

OBČASNIK

**akti
&
navodila**

19. 4. 2004

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK XII.

ŠTEVILKA 2/2004

Iz vsebine:

Navodila - mednarodno zavarovanje

- Novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja po vstopu Slovenije v Evropsko unijo 1
- Kaj je dobro vedeti o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zavarovanih oseb iz držav članic EU in EGP med začasnem bivanjem v Sloveniji po 1. maju 2004 ? 3
- Spremembe in dopolnitve navodil o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev 7

Akti

- Aneks št. 3 k Področnemu dogovoru za lekarniško dejavnost za pogodbeno leto 2003 13

- Aneks št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003 13
- Informacije**
- Posredovanje podatkov za povrnitev povzročene škode od zavarovalnic 15
- Projekt Darovalec
- - začetek zbiranja pristopnih izjav v mariborski regiji 16
- Informacije o zdravem načinu življenja na informativnih straneh samopostrežnih terminalov v območni enoti Ljubljana od 15. 4. 2004 dalje 19

Navodila – mednarodno zavarovanje

Novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja po vstopu Slovenije v Evropsko unijo

Uvod

Republika Slovenija se je s podpisom pristopne pogodbe k Evropski uniji dne 16. 4. 2003 v Atenah, uvrstila med deset držav, ki bodo s 1. 5. 2004 postale polnopravne članice te integracije.

Trenutno Republika Slovenija na področju socialne varnosti izvaja 11 bilateralnih sporazumov o socialni varnosti, ki jih je prevzela na podlagi sukcesije, in s tem zagotovila zavarovanim osebam Republike Slovenije nemoteno uveljavljanje pravic na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in še na nekaterih drugih področjih socialne varnosti. Poleg tega Republika Slovenija trenutno izvaja tudi 8 novih bilateralnih sporazumov o socialni varnosti, ki jih je sklenila z Avstrijo, Hrvaško, Italijo, Luksemburgom, Makedonijo, Nemčijo, Nizozemsko in Švico.

S 1. 5. 2004 pa bo navedene bilateralne sporazume o socialni varnosti, ki so sklenjeni tako z nekaterimi sedanjimi kot tudi z nekaterimi bodočimi državami članicami Evropske unije, nadomestila evropska zakonodaja s področja socialne varnosti, kar pomeni, da bodo še naprej veljali in se izvajali le tisti bilateralni sporazumi, ki so sklenjeni s tistimi državami, ki 1. 5. 2004 še ne bodo postale članice Evropske unije, in sicer z Bolgarijo, Hrvaško, Makedonijo in Romunijo. Vsi ostali bilateralni sporazumi pa

bodo s 1. 5. 2004 prenehali veljati oziroma bodo še naprej ostale v veljavi le posamezne določbe navedenih sporazumov, ki pa bodo opredeljene v prilogah Uredbe (EGS) 1408/71 ter Uredbe (EGS) 574/72. Glede na navedeno predstavlja 1. 5. 2004 pomemben časovni mejnik, ko bodo tudi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja uveljavljene večje spremembe, in sicer tako za Zavod kot tudi za izvajalce zdravstvenih storitev in zavarovane osebe.

Drug pomemben časovni mejnik na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja pa predstavlja 1. 6. 2004, ko bo začela veljati nova Uredba (EGS) 1408/71 ter Uredba (EGS) 574/72 v zvezi z uskladitvijo pravic in poenostavitvijo postopkov

Države članice Evropske unije so:

Avstrija, Belgija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Italija, Latvija, Litva, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Poljska, Portugalska, Slovaška, Slovenija, Španija, Švedska ter Velika Britanija in Severna Irska.

Države članice Evropskega gospodarskega prostora so:

Islandija, Liechtenstein in Norveška.

na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja in uvedbo evropske kartice zdravstvenega zavarovanja.

Spremembe po 1. 5. 2004

Splošno

Namesto 19 bilateralnih sporazumov o socialni varnosti, sklenjenimi z različnimi državami, različni tako po vsebini kot tudi glede zagotavljanja pravic zavarovanim osebam, bo Republika Slovenija pričela izvajati evropske uredbe in direktive s področja socialne varnosti, med katerimi je najpomembnejša Uredba (EGS) 1408/71 ter Uredba (EGS) 574/72, sklepe Upravne komisije za socialno varnost delavcev migrantov, sodbe evropskega sodišča pravičnosti, ki zadevajo področje socialne varnosti, itd.

Povečalo se bo število držav, za katere bo veljal evropski pravni red tudi na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, in sicer od sedanjih 15 držav članic Evropske unije (EU) in 3 držav članic Evropskega gospodarskega prostora (EGP) bo navedena uredba po 1. 5. 2004 veljala tudi za 10 novih držav članic Evropske unije, skupno torej za 28 držav¹.

Vse države članice Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora uporabljajo tako za čas začasnega kot tudi stalnega bivanja svojih zavarovanih oseb v drugih državah članicah enake obrazce, le da jih vsaka država izda z oznako svoje države in v svojem jeziku. Tako se za turistično potovanje v drugo državo članico uporablja enotni obrazec, in sicer obrazec E 111 in E 111 B (za Belgijo). Republika Slovenija bo v obdobju od 1. 5. 2004 pa do 1. 6. 2004 izdajala navedeni obrazec E 111 z oznako SI vsem slovenskim zavarovanim osebam, ki bodo v tem obdobju obrazec naročile bodisi na spletnih straneh Zavoda, samopostrežnih terminalih ali pri referentu na območni enoti ali izpostavi Zavoda, in sicer na enak način in pod enakimi pogoji kot to velja za naročanje konvencijskih potrdil.

Spremembe za izvajalce zdravstvenih storitev

Namesto sedanjih 10 različnih konvencijskih potrdil bodo tuji turisti, ki bodo v Sloveniji uveljavljali nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč, obrazec E 111 praviloma predhodno zamenjali na pristojni območni enoti ali izpostavi Zavoda za obrazec "Potrdilo za uveljavljanje zdravstvenih storitev za tuje zavarovane osebe in njihove družinske člane" (priloga 1) oziroma, če bodo obrazec E 111 predložili neposredno pri izvajalcih, bo za izvajalce vsekakor enostavneje prepoznati enotni dokument, ki se uporablja v vseh državah članicah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora (vzorec obrazca E 111 SI – priloga 2²). Tuje zavarovane osebe bodo lahko v Sloveniji predložile tudi

naslednje obrazce za čas začasnega bivanja: E 110, E 111B, E 119, E 128 in E 128 B.

Od 1. 5. 2004 do 1. 6. 2004 bodo tuji turisti, zavarovane osebe 27 držav članic Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora, ki bodo začasno bivale v Sloveniji, lahko ob predložitvi obrazca E 111 oziroma E 111 B uveljavljale nujne zdravstvene storitve, kar pomeni, da bodo v Sloveniji upravičeni do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Vendar pa je potrebno poudariti, da bodo tuje zavarovane osebe iz držav, s katerimi ima Slovenija sedaj sklenjene bilateralne sporazume, lahko tudi po 1. 5. 2004 uveljavljale pravice do nujnih zdravstvenih storitev z obrazci, ki so dogovorjeni z bilateralnimi sporazumi in katerih veljavnost še ne bo potekla, izvajalci pa bodo dolžni upoštevati tudi te obrazce ter osebam nuditi nujne zdravstvene storitve. Gre za t.i. konvencijska potrdila.

Spremembe po 1. 6. 2004

Splošno

Naslednje spremembe tako za Zavod kot za izvajalce zdravstvenih storitev ter zavarovane osebe bodo nastopile s 1. 6. 2004, ko bo začela veljati nova Uredba (EGS) 1408/71 (v nadaljevanju: nova Uredba) ter Uredba (EGS) 574/72. Na tej podlagi bodo namreč vse države članice Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora, razen tistih, ki so uveljavile prehodno obdobje, dolžne svojim zavarovanim osebam po predhodnem naročilu izdati evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja za čas začasnega bivanja v drugi državi članici.

Bistvene spremembe, ki jih določa nova Uredba so naslednje:

- Sedaj veljavna Uredba določa za primer bolezni oziroma poškodbe dve vrsti zdravstvenih storitev v primeru začasnega bivanja v drugi državi članici, ki ni pristojna država ali država stalnega prebivališča, in sicer 1.) nujne zdravstvene storitve in 2.) potrebne zdravstvene storitve, kar predvsem zavisi od kategorije zavarovane osebe. Za razliko od sedanje ureditve, ki torej ločuje med "nujnim" zdravljenjem (za turiste) in "potrebnim" zdravljenjem za navedene skupine oseb (študenti, upokojeanci, napoteni delavci, brezposelne osebe), bodo med začasnim bivanjem v drugi državi članici vse te osebe v skladu s spremembami upravičene do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici;
- Druga novost je poenostavitev postopkov za uveljavljanje zdravstvenih storitev v drugi državi članici. Po sedANJI ureditvi mora oseba pred obiskom zdravnika, predložiti potrdilo (obrazec E 111 ali drug ustrezní obrazec) nosilcu zdravstvenega zavarovanja v kraju bivanja, po novem pa bo veljalo pravilo, da ima oseba z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja neposreden dostop do zdravnika oziroma zdravstvene ustanove brez predhodne zamenjave za "bolniški list" pri nosilcu v kraju začasnega bivanja;

¹ Kasneje pa tudi za Švico, in sicer, ko bo Skupni odbor zaključil postopek ratifikacije pogodbe, kar pa se ne bo zgodilo pred 1. 6. 2004.

² Obrazci E 111, izdani s strani drugih držav članic EU in EGP so identični, le da so v jeziku države izdajateljice. Zato lahko izvajalcem služi priloga 1 kot pomoč pri morebitnemu prejemu obrazca v jeziku druge države članice.

Kaj je dobro vedeti o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zavarovanih oseb iz držav članic EU in EGP med začasnem bivanjem v Sloveniji po 1 maju 2004 ?

1. maja 2004 bo Republika Slovenija postala polnopravna članica Evropske unije, zato bo od tedaj dalje na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja tudi v Sloveniji veljal evropski pravni red.

*Od 1. maja do 31. maja 2004 bodo tuje zavarovane osebe iz 28 držav članic Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora lahko v Sloveniji pri izvajalcih zdravstvenih storitev uveljavljale **nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč** z obrazcem »Potrdilo za uveljavljanje zdravstvenih storitev za tuje zavarovane osebe in njihove družinske članke«, ki ga bodo pridobile na območnih enotah in izpostavah Zavoda, na podlagi predpisanih evropskih obrazcev E 110, E 111, E 111 B, E 112, E 119, E 123, E 128 in E 128 B, ki jih bo tujim zavarovanim osebam izdal tuj nosilec zavarovanja ali na podlagi konvencijskih potrdil, ki so bili izdani pred 1.5.2004, njihova veljavnost pa še ni potekla.*

*Po 1. juniju 2004 bodo tuje zavarovane osebe iz 28 držav članic Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora lahko v Sloveniji **neposredno** pri izvajalcih zdravstvenih storitev uveljavljale »**zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici**« (določba člena 22 (1)(a)(i) Uredbe EGS 1408/71. Navedene zdravstvene storitve bo tuja zavarovana oseba uveljavljala na podlagi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja, certifikata, ki nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja, obrazca E 111 z ustreznimi oznaki države članice EU in EGP ali na podlagi konvencijskega potrdila, katerega veljavnost še ni potekla.*

– Uvedba evropske kartice zdravstvenega zavarovanja.

