****

Projekt Izdatki ZS

**Navodilo o beleženju in obračunavanju**

**zdravstvenih storitev in izdanih materialov**

Verzija 5.4

Povzetek sprememb glede na verzijo 5:

* Okrožnice ZAE 18/12, 19/12, 20/12, 21/12, 1/13, 2/13.
* Črtana struktura 14.4.6 LZM-zdravilo v strukturi Obravnava in 14.8. Podatki o zdravilih.
* Spremenjeno pravilo za navajanje Števila storitev in Števila enot za eno storitev za zdravila (metadon in LZM zdravila) in za LZM materiale za pripravo solucije.
* Dodano pravilo za izračun vrednosti storitev v glavarinskih dejavnostih za slovenske zavarovane osebe (Priloga 8), posledično spremenjeno pravilo za delitev DDV na OZZ/PZZ na nivoju storitve.
* Dodan nov podatek v vseh strukturah Znesek DDV.
* Dodano pravilo za izračun CVS in OVS na Obravnavi za DBZ, če tujec nima zavarovanja urejenega za celotno obdobje zdravljenja (enako kot je na SBD obravnavi).
* Dodano pravilo, da se cena za visoki K iz obiskov vedno navede pri obračunu storitve tipa KOL.
* Dodano pravilo, da se evidenčnih storitev ne zaračunava na vrstah dokumentov 4-6 in 7-12.
* Individualni obračun tujcev v referenčni ambulanti ni mogoč, dokler ne bo definiran cenik storitev.
* Nova Priloga 9 – MKB pogojno 100% OZZ.
* Dopolnitev navodil za obračun nekaterih MP in za posredovanje prilog k dokumentom za obračun.

Ljubljana, 11. januar 2013

**Kontaktne osebe**

Kontaktne osebe za vprašanja v zvezi z vsebino navodila so:

| **Vsebina** | **Ime, priimek** | **Telefon** |
| --- | --- | --- |
| Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost | Maja Tomšič | 01 30 77 448 |
| Specialistična zunajbolnišnična dejavnost in bolnišnična zdravstvena dejavnost | Franc Osredkar | 01 30 77 383 |
| Zdravilišča | Sabina Poznič Verk | 01 30 77 389 |
| Zdravila, SVZ | Darja Kušar, Majda Povše | 01 30 77 436, 01 30 77 572 |
| Draga bolnišnična zdravila | Jure Mikolič, Franc Osredkar | 01 30 77 591, 01 30 77 383 |
| Medicinski pripomočki | Mirjana Miljković Logar | 01 30 77 358 |
| Mednarodno zdravstveno zavarovanje (tuje zavarovane osebe) | Vanja Kobentar | 01 30 77 750 |
| Šifranti | Jerneja Eržen | 01 30 77 573 |
| Ceniki | Marija Parkelj | 01 30 77 373 |
| Kontrole podatkov | Karmen Grom Kenk | 01 30 77 340 |

Vsi elektronski naslovi so sestavljeni po pravilu: [ime.priimek1-priimek2@zzzs.si](mailto:ime.priimek@zzzs.si) (brez šumnikov).

Kontaktne osebe za poravnavo dokumentov za obračun so delavci na območni enoti ZZZS, ki je pristojna za posameznega izvajalca.

**Kazalo**

[Uporabljene kratice in pojmi 5](#_Toc345664977)

[1. Uvod 7](#_Toc345664978)

[1.1 Namen in vsebina navodila 7](#_Toc345664979)

[1.2 Spremembe glede na obstoječi način beleženja in obračunavanja 7](#_Toc345664980)

[1.3 Prednosti glede na obstoječi način beleženja in obračunavanja 10](#_Toc345664981)

[2. Pravice iz OZZ in uveljavljanje teh pravic 11](#_Toc345664982)

[2.1 Pravice iz OZZ 11](#_Toc345664983)

[2.2 Uveljavljanje pravic iz OZZ 11](#_Toc345664984)

[2.3 Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz OZZ 11](#_Toc345664985)

[2.4 Tuje zavarovane osebe 13](#_Toc345664986)

[2.5 Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici 13](#_Toc345664987)

[2.6 Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev 14](#_Toc345664988)

[3. Obračunavanje v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100) 15](#_Toc345664989)

[3.1 Razlaga pogosto uporabljenih pojmov v bolnišnični zdravstveni dejavnosti 15](#_Toc345664990)

[3.2 Splošno o financiranju bolnišnične zdravstvene dejavnosti 16](#_Toc345664991)

[3.3 Akutna bolnišnična obravnava 16](#_Toc345664992)

[3.4 Neakutna bolnišnična obravnava 17](#_Toc345664993)

[3.5 Posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti 18](#_Toc345664994)

[3.6 Pravila evidentiranja (beleženja) bolnišničnih obravnav 20](#_Toc345664995)

[3.7 Zdraviliško zdravljenje - stacionarno 22](#_Toc345664996)

[4. Obračunavanje v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210) 23](#_Toc345664997)

[4.1 Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji 23](#_Toc345664998)

[4.2 Dispanzer za ženske 24](#_Toc345664999)

[4.3 Neglavarinske dejavnosti splošne zunajbolnišnične dejavnosti 25](#_Toc345665000)

[4.4 Laboratorij 26](#_Toc345665001)

[4.5 Tuje storitve 26](#_Toc345665002)

[4.6 LZM 26](#_Toc345665003)

[4.7 Evidenčne storitve 26](#_Toc345665004)

[5. Obračunavanje v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220) 27](#_Toc345665005)

[5.1 Kalkulacije za načrtovanje in financiranje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti 27](#_Toc345665006)

[5.2 LZM in draga bolnišnična zdravila (DBZ) 27](#_Toc345665007)

[5.3 Laboratorij 27](#_Toc345665008)

[5.4 Izvajanje dializ 27](#_Toc345665009)

[5.5 Zdraviliško zdravljenje 28](#_Toc345665010)

[5.6 Tuje storitve 28](#_Toc345665011)

[5.7 Urgentna ambulanta 28](#_Toc345665012)

[5.8 Evidenčne storitve 28](#_Toc345665013)

[5.9 Celostna specialistična zunajbolnišnična obravnava 29](#_Toc345665014)

[5.10 Javno zdravje v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti 29](#_Toc345665015)

[6. Obračunavanje v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230) 30](#_Toc345665016)

[6.1 LZM 30](#_Toc345665017)

[6.2 Zobnoprotetična rehabilitacija 30](#_Toc345665018)

[6.3 Evidenčne storitve 31](#_Toc345665019)

[7. Obračunavanje v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909) in obračunavanje drugih obveznosti ZZZS (dejavnost obvezne socialne varnosti, O84.300) 32](#_Toc345665020)

[7.1 Patronaža in nega na domu 32](#_Toc345665021)

[7.2 Fizioterapija in delovna terapija 32](#_Toc345665022)

[7.3 Logopedija, dispanzer za mentalno zdravje in klinična psihologija 32](#_Toc345665023)

[7.4 Presejalni programi 32](#_Toc345665024)

[7.5 Reševalni prevozi 33](#_Toc345665025)

[7.6 Druge obveznosti ZZZS 34](#_Toc345665026)

[7.7 Evidenčne storitve 34](#_Toc345665027)

[8. Obračunavanje v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100) in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q88.109) 35](#_Toc345665028)

[9. Obračunavanje v lekarniški dejavnosti (G47.730) 36](#_Toc345665029)

[9.1 Splošno o lekarniški dejavnosti 36](#_Toc345665030)

[9.2 Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah 37](#_Toc345665031)

[10. Obračunavanje medicinskih pripomočkov (G47.740) 40](#_Toc345665032)

[10.1 Listine za predpisovanje medicinskih pripomočkov 40](#_Toc345665033)

[10.2 Podatki za obračunavanje medicinskih pripomočkov 40](#_Toc345665034)

[10.3 Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa ali bremepisa 41](#_Toc345665035)

[11. Doplačila zavarovanih oseb 42](#_Toc345665036)

[12. Tuje zavarovane osebe 43](#_Toc345665037)

[12.1 Uveljavljanje pravic z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare 44](#_Toc345665038)

[12.2 Uveljavljanje pravic s Potrdilom MedZZ 45](#_Toc345665039)

[12.3 Uveljavljanje pravic s KZZ ali Potrdilom KZZ 47](#_Toc345665040)

[12.4 Obračun zdravstvenih storitev 47](#_Toc345665041)

[12.5 Priloge k dokumentu za obračun 48](#_Toc345665042)

[13. Izmenjava podatkov v on-line sistemu 50](#_Toc345665043)

[13.1 Splošno o on-line sistemu 50](#_Toc345665044)

[13.2 Dostop do podatkov v on-line sistemu 51](#_Toc345665045)

[13.3 Zapis podatkov v on-line sistemu 57](#_Toc345665046)

[13.4 Izmenjava podatkov s PZZ 60](#_Toc345665047)

[13.5 Sledljivost dostopov 60](#_Toc345665048)

[13.6 Posebnosti pri izpolnjevanju listin OZZ 60](#_Toc345665049)

[14. Podatki za obračun zdravstvenih storitev iz OZZ 61](#_Toc345665050)

[14.1 Podatki o pošiljki 61](#_Toc345665051)

[14.2 Podatki o dokumentu 61](#_Toc345665052)

[14.3 Struktura »PGO«: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu 65](#_Toc345665053)

[14.4 Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe 72](#_Toc345665054)

[14.5 Struktura »SBD obravnava«: podatki o storitvah v bolnišnični dejavnosti 84](#_Toc345665055)

[14.6 Struktura »AOR«: podatki za obračun zdravil 89](#_Toc345665056)

[14.7 Struktura »MP«: Podatki za obračun MP 89](#_Toc345665057)

[14.8 Definicija oznake primerov 92](#_Toc345665058)

[15. Pravila izmenjave dokumentov za obračun 94](#_Toc345665059)

[15.1 Kriteriji in pravila za sestavo dokumentov 94](#_Toc345665060)

[15.2 Izstavljanje računov, zahtevkov za plačilo, dobropisov in bremepisov 94](#_Toc345665061)

[15.3 Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov 95](#_Toc345665062)

[15.4 Zavračanje pošiljk in dokumentov 96](#_Toc345665063)

[15.5 Pravila obračuna v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj v strukturah PGO, Obravnava, SBD obravnava in MP 96](#_Toc345665064)

[15.6 Pravila obračuna v primeru sprememb podatkov za nazaj v strukturah »AOR« in »MP« 97](#_Toc345665065)

[15.7 Priloge k dokumentom za obračun 97](#_Toc345665066)

[16. Obračun storitev, opravljenih pred 1. 1. 2013 in v prehodnem obdobju 99](#_Toc345665067)

[16.1 Obračun storitev, opravljenih pred 1. 1. 2013 99](#_Toc345665068)

[16.2 Obračun storitev v prehodnem obdobju 99](#_Toc345665069)

[17. Priloge 101](#_Toc345665070)

# Uporabljene kratice in pojmi

**BPIZD –** Baza podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja

**CBZ** – Centralna baza zdravil

**Certifikat** – Listina v papirni obliki, ki začasno nadomešča EUKZZ, izdana v jeziku države članice EU, države EGP in Švice, ki je certifikat izdala

**CT/MR** – Računalniška tomografija in magnetna resonanca

**DBZ** – Draga bolnišnična zdravila

**DDV** – Davek na dodano vrednost

**Dobavitelj MP** - Lekarna, specializirana prodajalna, optik, čevljar

**Dogovor** – Splošni dogovor, ki ga za vsako pogodbeno leto sprejmejo Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije na podlagi 63. člena ZZVZZ

**Dokument za obračun** – Račun, zahtevek za plačilo, poročilo, dobropis, bremepis, popravek poročila, obračunski račun, ki ga izvajalec izstavi Zavodu za opravljeno delo

**EUKZZ** – Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja

**IOZ** – Izbrani osebni zdravnik

**IVZ** – Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije

**Izvajalec** – Izvajalec zdravstvenih storitev ali dobavitelj medicinskih pripomočkov. Izvajalci so javni zdravstveni zavod in druge fizične ali pravne osebe, ki imajo pogodbo z Zavodom za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali izdajo, izposojo, popravila in vzdrževanje MP

**Kartica Medicare** – Avstralska kartica zdravstvenega zavarovanja

**KZZ** – Kartica zdravstvenega zavarovanja

**Listina BOL** - Listina Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

**Listina MedZZ** – Listina, katero po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izda tuji nosilec zavarovanja in Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo (v nadaljevanju: Potrdilo MedZZ), ki ga izda Zavod

**Listina NAR-1** - Listina Naročilnica za medicinsko tehnični pripomoček

**Listina NAR-2** - Listina Naročilnica za pripomoček za vid

**Listina NAR-3** - Listina Mesečna zbirna naročilnica

**Listina OZZ** – Listina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katero zavarovana oseba uveljavlja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: napotnica, delovni nalog, nalog za prevoz, naročilnica itd.

**Listine po zakonodaji EU:** Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: EUKZZ); Certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Certifikat), obrazca E 112, E 123 in Potrdilo MedZZ

**Listine po meddržavnih pogodbah:** HR/SLO 3, HR/SLO 4, RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03, SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04, MNE/SI 04A, kartica Medicare in Potrdilo MedZZ

**LZM** – Ločeno zaračunljiv material in storitve

**MedZZ** – Mednarodno zdravstveno zavarovanje

**MP** – Medicinski pripomoček

**NMP** – Nujna medicinska pomoč

**OBMP** – Oploditev z biomedicinsko pomočjo

**Obračunsko obdobje** – Obdobje beleženja zdravstvenih storitev, ki jih izvajalec obračuna in pošlje Zavodu v skladu s Splošnim dogovorom (praviloma) najkasneje do 10. v mesecu za pretekli mesec

**OZZ** – Obvezno zdravstveno zavarovanje

**On-line sistem** – Sistem, ki omogoča neposreden oziroma on-line dostop do podatkov zdravstvenega zavarovanja

**PGO** – Oznaka za vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, ki se plačujejo v pavšalu, glavarini oziroma za obračunski račun

**PIN** – Personal Identification Number – Identifikacijska številka tuje zavarovane osebe

**Potrdilo KZZ** – Potrdilo, ki nadomešča KZZ (papirni dokument, ki ga izda Zavod)

**Potrdilo MedZZ** – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo, ki ga izda Zavod v papirnati obliki, kadar tuja zavarovana oseba predloži obrazec E 112, E 123, HR/SLO 3, HR/SLO 4, RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03, SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04, MNE/SI 04A. Potrdilo MedZZ Zavod izda tudi slovenski zavarovani osebi, ki ima urejeno zavarovanje v drugi državi pogodbenici po meddržavnih pogodbah, na podlagi predloženega obrazca SLO/HR 7, SI/RM 7, SI/BIH 7, SI/SRB 07, SI/MNE 07

**Pravila OZZ** – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/2003, 35/2003, 78/2003, 84/2004, 44/2005, 86/2006, 90/2006, 64/2007, 33/2008, 07/2009, 88/2009 in 30/2011)

**Pristojna območna enota Zavoda** – Območna enota Zavoda, pristojna za obdelavo dokumentov za obračun, ki jih posreduje izvajalec zdravstvenih storitev ali dobavitelj medicinskih pripomočkov

**PZZ** – Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

**SBD** – Specialistična bolnišnična dejavnost

**SOUS** – Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije

**SPP** – Skupine primerljivih primerov

**SVZ** – Socialno varstveni zavod

**Zavod** – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

**Zelena knjiga** – Enotni seznam zdravstvenih storitev

**ZZV** – Zavod za zdravstveno varstvo

**ZZVZZ** – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/2006 - ZZVZZ-UPB3, 114/2006 - ZUTPG, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 62/2010 - ZUPJS)

**ZZZS – TZO številka** – Številka zdravstvenega zavarovanja za tujo zavarovano osebo po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah

# Uvod

## Namen in vsebina navodila

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju Zavod) uvaja za vse izvajalce vseh zdravstvenih dejavnosti nov način elektronske izmenjave podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih (storitve, materiali, zdravila, živila in medicinski pripomočki) v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ).

