,
- ZZZS območna enota Ravne na Koroškem, tel. št. 02/82 10 100.

Pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb do zdraviliškega zdravljenja, so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – uradno prečiščeno besedilo in naslednji),
- Pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Iskati in iskati: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, oddelčna enota 24, Ljubljana, Obilježje: imajo, d. o. o., tisk: Tiskarna Grafic, d. o. o., Ljubljana, julij 2015.

Informacija za zavarovane osebe, osebne zdravnike in zdravnike specialiste

Pravica do zdraviliškega zdravljenja



Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Izbira zdravilišča

Imenovani zdravnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS), ki odloči o utemeljenosti predlaganega zdravljenja, izda odločbo, s katero opredeli tudi vrsto, obliko oziroma standard in trajanje zdraviliškega zdravljenja. Odobreno zdraviliško zdravljenje lahko zavarovane osebe uveljavljajo v zdravilišču, ki ima z ZZZS sklenjeno pogodbo. Pri tem lahko izbirajo med zdravilišči, ki so usposobljena za opravljanje rehabilitacijskih postopkov oziroma storitev, zaradi katerih je zavarovana oseba napotena na zdraviliško zdravljenje. Da bi bila zavarovani osebi zagotovljena izbira zdravilišča, v katerem se želi zdraviti, mora biti seznanjena z možnostmi, ki jih ponujajo zdravilišča. Osební oziroma pooblaščení zdravnik bo v skladu z dogovorom z zavarovano osebo v listini "Predlog imenovanemu zdravniku" navedel zdravilišče, v katerem se želi zavarovana oseba zdraviti, (če ji bo odobreno (slika)).

Možne izbire so predstavljene v tabeli, kjer so naštetí standardi, ki jih opravljajo posamezna zdravilišča, in sicer »A« pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotenihi zavarovanihi oseb po navedenem tipu standarda, »B« pomeni, da zdravilišče ne zagotavlja namestitve zavarovanihi oseb na negovalni oddelék, a je usposobljeno za rehabilitacijo zavarovanihi oseb po navedenem tipu standarda. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja v 47. členu določajo, da je standard nastanitve in prehrane pri zdraviliškem zdravljenju nastanitve v dvo- ali večposteljni sobi s prehrano v višini cene nemedicinskega oskrbnega dne, ki jo določi ZZZS. V primeru, da želi zavarovana oseba bivati v enoposteljni sobi, mora doplačati razliko v ceni.

IZJAVA ZAVAROVANE OSEBE
V prilogi, da mi bo odobreno zdraviliško zdravljenje, terli teri v skladu z motivacijskim predlogom nastanitve in prehrane v zdravilišču.

Kraj: _____ Datum: _____

Predlog imenovanemu zdravniku (obr. I2)

Osebine in pooblašéene zdravnike prisimá, da zavarovane osebe pred vpisom izbranega zdravilišča seznanijo s temi informacijami (tabela na drugi strani zloženke) in jim tako omogoéijo odloéitev o izbiri zdravilišča.

Obvezna oprema, ki jo mora imeti zavarovana oseba v zdravilišču s seboj: kopalke, kopalni plašč, trenirka, copati in druga osebna oprema, ki jo sicer potrebuje za bivanje v hotelu.

Dodatne informacije:

- pooblašéene uradne osebe na izpostavih, obmoénihi enotah in Diviziji ZZZS,
- avstranski telefonski odzvoNIK ZZZS na tel. št. 01/30 77 300,
- spletna stran <http://www.zzzs.si>,
- ZZZS obmoéna enota Celje, tel. št. 03/42 02 000,
- ZZZS obmoéna enota Koper, tel. št. 05/66 87 200,
- ZZZS obmoéna enota Krško, tel. št. 07/49 02 400,
- ZZZS obmoéna enota Kranj, tel. št. 04/33 70 100,
- ZZZS obmoéna enota Ljubljana, tel. št. 01/30 77 200,
- ZZZS obmoéna enota Maribor, tel. št. 02/29 09 300,
- ZZZS obmoéna enota Murska Sobota, tel. št. 03/53 61 550,
- ZZZS obmoéna enota Nova Gorica, tel. št. 05/33 81 000,
- ZZZS obmoéna enota Novo mesto, tel. št. 07/39 33 500,
- ZZZS obmoéna enota Ravne na Koroškem, tel. št. 02/62 10 100.

Pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanihi oseb do zdraviliškega zdravljenja, so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, (Uradni list RS št. 72/06 – uradno preéišéeno besedilo in naslednji),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS št. 30/03 – uradno preéišéeno besedilo in naslednji),
- Pogodba med konkretnim naravnim zdraviliščem in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

izdati in izdati: Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana
Oblikovanje: Inzagoj d.o.o., ul. Tolstova Gorica, d.o.o., Ljubljana, maj 2015.

Informacija za zavarovane osebe, osebne zdravnike in zdravnike specialiste

Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja



ZZZS Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
www.zzzs.si

Seznam zdravilišč v Sloveniji, ki zagotavljajo zdraviliško zdravljenje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Tabela je povzeta po prilogi ZDRAV II/d-2 Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2015.

Zdravilišče naslov spletno stran	Standard zdraviliškega zdravljenja								
	tip 1	tip 2	tip 3	tip 4	tip 5	tip 6	tip 7	tip 8	tip 9
Terme Olimia http://www.terme-olimia.com	A	A	A				A		
Terme Catež http://www.terme-catez.si	A	A	A	A		B			
Mladinsko zdravilišče in letovišče RKS Dobeli RTC http://www.zdravilisce-debeli RTC.org			B				B		B
Terme Dobna http://www.terme-dobna.si	A	A	A	A		A			
THERMANA - Zdravilišče Laško http://www.thermana.si	A	A	A	A		B	A		
Sava Turizem – Terme Lendava http://www.sava-hotels-resorts.com	B	B	B				B		B
Sava Turizem – Terme 3000 http://www.sava-hotels-resorts.com	B	B	B				B		
Sava Turizem – Terme Ptuj http://www.sava-hotels-resorts.com		B	B						
Sava Turizem – Zdravilišče Radenci http://www.sava-hotels-resorts.com		A		A	A				
Itirabenz Turizem – Terme Portoroč http://www.itirabenz.net	B	B	B				B		
Zdravilišče Rogaska – Zdravstvo http://www.rogaska-medical.com								A	
Terme Krka - Zdravilišče Dolenjske toplice http://www.terme-krka.si	A	A	A	A		B			
Terme Krka – Talaso Strunjan http://www.terme-krka.si		B	B				B		B
Terme Krka – Zdravilišče Šmarješke toplice http://www.terme-krka.si		A	A	A	A				
Terme Topolnica http://www.t-topolnica.si	A	A	A	A					
Terme resort http://www.rimske-terme.si	B	B	B	B	B	B	B		B
Unior d. d. – Terme Zreče http://www.terme-zrece.si	A	A	A			A			A*
MC Medicor http://www.mcmedicor.si					B				

* maj–oktober

LEGENDA

A - pomeni, da je zdravilišče usposobljeno za rehabilitacijo vseh napotenih zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda – PRIMARNA DEJAVNOST ZDRAVILIŠČA.
B - pomeni, da zdravilišče ne zagotavlja namestitve zavarovanih oseb na negovalni oddelk, a je usposobljeno za rehabilitacijo zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda – SEKUNDARNA DEJAVNOST ZDRAVILIŠČA. Za standard tip 6: zdravilišče je usposobljeno za rehabilitacijo vseh zavarovanih oseb po navedenem tipu standarda razen za stanja po popolni odstranitvi maternice, jajcevodov in jajčnikov s komplikacijami ter pri endokrinoloških motnjah, pri katerih je zdraviliško zdravljenje uspešnejše od drugih metod zdravljenja.

Standardi zdraviliškega zdravljenja

Standard tip 1	Vnetne revmatske bolezni
Standard tip 2	Degenerativni izvenskepni revmatizem
Standard tip 3	Stanje po poškodbah in operacijah na lokomotornem sistemu s funkcijsko prizadetostjo
Standard tip 4	Nevrološke bolezni, poškodbe in bolezni centralnega in perifernega živčnega sistema, vključno s cerebrovaskularnimi inzulni ter živčno-mišičnimi boleznimi
Standard tip 5	Ibolezni ter stanja po operacijah srca in ožilja
Standard tip 6	Ginekološke bolezni
Standard tip 7	Kožne bolezni
Standard tip 8	Gastroenterološke in endokrine bolezni, stanja po operacijah
Standard tip 9	Obolenja dihal

Informacija za zavarovane osebe, osebne zdravnike in zdravnike specialiste

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 obračune 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 on-line sistem 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: 3.100 izvodov,
ISSN 1318-8895, Ljubljana, maj 2017

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