Po sedaj znanih podatkih bo s 1. 6. 2004 uvedlo evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja od vseh 28 držav članic Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora le 13 držav (Nemčija - kartico bo izdala za 1 % zavarovancev, Belgija, Danska, Španija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Luksemburg, Švedska, Slovenija, Estonija in Norveška). Ostale države članice Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora pa bodo uveljavljale prehodno obdobje, kar pomeni, da bodo uvedle evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja najkasneje do 31. 12. 2005.

V primeru kraje ali izgube kartice ter v primeru zahteve po takojšnji izdaji dokumenta, se bo lahko namesto evropske kartice zdravstvenega zavarovanja izdal certifikat - dokument, ki bo nadomestil kartico.

Glede na navedeno bo 16 držav (Avstrija, Italija, Nizozemska, Portugalska, Velika Britanija in Severna Irska, Češka, Latvija, Litva, Malta, Poljska, Slovaška, Ciper, Islandija, Liechtenstein, Švica in predvidoma tudi Madžarska) svojim zavarovanim osebam tudi po 1. 6. 2004 vendar najkasneje do 31. 12. 2005 še naprej izdajalo obrazec E 111, in sicer za primer turističnega potovanja v drugo državo članico in torej tudi v Slovenijo.

Spremembe za izvajalce zdravstvenih storitev

Za izvajalce zdravstvenih storitev bodo s 1. 6. 2004 nastopile naslednje spremembe:

– Tuje zavarovane osebe bodo uveljavljale nujne oz. potrebne zdravstvene storitve neposredno pri zdravnikih in zdravstvenih ustanov, ki so del javne, državne zdravstvene mreže v državah članicah Evropske unije in Evropskega gospodarskega prostora.

Izvajalci v Sloveniji bodo prejeli s strani Zavoda natančne informacije, s katerimi dokumenti bodo tuje zavarovane osebe iz posameznih držav članic uveljavljale zdravstvene storitve v Sloveniji, glede na to, da kar 16 držav uveljavlja prehodno obdobje. Tako bodo lahko tuje zavarovane osebe uveljavljale zdravstvene storitve bodisi z evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja ali certifikatom bodisi z obrazcem E 111 z oznako države, ki je obrazec izdala, bodisi z bilateralnimi obrazci (konvencijskimi potrdili), katerih veljavnost še ne bo potekla;

– Spremenil se bo obseg zdravstvenih storitev, do katerih bodo upravičene zavarovane osebe držav članic v času začasnega bivanja v drugi državi članici, in sicer bodo zavarovane osebe upravičene do zdravstvenih storitev, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč naravo storitve in pričakovano dolžino bivanja v drugi državi članici.

Natančnejša navodila v zvezi z obsegom zdravstvenih storitev ter postopki, ki jih bo potrebno upoštevati po 1. 6. 2004, bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije posredoval vsem izvajalcem takoj, ko bo nova uredba tudi formalno sprejeta in bo Upravna komisija za socialno varnost delavcev migrantov izdala ustrezne akte za izvedbo potrebnih postopkov.

Glede na vse navedene spremembe je potrebno s 1. 5. 2004 spremeniti in dopolniti tudi »Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev«. Navedene spremembe in dopolnitve bodo veljale do 1. 6. 2004, ko bodo zaradi sprememb evropskih predpisov izdane nove spremembe in dopolnitve »Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev«.

Eva Godina Jalen, univ. dipl. prav.,
vodja oddelka za mednarodno zavarovanje
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Priloga 1: Obrazec "Potrdilo za uveljavljanje zdravstvenih storitev za tuje zavarovane osebe in njihove družinske člane".

Potrdilo velja

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

od _____ do _____

Območna enota _____

Pravica do zdravstvenih storitev se uveljavlja
na podlagi sporazuma o socialni varnosti -
socialnem zavarovanju

z/s _____

Številka: _____

Reg. štev.: _____

Datum: _____

Zavarovalna podlaga 7777

POTRDILO O PRAVICI DO ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA TUJEGA ZAVAROVANCA IN NJEGOVE DRUŽINSKE ČLANE

Zavarovanec(ka) _____

Priimek _____

Ime _____

Datum rojstva _____

Naslov začasnega prebivališča (v R Sloveniji) _____

Naslov stalnega prebivališča (v tujini) _____

ima pravico do zdravstvenih storitev na podlagi potrdila štev.: _____ z dne _____
ki ga je izdal pristojni tuji nosilec zdravstvenega zavarovanja (naziv) _____

Družinski član(i) _____

Priimek _____

Ime _____

Datum rojstva _____

Sorodstveno razmerje _____

S tem potrdilom zgoraj navedeni uveljavlja(jo) zdravstvene storitve pri izvajalcih zdravstvene dejavnosti v R Sloveniji:

Pečat _____

Podpis _____

- (1) Potrdilo se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.
- (2) Izvajalec zdravstvene dejavnosti mora območno enoto, ki je izdala potrdilo, takoj obvestiti o sprejemu na bolnišnično zdravljenje, kakor tudi o zaključku tega zdravljenja na obrazcu, ki je za ta namen predpisan z Navodili o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev.
- (3) Območno enoto, ki je izdala potrdilo, je potrebno tudi obvestiti o pričetku začasne zadržanosti od dela za aktivnega tujega zavarovanca, kakor tudi o datumu zaključka začasne zadržanosti od dela. Za obvestilo se uporablja listina Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela.
- (4) Za upravitvene zdravstvene storitve se izstavi račun, kot je določeno v Navodilu o planiranju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev.

Priloga 2: Obrazec E 111 SI - prednja stran.

EVROPSKE SKUPNOSTI
Uredbe o socialni varnosti
EGP^(*)

Glej "navodila" na 2. strani

E 111 **SI** ^(*)

POTRDILO O PRAVICI DO STORITEV MED ZAČASNIM BIVANJEM V DRŽAVI ČLANICI

Uredba 1408/71: člen 22.1.a.i; člen 22.a; člen 22.3; člen 31.a; člen 34.a; Uredba 574/72: člen 20.4; člen 21.1; člen 23; člen 31.1 in 3
OPOZORILO: TA DOKUMENT VELJA SAMO ZA NUJNO IN NEPREDVIDENO ZDRAVLJENJE, ZATO V NOBENEM PRIMERU NE VELJA ZA POTOVANJA, KATERIH NAMEN JE ZDRAVLJENJE V TUJINI

1	☐ Zaposlena oseba	☐ Upokojenec (program za zaposlene osebe)	☐ Študent
	☐ Samozaposlena oseba	☐ Upokojenec (program za samozaposlene osebe)	☐ Druge zavarovane osebe (Priimek ^(1a) , Prejšnji priimki ^(1a) , D.N.I. ^(2a) , Naslov)
1.1	Identifikacijska številka ^(2b) :		Datum rojstva:

2	Družinski člani ⁽³⁾				
2.1	Priimek ^(1a) :	Imena:	Prejšnji priimki:	Datum rojstva:	Identifikacijska št.: ^(2b)
2.2	Stalni naslov ⁽²⁾ ⁽⁴⁾ :				

3 Zgoraj navedene osebe imajo pravico do storitev iz naslova zavarovanja za primer bolezni in materinstva

3.1 ⁽⁵⁾ ☐ od do vključno

3.2 ⁽⁵⁾ ☐ od

4	Pristojni nosilec				
4.1	Ime:		Šifra ⁽⁶⁾ :		
4.2	Naslov ⁽²⁾ :				
4.3	Žig		4.4 Datum:		
			4.5 Podpis:		
4.6	Velja od	do	4.10	Velja od	do
4.7	Žig	4.8 Datum:	4.11	Žig	4.12 Datum:
4.9 Podpis:			4.13 Podpis:		

5	Pristojni francoski nosilec za nepoklicne bolezni samozaposlenih kmetov				
5.1	Ime:		Šifra ⁽⁶⁾ :		
5.2	Naslov ⁽²⁾ :				
5.3	Žig		5.4 Datum:		
			5.5 Podpis:		

Priloga 2: Obrazec E 111 SI - zadnja stran.

NAVODILA

E 111

Prosimo, da ta obrazec izpolnite z velikimi tiskanimi črkami in pišite le na označena polja. Obrazec obsega dve strani, od katerih ne sme manjkati nobena, četudi ne vsebuje ustreznih podatkov.

Ta obrazec mora izpolniti pristojni nosilec ali, kadar je to primerno, nosilec v kraju stalnega prebivališča upokojenca ali družinskega člana delavca in ga poslati dotični osebi ali nosilcu v kraju začasnega prebivališča, če je obrazec izpolnjen na njegovo zahtevo. Ta obrazec ni potreben, če oseba začasno biva v Zdrženem kraljestvu.

Informacija za zavarovano osebo in njene družinske člane:

a) S tem dokumentom si lahko:

- zaposlena ali samozaposlena oseba študent ali druga zavarovana oseba in njihovi družinski člani, navedeni v točki 2, ki začasno živijo v državi članici, ki ni pristojna država, v primeru takojšnje potrebe in
- upokojenec in njegovi družinski člani, navedeni v točki 2, ki začasno živijo v državi članici, ki ni država, kjer običajno prebivajo,

pridobijo pravico do storitev pri nosilcih zavarovanja v državi začasnega prebivališča, in sicer za primer bolezni (vključno kroničnih bolezni in bolezni, ki so obstajale že prej) ali materinstva in začasno za primer nesreče pri delu ali poklicne bolezni.

b) Ko mora ena izmed dotičnih oseb uveljavljati storitve vključno z bolnišničnim zdravljenjem, mora predložiti ta obrazec nosilcu zavarovanja v državi, kjer začasno prebiva, in sicer:

- v Belgiji: na »mutualité« (lokalni sklad za zdravstveno zavarovanje) po svoji izbiri;
- na Danskem: na pristojni »amtskommune« (lokalna uprava), v Kopenhagnu na »magistrat« (občinska uprava) in v Frederiksbergu na »kommunalbestyrelse« (občinska uprava). Pomoč zdravnika, zobozdravnika ali farmacevta lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjene nosilce. Obrazec je treba predložiti ob vsakem uveljavljanju storitev. Podrobni podatki o razpoložljivih zdravnikih in zobozdravnikih so na voljo na lokalnih »social- og sundhedsforvaltning« (socialni in zdravstveni organ);
- v Nemčiji: na bolniško blagajno, ki jo dotična oseba izbere;
- v Grčiji: običajno na regionalno ali lokalno izpostavo Zavoda za socialno zavarovanje (IKA), ki dotični osebi izda »zdravstveno knjižico«, brez katere ni mogoče uveljavljati storitev;
- v Španiji: na zdravstveno in bolnišnično službo španskega socialno varstvenega zdravstvenega sistema. Obrazec morate predložiti skupaj s fotokopijo;
- v Franciji: na »Caisse primaire d'assurance-maladie« (lokalna blagajna zdravstvenega zavarovanja);
- na Irskem: na Health Board (Odbor za zdravstvo) v kraju, kjer uveljavljate storitev;
- v Italiji: na »Unità sanitaria locale« (USL, lokalna zdravstvena enota), ki je krajevno pristojna; za pomorščake in posadko potniških letal na »Ministero della Sanità – Ufficio di sanità marittima o aerea« (Ministrstvo za zdravstvo, Zdravstveni urad za morarico in letalstvo, odgovoren za zadevno območje);
- v Luksemburgu: na »Caisse de maladie des ouvriers« (bolniška blagajna za delavce);
- na Nizozemskem: na »ANOV Verzekeringen«, Utrecht; pomoč zdravnika, zobozdravnika ali farmacevta lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na ANOV Verzekeringen, če mora oseba v bolnišnico, bo sprejemni list in obrazec E 111 poslan s strani bolnice na ANOV Verzekeringen;
- v Avstriji: na »Gebietskrankenkasse« (Območna bolniška blagajna);
- na Portugalskem: za kontinentalno Portugalsko: na »Administração Regional de Saúde« (Regionalna zdravstvena uprava) v kraju začasnega prebivališča; za Madeiro: na »Direcção Regional de Saúde Pública« (Regionalna uprava za javno zdravje) v Funchalu; za Azore: na »Direcção Regional de Saúde« (Regionalna zdravstvena uprava) v Angra do Heroísmo;
- na Finskem: na lokalno izpostavo »kansaneläkelaitos« (Zavod za socialno zavarovanje), če zahtevate povračilo stroškov zdravstvenih storitev uveljavljenih v zasebnem sektorju. Na podlagi predložitve tega potrdila lahko storitve izvajajo v občinskih zdravstvenih centrih in javnih bolnišnicah;
- na Švedskem: na »Försäkringskassan« (Urad za socialno zavarovanje); zdravniško pomoč (bolnišnično, zdravniško, zobozdravniško itd) lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjeno ustanovo;
- na Islandiji: na »Tryggingastofnun ríkisins« (Državni zavod za socialno varnost), Reykjavik;
- v Liechtensteinu: na »Amt für Volkswirtschaft« (Urad za narodno gospodarstvo), Vaduz;
- na Norveškem: na »lokale trygdekontor« (lokalni urad za zavarovanje); zdravniško pomoč lahko poiščete tudi, ne da bi se najprej obrnili na omenjeno ustanovo. Ko zahtevate pomoč, morate predložiti ta obrazec;
- v Sloveniji: na območno enoto »Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (ZZZS)« pristojno po kraju začasnega prebivališča.

OPOMBE

(*) EGP, Pogodba o evropskem gospodarskem prostoru, Priloga VI, Socialno varstvo. Za namene te pogodbe velja ta obrazec tudi za Islandijo, Liechtenstein in Norveško.

(1) Oznaka države, kateri pripada ustanova, ki izpolni obrazec: B = Belgija, DK = Danska, D = Nemčija, GR = Grčija, E = Španija, F = Francija, IRL = Irska, I = Italija, L = Luksemburg, NL = Nizozemska, P = Portugalska, GB = Združeno kraljestvo, A = Avstrija, FIN = Finska, IS = Islandija, FL = Liechtenstein, N = Norveška, S = Švedska, SI = Slovenija.

(1a) Pri španskih državljanih navedite obe rojstni imeni.

Pri portugalskih državljanih navedite vsa imena (imena, priimek, deklinski priimek), in sicer po vrstnem redu glede na osebno stanje, kakor so zapisana v osebni izkaznici ali v potnem listu.

(2) Ulica, hišna številka, poštna številka, kraj, država.

(2a) Če obstaja, navedite pri španskih državljanih številko, zapisano na nacionalni osebni izkaznici (D.N.I.), četudi osebna izkaznica ni več veljavna. V nasprotnem primeru zapišite "Ne obstaja".

(2b) Če je mogoče, navedite pri italijanskih državljanih številko zavarovanja in/ali "codice fiscale".

(3) Navedite le tiste družinske člane, ki odhajajo začasno v drugo državo članico.

(4) Izpolnite le, če se naslov družinskih članov razlikuje od naslova delavca ali upokojenca.

(5) Ti dve trditvi se medsebojno izključujeta. Podatke navedite le za ustrezno trditev in označite kvadratale s križcem.

(6) Izpolnite, kadar podatek obstaja.

Spremembe in dopolnitve navodil o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

V nadaljevanju objavljamo spremembe Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, ki so objavljena v Priročniku za izvajanje zdravstvenega zavarovanja št. 3 - Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, in na zavodovih spletnih straneh: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/91adff9ffa1b9c1c1256bb80042ed21?OpenView>.

Okrožnica z naslovom "Novosti na področju zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja po vstopu Slovenije v evropsko unijo in ob uvedbi evropske kartice zdravstvenega zavarovanja ter spremembe in dopolnitve Navodil o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev" je dostopna na zavodovi spletni strani med vrstami gradiv pod rubriko Okrožnice ZAE za obračun, in sicer na naslovu: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/okrozniceZAEzdravila?OpenView>

Dopolni se

Slovarček okrajšav

– *Zakonodaja Evropske unije*

Uredba Sveta (EGS) 1408/71 z dne 14. junija 1971 o uporabi sistemov socialne varnosti za zaposlene osebe, samozaposlene osebe in njihove družinske člane, ki se gibljejo znotraj Skupnosti s spremembami in dopolnitvami

Uredba (EGS) 574/72 z dne 21. marca 1972 o določitvi postopka za izvajanje Uredbe (EGS) 1408/71

Sklepi Upravne komisije

Sodbe Sodišča Evropskih skupnosti

– *Meddržavne pogodbe*

Sporazumi o socialni varnosti oziroma socialnem zavarovanju, ki urejajo področje zdravstvenega zavarovanja

– *Posebni sporazumi*

Sporazumi o zagotavljanju brezplačnega zdravstvenega varstva diplomatsko konzularnim predstavnikom

1. del:

Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenosa finančnih sredstev

2. Izjeme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

Besedilo pod točko 2.6. Tuje zavarovane osebe se spremeni v celoti in glasi:

2.6. Tuje zavarovane osebe

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji Evropske unije, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih.

storitev po zakonodaji Evropske unije, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih pri izvajalcih. Z vsako od navedenih podlag je določeno, za katere zavarovane osebe se uporablja, kakor tudi obseg pravic do zdravstvenih storitev in način uveljavljanja.

Tuje zavarovane osebe delimo v dve skupini:

1. Tuje osebe iz držav, za katere ne velja zakonodaja Evropske unije, meddržavna pogodba in posebni sporazum. V primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev morajo te osebe same plačati stroške le-teh. Le izjemoma, kadar za nujno zdravstveno varstvo ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev v skladu s 7. členom Zakona, plača te storitve Ministrstvo za zdravje.

2. Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja:

– *zakonodaja Evropske unije*

Avstrija - A, Belgija - B, Ciper - CY, Češka - CZ, Danska - DK, Estonija - EE, Finska - FIN, Francija - F, Grčija - GR, Irska - IRL, Italija - I, Latvija - LV, Litva - LT, Luksemburg - L, Madžarska - HU, Malta - MT, Nemčija - D, Nizozemska - NL, Poljska - PL, Portugalska - P, Slovaška - SK, Španija - E, Švedska - S, Združeno kraljestvo - GB;

Islandija - IS, Liechtenstein - FL, Norveška - N;

– *meddržavna pogodba*

Bolgarija, Hrvaška, Makedonija, Romunija, Švica

– *posebni sporazum*

Albanija, Bolgarija, Poljska

2.6.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji Evropske unije, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih

– tuje zavarovane osebe (zavarovalna podlaga 7777)

gre za tuje zavarovance in njihove družinske člane, ki začasno prebivajo v Sloveniji (na primer: turisti, študentje, napoteni na delo, strokovno izpopolnjevanje, napoteni na zdravljenje itd).

* Kako se izkazujejo?

Te osebe praviloma uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi "Potrdila o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane" v nadaljevanju: potrdilo (priloženo). To potrdilo tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe, na podlagi dokazila o zavarovanju, ki ga je izdal pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja v državi, v kateri je oseba zdravstveno zavarovana ali na podlagi drugega dokazila, kot je dogovorjeno z meddržavno pogodbo. V večini primerov imajo ti zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da je po zakonodaji Evropske unije, meddržavni pogodbi ali posebnem sporazumu določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz potrdila.

V primeru, da tuja zavarovana oseba nima potrdila, potrebuje pa storitve nujnega zdravljenja, je izvajalec dolžan zagotoviti zdravstvene storitve že na podlagi dokazila o zavarovanju.

Dokazila o zavarovanju so naslednja:

- *zakonodaja Evropske unije*
enojezični obrazci izdani v jeziku države, kjer je oseba zavarovana. Vsi obrazci imajo v desnem kotu na prvi strani oznako E številko obrazca in oznako države, ki je obrazec izdala. Obrazci za primer začasnega bivanja v Sloveniji so naslednji: E 110, E 111, E 111 B, E 112, E 119, E 123, E 128, E 128 B. Obrazca E 111 B in E 128 B sta posebej določena za zavarovane osebe države Belgije in veljata za samozaposlene osebe in **samo za hospitalizacijo**. Za primer prilagamo najpogostejše uporabljeni obrazec E 111 v slovenskem jeziku, ki ima oznako države Slovenije SI. Obrazci drugih držav, za katere velja evropski pravni red so identični, le da so izdani v jeziku države izdajateljice.
- *meddržavna pogodba*
za Hrvaško: dvojezični obrazci HR/SLO 3, HR/SLO 4, HR/SLO 5
za Makedonijo: dvojezični obrazci RM/SI 3, RM/SI 4, RM/SI 5
za Romunijo: dvojezični obrazec R/Y 11
za Bolgarijo: potrdilo o zavarovanju (npr. zdravstvena izkaznica ali zdravstvena kartica)
za Švico: potrdilo o zavarovanju, velja le za primer poškodbe aktivnega zavarovanca
- *posebni sporazum*
obrazci niso predpisani – obvezna predložitev že navedenega potrdila

Izvajalec dokazilo o zavarovanju takoj pošlje območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca, ki izda potrdilo in s tem prevzame plačilo stroškov.

V kolikor tuja zavarovana oseba nima dokazila o zavarovanju v svoji državi, mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. V primeru, da gre za bolnišnično zdravljenje, se na podlagi obvestila o sprejemu na bolnišnično zdravljenje, katerega je izvajalec dolžan takoj poslati pristojni območni enoti, lahko zahteva od pristojnega tujega nosilca zdravstvenega zavarovanja naknadna izdaja dokazila o zavarovanju. Za pridobitev dokazila o zavarovanju je pomembno, da bolnišnica takoj obvesti območno enoto o sprejemu tuje zavarovane osebe na zdravljenje z navedbo vseh zahtevanih podatkov.