Nov način izmenjave podatkov v dokumentih za obračun zdravstvenih storitev prinaša vsebinske in tehnične spremembe. Vsebinske spremembe in pravila so opisani v tem dokumentu – »Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov« (v nadaljevanju navodilo) in njegovih prilogah; tehnične specifikacije so opisane v dokumentu »Tehnično navodilo za elektronsko izmenjavo podatkov obračuna zdravstvenih storitev v breme OZZ« (v nadaljevanju tehnično navodilo).

Ključne vsebine navodila so po posameznih poglavjih:

* poglavje 1: spremembe, ki jih prinaša nov način poročanja,
* poglavje 2: opis pravic iz OZZ in uveljavljanje teh pravic,
* poglavja 3 – 10: metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda k izvajalcem ter način obračuna storitev po posameznih dejavnostih,
* poglavje 11: doplačila zavarovanih oseb do polne vrednosti zdravstvenih storitev,
* poglavje 12: tuje zavarovane osebe,
* poglavje 13: izmenjava podatkov v on-line sistemu,
* poglavje 14: podatki za obračun zdravstvenih storitev,
* poglavje 15: pravila izmenjave dokumentov za obračun,
* poglavje 16: obračun storitev, opravljenih pred 1.1. 2013 in v prehodnem obdobju,
* poglavje 17: priloge in šifranti, ki so v pomoč pri beleženju podatkov in sestavljanju obračuna zdravstvenih storitev, ter na katere se to navodilo sklicuje.

Navodilo je namenjeno predvsem:

* delavcem, ki v posameznih dejavnostih evidentirajo podatke o zavarovanih osebah in opravljenih storitvah,
* delavcem v računovodstvu, ki obračunavajo stroške v zvezi z zdravljenjem zavarovanih oseb in
* delavcem v službah za informatiko, ki izvajajo računalniške obdelave v zvezi z obračunom storitev.

Navodilo nadomešča doslej veljavno Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (izdano decembra 2007, dopolnjeno z okrožnicami Zavoda) in Navodilo za izvajalce ob uvedbi nove kartice zdravstvenega zavarovanja in sistema on-line zdravstvenega zavarovanja.

Pravna podlaga za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev in izdanih materialov po tem navodilu je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/2006 - ZZVZZ-UPB3, 114/2006 - ZUTPG, 91/2007, 71/2008, 76/2008, 62/2010 - ZUPJS).

## Spremembe glede na obstoječi način beleženja in obračunavanja

Zavod s tem navodilom uvaja evidentiranje in obračunavanje opravljenih zdravstvenih storitev in izdanih materialov po zavarovani osebi v vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti, kjer je to mogoče (velja tudi za tuje zavarovane osebe). Nabor podatkov se v določenih podvrstah zdravstvene dejavnosti širi, predvsem z namenom zagotavljanja večje preglednosti nad porabo javnih sredstev in odločanja o delitvi sredstev za zdravstvo na podlagi podatkov.

Postopki izmenjave podatkov bodo z novim, povsem elektronskim načinom bolj enostavni, enotni in sodobni. Vse podatke, ki so jih izvajalci zdravstvenih storitev doslej posredovali Zavodu deloma v elektronski, deloma v papirni obliki, bodo odslej posredovali zgolj v elektronski obliki. Izjema so nekatere papirne priloge (predvsem naročilnice za medicinske pripomočke in listine MedZZ v izjemnih primerih) in nekateri specifični izvajalci, ki bodo še vedno posredovali papirne račune. V elektronskih dokumentih za obračun bodo celotni podrobni podatki o opravljenih storitvah in izdanih materialih – poleg sedanjih zbirnih podatkov računa, zahtevka oz. poročila tudi celotna specifikacija obračunanih storitev.

### Uvedba novega šifranta vrst zdravstvenih dejavnosti

Hkrati z uvedbo novega načina poročanja Zavod prehaja na uporabo novega šifranta vrst zdravstvene dejavnosti (Uradni list RS, št. 58/2011). V navodilu so zato vse dejavnosti, vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti poimenovane in šifrirane po novem šifrantu – to je šifrant 2, ki nadomešča sedanji šifrant dejavnosti in podskupin.

### Bolnišnična zdravstvena dejavnost

Pri beleženju in obračunavanju v tej dejavnosti ni sprememb. Navodilo je z namenom boljše razumljivosti nekoliko preoblikovano. Nabor podatkov za poročanje se ne spreminja. Zaradi vključitve v nov koncept izmenjave podatkov se nekoliko spreminja podatkovna struktura. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 3.

V strukturi podatkov za stacionarno zdraviliško zdravljenje so novi naslednji podatki: datum konca predhodne obravnave, status večdnevne obravnave, oznaka primera in doplačilo osebe za namestitev. Nekoliko se spreminja pravilo za navajanje števila primerov. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 5.

### Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost

Nabor podatkov v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti se ne spreminja. Za programe zdravstveno-vzgojnih delavnic za odraslo populacijo, šole za starše in razvojnih ambulant je potrebno poslati seznam oseb. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 4.

### Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost

Nabor podatkov v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti se ne spreminja. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 5.

V strukturi podatkov za ambulantno zdraviliško zdravljenje so novi naslednji podatki: datum konca predhodne obravnave, status večdnevne obravnave in oznaka primera. Nekoliko se spreminja pravilo za navajanje števila primerov. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 5.

Pri beleženju in obračunavanju dejavnosti IVZ-ja in ZZV-jev ni sprememb. Nabor podatkov za poročanje se ne spreminja. Zaradi vključitve v nov koncept izmenjave podatkov se nekoliko spreminja podatkovna struktura. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 5.

### Zobozdravstvena dejavnost

V naboru podatkov za obračun je dodan sklop podatkov o zobozdravstvenih storitvah, kjer so novi zahtevani podatki sledeči: o lokaciji zoba, ploskve, čeljusti, kvadranta, o vrsti ortodontskega aparata in podatki o fasetiranih mostičkih. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 6.

### Druge zdravstvene dejavnosti (reševalni prevozi, fizioterapija, patronaža itd.)

Nabor podatkov se ne spreminja. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog (listina Nalog za prevoz ni več obvezna priloga k dokumentu). Izjema je helikopterski reševalni prevoz, kjer Nalog za prevoz ostaja obvezna priloga in je še vedno dovoljen papirni dokument za obračun (račun). Pravila obračunavanja teh podvrst zdravstvene dejavnosti so opredeljena v poglavju 7.

### Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego in socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe

Nabor podatkov se ne spreminja. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije (SOUS), ki sedaj posreduje obračun na papirnem dokumentu, bo tak način ohranil tudi v prihodnje. Za ta namen je v navodilu izdelan vzorec računa. Pravila obračunavanja te dejavnosti so opredeljena v poglavju 8.

### Proizvodnja farmacevtskih preparatov

Obračunavanje dejavnosti Zavoda za transfuzijsko medicino (preskrba s krvjo in krvnimi pripravki) se ne spreminja. Zaradi vključitve v nov koncept izmenjave podatkov se nekoliko spreminja podatkovna struktura. Sestavni del dokumenta za obračun je seznam oseb.

### Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki (lekarniška dejavnost)

Nabor podatkov, ki se sedaj izmenjuje v on-line in na računih, se ne spremeni. Pomembna pridobitev za izvajalce je ukinitev pošiljanja vseh papirnih prilog. Izvajalec papirne priloge hrani v svojem arhivu za potrebe nadzora Zavoda. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 9.

### Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z medicinskimi in ortopedskimi pripomočki (medicinski pripomočki)

Za obračun medicinskih pripomočkov (izdaja, izposoja, aplikacija, popravilo in vzdrževanje MP) dobavitelji posredujejo le identifikator izdaje, ki je ključ za dostop do podatkov, ki so že potrjeni v on-line sistemu in finančne podatke, ki so potrebni za obračun. Obračun MP ni mogoč, če izdaja, izposoja, vzdrževanje in popravila teh MP niso predhodno zapisana v on-line sistem. Obvezna priloga obračunu ostajajo papirne naročilnice in Izjava zavarovane osebe za izdajo nadstandardnega MP. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 10.

### Dejavnost obvezne socialne varnosti (skupinska obnovitvena rehabilitacija, zdravstveno letovanje otrok in šolarjev, doječe matere, spremljanje, sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku, obravnava gluhe zavarovane osebe, specializanti itd.)

V dejavnostih obvezne socialne varnosti se nabor podatkov ne spreminja. Seznami oseb so obvezna priloga pri obračunu obnovitvene rehabilitacije, zdravstvenem letovanju in pri obračunu obravnave gluhe zavarovane osebe. Še naprej so dovoljeni papirni računi za obračun izvedbe skupinske obnovitvene rehabilitacije in zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev. Pravila obračunavanja so opredeljena v poglavju 7.

### Mednarodno zdravstveno zavarovanje

Za obračunavanje tujih zavarovanih oseb po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah se ukinja posebna vrsta »zdravstvene dejavnosti« (konvencije na šifri 501). Tuje zavarovane osebe se po tem navodilu beležijo in obračunavajo na vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti, tako kot to velja za osebe, ki imajo urejeno OZZ v Sloveniji. Te osebe se zaračunavajo na ločenih vrstah dokumentov. Kriterij za ločevanje dokumentov so podlage zavarovanja.

Naslednja novost, ki jo Zavod uvaja pri obračunu tujih zavarovanih oseb, je individualni obračun tujih zavarovanih oseb (račun po zavarovani osebi) v pavšalnih dejavnostih (gre za dejavnosti na strukturi »PGO« - pavšal, glavarina, obračun). V ta namen so določeni seznami storitev in cene po posameznih podvrstah zdravstvene dejavnosti, ki se sicer plačujejo v pavšalu. Zavod bo na podlagi teh obračunov terjal povrnitev stroškov od tujih nosilcev zavarovanja.

Sočasno z uvedbo novega načina izmenjave podatkov Zavod uvaja tudi novost pri evidentiranju podatkov za tuje zavarovane osebe. Zavod uvaja nove funkcije on-line sistema, s katerimi bo izvajalec zapisal podatke o tuji zavarovani osebi in podatke o zavarovanju te osebe neposredno v on-line sistem (če ta oseba v trenutku uveljavljanja zdravstvene storitve še ne bo vključena v evidenco OZZ) in pridobil iz on-line sistema vse potrebne podatke za obračun neposredno ob izvajanju storitve. Postopki pridobivanja podatkov bodo za izvajalce s tem bolj enostavni.

Natančnejša pravila glede uveljavljanja pravic tujih zavarovanih oseb in obračunavanja so navedena v poglavju 12.

## Prednosti glede na obstoječi način beleženja in obračunavanja

Prednosti, ki jih prinaša uvedba novih rešitev, so predvsem:

* na nacionalnem nivoju enoten šifrant vrst in podvrst zdravstvene dejavnosti, ki zagotavlja enotnost sistema vodenja zbirk podatkov s področja zdravstvenega varstva,
* ukinitev računalniške izmenjave podatkov (RIP fakture, RIP priloge, RIP SBD, RIP DBZ, RIP AOR, RIP povzetki AOR, RIP MP in RIP CT/MR),
* enonivojsko poročanje – niso potrebni zbirni dokumenti,
* ukinitev »dejavnosti« 501 (konvencije). Tuje zavarovane osebe se po tem navodilu obračunajo na vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti, tako kot to velja za zavarovane osebe, ki so vključene v OZZ v Sloveniji,
* poenostavitev postopka pridobivanja podatkov za tuje zavarovane osebe (on-line funkcija),
* brezpapirno poslovanje in s tem zmanjševanje stroškov priprave in pošiljanja podatkov,
* izvajalec pošilja dokumente samo na eno območno enoto Zavoda, nič več po izpostavah, in ima enega skrbnika oziroma kontaktno točko na Zavodu (v nadaljevanju pristojna območna enota),
* na nacionalnem nivoju bodo dostopni podrobni analitični podatki o opravljenih storitvah iz naslova OZZ.

# Pravice iz OZZ in uveljavljanje teh pravic

## Pravice iz OZZ

ZZVZZ opredeljuje obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Državljani Republike Slovenije oziroma osebe, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za vključitev v OZZ, morajo biti vključene v zavarovanje po kateri od točk 15. člena ZZVZZ in za to zavarovanje plačevati prispevke oziroma zanje prispevke plačuje drug zavezanec za prispevek.

ZZVZZ določa pravice iz OZZ in v tem okviru v 23. členu tudi pravice do zdravstvenih storitev. Z OZZ je zavarovanim osebam po navedem členu zagotovljeno plačilo nekaterih zdravstvenih storitev v celoti, nekaterih pa v odstotnem deležu.

V prvi točki 23. člena ZZVZZ so navedene zdravstvene storitve, ki so zavarovanim osebam zagotovljene v celoti v breme OZZ.

V vseh ostalih primerih so zdravstvene storitve iz OZZ zavarovanim osebam zagotovljene le v odstotnem deležu, ki je opredeljen v Sklepu o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ (priloga 5). Za razliko do polne vrednosti storitev iz OZZ se lahko zavarovane osebe prostovoljno zavarujejo in v tem primeru se iz PZZ za njih plača razliko do polne vrednosti storitev. Osebe, ki niso prostovoljno zavarovane, morajo same plačati razliko do polne vrednosti storitev, oziroma v primerih, določenih z ZZVZZ, zanje krije razliko do polne vrednosti storitev proračun RS.

Za višji standard storitev, kot jih zagotavlja OZZ, ali za dodatne storitve (pravice), ki niso zajete v OZZ, se lahko zavarovane osebe prostovoljno zavarujejo in v tem primeru PZZ za njih plača omenjene storitve. Osebe, ki niso prostovoljno zavarovane za kritje teh storitev, jih morajo v primeru uveljavljanja plačati same. Kadar izvajalec zavarovani osebi nudi omenjene storitve in materiale, za katere lahko zaračunava plačilo, mora pred izvedbo teh storitev seznaniti zavarovano osebo o višini plačila in pridobiti njeno pisno soglasje, po izvedbi pa ji izstaviti račun.

## Uveljavljanje pravic iz OZZ

V zdravstvenem zavarovanju so pravice vsakega posameznika in od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in plačilo ustreznega prispevka. Vključitev v zdravstveno zavarovanje je obvezna, plačilo predpisanega prispevka pa je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči). Pri zaposlenih zavarovancih se plačilo prispevka razdeli med delavca in njegovega delodajalca. Če slovenski državljan nima nobene osnove za zavarovanje, nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati niti nobenih lastnih sredstev, ga mora zavarovati občina, kjer stalno prebiva.

Za pridobitev lastnosti zavarovane osebe je potrebno vložiti prijavo v zavarovanje, na osnovi katere Zavod ugotavlja, če oseba izpolnjuje pogoje za vključitev v OZZ po ZZVZZ in Pravilih OZZ. Pogoje za vstop v zavarovanje je zavezanec dolžan izkazati z javnimi listinami in drugimi dokumenti. Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo KZZ. Le-to prejme vsaka oseba, ki ima urejeno OZZ. V obdobju, ki je potrebno za izdelavo KZZ, jo nadomešča Potrdilo KZZ.

Pri obisku zdravnika ali uveljavljanju kakšne druge storitve ali pravice mora zavarovana oseba imeti pri sebi veljavno KZZ ali Potrdilo KZZ. Izvajalci in delavci Zavoda lahko zaradi preverjanja istovetnosti osebe zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebni dokument. Izjemoma lahko zavarovana oseba brez KZZ uveljavlja storitve nujne medicinske pomoči. V tem primeru lahko izvajalec zahteva drug dokument, na osnovi katerega je možno ugotoviti istovetnost zavarovane osebe, naknadno pa tudi lastnost zavarovane osebe.

## Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz OZZ

### Zavarovane osebe, ki so do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca šolanja postale popolnoma in trajno nezmožne za delo

Te osebe so oproščene vseh doplačil do polne vrednosti storitev iz OZZ, dokler traja njihova nezmožnost za delo. Osebe imajo tip zavarovane osebe 12 (šifrant 4). Podatek se pridobi iz on-line sistema.

