

Prostovoljna zdravstvena zavarovanja v sistemu On-line zdravstvena zavarovanja

AdriaticSlovenica 
Zavarovalna družba d.d. • Članica Skupine KJZ Group



 **VZAJEMNA**
zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.

Uvod

Pozdravljeni v imenu zavarovalnic za prostovoljna zdravstvena zavarovanja!

Uvedba sistema On-line zdravstvena zavarovanja (On-line sistem) omogoča sprotno pridobivanje podatkov, ki so potrebni za izvajanje in obračun zdravstvenih storitev – prostovoljna zdravstvena zavarovanja (PZZ) pri tem niso nobena izjema.

Z vidika izvajalcev zdravstvenih storitev (IZS) se spreminja način pridobivanja podatkov o PZZ. Prej so bili podatki zapisani na kartici zdravstvenega zavarovanja (KZZ), zdaj so dostopni neposredno iz informacijskih sistemov zavarovalnic.

Način uporabe podatkov o zdravstvenih zavarovanjih in obstoječi zavarovalni produkti zavarovalnic ostajajo nespremenjeni. Nespremenjena ostajajo tudi poslovna pravila za uporabo podatkov o zavarovanju, način priprave obračuna storitev prostovoljni zdravstveni zavarovalnici in specifikacije storitev.

1. Razlike med obstoječim sistemom KZZ in On-line sistemom

	Obstoječi sistem KZZ	On-line sistem
Status jamstva PZZ	Podatki o jamstvu PZZ so zapisani na KZZ in so veljavni od 3 do 12 mesecev vnaprej. IZS podatke prebere iz kartice in jih prenese v lokalno bazo podatkov, kjer jih lahko uporablja do datuma poteka. V vmesnem času se status zavarovanja lahko spremeni in podatki o statusu jamstva v lokalni bazi IZS niso več veljavni.	Podatki o statusu jamstva PZZ so zapisani v zalednem sistemu zavarovalnice in so zaradi sprotnega preverjanja statusa ob vsakokratni obravnavi vedno ažurni. Jamstvo PZZ se praviloma preverja na tekoči dan oz. do 60 dni za nazaj.
Uveljavljanje pravic iz DZZ	Včasih je pri izvajalcih nastala zadrega, ko je zavarovanec imel urejeno dopolnilno zdravstveno zavarovanje in iz različnih razlogov ni imel urejenega obveznega zavarovanja. Zavarovanec je zahteval kritje iz naslova dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, čeprav pravic iz naslova le-tega nima, če nima urejenega OZZ.	Koriščenje pravic iz DZZ ni možno, če zavarovanec nima urejenega OZZ. On-line sistem ne dovoljuje posredovanja podatkov o DZZ, če OZZ ni urejeno.
Podvojena DZZ	V primerih, ko ima zavarovanec sklenjenih več DZZ, se ta na kartico zapišejo pri njenem potrjevanju na samopostrežnem terminalu. Skladno z zakonsko opredelitvijo pa ima lahko zavarovanec sklenjeno le eno DZZ.	Pri podvojenih DZZ On-line sistem zagotavlja, da se IZS vedno posreduje enoličen podatek o statusu DZZ.

	Obstoječi sistem KZZ	On-line sistem ZZ
Ročni vnos podatkov	Za potrebe priprave specifikacije računa za obračun opravljenih storitev v breme PZZ obstoječi računalniški programi IZS omogočajo ročni vnos podatkov o zavarovanju.	Vse podatke o PZZ, ki jih IZS potrebuje za izvajanje zdravstvenih storitev in pripravo obračuna storitev, računalniški program pri IZS pridobi neposredno iz On-line sistema. Zaradi tega ni predvidena možnost ročnega vnosa podatkov o zavarovanju. Tudi v primeru, ko se zavarovanec izkaže s potrdilom zavarovalnice, bo potrebno podatke o zavarovanju pridobiti iz On-line sistema.

2. Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

V On-line sistemu se informacija o statusu dopolnilnega zavarovanja vedno podaja le za tekoči dan oziroma do 60 dni za nazaj. Zaradi sprotnega preverjanja zavarovalnice za PZZ jamstev v On-line sistemu ne podeljujejo vnaprej.

Način, dinamika in pravila preverjanja DZZ so v celoti podrejena pravilom preverjanja OZZ.