Za tuje zavarovane osebe iz R Hrvaške je potrebno priložiti še fotokopijo hrvaške zdravstvene kartice.

Potrdila izdana pred 1. 5. 2004 tujim zavarovanim osebam (zavarovalna podlaga 7777) iz držav Avstrija, Belgija, Italija, Luksemburg, Nemčija, Nizozemska (podlaga za izdajo potrdila so obrazci A/SI 3, B.Y. 11, 111 I, SI/L 111, SI 111 oziroma SI 112, NL/SI 111) ostanejo v veljavi najdalj do 31. 12. 2004, razen če na potrdilu navedeni datum ne poteče prej. Enako velja za potrdila izdana tujim zavarovanim osebam iz držav Češke, Madžarske, Poljske ter Velike Britanije in Severne Irske.

- *obmejni delavec (zavarovalna podlaga 9000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 9077)*
gre za zaposleno ali samozaposleno osebo, ki je zavarovana v eni državi članici Evropske unije in njegove družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

* Kako se izkazujejo?

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

2.6.2. tuji upokoјenci in družinski člani po zakonodaji Evropske unije in meddržavni pogodbi

- *prejemnik tuje pokojnine (zavarovalna podlaga 5900) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 5977)*
gre za tujega upokoјenca, ki prejema pokojnino iz druge države članice Evropske unije ali druge države pogodbenice po meddržavni pogodbi in njegove družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.
- *družinski člani, s stalnim prebivališčem v Sloveniji, katerih nosilec zavarovanja je slovenski upokoјenec s stalnim prebivališčem v drugi državi članici Evropske unije ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi (zavarovalna podlaga 7900)*
gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja pa je slovenski upokoјenec, ki stalno prebiva v drugi državi članici Evropske unije ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi
- *družinski člani zaposlene ali samozaposlene osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja (zavarovalna podlaga 8000)*
gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je zaposlena ali samozaposlena oseba, pa je zavarovana v drugi državi članici Evropske unije ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi
- *družinski člani upokoјenca, zavarovanega pri tujem nosilcu zavarovanja (zavarovalna podlaga 8100)*
gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je upokoјenec, pa je zavarovan v drugi državi članici Evropske unije ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi

* Kako se izkazujejo?

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

2. del

Izvedbeno navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Uvod

V drugem odstavku tretjega stavka se beseda "konvencije" spremeni in glasi: "zakonodaja Evropske unije in meddržavne pogodbe"

1.2.1. Splošni podatki

DRŽAVA

ŠIFRANT 6

Beseda "konvencije" se nadomesti z besedami: "zakonodajo EU ali meddržavno pogodbo"

2. Izstavljanje računov, zahtevkov oziroma poročil

2.2. Ostale dejavnosti

V prvem odstavku 6. alineje in v drugem odstavku 4. alineje se beseda "konvencije" nadomesti z besedami: "tuje zavarovane osebe po zakonodaji Eu in meddržavni pogodbi"



3. Vsebina računov, zahtevkov in poročil**3.2. Vsebina individualnega računa**

V 4. alineji se besedilo "pri konvencijah" nadomesti z besedilom "po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

3.3. Opis podatkov**Šifra države**

Besedilo "za konvencije" se črta in nadomesti z besedilom "izdanih po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

Država konvencije

Beseda "konvencije" se nadomesti z besedami: "po zakonodaji Evropske unije in meddržavni pogodbi"

4. Priloge k računom, zahtevkom in poročilom ter specifikacija računov, zahtevkov in poročil**4.1. Priloge**

V 1. alineji se besedilo "za tuje zavarovance" nadomesti z besedilom: "za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

4.2. Specifikacije

V 1. alineji drugega odstavka se beseda "konvencija" nadomesti z besedilom: "tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

V 2. alineji drugega odstavka se besedilo "družinski člani po konvencijah" nadomesti z besedilom: "tuji upokojenci in družinski člani po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

4.2.1.1. Splošni podatki

alineja ZZZS številka se spremeni in glasi:

- ZZZS številka (v primeru tujih zavarovanih oseb po zakonodaji Evropske unije se ta podatek vpiše le pri zavarovalni podlagi 9000 in 9077.

6. Obračunavanje zdravstvenih storitev v posebnih primerih**6.1. Konvencije**

Beseda "Konvencije" se nadomesti z besedilom "Zakonodaja EU in meddržavne pogodbe"

6.1.1. Kategorija zavarovanja - konvencije

Besedilo poglavja 6.1.1. se v celoti spremeni in glasi:

6.1.1. Kategorija zavarovanja - tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi

Zbirne in individualne račune je potrebno izstavljati za tuje zavarovane osebe, ki sodijo v kategorijo zavarovanja 4 - tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi in imajo zavarovalno podlago 7777, 9000, 9077.

Na zbirnem računu je potrebno navesti poleg podatkov o izvajalcu, plačniku in splošnih podatkov še naslednje podatke:

- trimestna šifra države (nad razlogom obravnave)

ŠIFRANT 6

- dejavnost (za obvezno zavarovanje)

(kto 501)

- kategorija zavarovanja

4- tuje zavarovane osebe po zakonodaji

EU in meddržavni pogodbi

- trimestna šifra države

ŠIFRANT 2 (točka 2.5.)

- vrsto storitev

0010-druge medicinske storitve

Na individualnem računu je poleg zgoraj naštetih podatkov potrebno navesti še:

- ime in priimek zavarovane osebe

- rojstni podatek

- naslov zavarovane osebe

Računi se izstavljajo po območni enoti oziroma izpostavi, kjer si je tuja zavarovana oseba uredila dokumente za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev oziroma po območni enoti ali izpostavi, kjer je sedež izvajalca.

Obvezna priloga k zbirnemu računu za obvezno zavarovanje je specifikacija, iz katere morajo biti razvidni naslednji podatki:

- ime in priimek zavarovane osebe

- rojstni podatek

- naslov zavarovane osebe

- datum pregleda zavarovane osebe pri zdravniku

- obdobje od - do, če je zavarovana oseba hospitalizirana

- šifre opravljenih storitev (Zelena knjiga ali Sklep o

- planiranju, beleženju in obračunavanju storitev

- vrsta zdravil (pri lekarnah)

- cene opravljenih storitev

- količina in cena zdravil (pri lekarnah)

- ločeno zaračunljiv material

- celotna vrednost storitev

- znesek, ki bremeni obvezno zavarovanje

Podatki morajo biti sešteti na ravni vrste.

Če so vsi podatki razvidni iz računa in specifikacije, lekarnam ni potrebno prilagati recepta, sicer pa recept priložijo.

Za obračun storitev v dejavnostih, kjer se uporabljajo količniki, se v primeru računa za kategorijo zavarovanja 4 - tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi, uporablja visoka cena količnika iz obiskov.

Za primer bolnišničnega zdravljenja tuje zavarovane osebe je predpisan poseben obrazec "obvestilo o bolnišničnem zdravljenju", ki ga je potrebno poslati pristojni območni enoti Zavoda čimprej ob sprejemu, najkasneje pa kot prilogo računu.

Primer obrazca "obvestilo o bolnišničnem zdravljenju" je v prilogi "Vzorci".

6.1.2. Kategorija zavarovanja - družinski člani po konvenciji

Besedilo družinski člani po konvenciji se nadomesti z besedilom "tuji upokojenci in družinski člani po zakonodaji Evropske unije in meddržavni pogodbi"

V prvem odstavku se besedilo "družinski člani po konvenciji" spremeni in glasi: "tuji upokojenci in družinski člani po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi" in doda besedilo "(zavarovalne podlage 5900, 5977, 7900, 8000, 8100)"

V drugem odstavku se prvi stavek spremeni in glasi: "Poročila za obvezno zavarovanje niso enaka računom po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi (kategorija zavarovanja 4 - tuje zavarovane osebe po zakonodaji Evropske unije in meddržavni pogodbi)."

V istem odstavku se v drugem stavku besedilo "družinske člane po konvenciji" spremeni in glasi: "tuje upokojence in družinske člane po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi".

V tretjem odstavku se besedilo "konvencije" spremeni in glasi: "tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi."

6.2. Nujni reševalni prevozi

V tretjem odstavku se beseda "konvencije" nadomesti z besedilom "tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni

7.4.2. Posebnosti pri obračunu v lekarniški dejavnosti

Obračunavanje konvencij

Beseda "konvencij" se nadomesti z besedilom "tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

8. Računalniško izmenjevanje podatkov

V drugem odstavku tretjega stavka se besedilo "za konvencije ter zavarovane družinske člane po konvenciji" nadomesti z besedilom "za tuje zavarovane osebe ter tuje upokojenca in družinske člane po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

PRILOGA 1

Šifrant 2:

2.5. Konvencije

Beseda "Konvencije" se nadomesti z besedami "Zakonodaja EU in meddržavne pogodbe"

501 Konvencije

Beseda "Konvencije" se nadomesti z besedami "Zakonodaja EU in meddržavne pogodbe"

Šifrant se dopolni z naslednjimi državami:

Ciper	026
Estonija	027
Finska	028
Grčija	029
Irska	030
Islandija	031
Latvija	032
Liechtenstein	033
Litva	034
Malta	035
Portugalska	036
Španija	037

Šifrant 5:

Kategorija zavarovanja

Spremeni se kategorija zavarovanja 4, kot sledi:

tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi

Podlage zavarovanja:

7777, 9000, 9077

Spremeni se kategorija zavarovanja 6, kot sledi:

tuji upokojenca in družinski člani po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi

Podlage zavarovanja

5900, 5977, 7900, 8000, 8100

Šifrant 6:

Države sklenjenih konvencij

Besedilo "sklenjenih konvencij" se nadomesti z besedilom: "po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi"

Šifrant 6 se dopolni z naslednjimi državami:

Ciper	196
Estonija	233
Finska	246
Grčija	300
Irska	372
Islandija	352
Latvija	428
Liechtenstein	438
Litva	440
Malta	470
Portugalska	620
Španija	724

PRILOGA 2

Spremenita se Vzorec zbirnega računa za konvencije-zdravstvene storitve in Vzorec zbirnega zahtevka za plačilo za konvencije-lekarne (zdravila), tako da se beseda konvencija nadomesti z besedilom: »zakonodaja Evropske unije in meddržavna pogodba« (glej vzorca na naslednjih straneh).

PRILOGA 9

Spreminjamo opis zavarovalnih podlag 59, 79, 80 in 81, kot sledi:

PODLAGA 59

Prejemnik tuje pokojnine - zakonodaja EU, meddržavne pogodbe.

PODLAGA 79

Družinski član s stalnim prebivališčem v R Sloveniji, katerega nosilec zavarovanja je slovenski upokojenec s stalnim prebivališčem v drugi državi, za katero velja evropski pravni red ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi - zakonodaja EU, meddržavna pogodba.

PODLAGA 80

Družinski član zaposlene ali samozaposlene osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja - zakonodaja EU, meddržavna pogodba.

PODLAGA 81

Družinski član upokojenca, zavarovanega pri tujem nosilcu zavarovanja - zakonodaja EU, meddržavna pogodba.