### Nujno zdravljenje brez doplačil

Poleg zdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ je v celoti zagotovljeno tudi plačilo storitev iz 2., 3. in 4. točke tega člena, kadar gre po 25. čl. ZZVZZ za nujno zdravljenje oseb, ki niso prostovoljno zdravstveno zavarovane za razliko do polne vrednosti teh storitev:

* invalidom in drugim osebam, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po posebnih predpisih - tip zavarovane osebe 13,
* invalidom, ki imajo najmanj 70 % telesno okvaro po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju - tip zavarovane osebe 14,
* osebam, starim 75 let in več - tip zavarovane osebe 15,
* osebam, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu - tip zavarovane osebe 16,
* osebam, ki niso prostovoljno zdravstveno zavarovane, vendar so v tekočem koledarskem letu za doplačila do polne vrednosti storitev že dosegle cenzus - tip zavarovane osebe 17.

Podatek o izpolnjevanju pogojev v navedenih alineah (tip zavarovane osebe) se pridobi iz on-line sistema.

V Pravilih OZZ je opredeljeno, kaj sodi med nujno zdravljenje in postopek uveljavljanja. V Pravilih OZZ je tudi opredeljeno, do katerih storitev brez doplačil in pripomočkov imajo pravico osebe, ki jim zakon zagotavlja nujno zdravljenje brez doplačil. Vse osebe navedene v tej točki (nujno zdravljenje brez doplačil) imajo pravico do nujnega zdravljenja brez doplačil v specialistični zunajbolnišnični in bolnišnični zdravstveni dejavnosti, če ga ni mogoče zagotoviti na primarni ravni.

Nujnega zdravljenja oseb, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, izvajalec ne more zaračunati Zavodu. Sredstva zanje zagotavlja proračun Republike Slovenije.

### Nujna medicinska pomoč

Nujno medicinsko pomoč so izvajalci dolžni nuditi vsaki osebi, ne glede na njeno zavarovanje ali druge posebnosti. Pri nujni medicinski pomoči ZZVZZ ne predpisuje doplačil. Storitev nujne medicinske pomoči za osebe, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, izvajalec ne more zaračunati Zavodu.

### Neredni plačniki prispevkov

ZZVZZ določa, da se zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14., in 20. točke 15. člena ZZVZZ, ki so hkrati zavezanci za prispevek, ter njihovim družinskim članom (razen otrokom) v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice iz OZZ. Do takrat lahko uveljavljajo na račun OZZ le nujno zdravljenje. Obseg pravic do nujnega zdravljenja je opredeljen v Pravilih OZZ. Med storitve nujnega zdravljenja se štejejo tudi storitve, ki so z ZZVZZ opredeljene kot obvezne in so opredeljene v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Vse druge pravice so tem zavarovancem zadržane, kar pomeni, da jih morajo plačati sami. Na individualnem računu, ki ga izvajalec izstavi takim zavarovancem, mora biti navedeno: “Pravice iz OZZ zadržane po 78.a členu ZZVZZ”. Na osnovi računa lahko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov na Zavodu, ko poravna neplačane prispevke.

Pri stacionarnem zdravljenju se podatek o vrsti plačnika upošteva ob odpustu zavarovane osebe. Neredni plačnik prispevkov (oz. njegovi svojci) lahko v času bolnišničnega zdravljenja plača prispevke, zaradi česar pravice iz OZZ niso več zadržane.

Podatek o nerednem plačilu prispevkov (šifrant 20) se pridobi iz on-line sistema. Če izvajalec iz on-line sistema pridobi drugačen podatek, kot ga dokazuje zavarovana oseba pri izvajalcu, se upošteva podatek iz on-line sistema.

Otroci nimajo zadržanih pravic, čeprav so zavarovani po staršu, ki je neredni plačnik prispevkov. Za otroke, ki so stari nad 60 dni in imajo urejeno zdravstveno zavarovanje, zavarovani pa so po staršu, ki je neredni plačnik prispevkov, bo izvajalec iz on-line sistema pri podatku o vrsti plačnika prispevkov pridobil šifro 0 – ni podatka o plačevanju prispevka.

V primeru dojenčka, ki še ni star 60 dni in še nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, starš oziroma skrbnik pa je neredni plačnik prispevkov (izvajalec pri branju podatkov starša oz. skrbnika iz on-line sistema prebere šifro 1 – neredno plačevanje prispevkov), dojenček ni samoplačnik, temveč izvajalec vse storitve obračuna v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### Socialno ogroženi

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena ZZVZZ za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane iz prvega odstavka 15. člena ZZVZZ pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz OZZ iz drugega naslova in če so upravičeni do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči.

Osebe imajo tip zavarovane osebe 18. Podatek se pridobi iz on-line sistema. Če izvajalec iz on-line sistema pridobi drugačen podatek, kot ga dokazuje zavarovana oseba pri izvajalcu, se upošteva podatek iz on-line sistema.

Izvajalci razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za navedene zavarovane osebe obračunajo Zavodu. Zavod dobi sredstva povrnjena iz proračuna.

### Priporniki in obsojenci

Po ZZVZZ zagotavlja Republika Slovenija iz proračuna kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev za:

* pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora,
* obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora,
* mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom in
* osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog.

Osebe imajo tip zavarovane osebe 19 (šifrant 4). Podatek se pridobi iz on-line sistema.

Izvajalci razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za navedene zavarovane osebe obračunajo Zavodu, ki dobi sredstva povrnjena iz proračuna.

### Dojenček, star manj kot 60 dni, ki še ni prejel KZZ in nima Potrdila KZZ

Dojenčku, ki še ni star 60 dni, in še ni prejel KZZ ali Potrdila KZZ, se nudijo vse potrebne storitve na račun OZZ, če ima zavarovanje urejeno eden izmed staršev oziroma skrbnik. Enako velja za dojenčke tujih zavarovanih oseb, ki uveljavljajo storitve s KZZ, Potrdilom KZZ ali listino MedZZ (šifrant 28). Če zavarovanja nimajo urejenega, so starši oziroma skrbnik samoplačniki storitev, opravljenih dojenčku.

Če imajo starši oziroma skrbnik v Republiki Sloveniji priznan status begunca (oz. mednarodno zaščito po Zakonu o mednarodni zaščiti), so obvezno zdravstveno zavarovani in je Zavod plačnik storitev, opravljenih dojenčku. Enako velja, če je begunec otrok oziroma dojenček.

Če so starši oziroma skrbnik osebe neznanega prebivališča, tujci iz države, s katero ni sklenjena mednarodna pogodba, ali tujci in državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, potem stroške nujnega zdravljenja dojenčka krije Ministrstvo za zdravje.

## Tuje zavarovane osebe

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah pri izvajalcih.

Vse podrobnosti v zvezi z uveljavljanjem pravic tujih zavarovanih oseb in obračunavanjem storitev so navedene v poglavju 12.

## Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici

Slovenski upokojenci in/ali njihovi družinski člani ter družinski člani v Sloveniji zaposlene ali samozaposlene osebe, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici, imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljeno pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Vse podrobnosti v zvezi z uveljavljanjem njihovih pravic in obračunavanjem storitev so navedene v poglavju 12.

## Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev

Zavod zbere prispevke in izvede financiranje zdravstvenih in drugih dejavnosti v skladu z ZZVZZ. Pri prenosu tako zbranih finančnih sredstev do izvajalcev zdravstvenih dejavnosti Zavod uporablja različne metode financiranja. Metode se razlikujejo med posameznimi vrstami in podvrstami zdravstvene dejavnosti, med izvajalci znotraj ene podvrste zdravstvene dejavnosti pa so kriteriji financiranja enaki. Podrobnosti so opisane po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti v nadaljnjih poglavjih.

# Obračunavanje v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100)

## Razlaga pogosto uporabljenih pojmov v bolnišnični zdravstveni dejavnosti

Oblika bolnišnične obravnave

Obliko bolnišnične obravnave definiramo kot skupno značilnost kliničnih aktivnosti (zdravstvenih storitev), ki jih je bila oseba deležna v času posamezne bolnišnične obravnave. V medicini v osnovi ločimo akutno in neakutno obliko obravnave:

* **Akutna bolnišnična obravnava** je skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo akutni tip obravnave, konča pa se npr. z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe.
* Med akutno bolnišnično obravnavo uvrščamo akutno bolnišnično obravnavo - SPP, transplantacije, psihiatrijo, rehabilitacijo (izvaja jo Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča).
* **Neakutna bolnišnična obravnava** predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja, ki je pogosto po končani akutni bolnišnični obravnavi. Neakutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo neakutni tip obravnave. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja neakutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe.
* Med neakutno bolnišnično obravnavo uvrščamo zdravstveno nego, paliativno oskrbo, podaljšano bolnišnično zdravljenje.

Vrsta bolnišnične obravnave

Vrsta bolnišnične obravnave razvršča obravnave glede na obliko izvajanja zdravstvene oskrbe osebe v bolnišnici. Ločimo stacionarno zdravstveno oskrbo (obravnava z nočitvijo – hospitalizacija) in nestacionarno zdravstveno oskrbo (dnevna obravnava, dolgotrajna dnevna obravnava):

* **Obravnava z nočitvijo – hospitalizacija** je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča zdravstvena oskrba osebe v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom in zaključi z odpustom iz bolnišnice. Izjemoma je hospitalizacija krajša kot 24 ur, če je bila oseba že prvi dan hospitalizacije premeščena v drugo bolnišnico ali če je v tem času umrla. V obdobju hospitalizacije je lahko zavarovana oseba zdravljena v okviru akutne in neakutne bolnišnične obravnave, če je obstajala medicinska indikacija.
* **Dnevna obravnava (enodnevna obravnava)** je zdravstvena oskrba bolnika, ki je sprejet zaradi diagnosticiranja, zdravljenja ali druge oblike zdravstvene dejavnosti z namenom odpustitve še isti dan. Traja manj kot 24 ur in običajno ne preko noči, zato bolnik v bolnišnici ne prenoči. Če se mora zaradi medicinske indikacije ta način zdravstvene oskrbe nadaljevati tudi v prihodnje, pa govorimo o dolgotrajni dnevni obravnavi.
* **Dolgotrajna dnevna obravnava** je zdravstvena oskrba osebe, ki s prekinitvami traja daljši čas (več dni), vendar vsakokrat neprekinjeno manj kot 24 ur in ne preko noči. Ta način obravnave se lahko ponavlja v (ne)zaporednih dneh do zaključenega ciklusa obravnave. Zato mora bolnik v določenem časovnem obdobju (npr. mesecu) v bolnišnico priti večkrat.

Bolnišnična epizoda

Bolnišnična epizoda je zdravstvena oskrba osebe v eni zdravstveni službi izvajalca na eni lokaciji. Epizoda se prične s trenutkom, ko je oseba sprejeta v (posteljno) enoto zdravstvene službe izvajalca in se konča z odpustom iz bolnišnice, premestitvijo v (posteljno) enoto druge zdravstvene službe ali s smrtjo osebe.

Primer

Primer bolnišnične obravnave je zaključena obravnava aktualnega zdravstvenega problema zavarovane osebe, ki vključuje vse storitve za zavarovano osebo v času njenega bolnišničnega zdravljenja, ki je lahko potekalo v več epizodah. Izjeme so določene s pravili kodiranja in z Dogovorom.

## Splošno o financiranju bolnišnične zdravstvene dejavnosti

Načrtovanje, pogoje in načine financiranja bolnišnične zdravstvene dejavnosti ureja vsakoletni Dogovor. Tako se primeri v bolnišnični zdravstveni dejavnosti načrtujejo in obračunavajo v različnih enotah glede na vrsto dejavnosti: npr. skupine primerljivih primerov (SPP) se obračunava v številu uteži, za ostale programe bolnišnične dejavnosti (npr. transplantacije, psihiatrija) pa se obračunava število primerov transplantacij, število primerov medicinske oskrbe v psihiatriji (E0051), število primerov medicinske oskrbe dnevne obravnave v psihiatriji (E0055), število primerov skupnostnega psihiatričnega zdravljenja (E0424), število primerov nadzorovane obravnave v psihiatriji (E0426), število dni medicinske oskrbe (E0002 npr. zdravstvena nega in paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje) in število dni nemedicinske oskrbe (E0011 npr. doječe matere, sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku).

Za primere obravnav, ki se obračunajo v dnevih, se dolžina trajanja obravnave izračuna kot razlika med datumom zaključka obravnave in datumom začetka obravnave, kar pomeni, da zadnji dan ne šteje.

Posebnosti evidentiranja in metode prenosa finančnih sredstev, ki se nanašajo na več vrst bolnišnične zdravstvene dejavnosti, so navedene na koncu tega poglavja.

## Akutna bolnišnična obravnava

### Skupine primerljivih primerov (SPP)

Primer akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP je glede na opravljene posege in diagnozo razvrščen v določeno skupino - SPP (skupino primerljivih primerov) s svojo utežjo iz šifranta 15.26, ki se upošteva pri obračunu storitev.

Izvajalci evidentirajo SPP na podlagi seznama SPP, pri čemer ima vsak SPP določeno utež, ki opredeljuje njegovo relativno vrednost, v povezavi s ceno ene uteži pa njegovo absolutno vrednost. Cena za eno utež SPP je določena na podlagi kalkulacije za akutno bolnišnično obravnavo (SPP) in se spreminja v skladu z novimi izhodišči za izračun cen na podlagi vsakoletnega Dogovora in drugih makroekonomskih izhodišč. Terciarne institucije imajo v ceno vključen še dodatek za terciar.

Posebnosti SPP

Po metodologiji SPP se obračunavajo samo primeri akutne bolnišnične obravnave razen:

* bolnišnična obravnava zdravih novorojenčkov\*,
* bolnišnična obravnava invalidne mladine,
* obravnava klinično mrtvih darovalcev organov,
* ostale oblike akutne bolnišnične obravnave: transplantacije, psihiatrija, rehabilitacija.

\*Opomba: Izvajalci akutne bolnišnične obravnave po modelu SPP ob šifri SPP iz šifranta 15.26 za porod hkrati ne smejo obračunati tudi šifre SPP za novorojenčka, saj je njegova oskrba že vključena v ceno poroda. Kadar pa je po porodu potrebna diagnostična obravnava dojenčka zaradi potrditve ali izključitve suma na neko obolenje oziroma anomalijo, je za to obravnavo izvajalec upravičen zaračunati ustrezno šifro, ki je lahko tudi P67D. Praviloma je tak obračun utemeljen v drugi ustanovi, kamor je bil novorojenček premeščen.

Poleg naštetih storitev se lahko iz modela SPP izločijo programi, ki jih partnerji dogovorijo v vsakoletnem Dogovoru.

Dolgotrajnejša specialistična zunajbolnišnična (ambulantna) obravnava zavarovane osebe.

Ambulantni način obravnave izvajalec Zavodu obračuna v primeru, ko ni indikacije za bolnišnični način zdravljenja. Ambulantni način obravnave pa lahko preide v bolnišnični, kadar morajo člani ekipe v specialistični ambulanti izjemoma neposredno obravnavati bolnika več kot štiri ure. V takšnem primeru se lahko obračuna primer dnevne bolnišnične obravnave, pri čemer vrednost izbrane šifre SPP praviloma ne more presegati 0,5 uteži iz šifranta 15.26. Bolj zahtevni primeri se lahko dnevno obravnavajo, če to dopušča medicinska indikacija. Zasebni izvajalec, ki v okviru bolnišnične zdravstvene dejavnosti izvaja zgolj dnevno obravnavo, v primeru prehoda iz ambulantnega v bolnišnični način obravnave Zavodu ne more obračunati zahtevnejših primerov (utež višja kot 0,5), razen za izjeme, ki jih dogovori v pogodbi z Zavodom.

Določilo iz prejšnjega odstavka velja samo za izvajalce, ki imajo v pogodbi poleg programa specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti opredeljeno tudi bolnišnično zdravstveno dejavnost - akutno bolnišnično obravnavo po modelu SPP. Določilo ne velja za primere v urgentni specialistični ambulantni obravnavi.

Dnevne (in dolgotrajne dnevne) obravnave, katerih šifre SPP imajo v šifrantu SPP pripis »dnevna obravnava« oziroma so splošno uveljavljene kot dnevne obravnave (kemoterapija), trajanje obravnave nad 4 ure ni pogoj za obračun. Dolgotrajna dnevna obravnava in kemoterapija se z SPP obračuna šele, ko je zaključen ciklus, ne glede na število aplikacij (primer: šifra SPP R63Z se Zavodu obračuna za kemoterapevtski ciklus, ki je bil izveden v obliki dnevne obravnave ne glede na število dni dnevne obravnave oziroma aplikacij v tem ciklusu).