2.1. Postopek preverjanja

Zavarovanec zdravstvenemu delavcu izroči svojo kartico zdravstvenega zavarovanja in mu s tem formalno-pravno dovoli dostop do podatkov o zavarovanju (varovani so z zakonom!).

Zdravstveni delavec vloži kartico v čitalec in sproži preverjanje podatkov. Računalniški program s kartice prebere številko obveznega zdravstvenega zavarovanja in na osnovi opredeljenega obdobja opravljanja storitve pridobi podatke o dopolnilnem zdravstvenem zavarovanju.

Postopek se opravi avtomatsko, izvedba je odvisna od računalniškega programa izbrane programske hiše. Prosimo, da za podrobnosti o tehničnem postopku povprašate svoje dobavitelje programske opreme.

Vhodni podatki pri preverjanju dopolnilnih zavarovanj:

- številka obveznega zavarovanja,
- obdobje opravljanja storitve.

V vaši aplikaciji se bo po opravljenem preverjanju izpisal status jamstva (kdo je plačnik). Obstajajo tri možnosti:

DA: zavarovalnica JE plačnik za opredeljeno obdobje. Izvajalec dobi le en pozitiven odgovor tudi v primeru, če obstaja več veljavnih dopolnilnih zavarovanj.

KARENCA: zavarovalnica NI plačnik. Zavarovanje je sklenjeno, zaradi poslovnih pravil zavarovalnice v obdobju karence (ali čakalne dobe) še ni mogoče koristiti pravic iz naslova zavarovanja. Odgovor je namenjen kot informacija zavarovancu.

NE: zavarovalnica NI plačnik. Zavarovanje je sklenjeno, vendar zaradi določenih okoliščin ni mogoče koristiti pravic iz zavarovanja. Odgovor je namenjen kot informacija zavarovancu.

Opozorjamo, da bo pri statusu jamstva vedno opredeljeno obdobje, na katero se nanaša. V primeru dolgotrajnih (večdnevni) storitev je lahko obdobje obsoja jamstva krajše od obdobja opravljanja storitve, ki ga je navedel izvajalec.

Odgovor zavarovalnice pri preverjanju dopolnilnih zavarovanj:

- status jamstva,
- obdobje obstoja jamstva (datum od-do).

2.2. Uporaba podatkov o zavarovanju:

V primeru dolgotrajnih zdravstvenih obravnav se jamstvo za posamezna obračunska obdobja praviloma preverja za nazaj. Pri nekaterih izjemah (SPP, psihiatrija ...) velja jamstvo, ki se preveri ob začetku obravnave, za celotno obdobje opravljanja storitve.

3. Ostala (nadstandardna) zdravstvena zavarovanja

V On-line sistemu se informacija o statusu nadstandardnega zavarovanja podaja največ do konca tekočega meseca oziroma do 60 dni za nazaj. Izvajalec praviloma preverja zavarovanje na dan opravljanja storitve.

3.1. Postopek preverjanja

Zavarovanec zdravstvenemu delavcu izroči svojo kartico zdravstvenega zavarovanja in mu s tem formalno-pravno dovoli dostop do podatkov o zavarovanju (varovani so z zakonom!).

Zdravstveni delavec zavarovanca vpraša, pri kateri zavarovalnici ima urejeno nadstandardno zavarovanje in tudi po zavarovalnem paketu, ki ga želi uveljaviti. V določenih primerih bo zavarovanec zdravstvenemu delavcu izročil avtorizacijski dokument (naročilnico), ki ga bo izdala zavarovalnica.

Zdravstveni delavec vloži kartico v čitalec in v računalniški aplikaciji opredeli zavarovalnico, zavarovalni paket in:

- šifro storitve (eno ali več), ki jo izvaja,

ALI

- številko avtorizacijskega dokumenta (naročilnice), ki ga je izdala zavarovalnica.

(Prvi ali drugi podatek, ne oba.)

Po vpisu vseh vhodnih podatkov sproži postopek preverjanja zavarovanja. On-line sistem bo podal odgovor glede na opredeljeno obdobje opravljanja storitve, ki se vedno nanaša na določeno zavarovalnico, zavarovalni paket, storitev oziroma avtorizacijski dokument (naročilnico). Obdobje obstoja jamstva se lahko razlikuje od obdobja opravljanja storitve.

V prehodnem obdobju (do preklica) je potrebno navesti številko zavarovalnega paketa, pozneje to več ne bo potrebno.