Vanja Kobentar, univ. dipl. prav.,
vodja oddelka za mednarodno zavarovanje
Območne enote Ljubljana
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Vzorec zbirnega računa za "zakonodajo EU in meddržavne pogodbe" - zdravstvene storitve

NAZIV IZVAJALCA xxxxxxxx
ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
poštna številka in kraj xxxxxxxx
transakcijski račun xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
davčna številka xxxxxxxxxxxx

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Miklošičeva 24
1000 Ljubljana

poslati na naslov:

ZZZS OE xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
poštna številka in kraj xxxxxxxxxxxxxxxx
ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

RAČUN ŠT. NNNNNNNNN
Kraj izdaje:
Datum računa: DD. MM. LL
Vrsta zavarovanja:
Datum zapadlosti: DD. MM. LL
Obdobje: DD. MM. LL - DD. MM. LL
Leto storitev: NNNN
Šifra izvajalca: NNNNN
Šifra izpostave: NN
Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx
Davčna številka: 41698070

država (Šifrant 6): 040 Avstrija

razlog obravnave (Šifrant 10): 1 bolezen

Šifra kriterija za priloge (KZZ): 7

STORITEV šifra in opis storitve	št. primerov	vrednost storitev	obvezno zavarovanje	prostovoljno zavarovanje
501 ZAKONODAJA EU IN MEDDRŽAVNE POGODBE (Šifrant 2)				
4 tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi (kategorija)				
(podskupina-Šifrant 2)				
(cena enote)				
001 Avstrija xxxxxxxx xxx,xx				
0010 medicinske storitve xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx xxx.xxx,xx				

ZA PLAČILO

xxx.xxx,xx

Žig in podpis pooblaščenih oseb:

Določba o oprostitvi DDV (ki jo pripravi izvajalec v skladu z obračunanimi zdravstvenimi storitvami).

Opomba: Obvezna priloga k računu je specifikacija računa in v primeru bolnišničnega zdravljenja tudi obvestilo o bolnišničnem zdravljenju, če ni bilo poslano že prej.

Vzorec zbirnega zahtevka za plačilo za "zakonodajo EU in meddržavne pogodbe" - lekarne (zdravila)

NAZIV IZVAJALCA xxxxxxxx
 ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 poštna številka in kraj xxxxxxxx
 transakcijski račun xxxxxxxxxxxxxxxx
 davčna številka xxxxxxxxxxxx

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
 Miklošičeva 24
 1000 Ljubljana

poslati na naslov:

ZZZS OE xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 poštna številka in kraj xxxxxxxxxxxxxxxx
 ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

ZAHTEVEK ŠT. NNNNNNNNN

Kraj izdaje:

Datum zahtevka: DD. MM. LL

Vrsta zavarovanja:

Datum zapadlosti: DD. MM. LL

Obdobje: DD. MM. LL - DD. MM. LL

Leto storitev: NNNN

Šifra izvajalca: NNNNN

Šifra izpostave: NN

Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx

Davčna številka: 41698070

država (Šifrant 6): 040 Avstrija

Razlog obravnave (Šifrant 10): 1 bolezen

Šifra kriterija za priloge (KZZ): 7

STORITEV	število	vrednost	obvezno	prostovoljno
šifra in opis storitve	primerov	storitev z DDV	zavarovanje	zavarovanje
501 ZAKONODAJA EU IN MEDDRŽAVNE POGODBE (Šifrant 2)				
4 tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi (kategorija)				
(podskupina-Šifrant 2)		(cena enote)		
001 Avstrija	xxxxxxx	xxx,xx		
0010 zdrav. stor.		xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx	xxx.xxx,xx
0091 vrednost DDV (8,5%)		xx.xxx,xx	xx.xxx,xx	xx.xxx,xx
ZA PLAČILO		xxx.xxx,xx		
DDV20% (vsota vrstic 90)		0,00		
DDV8,5% (vsota vrstic 91)		xx.xxx,xx		

Žig in podpis pooblaščenih oseb:

Obrazložitev: V vrstico "0091 vrednost DDV (8,5%)" je potrebno vpisati znesek obračunanega davka po znižani stopnji 8,5%.

Akti

Na podlagi določil 29. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2003 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2003) in Aneksa št. 1 Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003 sprejmejo Ministrstvo za zdravje, Lekarniška zbornica Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Aneks št. 3 k Področnemu dogovoru za lekarniško dejavnost za pogodbeno leto 2003

1. člen

V prvem odstavku 19. člena Področnega dogovora se spremeni zadnja alineja tako, da glasi:

– peti delovni dan v mesecu bo lekarna posredovala podatke o receptih v skladu z navodili.

2. člen

22. člen Področnega dogovora se spremeni tako, da glasi:

(1) Za kršitve pogodbenih obveznosti se uporabljajo določila Dogovora 2003.

3. člen

1. odstavek 24. člena Področnega dogovora se spremeni tako, da glasi:

(1) Zavod lahko odstopi od pogodbe, če izvajalec kljub opozorilom nadaljuje s kršitvami obveznosti iz Dogovora 2003, tega Dogovora, Pogodbe in kršitvami splošnih aktov Zavoda, ki jih sprejme Skupščina Zavoda.

4. člen

Vsa ostala določila Področnega dogovora ostanejo nespremenjena.

5. člen

Aneks je sestavljen v 3 (treh) enakih izvodih, tako da vsak partner prejme po en izvod.

6. člen

Aneks velja od dneva podpisa vseh partnerjev in se uporablja od 1. 4. 2003 dalje.

Številka: 5102-03/2003-03

Datum: 25. 11. 2003

Ministrstvo za zdravje

Lekarniška zbornica Slovenije

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Na podlagi določil 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/01 in 60/02) je arbitraža, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na seji dne 17. 2. 2004 in Vlada Republike Slovenije na seji dne 8. 4. 2004 odločila o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

Aneks št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003

1. člen

V 14. členu Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2003 se četrti odstavek spremeni tako, da se glasi:

“Za financiranje stroškov specializacij za specializante z odločbami o specializaciji, izdanimi po 1. 8. 2003, se v mesecih december 2003, januar 2004, februar 2004 in marec 2004 nameni 233.141.928 SIT. Alokacija sredstev za specializacije je priloga tega aneksa.”

2. člen

Plačilo operacij na odprtem srcu vključuje vse realizirane operacije in sicer v okviru načrtovanih sredstev za operacije na odprtem srcu na nacionalni ravni.

3. člen

Aneks št. 3 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. 12. 2003 dalje.

Številka: 5102/2003-03

Datum: 8. 4. 2004

Ministrstvo za zdravje

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije

Zdravniška zbornica Slovenije

Lekarniška zbornica Slovenije

Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč

Skupnost socialnih zavodov Slovenije

Skupnost organizacij za usposabljanje

Priloga k Aneksu 3 Splošnega dogovora 2003**Alokacija sredstev za specializacije (od decembra 2003 do marca 2004)**

Izvajalec	v tolarjih					
	sredstva za specializante*	sredstva za glavne mentorje	sredstva za neposredne mentorje	sredstva za koordinatorje	sredstva za nadzornike kakovosti	sredstva skupaj
SB Celje	17.471.499	480.000	1.280.000			19.231.499
Psihiatrična bolnišnica Vojnik	2.183.937	64.000	160.000			2.407.937
ZD Celje	409.488	48.000	30.000			487.488
ZD Žalec	818.977	96.000	60.000			974.977
ZD Slovenske Konjice	272.992	32.000	20.000			324.992
ZD Šmarje pri Jelšah		16.000				16.000
SB Izola	8.735.749	224.000	640.000			9.599.749
Ortopedska bolnica Valdoltra		80.000				80.000
ZD Postojna		48.000				48.000
ZD Koper	409.488	48.000	30.000			487.488
ZD Ilirska Bistrica		64.000				64.000
SB Jesenice	1.637.953	96.000	120.000			1.853.953
ZD Bled		48.000				48.000
ZD Jesenice	3.821.890	48.000	280.000			4.149.890
ZD Kranj	1.910.945	48.000	140.000			2.098.945
ZD Krško	409.488	64.000	30.000			503.488
KCLjubljana	99.642.141	3.008.000	7.300.000	591.408	119.880	110.661.429
Onkološki inštitut	3.821.890	96.000	280.000	31.968		4.229.858
IRI	8.735.749	304.000	640.000	15.984		9.695.733
Golnik	2.729.922	32.000	200.000	15.984		2.977.906
Psihiatrična klinika	10.373.702	336.000	760.000	47.952		11.517.654
Psihiatrična bolnišnica Idrija	4.367.875	48.000	320.000			4.735.875
ZD Ljubljana	2.183.937	144.000	160.000			2.487.937
ZD Študentov Univerze v Ljubljani		48.000				48.000
ZD Litija				79.920	39.960	119.880
SB Maribor	16.379.530	384.000	1.200.000	47.952	39.960	18.051.442
Psihiatrična bolnišnica Ormož		48.000				48.000
ZD Maribor	1.228.465	144.000	90.000			1.462.465
ZD Ptuj	136.496		10.000			146.496
SB Murska Sobota	6.005.828	128.000	440.000			6.573.828
SB dr. Franca Derganca	4.367.875	80.000	320.000			4.767.875
ZD Nova Gorica	272.992	112.000	20.000			404.992
ZD Ajdovščina	409.488		30.000			439.488
ZD Sežana	409.488		30.000			439.488
ZD Tolmin		48.000				48.000
SB Novo mesto	7.097.796	48.000	520.000			7.665.796
SB Slovenj Gradec	2.320.433	64.000	170.000			2.554.433
ZD Ravne na Koroškem	272.992	48.000	20.000			340.992
Pahor Karmen		48.000				48.000
Zdravstveni zavod Revita		48.000				48.000
Žebeljan Zoran		16.000				16.000
Damjan Maksimilijan		48.000				48.000
Košir Branko	409.488		30.000			439.488
Perušina Đukič Dragana	409.488		30.000			439.488
Zavod RS za transfuzijo	272.992		20.000	15.984		308.976
SKUPAJ	209.930.976	6.784.000	15.380.000	847.152	199.800	233.141.928

Informacije

Posredovanje podatkov za povrnitev povzročene škode od zavarovalnic

Po 86. členu Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 9/92 s spremembami in dopolnitvami) ima Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) pravico zahtevati povrnitev povzročene škode od zavarovalnice, pri kateri ima tisti, ki je s prometnim sredstvom povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe, sklenjeno obvezno avtomobilsko zavarovanje. V vseh drugih primerih pa ima Zavod pravico zahtevati povrnitev škode od tistega, ki je namenoma ali iz malomarnosti povzročil okvaro zdravja ali smrt zavarovane osebe. Za škodo, ki jo povzroči delavec pri delu ali v zvezi z delom, je odgovoren delodajalec. Povrnitev tako povzročene škode ima Zavod pravico zahtevati tudi od delavca, če je povzročil bolezen, poškodbo ali smrt zavarovane osebe s kaznivim dejanjem.

S tem se v sistem zdravstvenega varstva uveljavlja načelo, po katerem odgovornost za povzročeno škodo, ki izhaja iz avtomobilskega zavarovanja v večji meri prevzemajo zavarovalnice. Zavod bo za ta tveganja kril vse stroške zdravljenja izvajalcem zdravstvenih storitev tako kot doslej, vendar pa bo za to terjal povračilo o zavarovalnic.