Definicija cikla se glasi: »Pri uporabi posamičnega zdravila v internistični onkologiji pomeni ciklus zdravljenja odmerek tega zdravila. V nekaterih primerih lahko skupno dozo zdravila razdelimo v več manjših odmerkov, ki jih apliciramo npr. 5 dni zapored. V takem primeru vseh 5 zaporednih aplikacij štejemo kot en ciklus. Zaradi toksičnih sopojavov je med ciklusi zdravljenja potreben interval (3-6 tednov), v katerem toksični sopojavi izzvenijo. V večini primerov zdravljenje obsega 6 ciklusov. Tudi pri uporabi kombinacije več zdravil hkrati veljajo ista načela kot pri uporabi posamičnega zdravila.«

Šifro SPP K04Z iz šifranta 15.26 lahko obračunavajo le izvajalci, ki imajo z Zavodom pogodbeno dogovorjen program operacij morbidne debelosti.

**Ostale posebnosti**, ki so skupne za akutno bolnišnično obravnavo, so navedene v poglavju 3.5.

### Ostali tipi akutne bolnišnične obravnave

Za transplantacije je z vsakoletnim Dogovorom dogovorjena cena za vsako transplantacijo posebej. Cena transplantacije vključuje tudi stroške odvzema organov pri posameznem donorju, ki jo bo izvajalec transplantacije kril bolnišnicam, ki bodo izvedle eksplantacijo. Nosilec oz. izvajalec transplantacije krije tudi stroške priprave na transplantacijo, v kolikor je ta opravljena v drugi ustanovi v višini, ki je vkalkulirana v ceni transplantacije.

## Neakutna bolnišnična obravnava

### Zdravstvena nega, paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje

Zdravstvena nega, paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje se izvaja na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo tako, da je namestitev zavarovanih oseb na tem oddelku ločena od namestitve zavarovanih oseb, ki so v akutni bolnišnični obravnavi.

V neakutno bolnišnično obravnavo se lahko sprejmejo bolniki, pri katerih je končana diagnostika bolezenskega stanja, zaradi katerega so bili sprejeti v akutno bolnišnično obravnavo, uvedena ustrezna terapija in določena rehabilitacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec bolniku izdati ustrezno odpustnico iz akutne bolnišnične obravnave.

Do namestitve na oddelek neakutne bolnišnične obravnave so upravičene zavarovane osebe, ki:

* so v terminalni fazi kronične bolezni,
* imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje,
* jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod.

Kadar upravičenec potrebuje nadaljnjo zdravstveno socialno obravnavo in jo odkloni, ga bolnišnica odpusti, če to dovoljuje njegovo zdravstveno stanje.

Program neakutne bolnišnične obravnave izvajalci zaračunavajo Zavodu na podlagi števila dni medicinske oskrbe (E0002) v nadaljevanju (BOD) in sicer:

* če se v eni hospitalizaciji izvaja samo neakutna obravnava, se ob odpustu, ne glede na dolžino trajanja, lahko obračuna dejansko število BOD.
* Če se v isti hospitalizaciji izmenjavajo epizode akutne in neakutne obravnave, se vse epizode akutne obravnave ob odpustu zaračunajo kot en primer SPP. Neakutna obravnava pa se obračuna v BOD-ih, in sicer se vsi nastali BOD-i neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale 6 dni ali več, obračunajo sešteti. BOD-i vseh neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale manj kot 6 dni, obračunsko sodijo v okvir akutne obravnave. Ti BOD-i se zato Zavodu ne obračunavajo.

Pravila iz prejšnjega odstavka veljajo tudi v primeru izmenjavanja epizod primerov drugih tipov akutne obravnave (npr. primer v bolnišnični dejavnosti psihiatrije) z neakutno bolnišnično obravnavo. Tako se ob odpustu ne glede na število epizod obračuna en primer obravnave (npr. primer v bolnišnični dejavnosti psihiatrije) ter število BOD za neakutno obravnavo, če so izpolnjeni pogoji iz 2. točke prejšnjega odstavka.

Za premestitev iz akutne obravnave v neakutno obravnavo in obratno ter za dolžino trajanja neakutne bolnišnične obravnave, mora obstajati medicinska indikacija, ki se lahko preveri z nadzorom Zavoda.

## Posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti

### Zaključena obravnava

V okviru hospitalizacije se v skladu z vsakoletnim Dogovorom, drugimi akti in s šifranti 2 in 15 praviloma lahko obračuna samo zaključen primer posamezne obravnave, ki se obračunavajo v različnih obračunskih enotah mere, kot je razvidno iz poglavja 3.2.

### Kombinacije obravnav in nezaključena obravnava

V okviru iste hospitalizacije se lahko obračunata tudi dva različna primera oblike obravnav (akutna, neakutna) in tudi nezaključeni primeri dolgotrajnih obravnav, če tako določa Dogovor ali drugi pravni akti.

Kombinacija dveh oblik bolnišničnih obravnav v isti hospitalizaciji

Zaradi medicinske indikacije je lahko bolnik v isti hospitalizaciji obravnavan v okviru akutne in neakutne obravnave. Dopustne kombinacije so: SPP ali psihiatrija, ki predstavljata akutno obravnavo v kombinaciji z zdravstveno nego ali paliativno oskrbo ali podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem, ki predstavljajo neakutno obravnavo. Epizode akutne obravnave in neakutne obravnave se v medicinsko upravičenih primerih lahko med seboj tudi izmenjavajo.

Ob zaključku hospitalizacije se vse epizode akutne obravnave zaračunajo kot en primer storitve SPP (ali psihiatrični primer) s šifro storitve po šifrantu 15.26 (utež) in kot primer storitve neakutne obravnave s šifro storitve po šifrantu 15.2 (BOD). BOD-i vseh neakutnih epizod se obračunajo sešteti, kadar je posamezna neakutna epizoda trajala nepretrgoma 6 dni ali več. Dnevi epizod neakutne bolnišnične obravnave, ki so nepretrgoma trajale manj kot 6 dni, obračunsko sodijo v okvir primera akutne obravnave. Ti dnevi se zato ne obračunavajo kot primer neakutne obravnave, temveč se spremljajo le evidenčno s šifro storitve iz šifranta 15.1 (E0007 oskrbni dan – evidenčni).

Za premestitev iz akutne obravnave (SPP, psihiatrija) v neakutno obravnavo in obratno ter za dolžino trajanja neakutne bolnišnične obravnave, mora obstajati medicinska indikacija, ki se lahko preveri z nadzorom Zavoda.

V primeru kombinacije dveh oblik bolnišnične obravnave se storitve posamezne obravnave obračunajo skladno s 2. odstavkom, in sicer šele ob zaključku hospitalizacije in po ceni, ki velja za storitev na dan zaključka hospitalizacije.

Obračunavanje nezaključenih primerov bolnišničnih obravnav

Obračunski primer lahko predstavlja tudi medicinsko še nezaključeno stacionarno obravnavo aktualnega zdravstvenega problema.

Nezaključeno obravnavo istega tipa je možno obračunati samo v podvrsti zdravstvene dejavnosti psihiatrija (šifrant 2: 130 341 in 15.2: E0051 primer v bolnišnični dejavnosti) in neakutna bolnišnična obravnava (šifrant 2: 144 306 zdravstvena nega ter 147 307 podaljšano bolnišnično zdravljenje), in sicer po preteku 365 dni (trajanje vseh epizod istega tipa obravnave), ter tudi v podvrsti zdravstvene dejavnosti paliativna oskrba hospic (Bolnišnica Sežana – šifrant 2: 141 311) in invalidne mladine (SB Nova Gorica – šifrant 2: 127 359), ki se plačuje v BOD-ih, in sicer vsak mesec. Prav tako se vsak mesec lahko obračuna tudi psihiatrična obravnava, vendar samo za osebe z izrečenim obveznim psihiatričnim zdravljenjem, ki se plačuje v BOD-ih (šifrant 2: 130 341 in 15.2: E0265 in E0266) in forenzična psihiatrija (šifrant 2: 130 312). Pri obračunu psihiatričnega primera mora biti poleg trajanja obravnave (365 dni) izpolnjen tudi dodatni pogoj za obračun, in sicer, da bo zaradi medicinske indikacije obravnava predvidoma še naprej trajala najmanj 30 dni.

Ob navedenih pogojih lahko izvajalec Zavodu obračuna najmanj dva ločena primera, npr. za psihiatrijo prvi primer na 365. dan obravnave (seštejejo se dnevi vseh epizod istega tipa obravnave (podvrsta zdravstvene dejavnosti)), in drugega ali zadnjega ob zaključku obravnave.

Ostale podvrste bolnišnične zdravstvene dejavnosti (npr. akutna bolnišnična obravnava SPP (podvrsta zdravstvene dejavnosti 301), rehabilitacija (šifrant 2: 104 305), transplantacije (podvrsta zdravstvene dejavnosti šifrant 2: 303) itd), se obračunavajo samo enkrat, in sicer ob zaključku obravnave.

Zgled obračunavanja nezaključenih primerov bolnišničnih obravnav:

Zavarovana oseba je na bolnišnični psihiatriji obravnavana 365 dni, predvideva pa se, da bo glede na zdravstveno stanje morala biti obravnavana vsaj še 30 dni. Prvih 365 dni obravnave predstavlja prvi obračunski primer, preostali dnevi (do zaključka obravnave npr. 55 dni) pa drugi obračunski primer. Prvi obračunski primer se obračuna po ceni, ki je veljala na dan izpolnjenega pogoja za obračun, drugi pa po ceni na dan dejanskega zaključka obravnave oz. konca hospitalizacije.

Navedeno pravilo torej velja tudi v primeru kombinacije akutne in neakutne bolnišnične obravnave v eni hospitalizaciji, in sicer:

Če so dnevi vseh neakutnih epizod med ali po akutni obravnavi skupaj trajali več kot 365 dni (pri čemer se upoštevajo sešteti BOD-i le tistih epizod, ki so trajale več kot 6 dni), se po 365 dneh neakutne obravnave že lahko obračuna neakutna obravnava (vseh 365 BOD), ob zaključku hospitalizacije pa še preostalo število BOD neakutne obravnave poleg primera akutne obravnave.

Če je akutna obravnava (velja samo za psihiatrijo) trajala več kot 365 dni (v eni ali v več epizodah), se po 365 dneh že lahko obračuna primer akutne obravnave, ob zaključku hospitalizacije pa še nov primer te obravnave poleg neakutne obravnave.

Glede na prejšnji odstavek je možno, da se v eni hospitalizaciji hkrati obračuna več primerov neakutne in akutne obravnave (velja samo za psihiatrijo). Primer se obračuna po ceni, ki je veljala na datum zaključka za obračun, če obravnava še traja oz. na datum zaključka obravnave.

### Nadaljevanje utečenega zdravljenja

Med potekom hospitalizacije se lahko poleg bolnišničnega primera posebej obračuna tudi storitev dialize in kemoterapije, če za te medicinska indikacija predstavlja nadaljevanje že utečenega zdravljenja, ki ni v neposredni povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo. Drugih storitev (npr. laboratorij, RTG, CT, MR, fizioterapija, konzultacije) med potekom hospitalizacije ni dovoljeno obračunati, saj so že zajete v ceni obravnave.

### Dežurna služba in urgentna ambulanta (napotitev zavarovane osebe iz urgentne specialistične ambulantne obravnave v bolnišnično obravnavo)

Kadar izvajalec v okviru potrebne urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja bolnišnična obravnava, ki jo lahko sam zagotovi, da zaključi aktualni zdravstveni problem, lahko ta izvajalec poleg točk za urgentno ambulantno obravnavo obračuna primer bolnišničnega zdravljenja (npr. SPP, primer, BOD). To določilo velja tudi v času dežurne službe. Pri obravnavi zavarovane osebe, ki je napotena na dogovorjen sprejem, pa so te storitve sestavni del cene primera.

Kadar izvajalec v okviru potrebne urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja ustrezna bolnišnična obravnava, ki pa jo sam ne more zagotoviti, je dolžan zavarovano osebo takoj napotiti k ustreznemu izvajalcu bolnišnične dejavnosti. V tem primeru pa lahko Zavodu obračuna le točke urgentne ambulantne specialistične obravnave.

Kadar gre za predvidljiv ali dogovorjen sprejem, storitev urgentne specialistične ambulantne obravnave in tudi drugih storitev ni možno obračunavati posebej, saj so te storitve sestavni del cene primera. To določilo velja tudi v času dežurne službe.

### Premestitev zavarovane osebe med potekom bolnišnične obravnave k drugemu izvajalcu

Kadar izvajalec tekom bolnišnične obravnave ugotovi, da so za odpravo zdravstvenega problema zavarovane osebe potrebni posegi, ki jih sam ne more izvesti, se je dolžan z drugim izvajalcem, ki te posege izvaja, dogovoriti o premestitvi, in sicer med drugim tudi: kdaj bo osebo premestil k drugemu izvajalcu, ali bo drugi izvajalec opravil le določene dogovorjene posege in osebo premestil nazaj k prvemu izvajalcu (začasna premestitev) ali pa bo drugi izvajalec v celoti izvedel še druge potrebne posege, tako da bo zaključil zdravljenje, ki se je začelo že pri prvem izvajalcu (dokončna premestitev).

Če gre za začasno premestitev, je prvi izvajalec po vrnitvi zavarovane osebe od drugega izvajalca dolžan v okviru že začetega primera (pred premestitvijo) nadaljevati z zdravljenjem zavarovane osebe in primer obravnave obračunati šele ob zaključku zdravljenja (hospitalizacije). Drugi izvajalec pa lahko ob premestitvi nazaj k prvemu izvajalcu že obračuna opravljene storitve, in sicer: storitve v specialistični ambulanti dejavnosti (če gre za posege, za katere ni potrebna bolnišnična obravnava) ali primer v bolnišnični dejavnosti (če so izpolnjeni kriteriji iz Priloge BOL II/b-6 Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo). V primeru dokončne premestitve k drugemu izvajalcu lahko prvi izvajalec primer obračuna že ob premestitvi v skladu s pravili kodiranja, saj bo drugi izvajalec zdravljenje zavarovane osebe zaključil v celoti.

### Začasen odpust

Izvajalec lahko med potekom bolnišnične obravnave zavarovani osebi predlaga začasen odpust iz bolnišnice, če sta hkrati izpolnjena naslednja pogoja:

1. začasni odpust ne bo vplival na poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe,

2. izvajalec bo zavarovani osebi (in po potrebi spremljevalcu) poravnal potne stroške zaradi tega odpusta.

Če začasni odpust predlaga pacient, si krije potne stroške sam. Začasen odpust ne predstavlja zaključka obstoječega primera bolnišnične obravnave niti ne zaključka obstoječe epizode zdravljenja. Pri obravnavah, katerih storitev se obračunava v dnevih, se dnevi med začasnim odpustom in ponovnim sprejemom v isto obravnavo ne obračunavajo, temveč se spremljajo evidenčno. Enako velja za obravnave, ki potekajo v več epizodah.

### LZM in draga bolnišnična zdravila (DBZ)

Ločeno zaračunljivih materialov in storitev v bolnišnični dejavnosti ni možno zaračunati posebej, če ta niso posebej opredeljena v pogodbi in v vsakoletnem Dogovoru. Poleg primera obravnave je možno zaračunati le draga bolnišnična zdravila, ki so razvrščena na Seznam bolnišničnih zdravil z oznako B v skladu z omejitvijo predpisovanja, ki jo določa ta seznam in v skladu s šifrantom 15.2. Za ta zdravila velja enak odstotek udeležbe oziroma doplačila zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se to zdravilo uporablja (npr. če je zdravilo aplicirano v okviru akutne obravnave, velja delež za akutno obravnavo, če pa v neakutni, pa delež za neakutno obravnavo). Draga bolnišnična zdravila je možno obračunati šele ob zaključku hospitalizacije poleg primera bolnišnične dejavnosti (razen če ni v Dogovoru določeno drugače).

### Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe in v primeru obračuna doplačila - razlike do polne vrednosti storitve za socialno ogrožene, pripornike in obsojence.