Vhodni podatki pri preverjanju dopolnilnih zavarovanj:

- številka obveznega zavarovanja,
- obdobje opravljanja storitve,
- izbor prostovoljne zavarovalnice,
- navedba zavarovalnega paketa,
- šifra (ene ali več) storitve ALI številka avtorizacijskega dokumenta (naročilnice).

Izvedba postopka je odvisna od računalniškega programa izbrane programske hiše. Prosimo, da za podrobnosti o postopku povprašate svoje dobavitelje programske opreme.

V vaši aplikaciji se bo po opravljenem preverjanju izpisal status jamstva (kdo je plačnik). Obstajajo tri možnosti:

DA: zavarovalnica JE plačnik za opredeljeno obdobje.

KARENCA: zavarovalnica NI plačnik. Zavarovanje je sklenjeno, zaradi poslovnih pravil zavarovalnice v obdobju karence (čakalne dobe) še ni mogoče koristiti pravic iz naslova zavarovanja. Odgovor je namenjen kot informacija zavarovancu.

NE: zavarovalnica NI plačnik. Zavarovanje je sklenjeno, vendar zaradi določenih okoliščin ni mogoče koristiti pravic iz zavarovanja. Odgovor je namenjen kot informacija zavarovancu.

Opozarjamo, da bo k statusu jamstva vedno opredeljeno obdobje, na katero se nanaša. V primeru dolgotrajnih (večdnevni) storitev je lahko obdobje obstoja jamstva krajše od obdobja opravljanja storitve, ki ga je navedel izvajalec.

Odgovor zavarovalnice pri preverjanju dopolnilnih zavarovanj:

- status jamstva,
- obdobje obstoja jamstva (datum od-do),
- informativna razpoložljiva zavarovalna vsota,
- morebitna soudeležba zavarovanca pri plačilu (fiksni znesek ali delež v procentih).

3.2. Uporaba podatkov o zavarovanju

Pri uporabi podatkov ni predvidenih sprememb. Obračun in specifikacija bosta pripravljena na enak način kot do sedaj. Nadstandardna zavarovanja se praviloma nanašajo na enkratno storitev, kot je dogovorjeno s prostovoljno zavarovalnico. Odgovor zavarovalnice velja za celotno obdobje opravljanja storitve.

4. Zavarovanja ni mogoče preveriti – On-line sistem ne deluje

Veliko dela je bilo vložnega v zagotavljanje čim večje zanesljivosti delovanja računalniških sistemov, ki so povezani v On-line sistem. Vsi ključni elementi sistema so podvojeni tako, da lahko v primeru izpada ene komponente delovanje takoj prevzame druga. Izpadi delovanja bodo zelo redki, vendar so možni.

PRIPOROČILO: Edina komponenta, na katero pri načrtovanju sistema nismo imeli vpliva, je komunikacijska (internet) povezava vaše lokacije (izvajalca zdravstvenih storitev) z vstopno točko On-line sistema. V primeru odpovedi delovanja vaše povezave na internet pridobivanje podatkov iz On-line sistema ne bo več možno. Zaradi tega priporočamo, da poskrbite za nadomestno (rezervno) povezavo na internet pri drugem ponudniku (ISP). V primerih izpada osnovne povezave bo delovanje sistema avtomatsko preklopljeno na rezervno linijo, veliko zadreg bo prihranjenih.

Preverjanje podatkov o prostovoljnih zdravstvenih zavarovanjih ni možno v naslednjih primerih:

- internet povezava ne deluje,
- lokalni računalniški sistem je v okvari,
- centralna vstopna točka na lokaciji ZZZS ne deluje,
- zaledni računalniški sistem zavarovalnice za PZZ ne deluje.

V takšnih primerih predvidevamo preverjanje s telefonskim klicem ali e-pošto.

4.1. Preverjanje s telefonskim klicem ali e-pošto

Osnovno priporočilo je, da počakate s preverjanjem prostovoljnih zavarovanj, če je možno. Podporne službe za On-line sistem so v stanju pripravljenosti in računamo, da bodo morebitne napake zelo hitro odpravljene.

Če zaradi okoliščin ni mogoče počakati na ponovno vzpostavitev delovanja, priporočamo, da poizkusite določiti plačnika za storitev tako, da pokličete na kontaktne telefonske številke zavarovalnic ali pišete na kontaktne naslove elektronske pošte. Zavarovalniški referent vam bo sporočil pisno (e-pošta, faks) ali ustno informacijo o statusu zavarovanja. Če zavarovanje ni veljavno, je pacient samoplačnik. Če zavarovalno jamstvo obstaja, je plačnik zavarovalnica.