Za uresničitev teh novosti so temeljnega pomena ustrezne evidence. Da Zavod s svojim zahtevkom za povrnitev škode uspe, mora namreč izkazati temelj za zahtevek in njegovo višino. V zvezi z zbiranjem dokazil o višini zahtevka je bila z zadnjo novelo Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 126/2003, v nadaljevanju ZZVZZ) odpravljena dilema o pridobivanju podatkov za namen izvajanja postopkov povrnitve škode. Po delno spremenjenem 79. členu ZZVZZ so med drugim tudi zdravstveni in drugi zavodi in organizacije, ki opravljajo zdravstveno dejavnost ter zasebni zdravstveni delavci, ki opravljajo zdravstveno dejavnost dolžni podatke o primerih povzročenih bolezni, poškodb in smrti zavarovancev za namene izvajanja postopkov za povračilo škode Zavodu posredovati brezplačno.

Radi bi pri tem izpostavili izjemen pomen, ki ga ima **pravilno označevanje razloga obravnave** že ob prvem obisku zavarovane osebe, in na vseh kasneje izdanih obrazcih, kot so napotnice, nalogi za prevoz, naročilnice za medicinsko tehnične pripomočke in drugi obrazci. Pravilno označevanje razloga obravnave bo olajšalo kasnejše iskanje (in posredovanje) podatkov in omogočilo tako sledljivost poti zdravljenja kot tudi sledljivost stroškov zdravljenja, ki v navedenih primerih iz prvega odstavka tega članka predstavljajo škodo, do katere povrnitve je Zavod upravičen. Še posebej je pravilno označevanje razloga obravnave pomembno v primerih, ko zavarovana oseba zaradi bolezni ali poškodbe, ki jo je utrpela v škodnem dogodku zdravljenje nadaljuje po krajši ali daljši prekinutvi, zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja ali zaradi narave bolezni oziroma poškodbe, ki terja kontinuirano obravnavo v daljšem časovnem obdobju pri različnih izvajalcih zdravstvenih storitev.

V praksi žal prihaja do napak tudi zaradi napačnega razumevanja razlike med razlogom obravnave "poškodba pri delu" in razlogom obravnave "poškodba po tretji osebi". Za poškodbo po tretji osebi

gre, kadar je bila bolezen, poškodba ali smrt zavarovane osebe povzročena po drugi oziroma tretji osebi (kadar si torej zavarovana oseba bolezen, poškodbe ali smrti ni povzročila sama). Razlog obravnave "poškodba na delu" je ožji. Tudi v tem primeru, si zavarovana oseba praviloma bolezen, poškodbe ali smrti ne povzroči sama. Bistvena razlika med obema razlogoma obravnave je v tem, da pride do "poškodbe na delu" na delovnem mestu zavarovane osebe, na poti z dela oziroma na delo, ali na službeni poti. Zavarovana oseba naj bi v tem primeru predložila obrazec "Prijava nesreče pri delu". Seveda v urgentnih primerih tega obrazca zavarovana oseba ob prvem obisku ne bo imela in bo potrebno razlog obravnave opredeliti sledeč njenim izpovedbam, kolikor pa tudi to ne bi bilo mogoče, bo potrebno razlog obravnave naknadno popraviti.

Dejstvo je, da škode, do katere povrnitve je Zavod upravičen, nastanejo v škodnih dogodkih kot so nesreče na smučiščih, kopališčih, zastrupitve s hrano, pijačo, plini, poškodbe zaradi preteptov, živalski ugrizi, prometne nesreče idr. Najpogostejše pa so vendarle prometne nesreče. Kadar zavarovana oseba zaradi opisanega škodnega dogodka, utрпи bolezen, poškodbo ali smrt, gre običajno za razlog obravnave "poškodba po tretji osebi". Izjemo predstavljajo primeri, ko je do nesreče prišlo na delu oziroma v zvezi z delom zavarovane osebe in je razlog obravnave "poškodba pri delu". V nobenem primeru pa obravnave obolelih, poškodovanih ali umrlih zavarovanih oseb v opisanih škodnih dogodkih ni pravilno označiti s "poškodba izven dela". Tudi v primeru, ko bi bila zavarovana oseba, ki je v škodnem dogodku utrpela bolezen, poškodbo ali umrla, za škodni dogodek in posledice odgovorna izključno sama, ali v primeru deljene odgovornosti (in je glas o odgovornosti sicer dosegel izvajalce zdravstvenih storitev), je potrebno kot razlog obravnave navesti, kot je opisano že zgoraj, "poškodba po tretji osebi" ali "poškodba pri delu". Ugotavljanje odgovornosti (civilne in kazenske) za povzročitev škode je predmet povsem drugih postopkov in lahko traja dlje od samega zdravljenja zavarovane osebe.

Zavod si je v letošnjem letu na področju uveljavljanja t.i. regresnih zahtevkov zadal visoke cilje, ki jih lahko uveljavi le ob sodelovanju vseh, ki se trudimo urediti škodne dogodke, do katerih prihaja zaradi malomarnega ravnanja pri pripravljanju hrane, v prometu in drugje. Izvajalci zdravstvenih storitev, ki z zdravljenjem bolezni in poškodb odpravljate posledice teh dogodkov, lahko s pravilnim in točnim posredovanjem verodostojnih podatkov, prispevate velik delež za bolj učinkovito sprožanje in uresničevanje postopkov uveljavljanja povračila škode. Zavod pa bo poskrbel, da se bodo vsa finančna sredstva, pridobljena na osnovi regresnih zahtevkov, vmila za izvajanje in razvoj programov zdravstvenih storitev. Zaradi težavne finančne situacije Zavoda so ta sredstva še kako pomemben dodatni vir prihodkov obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Cirila Mali, univ. dipol prav.,
direktorica sektorja za pravne in splošne zadeve,
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Projekt Darovalec

- začetek zbiranja pristopnih izjav v mariborski regiji

Darovanje organov je relativno nova tema v slovenskem prostoru in doslej še ni bila širše promovirana kot najprimernejša in družbeno sprejemljiva oblika izkazovanja sočutja in družbene odgovornosti posameznika. To je bilo omejeno samo na področje krvodajalstva.

V Sloveniji doslej nismo sistematično zbirali podatkov o opredeljenih darovalcih organov, torej o ljudeh, ki se že za časa svojega življenja odločijo za darovanje svojih organov po smrti. Ker pa je za uspešno presaditev organov od umrlega darovalca ključnega pomena njihova zadostna prekrvitev, je potrebno po smrti darovalca čim prej urediti vse pogoje za odvzem organov. Prav zato je tako pomembno, da imajo zdravniki ta podatek takoj in da se človek za darovanje svojih organov opredeli že za časa svojega življenja. Na ta način lahko pridobimo dragoceni čas, ki bo drugemu človeku poklonil življenje.

Prav temu je namenjena nova tehnološka rešitev, ki bo omogočila zapis podatka o opredelitvi posameznika za darovanje organov na kartico zdravstvenega zavarovanja. Januarja je stopilo v veljavo Navodilo o postopkih in dejavnostih na področju pridobivanja darovalcev delov človeškega telesa zaradi presaditve (objavljeno v UL RS 131/2003), ki je bilo eden izmed ključnih predpogojev za začetek zapisovanja podatka o opredelitvi za darovalca na kartico zdravstvenega zavarovanja. Hkrati pa je bila v tem času tema o darovanju organov in tkiv slučajno zelo močno medijsko izpostavljena. Zato so v zadnjih mesecih na Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije in na Slovenija-transplantu ter v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje pospešeno potekale aktivnosti za pričetek zbiranja pristopnih izjav v mariborski regiji. Začetek smo svečano naznanili z odmevno novinarsko konferenco 25. marca v Mariboru ter z objavo informacij na samopostrežnih terminalih in na internetu, osebe pa se lahko za darovalca opredelijo od 29. marca.

Navodilo in drugi pravni dokumenti določajo potek projekta in zaščito

posameznika, ki se bo opredelil za darovanje. Upoštewane so sodobne zahteve pa varovanju osebnih podatkov, ki spoštujejo človekovo dostojanstvo in njegove pravice.

Zdravljenje s presaditvijo organov in tkiv je sodoben način zdravljenja in vse več je bolnikov, ki takšen način zdravljenja želijo in sprejemajo. Zato smo dolžni razvijati vse strokovne postopke, ki omogočajo večjo razpoložljivost organov in tkiv za presaditev, s tem pa omogočamo ljudem način zdravljenja, ki ga potrebujejo in nanj čakajo.

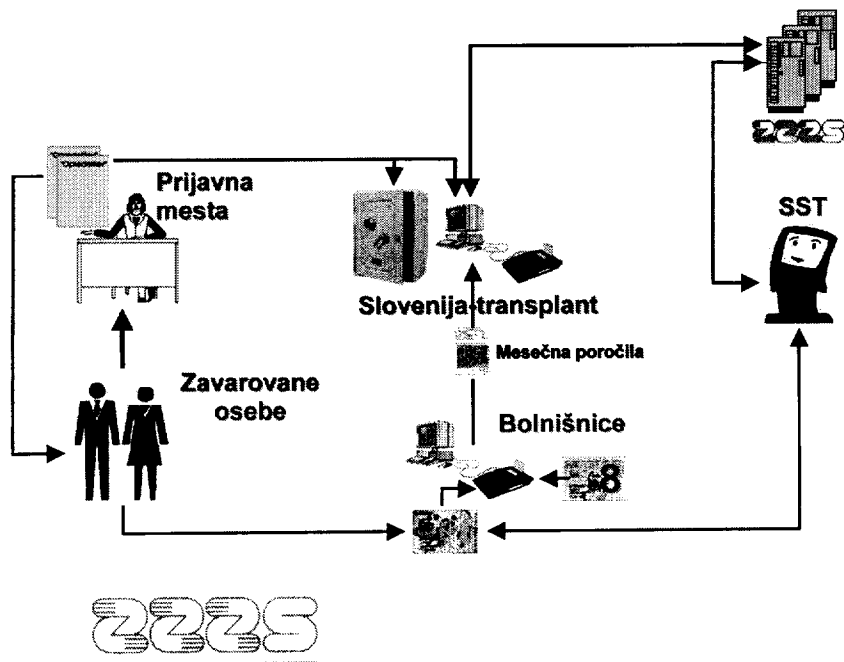
Transplantacijska dejavnost je v Sloveniji zelo dobro organizirana, kar vidimo iz lastnih rezultatov v dejavnosti in tudi v primerjavi s številnimi drugimi evropskimi državami. Pravno-etični vidiki dejavnosti so opredeljeni v Zakonu o odvzemu delov človeškega telesa iz leta 2000, strokovno-organizacijski pa tudi s številnimi podzakonskimi pravilniki.