### Storitve na terciarni ravni

Storitve na terciarni ravni po ZZVZZ določa Ministrstvo za zdravje in pomenijo izvajanje najvišje izvedenske (ekspertne) ravni zdravstvene oskrbe, raziskovanja, razvoja in uveljavljanja novega znanja s področij nacionalne patologije ter prenos znanja in usposobljenosti na zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce vseh stopenj in oblikovanje usmeritev za celo državo ali pomemben del države. Finančna sredstva za terciarno dejavnost partnerji opredelijo v vsakoletnem Dogovoru. Ta sredstva se namenjajo za storitve povezane z učenjem, usposabljanjem, razvojem in raziskovanjem (Terciar I) ter za storitve povezane s kompleksnostjo in ekspertnostjo obravnave bolnikov (Terciar II), ki se neposredno navezuje na akutno bolnišnično obravnavo.

## Pravila evidentiranja (beleženja) bolnišničnih obravnav

Obdobje hospitalizacije (A), obravnave istega tipa (B) in posamezne epizode (C) se izračuna po formuli: datum odpusta minus datum sprejema (iz/v bolnišnico (A), iz/v obravnavo (B) in iz/v epizodo(C)). Slednje pomeni, da v izračunu obdobja hospitalizacije, obravnave istega tipa ali pa v izračunu obdobja posamezne epizode, zadnji dan ne šteje.

### Pravila evidentiranja zaključenega tipa bolnišnične obravnave

Za osebo se beleži tip bolnišnične obravnave ob zaključku obravnave skladno s šifrantom 38.8.

V primeru zaključene akutne bolnišnične obravnave z dvema epizodama (npr. SPP), kjer je na primer prva zaradi poškodbe po tretji osebi, druga pa zaradi bolezni - to je en obračunski primer akutne obravnave (npr. SPP) in dva razloga obravnave, se za ta primer navede razlog obravnave, ki je bil razlog sprejema v bolnišnico (v opisanem primeru poškodba po tretji osebi). Prav tako se tudi vsebina obravnave za ta primer praviloma opredeli ob prihodu in ne po posameznih epizodah. Ta vsebina obravnave skupaj z razlogom obravnave določi odstotek doplačila. Če je tej akutni bolnišnični obravnavi sledila še neakutna bolnišnična obravnava se razlog in vsebina obravnave opredelita na novo.

V času trajanja hospitalizacije se v primeru izmenjavanja epizod akutne oblike bolnišnične obravnave (ki poteka stacionarno (npr. akutna obravnava SPP ali bolnišnični primer na psihiatriji)) z obliko neakutne obravnave ob zaključku hospitalizacije v polju »Tip bolnišnične obravnave«, izbere tisti tip iz šifratna 38.8, ki predstavlja akutno obliko obravnave (npr. »1 akutna« ali »3 psihiatrija«). V metodoloških navodilih IVZ za e-SPP in v teh navodilih, akutna obravnava kot tip bolnišnične obravnave predstavlja samo tisti del akutnih obravnav, ki se obračunava po metodologiji SPP.

V primeru izmenjavanja epizod akutne oblike bolnišnične obravnave, ki poteka nestacionarno (dnevna obravnava v psihiatriji, obravnava v tuji družini) z obliko neakutne obravnave, se za vsako obliko obravnave beleži svoj tip, kar pomeni samostojen zapis z vsemi podatki iz predvidenega nabora podatkov.

Možni primeri kombinacij:

Stacionarni tip bolnišnične obravnave

Tip bolnišnične obravnave: 1 – akutna obravnava

* 101 301 K06Z akutna bolnišnična obravnava - SPP – utež
* 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe
* 144 306 E0007 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število evidenčnih dni medicinske oskrbe

Tip bolnišnične obravnave: 3 – psihiatrična obravnava

* 130 341 E0051 psihiatrija – primer v bolnišnični dejavnosti
* 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe
* 144 306 E0007 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število evidenčnih dni medicinske oskrbe

Nestacionarni tip bolnišnične obravnave

Tip bolnišnične obravnave: 3 – psihiatrična obravnava

* 130 341 E0055 psihiatrija – primer medicinske oskrbe v dnevni obravnavi

Tip bolnišnične obravnave: 5 – druge neakutne obravnave

* 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe

### Pravila evidentiranja nezaključenega tipa bolnišnične obravnave

Za evidentiranje nezaključenega tipa bolnišnične obravnave veljajo enaka pravila kot za zaključen tip bolnišnične obravnave, pri čemer skladno s poglavjem 3.5 obstajajo določene omejitve: poročanje in obračunavanje nezaključenih obravnav je možno za vse tipe razen za tip akutna (SPP), rehabilitacija (URI), transplantacije in obravnave, ki se spremljajo pod tipom drugi (npr. doječe matere). V primeru nezaključene obravnave je potrebno polja izpolniti, kot velja za strukturo SBD obravnava (npr. polje »Datum zaključka bolnišnične obravnave istega tipa« se namesto datuma zaključka, vpiše datum obračuna).

Če gre za kombinacijo dveh oblik obravnav (akutna z neakutno), epizoda/e ene oblike obravnave pa že traja/jo skupaj (npr. 365 dni), velja, da se skladno z definicijami polj kot velja za strukturo SBD obravnava poročajo podatki o obeh obravnavah, čeprav se lahko obračuna le tista obravnava, ki izpolnjuje pogoje za obračun. Ob koncu hospitalizacije pa velja, da se skladno z definicijami za zaključeno obravnavo, ki je bila v času hospitalizacije enkrat že obračunana kot nezaključena, sporočajo samo podatki od zadnjega obračuna naprej (npr. samo tiste šifre terapevtskega ali diagnostičnega postopka, ki so bile opravljene v obračunskem obdobju), z izjemo splošnih podatkov o obravnavi (npr. datum in ura prihoda v bolnišnico je enaka pri vsakem zapisu oz. tako pri prvi še nezaključeni a obračunani obravnavi, kot pri zadnji zaključeni obravnavi). Poenostavljeno: izpolni se polja skladno z definicijami kot veljajo za strukturo SBD obravnava in tehničnimi navodili.

Zgled poročanja in obračunavanja še nezaključenega tipa obravnave prikazuje spodnja slika, ki opredeljuje psihiatrično obravnavo z epizodami neakutne obravnave. Gre torej za hospitalizacijo, v kateri se prepletata dve obliki obravnav: akutna obravnava (psihiatrija) v kombinaciji z neakutno obravnavo (zdravstvena nega). Tako se lahko na dan 9.3.2010 po dopolnjenih 365 dneh (epizodi psihiatrične obravnave skupaj trajata že 365 dni) poroča tip psihiatrične obravnave in obračuna primer bolnišnične psihiatrije. Kljub temu, da se je 9.3.2010 obračunal samo primer psihiatrične obravnave, se hkrati s primerom psihiatrije sporočijo tudi podatki, ki se nanašajo na neakutno obravnavo, ki je nastala v obdobju od 1.3.2009 do 9.3.2010 (npr. podatki o apliciranih zdravilih v neakutni bolnišnični obravnavi), vendar brez obračunskega podatka za primer neakutne obravnave. Ob koncu hospitalizacije se ponovno poroča tip psihiatrične obravnave in ponovno obračuna primer bolnišnične psihiatrije ter skladno s pravili za obračun tudi primer neakutne obravnave (št. BOD - tudi tistih BOD, ki so nastali v obdobju prvega obračuna psihiatričnega primera, vendar takrat niso izpolnjevali pogojev za obračun). Že sporočenih podatkov o npr. apliciranih zdravilih se ob koncu hospitalizacije ponovno ne sme poročati.

\* 9.3.2010 predstavlja datum obračuna še nezaključene obravnave in tudi epizode

## Zdraviliško zdravljenje - stacionarno

Pravila evidentiranja in obračunavanja stacionarnega zdraviliškega zdravljenja so opredeljena v poglavju 5.

# Obračunavanje v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210)

Pogoje in načine financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ureja vsakoletni Dogovor.

## Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji

Navedene ambulante pridobivajo prihodek na dva načina: z glavarino in s storitvami.

### Glavarina

Glavarina predstavlja približno polovico prihodka. Na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb, ki se ugotavlja štirikrat letno (28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra), se izračunajo količniki za glavarino. Izračunajo se tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca množi s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe. Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika je za plačilo v posamezni ambulanti navzgor omejeno in določeno v vsakoletnem Dogovoru.

Ker vsi prebivalci nimajo izbranega osebnega zdravnika, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu korigirajo navzgor tako, da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb vpliva na dejansko število količnikov za glavarino pri posameznem izvajalcu. Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini je opredeljeno v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

Pri izračunu obveznosti Zavoda do izvajalca se glavarinski količniki priznajo v skladu z vsakoletnim Dogovorom.

V otroških in šolskih dispanzerjih se limit določi v deležu ekipe, ki je planiran za kurativno dejavnost.

Količniki se nad navedenim limitom plačajo le v primeru, ko je izvajalec na področju posamezne izpostave Zavoda edini izvajalec dejavnosti, ali ko je na območju posamezne izpostave Zavoda več izvajalcev v dejavnosti in vsi presegajo indeks iz glavarine 110 %.

Izvajalci praviloma zagotavljajo izven dogovorjenega programa glavarine zdravniško ekipo v socialnovarstvenem zavodu v skladu z vsakoletnim Dogovorom. Zato se pri izračunu količnikov za glavarino v splošnih ambulantah ne upoštevajo oskrbovanci socialnovarstvenih zavodov. Če si oskrbovanci socialnovarstvenega zavoda izberejo osebnega zdravnika izven socialnovarstvenega zavoda, se obveznost ekipe splošnega zdravnika za delo v socialnovarstvenem zavodu zmanjša (razen v primeru dispanzerjev za otroke in šolarje v socialnovarstvenih zavodih, kjer se pooblastilo izbranega zdravnika vrednoti enako kot izbira zdravnika). Realizacija tega programa se spremlja v količnikih (po visoki ceni količnika), v trimesečni obračun pa se vključijo količniki v skladu z vsakoletnim Dogovorom.

Izvajalcem, ki pričnejo z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, se določi začetno število količnikov za glavarino v skladu z vsakoletnim Dogovorom. Po preteku dogovorjenega obdobja ali pa pred potekom dogovorjenega obdobja na predlog izvajalca, pod pogoji, navedenimi v Dogovoru, se upošteva dejansko število zanj opredeljenih zavarovanih oseb oziroma količnikov za glavarino. Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

Celoten obseg storitev, ki jih izvajalec za OZZ lahko opravi letno, je odvisen tudi od količnikov iz glavarine in sicer tako, da se izvajalcu, ki skrbi za večjo in zahtevnejšo populacijo zavarovanih oseb, omogoča večji obseg storitev in obratno. Obseg se opredeli v vsakoletnem Dogovoru.

V vsakoletnem Dogovoru se partnerji dogovorijo tudi za različne elemente vzpodbud za racionalno delo in za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika.

### Storitve

Drugi del prihodka izvajalcev je odvisen od opravljenih storitev. Vsaka storitev prinese določeno število količnikov.

V primeru bolj zahtevne obravnave je osnovnemu količniku za posamezen pregled potrebno prišteti količnik za zahtevnost obravnave, ki je odvisen od starosti in invalidnosti zavarovane osebe. Dodatni količnik se dodaja samo pregledu, ne pa tudi posegom. Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini so opredeljeni v šifrantu 13.

Za doplačila do polne vrednosti storitev se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”, ki se izračuna tako, da se dogovorjena finančna sredstva za program (brez ločeno zaračunljivega materiala) deli s planiranim številom količnikov iz obiskov. Tako je izračunana cena, ki jo Zavod objavi v cenikih zdravstvenih storitev.

Za obračun storitev iz OZZ pa se uporablja “nizka cena količnika iz obiskov”, ki se izračuna tako, da se od dogovorjenih finančnih sredstev za program (brez ločeno zaračunljivega materiala) odštejejo sredstva za glavarino in se preostanek sredstev deli s planiranim številom količnikov iz obiskov. Tako je izračunana cena, ki jo Zavod objavi v cenikih zdravstvenih storitev.

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah in za slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”. Te osebe se zato izključijo iz obračunavanja glavarine.

## Dispanzer za ženske

Dispanzerji za ženske pridobivajo prihodek na dva načina: z glavarino in s storitvami.

### Glavarina

Glavarina predstavlja približno polovico prihodka. Na osnovi števila opredeljenih zavarovanih žensk se na enak način kot v splošnih ambulantah izračunajo količniki za glavarino. Ker si vse ženske še niso izbrale osebnega ginekologa, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu popravijo navzgor, tako da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostni razredi zavarovanih žensk za izračun glavarine so navedeni v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4). Na glavarino vplivajo tudi nosečnice, ki na količnik starostnega razreda prinesejo še dodatna 2,2 količnika. Količniki iz glavarine še neopredeljenih žensk se razdelijo med ginekologe v odstotku količnikov iz dejansko opredeljenih žensk.

Posamezni zdravnik za poln program ekipe v dispanzerju za ženske na primarni ravni ne more preseči 2.925 količnikov iz glavarine mesečno. Mejno število zavarovanih žensk in število količnikov iz glavarine je določeno v vsakoletnem Dogovoru. Razpoložljivo število količnikov iz glavarine je določeno v vsakoletnem Dogovoru.

Količniki se nad navedenim limitom plačajo le v primeru, ko je izvajalec na področju posamezne izpostave Zavoda edini izvajalec dejavnosti, ali ko je na območju posamezne izpostave Zavoda več izvajalcev v dejavnosti in vsi presegajo indeks iz glavarine 110 %.

Izvajalcem, ki pričnejo z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, se določi začetno število količnikov za glavarino v skladu z vsakoletnim Dogovorom. Po preteku dogovorjenega obdobja ali pa pred potekom dogovorjenega obdobja na predlog izvajalca, pod pogoji, navedenimi v Dogovoru, se upošteva dejansko število zanj opredeljenih zavarovanih žensk oziroma količnikov za glavarino. Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

Celoten obseg storitev, ki jih izvajalec za OZZ lahko opravi letno, je odvisen tudi od količnikov iz glavarine, in sicer tako, da se izvajalcu, ki skrbi za večjo in zahtevnejšo populacijo zavarovanih žensk, omogoča večji obseg storitev in obratno. Obseg se opredeli v vsakoletnem Dogovoru.

V vsakoletnem Dogovoru se partnerji dogovorijo tudi za različne elemente vzpodbud za racionalno delo in za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika.

### Storitve

Drugi del prihodka izvajalcev je odvisen od opravljenih storitev. Vsaka storitev prinese določeno število količnikov. V primeru bolj zahtevne obravnave je osnovnemu količniku za posamezen pregled potrebno prišteti še količnik za zahtevnost obravnave. Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih žensk v dispanzerjih za ženske so prikazani v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

Predpisane ultrazvočne storitve je dispanzer za ženske dolžan zagotoviti opredeljenim ženskam ne glede na to, ali jih opravlja sam ali pa jih zanj proti plačilu opravi drug izvajalec. Dispanzer za ženske brez aparata za ultrazvok pošlje zavarovano osebo na ultrazvok k drugemu izvajalcu in jih plača po načelu “naročnik – plačnik”. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju storitve obračuna in zabeleži, kot bi jih opravil sam.

Za doplačila do polne vrednosti storitev se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”, za obračun storitev iz OZZ pa “nizka cena količnika iz obiskov”. Izračunata se na enak način kot v splošnih ambulantah.

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah in za slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”. Te osebe se zato izključijo iz obračunavanja glavarine.

## Neglavarinske dejavnosti splošne zunajbolnišnične dejavnosti

Te dejavnosti obračunavajo storitve po Zeleni knjigi oziroma po seznamih storitev iz Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

Storitve oziroma programe zdravstvene vzgoje, šole za starše, razvojnih ambulant, centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, preventivne programe (promocija zdravja - CINDI), nujno medicinsko pomoč in program za obsojence in pripornike plačuje Zavod v pavšalu, zato teh storitev izvajalci ne obračunavajo v točkah, temveč o opravljenem delu pripravijo pisno poročilo. Katere storitve Zelene knjige oziroma programe plačuje Zavod v pavšalu, opredelijo partnerji v vsakoletnem Dogovoru.