POMEMBNO: V vsakem primeru je pred izvedbo obračuna storitev treba naknadno preveriti status zavarovanja. V vaši računalniški aplikaciji boste zdravstveni primer v primeru obstoja zavarovanja predstavili na poseben seznam za naknadno preverjanje. Ko bo delovanje On-line sistema ponovno vzpostavljeno, boste pred izvedbo obračuna (pred potekom obračunskega obdobja) naknadno preverili zavarovanja za nazaj. Odgovor, ki ga boste dobili iz On-line sistema, bo enak odgovoru, ki ste ga pridobili ob telefonskem preverjanju.

Tveganja za izvajalca ni, ker bo zavarovalnica upoštevala odgovor, ki ga je sporočila izvajalcu v času nedelovanja On-line sistema tudi v primerih, ko se status zavarovanja spremeni za nazaj.

Podrobnosti o izvedbi postopka v vaši računalniški aplikaciji vam bo obrazložil vaš dobavitelj programske opreme.

4.2. Preverjanje s telefonskim klicem ali e-pošto ni možno

V določenih primerih (npr. lekarne) ni mogoče kontaktirati zavarovalnice in preveriti statusa zavarovanja. V takšnih primerih je zavarovana oseba načeloma samoplačnik, vendar le, če izvajalec zdravstvene storitve ni pripravljen prevzeti tveganja. Če je stranka samoplačnik, bo od zavarovalnice dobila povrnjene stroške na osnovi izstavljenega računa in urejenega zavarovanja. Prostovoljne zavarovalnice ne želimo omejevati izvajalce pri poslovnih pravilih in odnosu do strank. Izvajalec zdravstvene storitve se v primerih nedelovanja On-line sistema lahko odloči, da bo prevzel tveganje za

plačilo storitve. To je možno v primerih stalnih strank oziroma v primerih, ko stranko pozna (dogovor s stranko, znan kontakt ali podobno). V primeru neobstoječega zavarovanja se s stranko dogovori za naknadno poravnavo.

4.3. Izpis zdravstvenih listin

Na nekaterih zdravstvenih listinah je naveden plačnik zdravstvene storitve. Plačnik se načeloma določi na osnovi podatkov iz On-line sistema. Če sistem ne deluje, mora vaša aplikacija omogočati ročno izbiro plačnika za izdajo zdravstvene listine. V takih primerih obstajata izbiri:

- pacient je samoplačnik,
- plačnik je prostovoljna zdravstvena zavarovalnica.

OPOZORILO: če v svoji aplikaciji izberete, da je plačnik prostovoljna zavarovalnica, to še ne pomeni, da bo zavarovalnica storitev plačala. Izvajalec v takem primeru prevzame tveganje. Zavarovalnica je plačnik le v primeru, če obstaja urejeno zdravstveno zavarovanje. Veljavnost zavarovanja je v vsakem primeru treba pred iztekom obračunskega obdobja naknadno preveriti, kot je opisano zgoraj.

5. Kontakti

Za vprašanja v zvezi s preverjanjem prostovoljnih zdravstvenih zavarovanj smo vam na voljo:

Zavarovalnica	Kontaktna oseba	Kontaktni podatki
ADRIATIC SLOVENICA. Zavarovalna družba d.d	Samantha Orlando	izvajalci@adriatic-slovenica.si Tel: 05 6643 215
TRIGLAV, Zdravstvena zavarovalnica, d.d.	Tihomir Kralj	Tihomir.Kralj@zdravstvena.net Tel: 05 6622 412
Vzajemna zdravstvena zavarovalnica, d.v.z.	Polona Tihelj Kalan Andrej Novak	On-line-izvajalci@vzajemna.si Tel: 01 4718 800 01 4718 836 031 604 222

Odgovore na najpogostejša vprašanja objavljamo na forumu:

<http://www.zzs.si/ZZS/internet/forumOn-line.nsf>.

Prezentacija za preverjanje PZZ je dostopna na spletni strani Zavoda za zdravstveno zavarovanje:

<http://www.zzs.si> → Izvajalci zdravstvenih storitev → Elektronsko poslovanje → Sistem On-line ZZ → Navodila za on-line.