Vsi naštetni vidiki te dejavnosti se uravnavajo in koordinirajo na Zavodu za presaditve organov in tkiv - Slovenija-transplantu. Naloge in pooblastila Slovenija-transplantu so določena v zakonu in z njimi je bilo možno izpeljati najboljšo možno organizacijo za področje zdravljenja

s transplantacijo za R Slovenijo. Znano je, da je transplantacijska dejavnost tesno povezana s širšimi družbenimi pojavi in javnim življenjem, bolj kot druge veje medicinske stroke. Področje transplantacijske dejavnosti predstavlja danes povsod po svetu velik strokovni izziv za razvoj in napredek, hkrati pa tudi velike apetite za razne ilegalne postopke. Znano dejstvo je, da so potrebe za razpoložljivimi organi in tkivi veliko večje, kot je pridobljenih organov in tkiv. Prisoten je primanjkljaj, ki se lahko odraža tudi v prezgodnji smrti marsikaterega bolnika ali v želji po pridobiti organ prednostno, s plačilom. Znanost intenzivno raziskuje tudi nove vire za pridobivanje, kar pa zaenkrat še ni prineslo praktičnih in uporabnih dosežkov.

Vse te sodobne trende lahko uravnavamo z jasno opredeljenimi odgovornostmi in pooblastili nacionalne institucije, ki ima strokovni ugled in moč delovanja, za kar se prizadevamo v Slovenija-transplantu.

Ponosni smo, da je bil slovenski elaborat za takšno organizacijo dejavnosti napisan že v letu 1993, kar je dajalo osnove, vizijo in tudi pot do te organizacije, ki jo imamo danes. Bistvo organizacije Slovenija-transplanta je, da je pri svojem izvajanju



tesno povezana s praktičnim delom, ker sodelujejo v najvišjih strokovnih organih Slovenija-transplanta vsi odgovorni strokovnjaki transplantacijskega in donorskih centrov. Smeri razvoja in način dela se usklajujejo na Slovenija-transplantu.

Za razvoj transplantacijske dejavnosti v Sloveniji pa je zelo pomembno tudi mednarodno povezovanje. Sicer se te potrebe vse bolj zavedajo tudi druge dežele, a vendar je pomembno, da smo se Slovenci tega zavedli zelo zgodaj in pravočasno. Povezava na področju izmenjave organov in tkiv poteka preko srednjeevropske organizacije Eurotransplant, ki ima na tem področju že več kot 30-letno tradicijo izkušenj in delovanja. Bistvo te povezave je, da se poišče za vsak darovani organ najboljšega prejemnika in da lahko vsaka dežela presadi svojim bolnikom le toliko organov, kot jih je bilo pridobljenih v matični deželi. Velja pravilo, da na področju pridobivanja organov in tkiv vsaka država skrbi za svoje državljane. Če pa katerega organa ne moremo uporabiti doma, se pa seveda odda Evrotransplantu in uporabi, namesto da bi ga zavrgli.

Izkazalo se je, da je združevanje v večje internacionalne povezave potrebno tudi zaradi izmenjav pridobljenega znanja in izkušenj, zakonodajnih rešitev, statističnega obdelovanja podatkov in rezultatov, da imamo večje vzorce pri večjem številu prebivalcev in s tem objektivnejše rezultate.

Darovanje organov in tkiv je za razvoj in izvajanje transplantacijske dejavnosti nujna osnova, ki jo moramo razvijati po sodobnih strokovnih merilih.

Osnovni cilj pri Projektu Darovalec je pospeševanje postopkov darovanja in s tem optimalno pridobivanje organov in tkiv za naše bolnike.

Uvajanje projekta v mariborski regiji

Projekt Darovalec začnemo v mariborski regiji. Osnovne in najvažnejše stopnje pri uvedbi in izvajanju projekta so:

- predstavitev možnosti darovanja in projekta široki javnosti, strokovni javnosti, politični in medijem,
- razvoj tehničnih osnov za vpis opredelitev o posmrtnem darovanju na kartico zdravstvenega zavarovanja in uporabo tega podatka,

- izbira mreže za zbiranje izjav in določitev medsebojnih obveznosti in dogovorov,
- pravne osnove in zagotovila za varno izvajanje zbiranja izjav,

Če želimo, da bomo s projektom uspešni in, da bomo pridobili čimveč izjav za darovanje po smrti, je potrebno kvalitetno opraviti in izpeljati vse štiri stopnje projekta. Za predstavitev možnosti darovanja in transplantacijske dejavnosti v Sloveniji vsem različnim krogom, organiziramo različne delavnice, predavanja, objavljamo strokovne sestavke v različnih revijah in časopisih, sestavili smo bilten najpogostejših vprašanj in odgovorov, zloženke itd. Dobro informiranje je predpogoj za začetek zbiranja izjav, česar pa ne moremo opraviti naenkrat v celi Sloveniji. Zato smo se odločili za uvajanje projekta v dveh delih z začetkom v Mariboru, kasneje v jeseni pa v celi Sloveniji. Pridobivanje organov in tkiv je na področju mariborske regije zelo visoko razvito, pa tudi informiranje široke javnosti poteka intenzivno že od leta 1998 preko regionalnih medijev na osnovi dobrega sodelovanja med strokovnjaki in predstavniki medijev. Pomemben podatek na področju darovanja od umrlih darovalcev je odklonitev svojcev za darovanje. V mariborski regiji je ta odstotek najnižji v Sloveniji in znaša manj kot 10%, kar kaže na dobro informiranost ljudi in ustrezno komunikacijo zdravnikov v intenzivni terapiji s svojci. Kadar so le-ti nezadovoljni z zdravljenjem ali z odnosom, odvzemu pogosto nasprotujejo.

V transplantacijski dejavnosti je zelo pomembno, da so zahtevne strokovne informacije ustrezno razložene široki javnosti, da ne pride do nerazumevanja in nepotrebnih odklonitev. Tema o darovanju organov pomeni konkretno obliko človeške medsebojne pomoči, ki jo zlasti dobro razumemo, kadar se pred nami ali ob nas pojavi oseba, ki je bolna in v stiski.

Od podpisa pristopne izjave do zapisa na kartico zdravstvenega zavarovanja

Vsakdo, ki želi postati darovalec, lahko svojo odločitev izrazi pri pooblaščenih osebah na prijavnih mestih v osnovni zdravstveni mreži in lekarnah (seznam prijavnih mest v mariborski regiji je objavljen na samo-

postrežnih terminalih in internetu: <http://www.zzzs.si/kzz/slo/slohtml/vrazvojuhtm/darovalec.htm>), pozneje tudi na področnih enotah Rdečega križa in Karitas. Tam izpolni poseben obrazec - pristopno izjavo, ob čemer se mora identificirati z osebnim dokumentom. Pooblaščen oseba vse zbrane pristopne izjave konec dneva zbere in jih najkasneje naslednji dan s priporočeno pošiljko pošlje na Slovenija-transplant. Tam se pristopne izjave vnesejo v posebno aplikacijo, ki je povezana z evidenco podatkov na Zavodovem centralnem računalniku. Na podlagi zapisa iz evidence podatkov se potem opredelitev vpiše na kartico zdravstvenega zavarovanja pri naslednjem potrjevanju na samopostrežnem terminalu.

Darovalec ima vso moralno pravico, da svojo prvotno odločitev o posmrtnem darovanju organov tudi prekliče. Oseba se torej lahko opredeli ZA DAROVANJE, ali pa prekliče opredelitev iz preteklosti - opredelitev PROTI DAROVANJU ni možna.

Dostop do podatka na kartici zdravstvenega zavarovanja

Podatek o opredelitvi bo zapisan v čipu kartice zdravstvenega zavarovanja. Zapis bo ostal neviden in tajen do smrti. Po smrti pa bodo preverjali ta podatek samo v primeru, če bo iz okoliščin vidno, da bi bilo darovanje organov in tkiv možno. Podatki iz kartice zdravstvenega zavarovanja o opredelitvi bodo dostopni izključno bolnišničnim koordinatorjem. To so pooblaščen osebe, ki bodo lahko prebrale podatek s posebno profesionalno kartico s posebnimi pristopnimi pravicami, čitalnikom in posebnim programom. Podatek o tem, ali je nekdo darovalec ali ne, bo bolnišnični koordinator lahko ugotavljal šele takrat, ko ga bodo iz centra za intenzivno nego obvestili, da je pri nekom ugotovljena možganska smrt. Če bo bolnišnični koordinator ugotovil, da je umrl darovalec, bo lahko stekel postopek za odvzem in presaditev organov, v nasprotnem primeru se bo pogovoril s sorodniki umrlega, ki bodo poseg dovolili ali pa preprečili.

Če bodo zavarovanci hoteli prejeti izpis podatkov s kartice zdravstvenega zavarovanja ali iz evidence podatkov (kar jim moramo



Informacija o projektu Darovalec na samopostrežni terminalih sistema kartice zdravstvenega zavarovanja

omogočiti glede na Zakon o varovanju osebnih podatkov), se bodo morali osebno oglasiti na Slovenija-transplantu. Le tam ima pooblaščen oseba dostop do tega podatka in možnost izpisa tega podatka pred smrtjo osebe (z ustrezno profesionalno kartico, čitalnikom in posebnim programom).

Vloga Zavoda pri projektu Darovalec

Vloga Zavoda se je tekom projekta precej spreminjala. Končno je obveljalo, da se vloga Zavoda reducira na **izključno tehnološko podporo** - v sklopu tega je Zavod pripravil aplikacijo za vnos pristopnih izjav, podatki o opredelitvah posameznikov so shranjeni na Zavodovem centralnem računalniku, zagotavljamo pa tudi zapis tega podatka na kartico zdravstvenega zavarovanja. Sodelujemo tudi pri izobraževanju pooblaščenih oseb in bolnišničnih koordinatorjev, prav tako pa prispevamo k promociji projekta z objavo informacije o darovanju na samopostrežnih terminalih in na internetnih straneh.

Ključne komponente sistema in varovanje podatkov

- **Kartica zdravstvenega zavarovanja** - podatek o opredelitvi se bo na posame-

znikovo kartico zdravstvenega zavarovanja zapisal preko samopostrežnih terminalov. Zapisan bo v čipu. Varnost podatka je zagotovljena na dveh ravneh: tehnologija pametnih kartic je danes edina dovolj preizkušena in varna za shranjevanje zaupnih podatkov, podatek na kartici pa je dostopen samo ob hkratni uporabi ustrezne profesionalne kartice, čitalnika in programa. Dostop do tega podatka imajo torej le pooblaščen zdravniki v donorskih bolnišnicah izključno v primeru smrti in primernosti za posmrtno darovanje ter pooblašcene osebe na Slovenija-transplantu za časa življenja.