Zdravstveno vzgojo za odraslo populacijo izvajalci obračunajo Zavodu po ceni posameznih individualnih oziroma skupinskih delavnic. Seznam izvajalcev in različni elementi vzpodbud za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika, so opredeljeni v vsakoletnem Dogovoru.

V pogodbah dogovorjeni program za športnike izvajalci obračunajo na poročilu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 301 258. Storitve v zvezi z ugotavljanjem poklicne bolezni pa izvajalci obračunajo na računu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 301 258.

### Dežurna služba in nujna medicinska pomoč

Dežurna služba je posebna oblika dela v zdravstvenem zavodu, v kateri se zagotavlja zdravstveno varstvo ob praznikih ter ob delavnikih od 20. ure do 7. ure naslednjega dne in od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure.

Služba NMP pa je organizirana za zagotavljanje neprekinjene NMP in nujnih prevozov poškodovanih in obolelih oseb na območju Republike Slovenije. Organizirana je tako, da je zagotovljeno neprekinjeno delovanje v času dežurne službe ali ob redni ambulantni dejavnosti ali kot posebna enota v skladu z merili in mrežo, določeno z Dogovorom.

Dežurno službo in nujno medicinsko pomoč organizirajo javni zdravstveni zavodi. Pravica in dolžnost izvajalcev zasebnega sektorja je, da se po dogovoru z javnimi zdravstvenimi zavodi vključujejo v opravljanje dežurne službe in nujne medicinske pomoči. Ker je dežurna služba plačana v pavšalu, je dolžnost organizatorja te dejavnosti, da plačuje dežurne zdravnike ne glede na to, ali so iz lastnih vrst, drugih ustanov ali pa so zasebniki.

Dežurno službo in nujno medicinsko pomoč v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti plačuje Zavod izvajalcem v pavšalu. Zato izvajalci obveznemu zdravstvenemu zavarovanju teh storitev ne zaračunavajo posebej. Izjema sta:

* za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov izvajalci izstavljajo Zavodu evidenčne obračune za razloge obravnave 2 (poškodba izven dela), 3 (poklicna bolezen), 4 (poškodba pri delu) in 5 (poškodba po tretji osebi izven dela). Obračunska enota za te storitve je lažja, srednja in težka oziroma zahtevna oskrba na terenu (šifrant 15.27). Z evidenčnimi obračuni izvajalci beležijo opravljene storitve nujne medicinske pomoči na terenu po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Poleg opravljenih storitev na terenu izvajalci izstavijo Zavodu tudi evidenčni obračun za storitve, opravljene v ambulanti nujne medicinske pomoči (dežurna služba) po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti (šifrant 15.20: K0001-K0003, K0020-K0023),
* za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izvajalci izstavljajo Zavodu individualne račune za vse razloge obravnav po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Za tuje zavarovane osebe se za poročanje uporabljajo iste storitve kot za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov.

Doplačila za opravljene storitve v času dežurne službe se izračunavajo na enak način, kot za storitve opravljene v rednem delovnem času. V splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (za katero velja sistem glavarine in storitev) se zaračunavajo po visoki ceni količnika iz obiskov.

Za nenujne primere zdravljenja v času dežurstva je zavarovana oseba samoplačnik.

### Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: Centri) lahko uporabljajo za substitucijsko terapijo oziroma nadomestno zdravljenje zdravila z naslednjimi zdravilnimi učinkovinami: metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson in morfin (v farmacevtski obliki s podaljšanim sproščanjem). Centri gotova zdravila za nadomestno zdravljenje in magistralno pripravljene peroralne raztopine z metadonom v lekarni naročajo z naročilnico za zdravila za nadomestno zdravljenje. Zdravila na naročilnico se predpisujejo s splošnim imenom.

Ob naročilu gotovega zdravila je potrebno navesti jakost zdravila, farmacevtsko obliko, pakiranje in število pakiranj ter podatek o številu oseb, ki bodo v navedenem obdobju prejemale predpisano zdravilo. Glede na to, da je v Sloveniji v prometu več različnih pakiranj peroralnih raztopin z metadonom (od 10ml do 1000ml) v jakosti 10mg/ml, se količina le-teh predpisuje v mililitrih (na primer: metadon peroralna raztopina: 2x200ml; 1x1000ml; 3x100ml in 5x10ml). Zdravilo se le izjemoma lahko predpisuje tudi z lastniškim imenom, pri čemer je obvezno navesti šifro pacienta, za katerega je zdravilo namenjeno, dnevni odmerek učinkovine v miligramih ter število odmerkov za določeno obdobje.

Ob naročilu za magistralno pripravljene peroralne raztopine z metadonom Centri navedejo obdobje naročila, nelastniško ime zdravila, dnevni odmerek učinkovine v miligramih, šifro pacienta ter število odmerkov za določeno obdobje.

Naročilnice za zdravila za nadomestno zdravljenje ni potrebno predhodno potrjevati na območni enoti Zavoda. Naročilnica naj bo predpisana v dvojniku. Prvi izvod obdrži in arhivira Center, drugega pa obdrži in arhivira lekarna.

Lekarne oskrbujejo Centre z metadonom v originalnem pakiranju in/ali z magistralno pripravljenimi peroralnimi raztopinami metadona v soku v različnih jakostih. Za naročeno gotovo obliko metadona izda lekarna odgovarjajočo količino v najustreznejšem pakiranju praviloma stroškovno najugodnejšega zdravila. Za pripravo magistralne raztopine naj lekarne uporabijo praviloma najustreznejše pakiranje stroškovno najugodnejšega gotovega zdravila.

## Laboratorij

Zdravstveni domovi in zasebniki storitev laboratorija ne obračunavajo Zavodu v točkah, temveč jih samo evidentirajo (za lastno evidenco). Sredstva za kritje stroškov teh storitev so vračunana v finančni načrt izvajalca oziroma v ceno storitev. Izvajalci si medsebojno zaračunavajo laboratorijske storitve v skladu z vsakoletnim Dogovorom.

Izjemoma lahko zdravstveni domovi in zasebniki posebej zaračunavajo Zavodu nekatere laboratorijske storitve oziroma preiskave, ki so opredeljene v vsakoletnem Dogovoru kot ločeno zaračunljiv material oziroma storitve.

## Tuje storitve

Tuja storitev je storitev (npr. laboratorijske preiskave), ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Zavod (izvajalec), ki je storitev za napoteno osebo zaprosil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik vključena v ceni zdravstvene storitve.

## LZM

Ločeno zaračunljive materiale in storitve (LZM) ter njihove cene opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom. Izvajalci zaračunavajo Zavodu LZM v višini kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev. Za LZM velja enak odstotek udeležbe zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material oziroma storitev uporablja (naroča). Veljavnost zavarovanja se preverja na dan odvzema materiala.

V primeru, da izvajalcu ob obračunu zdravstvene storitve ni znana cena LZM-ja, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da zdravstveno storitev (npr. pregled) obračuna v obdobju, ko je bila opravljena, LZM pa takrat, ko dobi izvid.

## Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe in v primeru obračuna doplačila - razlike do polne vrednosti storitve za socialno ogrožene, pripornike in obsojence.

# Obračunavanje v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220)

Specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost sestavlja vrsta diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih storitev, ki se izvajajo v okviru različnih specialnosti.

Načrtovanje, pogoje in načine financiranja specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti ureja vsakoletni Dogovor. Tako načrtovanje in obračunavanje programov zdravstvenih storitev v pretežni meri temelji na točkah in obiskih ter na prvih in ponovnih pregledih, z izjemo dializ, preiskav z magnetno resonanco in računalniško tomografijo ter nekaterih posegov (operacij). Točke izvajalci evidentirajo na podlagi nabora storitev iz Zelene knjige (šifrant 15.42) in seznama storitev iz Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

Vrednosti točk se določijo za posamezne ožje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti. Če posamezen izvajalec opravlja več ožjih specialističnih zunajbolnišničnih zdravstvenih dejavnosti, za vsako pogodbeno dejavnost uporablja veljavno ceno točke.

## Kalkulacije za načrtovanje in financiranje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti

Za programe specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti so v vsakoletnem Dogovoru opredeljene kalkulacije, ki določajo letni načrt količine storitev (npr. točk) in finančnih sredstev na tim. Tako morajo izvajalci doseči načrtovano število točk (in dogovorjeni odstotek načrtovanih obiskov), da si zagotovijo 100 % plačilo v pogodbi načrtovanih finančnih sredstev.

## LZM in draga bolnišnična zdravila (DBZ)

Ločeno zaračunljive materiale (LZM) in storitve opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom. Izvajalci, ki imajo LZM opredeljen v pogodbi, zaračunavajo Zavodu LZM v višini, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev.

Za LZM, ki ga ima izvajalec opredeljenega v pogodbi, in draga bolnišnična zdravila, ki so razvrščena na Seznam bolnišničnih zdravil z oznako B (in se obračunavajo v skladu z omejitvijo predpisovanja, ki jo določa ta seznam in v skladu s šifrantom 15.2), velja enak odstotek udeležbe oziroma doplačila zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material, storitev, zdravilo uporablja.

V primeru, da izvajalcu ob obračunu zdravstvene storitve ni znana cena LZM-ja, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da zdravstveno storitev (npr. pregled) obračuna takoj, LZM pa takrat, ko dobi izvid.

## Laboratorij

Storitve, ki jih laboratorij opravlja za specialistične ambulante, se ne zaračunavajo Zavodu posebej (v točkah), temveč se evidentirajo za interne potrebe. Sredstva za kritje stroškov teh storitev so vračunana v finančni načrt izvajalca oziroma v ceno storitev specialistične ambulante. Izvajalci za medsebojno zaračunavanje laboratorijskih storitev uporabljajo evidenčno ceno točke v skladu z vsakoletnim Dogovorom.

## Izvajanje dializ

Za izvajanje dializ je določena cena za dialize I, II in III. Za dializi IV in V je določena cena na dan. Zavod plačuje dialize vsem izvajalcem po enotnih, dogovorjenih cenah. Cena dialize oziroma cena na dan vključuje vse storitve in materiale, potrebne za njeno izvajanje, med katere sodi tudi generično zdravilo eritropoetin. Izjeme se opredelijo z vsakoletnim Dogovorom.

## Zdraviliško zdravljenje

Program zdraviliškega zdravljenja izvajalci obračunavajo z nemedicinskim oskrbnim dnevom in po seznamu storitev. Pri tem se posebej planirajo storitve za stacionarno zdraviliško zdravljenje (ki se obračunava v okviru bolnišnične zdravstvene dejavnosti kot nadaljevalno ali ne nadaljevalno zdraviliško zdravljenje) in ambulantno zdraviliško zdravljenje (ki se obračunava v okviru specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti). Zdravilišča morajo evidentirati število teoretičnih oskrbnih dni za ambulantno zdraviliško zdravljenje (evidenčni zdraviliški dan), ki ga določijo zdravniške komisije Zavoda na napotnici. Teoretični oskrbni dan je podlaga za spremljanje števila storitev (točk) na dan v okviru ambulantnega zdraviliškega zdravljenja.

Pri stacionarnem zdraviliškem zdravljenju se za prvi dan bivanja zavarovane osebe obračuna začetna oskrba, za ostale dneve pa se zaračuna nadaljnja oskrba. V primeru, ko je oseba nameščena na negovalnem oddelku, se nadaljnja oskrba obračuna za vsak dan bivanja osebe v zdravilišču. V primeru, ko oseba ni nameščena na negovalni oddelek, pa se nadaljnja oskrba obračuna vsak drugi dan (npr. za 14 dnevno bivanje se nadaljnja oskrba lahko zaračuna 6 krat, za 21 dnevno bivanje pa 10 krat). Pri ambulantnem zdraviliškem zdravljenju se za prvi dan rehabilitacije zaračuna začetna oskrba, nadaljnja oskrba pa se v času rehabilitacije v zdravilišču lahko zaračuna 2 krat.

Storitve nujne medicinske pomoči obračunavajo zdravilišča po dejansko opravljenih storitvah po ceni točke zdraviliškega zdravljenja.

V primeru spremljevalca za slepo osebo zdravilišče obračuna spremljevalca na ločeni šifri storitve (E0425 – nemedicinski oskrbni dan spremljevalca). Npr. za 14 dnevno zdraviliško zdravljenje zavarovane osebe se obračuna 14 nemedicinsko oskrbnih dni za zavarovano osebo (E0428) in 14 nemedicinsko oskrbnih dni za spremljevalca (E0425).

Varnostno hospitalizacijo, ki je potrebna pri izvajanju nekaterih specialističnih ambulantnih storitev, dogovorjenih v pogodbi med zdraviliščem in Zavodom, zdravilišča zaračunavajo Zavodu po ceni nemedicinskega oskrbnega dne, in sicer v okviru specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti in en dan oskrbe na negovalnem oddelku.

Cene storitev zdraviliškega zdravljenja vključujejo tudi sredstva za kritje stroškov laboratorijskih storitev, zdravil ter drugih pripomočkov, ki so jih zdravilišča dolžna zagotavljati pri zdraviliškem zdravljenju, zato zdravilišča teh storitev Zavodu ne zaračunavajo posebej.

## Tuje storitve

Tuja storitev je storitev (npr. laboratorijske preiskave), ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Izvajalec, ki je osebo napotil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik vključena v ceni zdravstvene storitve.

## Urgentna ambulanta

Storitev urgentne specialistične ambulantne obravnave izvajalec lahko zaračunava le v primeru, ko je medicinska indikacija za urgentnost obravnave obstajala in tudi bila dokumentirana v ambulantnem kartonu. Obravnava neurgentnega bolnika na delovišču urgentne ambulante ne opravičuje obračunavanja nujnih storitev. Ti bolniki se obračunajo v okviru redne ambulante. Glej tudi poglavje 3.5.

## Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15. V primeru storitev, ki predstavljajo celostno specialistično zunajbolnišnično obravnavo, se evidenčne storitve ne beležijo.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe in v primeru obračuna doplačila - razlike do polne vrednosti storitve za socialno ogrožene, pripornike in obsojence.

## Celostna specialistična zunajbolnišnična obravnava

V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti je pri posegih, ki predstavljajo celostno obravnavo (kot npr. operacija sive mrene), v ceno posega (operacije) vključen tudi pregled pred in po posegu, in sicer z vsemi potrebnimi storitvami pri posegu (operaciji) in pri obeh pregledih. Navedenih storitev, ki so sestavni del izvedbe celostne specialistične zunajbolnišnične obravnave, izvajalec Zavodu ne sme obračunati posebej in jih zato tudi Zavodu ne poroča posebej. Za datum začetka in konca obravnave se v teh primerih poroča datum posega (operacije).

## Javno zdravje v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti

Dejavnost Inštituta za varovanje zdravja se nanaša na zagotavljanje neprekinjene preskrbe s cepivi in imunoglobulini, na subspecialne laboratorijske storitve in na nabavo imunoloških zdravil ter distribucijo. Programi se obračunajo v pavšalu, cepiva pa po cenah skladno s Pravilnikom o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo.

Inštitut za varovanje zdravje je nosilec koordinacije in vodenja Programa preventive srčno-žilnih in drugih bolezni v osnovnem zdravstvu ter spremljanja dejavnikov tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni. Inštitut za varovanje zdravja je tudi nosilec državnega programa presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke (SVIT). Program organizira, vodi, koordinira, izvaja, spremlja in evalvira delo drugih izvajalcev v okviru programa SVIT.

Dejavnosti zavodov za zdravstveno varstvo se nanašajo na ugotavljanje nalezljivih bolezni, izvajanje ukrepov za preprečevanje širjenja nalezljivih bolezni in na izvajanje določenih cepljenj. Zavodi za zdravstveno varstvo izvajajo tudi naloge priprave in vodenja programov vzgoje za zdravje v okviru primarne zdravstvene dejavnosti. Programi se obračunajo v pavšalu.

# Obračunavanje v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230)

Za obračun zobozdravstvenih storitev se uporablja Zelena knjiga oziroma šifrant 15.39. V zobozdravstveni dejavnosti so določene cene točk za vsako podvrsto zdravstvene dejavnosti, navedeno v standardih za delo ambulant v vsakoletnem Dogovoru. Če izvajalec opravlja več podvrst zdravstvenih dejavnosti, za vsako podvrsto uporablja veljavno ceno točke.

Zobozdravstvene storitve, opravljene duševno prizadetim osebam, izvajalci obračunajo Zavodu v točkovnem normativu, povečanem za 30 %.

Izvajalec zobozdravstvenih dejavnosti storitve zobnega rentgena obračuna Zavodu, ne glede na to, ali jih je opravil sam ali naročil pri drugem izvajalcu. Izvajalci si storitve zobnega rentgena med seboj obračunavajo v skladu z vsakoletnim Dogovorom.

Preparati za fluorizacijo zob z učinkovino natrijev fluorid se za potrebe vrtca, šole in podobnih ustanov lahko naročijo z naročilnico (mišljena je naročilnica izvajalca za zdravila). Tak način predpisovanja se lahko dogovori za mladinske zobozdravnike, pedontologe, pediatre in ginekologe. Na naročilnici izvajalec navede naziv vrtca, šole, dispanzerja za ženske, število zavarovancev in obdobje, za katero naroča preparate za fluorizacijo zob. Izvajalec nabavi preparate za fluorizacijo zob v lekarni. Zahtevek za plačilo izstavi Zavodu lekarna. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico izvajalca.

Zavod plačuje izvajalcem zobozdravstvene dejavnosti naslednje programe v pavšalu:

* program skupinske zobozdravstvene vzgoje in preventive,
* program zobozdravstvene vzgoje v okviru dejavnosti pedontologija, vendar največ do polovične vrednosti načrtovanega programa za pedontologijo,
* storitve izven rednega delovnega časa,
* zobozdravstveno oskrbo varovancev s posebnimi potrebami.

V program zobozdravstvene vzgoje je vključeno tudi tekmovanje za zdrave zobe ob zdravi prehrani. Za ta program izvajalec Zavodu predloži podatke o nazivu vrtca ali šole, številu razredov, kjer se program izvaja, in številu otrok, ki so vključeni v tekmovanje.

Storitev iz programov, ki se plačujejo v pavšalu, izvajalci Zavodu ne zaračunavajo posebej. Šifre storitev zobozdravstvene vzgoje iz Zelene knjige, ki jih izvajalci ne zaračunavajo Zavodu zaradi plačevanja v pavšalu, se določijo z vsakoletnim Dogovorom. Izjeme so:

* za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov in s tem spremljanja storitev glede na različne razloge obravnav (2-poškodba izven dela, 3-poklicna bolezen, 4-poškodba pri delu in 5-poškodba po tretji osebi izven dela) izvajalci izstavljajo evidenčne obračune za storitve izven rednega delovnega časa (438 115),
* za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi izvajalci izstavljajo individualne račune (račun po zavarovani osebi), ne glede na razlog obravnave, skladno s seznamom storitev in ceno, ki je določena za posamezno podvrsto zdravstvene dejavnosti, ki se plačuje v pavšalu.

## LZM

Ločeno zaračunljive materiale (LZM) in storitve opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom. Izvajalci, ki imajo LZM opredeljen v pogodbi, zaračunavajo Zavodu LZM v višini, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev.

V primeru, da izvajalcu ob obračunu zdravstvene storitve ni znana cena LZM-ja, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da zdravstveno storitev (npr. pregled) obračuna takoj, LZM pa takrat, ko dobi izvid.

Za LZM, ki ga ima izvajalec opredeljenega v pogodbi, velja enak odstotek udeležbe oziroma doplačila zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material, storitev, zdravilo uporablja.

## Zobnoprotetična rehabilitacija

Pri obračunu zobnoprotetične rehabilitacije izvajalec navede številko Predloga zobnoprotetične rehabilitacije. Opredeli tudi IVZ številko laboratorija in zdravstvenega delavca, ki je zobnoprotetični nadomestek izdelal. V primeru, da zobnoprotetični nadomestek ni bil izdelan v Sloveniji, izvajalec navede državo, kjer je bil nadomestek izdelan. Ker gre za individualno prilagojen pripomoček, ki ga ne potrjuje Republiška agencija za zdravila, je država izdelovalca zobnoprotetičnega nadomestka lahko zgolj ena od držav članic Evropske unije. Med temi državami namreč velja (ob prostem pretoku ljudi, blaga, storitev) medsebojno priznavanje strokovne izobrazbe. S tem je zagotovljena kakovost izdelanega nadomestka in sledljivost materiala. Zavod ni plačnik zobnoprotetičnih nadomestkov, izdelanih v državah, ki niso članice Evropske unije.

## Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe in v primeru obračuna doplačila - razlike do polne vrednosti storitve za socialno ogrožene, pripornike in obsojence.

# Obračunavanje v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909) in obračunavanje drugih obveznosti ZZZS (dejavnost obvezne socialne varnosti, O84.300)

## Patronaža in nega na domu

Storitve patronaže in nege na domu izvajalci beležijo in obračunavajo v obliki storitev iz šifranta 15.23 in pri tem upoštevajo točkovne vrednosti iz tega seznama. Storitve patronaže in nege na domu, ki jih v skladu z delovnim nalogom izvajalec opravi ob nedeljah in praznikih, lahko Zavodu obračuna v točkovnem normativu, povečanem za 30 % (šifrant 15.23). V eni družini je možno evidentirati le en obisk v enem dnevu.

Za program patronaže in nege na domu so v vsakoletnem Dogovoru opredeljene kalkulacije, ki določajo letni načrt količine storitev (točk) in finančnih sredstev na tim. Tako morajo izvajalci doseči načrtovano število točk, da si zagotovijo 100 % plačilo v pogodbi načrtovanih finančnih sredstev.

## Fizioterapija in delovna terapija

Fizioterapijo in delovno terapijo izvajalci beležijo in obračunavajo v obliki storitev iz šifranta 15.36 in pri tem upoštevajo točkovne vrednosti iz tega seznama.

Za fizioterapije in delovne terapije so v vsakoletnem Dogovoru opredeljene kalkulacije, ki določajo letni načrt količine storitev (točk in pri fizioterapiji tudi število primerov) in finančnih sredstev na tim. Tako morajo izvajalci doseči načrtovano število točk (in pri fizioterapiji minimalno število primerov), da si zagotovijo 100 % plačilo v pogodbi načrtovanih finančnih sredstev.

## Logopedija, dispanzer za mentalno zdravje in klinična psihologija

Storitve logopedije, dispanzerja za mentalno zdravje in klinične psihologije izvajalci beležijo in obračunavajo po Zeleni knjigi oziroma v obliki storitev iz šifranta 15.29 in pri tem upoštevajo točkovne vrednosti iz tega seznama.

Za vse navedene programe so v vsakoletnem Dogovoru opredeljene kalkulacije, ki določajo letni načrt količine storitev (točk) in finančnih sredstev na tim. Tako morajo izvajalci doseči načrtovano število točk, da si zagotovijo 100 % plačilo v pogodbi načrtovanih finančnih sredstev.

## Presejalni programi

Program presejanja zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke (Program SVIT), program presejanja za raka dojk (Program DORA) in program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (Program ZORA) izvajalci obračunajo Zavodu skladno z vsakoletnim Dogovorom.

## Reševalni prevozi

### Nujni reševalni prevoz

Za nujni reševalni prevoz gre, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih, in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnje nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Nujni reševalni prevoz vključuje tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam ter njihov prevoz do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč.

Nujni reševalni prevozi so vrednoteni v okviru načrtovanega obsega finančnih sredstev. Nujni reševalni prevozi so obračunani v pavšalu. Izvajalec bo za nujne reševalne prevoze za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izstavil individualni račun (račun po zavarovani osebi) po ceni, ki predstavlja 2,5-kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem, startnina pa se ne obračuna.

Nujne reševalne prevoze s helikopterjem plača Zavod po realizaciji. Storitev se prične obračunavati ob zagonu motorjev in preneha obračunavati ob zaustavitvi delovanja motorjev.

Pri nujnih reševalnih prevozih se evidenčno spremlja število prevoženih kilometrov. Evidenčna storitev je označena v šifrantu 15. Ker je brez vrednosti, se poroča s ceno 0. Za evidenčno storitev se oznaka primera ne navaja.

### Nenujni reševalni prevoz

Nenujni reševalni prevozi so:

* nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem – to je prevoz pacienta, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca.
* nenujni reševalni prevozi brez spremljevalca, imenovani tudi sanitetni prevozi – to je prevoz pacienta, ki med prevozom ne potrebuje spremstva ali zdravstvene oskrbe zdravstvenega delavca, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim vozilom pa bi lahko bil za njegovo zdravje škodljiv. Sanitetni prevozi se delijo na sanitetne prevoze na/z dialize ter ostale sanitetne prevoze, kamor sodijo tudi prevozi onkoloških bolnikov na obsevanja in kemoterapijo na Onkološki inštitut.

Delo reševalne službe za nenujne reševalne prevoze je vrednoteno s ceno točke. Pri trimesečnih obračunih plača Zavod izvajalcem nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem ter ostalih sanitetnih prevozih realizirano število točk, vendar največ do planiranega obsega točk. Izjema so sanitetni prevozi na dializo in z nje, ki jih Zavod plača v skladu z realizacijo po vrednosti točke za sanitetni prevoz na/z dialize, določeni v vsakoletnem Dogovoru. Morebitne omejitve plačila prevozov partnerji opredelijo z vsakoletnim Dogovorom.

Izvajalci za vsako prepeljano osebo in pri vseh razlogih obravnave obračunavajo startnino. Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem znaša startnina 30 točk, pri sanitetnih prevozih (sanitetni prevozi na/z dialize in ostali sanitetni prevozi) pa znaša startnina 8 točk za razdalje do vključno 10 km in 16 točk za razdalje nad 10 km. Za nenujni reševalni prevoz s spremljevalcem (tudi če bodo peljali več oseb sočasno) izvajalci obračunajo poleg startnine za vsakega bolnika tudi dejansko prevožene kilometre v točkah. Pri sanitetnih prevozih na in z dialize ter ostalih sanitetnih prevozih izvajalec ne more obračunati reševalnega prevoza za razdaljo, ki jo prevozi brez bolnika.

Izvajalec zaračuna prevožene kilometre za eno zavarovano osebo tako, da skupno število točk za obračun pomnoži s ceno točke. Tako dobljeni znesek se deli na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje oziroma doplačilo za eno osebo. Skupno število točk za obračun izvajalec izračuna tako, da sešteje točke za startnino in dejansko prevožene kilometre v točkah za vsako zavarovano osebo.

Primer 1: Izvajalec pelje zavarovano osebo iz Kranja v Ljubljano in obračuna 30 točk za startnino in prevožene kilometre v točkah. Če popoldan pride izvajalec po isto osebo v Ljubljano in jo pelje nazaj v Kranj, je to nov prevoz, pri katerem se zopet obračuna 30 točk za startnino in prevožene kilometre v točkah. Gre torej za dva prevoza iste osebe, pri čemer se obračunata tudi dve startnini.

Dve startnini se obračunata tudi v primeru, če izvajalec reševalnega prevoza pelje osebo iz Kranja v Ljubljano, jo čaka in pelje nazaj v Kranj. V tem primeru torej izvajalec obračuna dve startnini in prevožene kilometre v točkah.

Primer 2: Razdalja med bivališčem zavarovane osebe in dializnim centrom znaša 11km. Kilometri, ki jih izvajalci načrtujejo, opredelijo v pogodbi in tudi obračunajo za to osebo, so: 11+16+11+16=54 km.

Za določitev kilometrov, ki so podlaga za obračun opravljenih reševalnih prevozov v točkah, se uporablja Telefonski imenik Slovenije oziroma dejanska razdalja, če jo izvajalec prevoza verodostojno dokaže.

## Druge obveznosti ZZZS

Sredstva za učne ustanove, pripravniki in sekundariji ter specializanti se obračunajo v pavšalu. Seznam izvajalcev, ki so upravičeni do sredstev za učne ustanove, določi Zdravniška zbornica Slovenije. Višino sredstev za sofinanciranje pripravnikov in sekundarijev za trimesečno obdobje določita Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Lekarniška zbornica Slovenije. Višino sredstev za sofinanciranje specializacij pa določi Zdravniška zbornica Slovenije.

Za obravnavo gluhe zavarovane osebe izvajalci izstavijo račun za plačilo dejanskih stroškov tolmačenja.

Za programe zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev in skupinske obnovitvene rehabilitacije izstavijo organizatorji račune za pogodbeno dogovorjeni znesek, in sicer po končanem letovanju otrok in izvedeni obnovitveni rehabilitaciji, oziroma najkasneje do konca leta.

Za doječe matere in sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku izvajalci obračunajo nemedicinski oskrbni dan, za spremljanje (po 40. členu Pravil OZZ) pa izvajalci obračunajo primer.

## Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe in v primeru obračuna doplačila - razlike do polne vrednosti storitve za socialno ogrožene, pripornike in obsojence.

# Obračunavanje v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100) in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q88.109)

Oskrbovance socialnovarstvenih zavodov se razvršča v tipe zdravstvenih neg glede na zdravstveno stanje oskrbovanca in opravila zdravstvene nege. Imamo štiri tipe neg glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega oskrbovanca. Merila za razvrščanje se dogovorijo z vsakoletnim Dogovorom.

Izvajalci dneve oskrbe evidentirajo po tipih nege (nega I, nega II, nega III), Zavodu pa zaračunajo povprečno ceno oskrbnega dne, izračunano na podlagi planiranega obsega nege I, II in III. Izvajalci posebej evidentirajo dneve oskrbe za tip nege IV po ceni oskrbnega dne za to nego. Program rehabilitacijskih in specialističnih storitev ter pripomočki, ki jih po Pravilih OZZ zagotavlja izvajalec, so vključeni v ceno zdravstvene nege. V dnevnih centrih se kot obračunska enota upoštevajo dnevi zdravstvene nege I. V centrih za sluh in govor pa se storitve obračunavajo v točkah. SOUS izstavlja račun za izvajanje zdravstvene dejavnosti v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju.

Izjemoma lahko socialnovarstveni zavodi zaračunajo LZM, ki je določen v vsakoletnem Dogovoru.

Za izvajalce, ki sami organizirajo splošno zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost (zdravnik v socialnovarstvenem zavodu), se ta program vrednoti na način, ki velja za splošno zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost.

Izvajalci zdravstvene nege v oskrbovanih stanovanjih bodo opravljene storitve obračunavali Zavodu na podlagi seznama storitev, ki velja za izvajalce zdravstvene nege na domu in patronažne službe (šifrant 15.23). Zavarovane osebe, ki bivajo v oskrbovanih stanovanjih, so upravičene do zdravstvene nege na podlagi delovnega naloga, ki ga izda njihov osebni zdravnik.

LZM

Ločeno zaračunljive materiale in storitve ter njihove cene opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom. Socialnovarstveni zavodi zaračunavajo Zavodu LZM v višini kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. Če socialnovarstveni zavod z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev.

Za LZM velja enak odstotek udeležbe zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material oziroma storitev uporablja (naroča). Veljavnost zavarovanja se preverja na dan odvzema materiala.

# Obračunavanje v lekarniški dejavnosti (G47.730)

Storitve lekarniške dejavnosti se obračunavajo v skladu s seznamom lekarniških storitev (šifrant 15.24). Izvajalci prejemajo tudi dodatek za opravljanje dežurstva in stalne pripravljenosti v obliki mesečnih pavšalov.

Lekarne Zavodu posebej zaračunajo zdravila in živila za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: živila), izdana na veljavni receptni obrazec ali na naročilnico za zdravila. Zavod je plačnik zdravil in živil v ustreznem odstotnem deležu v skladu z ZZVZZ, v skladu z razvrstitvijo na liste ter podatki, prebranimi v on-line sistemu skladno z Navodilom za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu (priloga 8). Zavod ni plačnik nerazvrščenih zdravil in živil.

## Splošno o lekarniški dejavnosti

Zdravstveno zavarovanje vključuje obvezno in dopolnilno zdravstveno zavarovanje, ki krijeta vročeno zdravilo oziroma živilo, predpisano na recept, ter lekarniške storitve vključno z davkom na dodano vrednost (DDV), v ustreznem odstotnem deležu v skladu z ZZVZZ, razvrstitvijo zdravila ali živila in načinom doplačila, ki ga označi zdravnik v ustrezno polje na receptnem obrazcu.