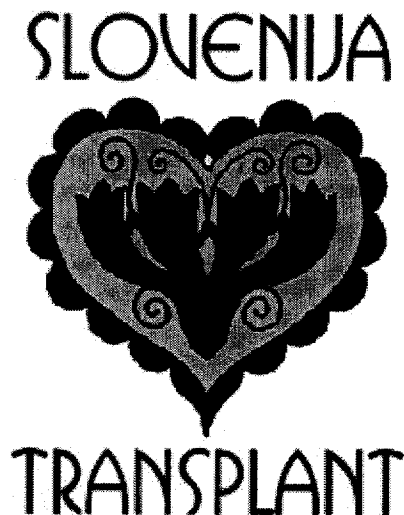
- **Profesionalna kartica** - za potrebe projekta Darovalec je bila predvidena posebna profesionalna kartica (imenovana PK8) in le ta ima dostopne pravice do datoteke s podatkom o opredelitvi na kartici zdravstvenega zavarovanja. To profesionalno kartico bodo prejeli le bolnišnični koordinatorji (takih je okrog 20 v Sloveniji). Njihove zahteve za izdajo profesionalnih kartic pa predhodno potrdi tudi Slovenija-transplant. Kartico PK8 bo prejel tudi Slovenija-transplant, ki jo potrebuje zaradi možnosti izpisa podatkov s kartice zdravstvenega zavarovanja.
- **Aplikacija za vnos pristopnih izjav v bazo**

- dostop do aplikacije in evidence podatkov je omogočen le pooblaščenim osebam Slovenija-transplanta. Med Slovenija-transplantom in Zavodom za zdravstveno zavarovanje je zagotovljena ustrezna, varna povezava (po zaprtem, privatnem omrežju s šifriranim prometom). Podatki o opredelitvah so vodeni ločeno od ostalih podatkov, ki jih o zavarovanih osebah vodimo na Zavodu in delavci Zavoda zato nimajo vpogleda v te podatke.

- **Omrežje samopostrežnih terminalov** - prek le-tega se bodo podatki o posameznikovi opredelitvi in datumu opredelitve zapisali v čip kartice zdravstvenega zavarovanja na podlagi podatka iz evidence pri potrjevanju kartice zdravstvenega zavarovanja. Ker gre za zaprto, privatno omrežje je varnost podatkov zagotovljena. Na samopostrežnih terminalih bo dostopna tudi informacija o projektu ter seznam prijavnih mest.
- **Aplikacija za branje podatka o opredelitvi za darovalca v donorskih bolnišnicah** - branje s tem programom omogoča samo posebna profesionalna kartica. Sosledje dogodkov, ki so potrebni za ustrezno branje kartice zdravstvenega zavarovanja: smrt - potrjevanje kartice zdravstvenega zavarovanja v 24 urah po smrti (da se zagotovijo ažurni podatki iz evidence) - branje kartice zdravstvenega zavarovanja. Aplikacija beleži vsak vpogled v podatke na kartici zdravstvenega zavarovanja. Prav tako pa omogoča pošiljanje teh podatkov (kdo je prebral kartico zdravstvenega zavarovanja, katero kartico zdravstvenega zavarovanja, kdaj, vsebina datoteke) periodično na Slovenija-transplant po elektronski pošti v zakriptirani datoteki. To aplikacijo je pripravila programska hiša Pinna iz Maribora.

Obstoječe kartice Darovalec Rdečega Kriza

Če se je oseba že v preteklosti opredelila za Darovalca in poseduje kartico Darovalec Rdečega kriza, to ne pomeni, da se bo opredelitev avtomatsko zapisala tudi na kartici zdravstvenega zavarovanja. Če bo oseba hotela podatek o darovanju imeti zapisano tudi na kartici zdravstvenega



zavarovanja, se bo morala še enkrat opredeliti s podpisom pristopne izjave.

Dodatne informacije

Če bodo zavarovane osebe imele vprašanja glede darovanja organov in

možnostih opredelitve, jih je potrebno napotiti na Zavod RS za presaditve organov in tkiv, Slovenija-Transplant, Zaloška 7, 1000 Ljubljana.

Zaključek

Splošno javno mnenje še ni spodbujeno in odprto do sprejemljivosti darovanja organov, tudi strokovna javnost še ni bila vključena v širšo akcijo podpore darovanja organov. S splošno družbeno podporo dobi odločitev o darovanju večjo legitimnost v naši družbi. Prepričani smo, da nam bo s skupnimi močmi vseh, ki smo vključeni v projekt, Slovenija-transplant, Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije in Ministrstvo za zdravje, uspelo dvigniti nivo zavedanja slovenske javnosti o pomenu darovanja organov kot oblike pomoči sočloveku ter spodbuditi ljudi k odločitvi za darovanje. Zelo pomembna je tudi podpora strokovne javnosti, predvsem zdravnikov in farmacevtov, ki lahko posreduje ustrezne in jasne strokovne

informacije o vseh postopkih, ki so za darovanje organov potrebni in s tem vzbujajo zaupanje v zdravstveni sistem in posamezne dejavnosti.

Projekt Darovalec je eden izmed strokovnih aktivnosti, za katerega želimo, da bi dvignil pripravljenost ljudi za darovanje po smrti. Za projekt odgovorne institucije želimo, da bi potekal nemoteno in brez zapletov, saj le tako lahko ohrani svoje humano poslanstvo, ki se razteza v zelo občutljive plasti naših medsebojnih odnosov. Darovanje organov lahko povezujemo z obdarovanjem nam najdražjih, oziroma gre pri darovanju organov in tkiv še za nekaj več. Darujmo sami sebi možnost, da nam bo druga oseba pomagala, kadar bomo to potrebovali.

Martina Zorko, dipl. inž.,
vodja projekta Darovalec,
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Danica Avsec Letonja, dr. med.,
direktorica Slovenija Transplanta

Informacije o zdravem načinu življenja na informativnih straneh samopostrežnih terminalov v območni enoti Ljubljana od 15. 4. 2004 dalje

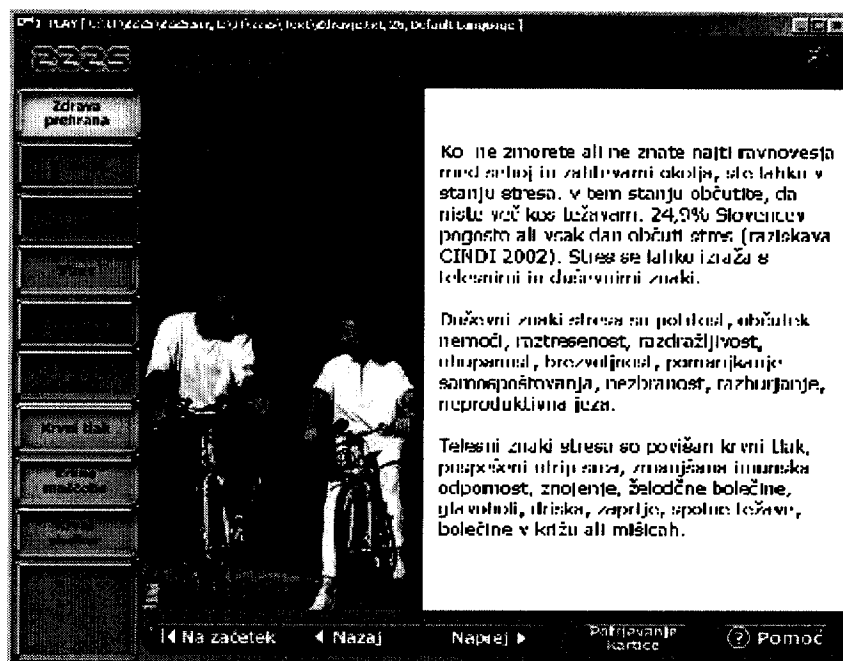
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in CINDI Slovenija v sklopu razvoja informativne funkcije samopostrežnih terminalov, ki so prvenstveno namenjeni potrjevanju kartice zdravstvenega zavarovanja, uvaja nov vsebinski sklop informacij s področja promocije zdravega načina življenja - rubriko "Zdravje". Na ta način se smiselno uresničuje strategija razvoja samopostrežnih terminalov, ki bodo zavarovanim osebam ponujali čimbolj celovite in praktične informacije s področja zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja.

Nova rubrika "Zdravje" (slika 1) obsega informacije o preventivnem zdravstvenem varstvu odraslih zlasti o nacionalnem programu za preprečevanje in odkrivanje srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni, ki se izvaja na ravni osnovnega zdravstvenega varstva, nasvete o zdravem življenju v zvezi z zdravo prehrano, gibanjem, telesno težo, stresom, kajenjem in pitjem alkoholnih pijač ter opis dejavnikov tveganja za nastanek kroničnih nenalezljivih bolezni, in sicer krvni tlak, krvne maščobe in krvni sladkor.

Informacije obsegajo znanstveno preverjena dejstva in statistične podatke o zdravju Slovencev ter priporočila za zdravo

življenje slehernega posameznika, saj je znano, da je zdravje posameznika praviloma v največji meri odvisno prav od posameznikovih dolgoletnih življenjskih navad oziroma načina življenja. Poleg informacij je uporabnikom na voljo tudi aplikacija za interaktivni izračun t.i. indeksa telesne mase, s katero lahko uporabniki ugotovijo primernost svoje telesne teže in temu ustrezno ukrepajo.

Z novimi informacijami želi Zavod v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in CINDI Slovenija povečati stopnjo ozaveščenosti Slovencev, da lahko za svoje zdravje praviloma največ prispevajo prav sami z zdravim načinom življenja. Po



Slika 1: Izbrana stran rubrike "Zdravje" - poglavje o stresu

podatkih iz leta 2002 ima namreč kar 54,6 % Slovencev prekomerno telesno težo, 37,3 % je telesno premalo dejavnih, 24,9 % Slovencev pogosto ali vsak dan občuti stres, 18,8 % Slovencev ima zvišan krvni tlak, 32,4 % Slovencev zaužije preveč alkohola in 23,7 % Slovencev je kadičev (raziskave CINDI Slovenija). Da bi zmanjšali vpliv

dejavnikov tveganja za razvoj kroničnih nenalezljivih bolezni je priporočljivo, da ne kadimo, ohranjamo normalno telesno težo, se zdravo prehranjujemo, omejimo pitje alkoholnih pijač, se izogibamo stresu in se redno, dovolj intenzivno in dovolj dolgo (30 minut dnevno) gibljemo. Kajti, po 10 letih po prenehanju kajenja se bo

tveganje za srčni infarkt izenačilo z nekadiilci; redna in zmerna intenzivna telesna dejavnost (vsaj 30 minut dnevno) znižuje povišane krvne maščobe, ki so zdravju škodljive in zvišuje krvne maščobe, ki so zdravju koristne; stanja kroničnega stresa neugodno vplivajo na dejavnike, kot so debelost, povišane maščobe in sladkor v krvi, visok krvni tlak ter kajenje.

Nove informativne strani so od 15. aprila 2004 dalje testno objavljene na vseh 83 samopostrežnih terminalih v Območni enoti Ljubljana (v celotni Sloveniji je 296 terminalov). Po trimesečnem testnem obdobju pa bodo nove informativne strani objavljene tudi na vseh preostalih terminalih. Zavod načrtuje, da bo jeseni pristopil k nadaljnjemu razvoju tega elektronskega medija, tako da bo v sodelovanju z nevladnimi organizacijami omogočil predstavitev številnih društev za pomoč in samopomoč bolnikom v Sloveniji. Znano je namreč, da ima Slovenija zelo dobro organizirane in aktivne nevladne organizacije s področja zdravstvenega varstva, zato so tovrstne informacije zelo praktične za konkretne bolnike oz. uporabnike zdravstvenih storitev.

Damjan Kos