### Listine za predpisovanje zdravil

Receptni obrazec

Zdravila oziroma živila, ki so pravica iz OZZ, zdravniki predpisujejo na receptni obrazec, katerega obliko, vsebino in način izpolnjevanja določa Zavod. Zdravila in živila, ki niso pravica iz OZZ, oziroma za katera ni plačnik Zavod, zdravniki predpisujejo na beli receptni obrazec, katerega obliko, vsebino in način izpolnjevanja določa Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije.

Na račun Zavoda lahko lekarna izda zdravila in živila, predpisana na zelenem receptnem obrazcu, v skladu z razvrstitvijo zdravila oziroma živila na listo in podatki o veljavnem zavarovanju. Pri zelenem receptnem obrazcu se mora zavarovana oseba obvezno izkazati s KZZ ali Potrdilom KZZ, s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali s kartico Medicare.

Naročilnica za zdravila

Zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in preparati za fluorizacijo zob se izjemoma lahko predpišejo na naročilnico za zdravila.

### Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjimi priznanimi vrednostmi

Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjimi priznanimi vrednostmi (MZZ z NPV) je nabor razvrščenih zdravil s seznama medsebojno zamenljivih zdravil.

Najvišja priznana vrednost (NPV):

* Zdravila: NPV je podlaga za obračun zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil, ki se financira iz sredstev OZZ v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu na podlagi zakona in glede na razvrstitev zdravila. NPV ne vsebuje vrednosti lekarniških storitev; te se obračunajo posebej. Prav tako NPV ne vsebuje pomožnih snovi, ki so potrebne za pripravo gotovega zdravila za uporabo, pa jih proizvajalec ne zagotavlja (npr: voda za pripravo antibiotičnega sirupa). Kjer ni posebej označeno, predstavlja NPV vrednost brez DDV.
* Živila: NPV je podlaga za obračun živila, ki se financira iz sredstev OZZ v celoti oziroma v ustreznem odstotnem deležu na podlagi zakona in glede na razvrstitev živila. Za živila razvrščena na vmesno listo je NPV določena v razponu od 50 do 95 odstotkov cene.

Doplačilo zavarovanca je potrebno v primerih, ko cena vročenega zdravila s seznama MZZ z NPV presega NPV in zdravnik na receptu ni označil »ne zamenjuj«. Doplačilo je razlika med celotno vrednostjo recepta (CVRp) in priznano celotno vrednostjo recepta (CVRpZZ) z dodanim DDV. Enako velja za živila z vmesne liste, ki jim je določena NPV.

### Nujna izdaja zdravil

V primeru nujne izdaje zdravila zdravnik predpiše na recept eno od zapovedi »Nujno«, »Cito«, »Statim« ali »Periculum in mora«. To je strokovno navodilo farmacevtu, da mora prevzemniku zdravil predpisano zdravilo izdati takoj zaradi narave bolezni osebe, ki ji je bilo zdravilo predpisano. Navedba enega od navedenih strokovnih navodil ne pomeni, da se sme zdravilo predpisati v celoti v breme OZZ. Zdravilo se obračuna v breme OZZ v ustreznem odstotnem deležu v skladu z ZZVZZ, razvrstitvijo ter podatki prebranimi v on-line sistemu.

### Obnovljivi recept

Obnovljivi recept lahko v breme OZZ predpisujejo zavarovanim osebam osebni zdravniki, ginekologi in pediatri, izjemoma pa tudi zdravniki druge stroke, in sicer za vsa zdravila namenjena za dolgotrajno zdravljenje. Obnovljivi recept velja za število predpisanih ponovitev, oziroma največ eno leto od predpisa zdravila.

Na obnovljivi recept je mogoče predpisovati živila s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove in živila za otroke s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano za obdobje enega leta z enkratno izdajo največ za tri mesece in še s tremi ponovitvami.

Na obnovljivi recept je mogoče predpisatiživila za prehransko podporo bolnikov z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem za obdobje treh mesecev z enkratno izdajo največ za en mesec in še z dvema ponovitvama.Glede vseh ostalih načel predpisovanja in izdajanja veljajo enaka navodila kot za zdravila.

Obnovljivi recept je v primerih daljšega zdravljenja možno predpisati tudi za magistralna zdravila z mesečnimi izdajami v trajanju največ enega leta.

V primeru, da zdravnik zavarovani osebi predpiše obnovljivi recept za zdravilo, namenjeno dolgotrajnemu zdravljenju, lahko farmacevt v lekarni po lastni presoji v izjemnih primerih (študijske obveznosti v tujini, daljša službena in zasebna potovanja v tujino in podobno) izda večjo količino zdravila kot je predvidena z enkratno izdajo za tri mesece, a največ za obdobje do enega leta. Razlog izdaje večje količine zdravila farmacevt kot opombo vpiše na zadnjo stran recepta ali označi v računalniškem programu ali naredi uradni zaznamek.

Postopek obračuna za obnovljivi recept se ne spreminja. Lekarna obračuna za vsako izdajo zdravila ali živila na obnovljivi recept posebej obdelavo recepta in vročitev in dodatek za obnovljivi recept v skladu z veljavnim dogovorom.

## Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah

Da bi zagotovili pravilno obračunavanje zdravil oziroma živil v lekarnah, je potrebno zbirati podatke, ki so navedeni v Navodilih za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on–line sistemu (priloga 8).

On-line sistem omogoča neposredno evidentiranje izdanih zdravil oziroma živil na zelene recepte, bele recepte in zdravil na skupinske naročilnice, zato se podatki Zavodu posredujejo sproti ob sami izdaji. On-line sistem podatke preveri in lekarni vrne izhodne podatke o pravilnosti vhodnih podatkov. Dekadno se Zavodu posredujejo le zahtevki za plačilo.

### Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa ali bremepisa v lekarniški dejavnosti

Za lekarniške storitve, zdravila in živila (podvrsti zdravstvene dejavnosti 743 601 in 743 602) izvajalci Zavodu izstavljajo zahtevke za plačilo (vrsta dokumenta 1), dobropise (vrsta dokumenta 2) ali bremepise (vrsta dokumenta 3). Račun izvajalci izdajo zavarovani osebi oziroma prejemniku storitve. Račun je podlaga za knjiženje pri izvajalcih.

V lekarniški dejavnosti se obračun zdravil oziroma živil razčlenjuje po listah:

* pozitivna lista,
* vmesna lista.

Izvajalec na zahtevku za plačilo za zdravila oziroma živila poleg podatkov o pošiljki (poglavje 14.1) in dokumentu (poglavje 14.2) navede podatke o izdanih zdravilih oziroma živilih (struktura »AOR«, poglavje 0).

Pri obračunu je potrebno ločevati celotno vrednost recepta (CVRp), ki jo je potrebno beležiti za potrebe nacionalne statistike, od celotne vrednosti recepta, ki ga krije zdravstveno zavarovanje (CVRpZZ oz. priznana celotna vrednost recepta) in se navede na zahtevek. CVRpZZ je lahko enaka ali nižja od CVRp.

Priznana vrednost zdravila oziroma živila je:

* NPV, kadar je veleprodajna oz. nabavna lekarniška cena predpisanega zdravila z DDV s seznama MZZ enaka ali višja od NPV,
* nabavna lekarniška cena zdravila z DDV v primeru, da je zdravilo na seznamu MZZ in presega NPV, vendar je zdravnik na Rp pripisal »ne zamenjuj«,
* nabavna lekarniška cena zdravila z DDV v primeru, da je zdravilo na seznamu MZZ in presega NPV, kadar predpisanega zdravila ni na trgu,
* nabavna lekarniška cena zdravila z DDV v primeru, da je zdravilo na seznamu MZZ in presega NPV, kadar gre za izdajo manjšega pakiranja nad NPV,
* nabavna lekarniška cena zdravila z DDV v primeru, da je zdravilo na seznamu MZZ in je cenejše od NPV,
* nabavna lekarniška cena zdravila z DDV v primeru, da zdravilo ni na seznamu MZZ z NPV,
* za živila z vmesne liste je določena v razponu od 50 do 95 odstotkov nabavne cene živila.

Celotna vrednost recepta (CVRp), je vsota veleprodajne oz. nabavne lekarniške cene zdravila oziroma živila z DDV in lekarniške storitve z DDV. Za zdravila s seznama MZZ z NPV se le-ta lahko razlikuje od celotne vrednosti recepta, ki jo krije zdravstveno zavarovanje, ki je lahko nižja od CVRp.

CVRp je vsota veleprodajne oziroma nabavne lekarniške cene zdravila oziroma živila z DDV in lekarniške storitve z DDV. CVRp se izračuna po formuli:

CVRp = ((veleprodajna oz. nabavna lekarniška cena zdravila oziroma živila \* število pakiranj) + (število točk \* vrednost točke)) + DDV.

Podatek o CVRp se vpisuje pri zajemu podatkov za AOR v polje: Celotna vrednost recepta.

Priznana celotna vrednost recepta (celotna vrednost recepta za zdravstveno zavarovanje - CVRpZZ) je vsota priznane vrednosti zdravila oziroma živila z DDV in lekarniških storitev z DDV. Za zdravila, ki niso na seznamu MZZ z NPV, je enaka CVRp. Za živila s pozitivne liste je enaka CVRp.

CVRpZZ je vsota priznane cene zdravila oziroma živila z DDV in lekarniških storitev z DDV. Izračuna se po formuli:

CVRpZZ = ((priznana vrednost zdravila oziroma živila \* št pakiranj) + (št. točk \* vrednost točke)) + DDV. Podatek o CVRpZZ se vpisuje na zahtevku v rubriko celotna vrednost Rp z DDV.

**Priznani znesek OZZ** pomeni znesek v breme OZZ, ki ga iz poslanih podatkov prizna Zavod glede na razvrstitev zdravila oziroma živila, priznano vrednostjo zdravila oziroma živila, ceno točke ter statusa zavarovane osebe.

### Posebnosti pri obračunu v lekarniški dejavnosti

#### Obračunavanje gotovih zdravil za nadomestno zdravljenje in magistralno pripravljenih peroralnih raztopin z metadonom

Material in storitve za pripravo magistralno pripravljenih peroralnih raztopin z metadonom (v nadaljnjem besedilu: magistralni pripravki z metadonom) ter gotova zdravila za nadomestno zdravljenje morajo lekarne evidentirati ločeno od ostalih zdravil in lekarniških storitev. Celoten znesek bremeni obvezno zdravstveno zavarovanje - podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 603 - zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Lekarna izstavi Zavodu zahtevek za plačilo. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico Centra.

Postavke za obračun gotovih zdravil za nadomestno zdravljenje na naročilnico so: nabavna cena zdravila za nadomestno zdravljenje, vročitev (šifra 70010) in obdelava ene vrstice na naročilnici (šifra 71020).

Postavke za obračun magistralnih pripravkov z metadonom na naročilnico Centra so: nabavna cena gotovega zdravila z metadonom v obliki peroralne raztopine, nabavna cena pomarančnega soka, nabavna cena stekleničke, nabavna cena signatur, vročitev magistralno pripravljenih razredčitev metadona v soku Centrom (72021), obdelava naročilnice (šifra 72022), ki jo lekarna obračuna Zavodu enkrat na naročilnico ne glede na število vrstic na naročilnici, priprava magistralnih razredčitev metadona v soku (šifra 72023). Zdravila se obračunajo na podlagi šifranta 15.43. Sok, plastenka in signatura pa se obračunajo kot LZM (šifrant 15.28), pri čemer nabavna cena soka, plastenke in signature ne sme presegati cen, opredeljenih v vsakoletnem Dogovoru. Lekarna vse navedene stroške (zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in storitve) obračuna na zahtevku za plačilo s »PGO« strukturo (poglavje 14.3).

Obračunana količina in farmacevtska oblika zdravil za nadomestno zdravljenje mora biti enaka količini in farmacevtski obliki iz predpisane naročilnice Centra.

#### Obračunavanje preparatov za fluorizacijo zob

Preparati za fluorizacijo zob z učinkovino natrijev fluorid ter storitve morajo lekarne evidentirati ločeno od ostalih zdravil in lekarniških storitev. Celoten znesek bremeni OZZ - podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 604 - Preparati za fluorizacijo zob.

Lekarna izstavi zahtevek za plačilo. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico, ki jo za potrebe vrtca, šole ali podobne ustanove predpiše mladinski zobozdravnik ali pedontolog ali pediater. Postavke za obračun so: nabavna cena zdravil, obdelava ene vrstice na naročilnici (šifra 71020) in vročitev (šifra 70010).

Lekarna stroške preparatov za fluorizacijo zob obračuna na zahtevku za plačilo s »PGO« strukturo (poglavje 14.3).

Obračunana količina in farmacevtska oblika mora biti enaka količini in farmacevtski obliki iz predpisane naročilnice.

#### Dežurna služba

Dodatek za dežurno službo v lekarnah se plačuje v obliki mesečnih pavšalov, izdaja zdravil (»živo delo«) pa se obračunava v skladu s seznamom lekarniških storitev. Lekarna bo za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izstavila individualni račun (na zavarovano osebo) skladno s seznamom lekarniških storitev in po veljavni ceni lekarniške točke.

#### Paranteralna prehrana

Izvajalec obračuna stroške paranteralne prehrane za otroke s sindromom kratkega črevesja v pavšalnem znesku (podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 606).

# Obračunavanje medicinskih pripomočkov (G47.740)

Na podlagi Dogovora o preskrbi z MP Zavod z dobavitelji, to je specializiranimi prodajalnami, lekarnami in optiki, sklene pogodbe. V pogodbah so med drugim dogovorjene tudi cene in vrste pripomočkov, ki jih dobavitelj lahko izda v breme OZZ. Dobavitelji lahko Zavodu zaračunajo izdane MP zavarovanim osebam v skladu s cenami, ki so določene v pogodbi in samo tiste izdane vrste MP ter artikle, ki so navedeni v prilogi k pogodbi. Dobavitelj Zavodu lahko zaračuna tudi vzdrževanje in popravila pripomočkov v skladu z določili pogodbe in s cenami, ki so za posamezna vzdrževanja/popravila navedene v prilogi k pogodbi. Popravila in vzdrževanja se ne zaračunavajo za pripomočke, ki so predmet izposoje in za katere je določen dnevni najem.

V primerih MP, ko se v skladu s pogodbo zahteva predhodna potrditev predračuna (najzahtevnejši vozički, popravila in vzdrževanja za MP, ki so individualna pravica) in v primerih izdaje edino funkcionalno ustreznih MP zaradi takšnega bolezenskega stanja zavarovane osebe, dobavitelj lahko zaračuna Zavodu vrednost pripomočka v skladu s predhodno potrditvijo.

V primerih izdaje tistih MP, ki so predmet izposoje, dobavitelj ob prvi izposoji MP zavarovani osebi zaračuna Zavodu v prvem obračunskem obdobju tudi enkratni pavšalni znesek v skladu z določili Dogovora o preskrbi z MP. Enkratni pavšalni znesek se ne zaračuna ponovno, če gre za nadaljevanje izposoje že prejetega pripomočka. V primerih MP, ki so predmet izposoje in je za njih določen dnevni najem, se funkcionalno ustrezni pripomočki zagotovijo zavarovani osebi v okviru dogovorjenih dnevnih najemov v skladu z Dogovorom o preskrbi z MP.

V primeru izdaje pripomočka 0559 Električni skuter in 0561 Hodulja za zadajšnji vlek, ki sta predmet izposoje, se strošek Zavodu obračuna v skladu s pravili obračunavanja izposoje, vendar le enkrat v mesecu izdaje pripomočka v izposojo. Tako dobavitelj obračuna ceno, ki je bila odobrena v sistemu on-line in enkratni pavšalni znesek.

Manjša cena od cenovnega standarda se posreduje v on-line in obračuna, kadar dobavitelj ponovno izda isti pripomoček novemu upravičencu. Manjša cena od cenovnega standarda vključuje stroške priprave pripomočka za novega upravičenca. Dnevni najem se v tem primeru ne obračunava. Izposoja se obračuna le enkrat. Tudi v tem primeru dobavitelj obračuna ceno, ki je bila odobrena v sistemu on-line in enkratni pavšalni znesek.

Funkcija sistema on-line »branje števila dni izposoje« za mesec v katerem je oseba pripomoček prejela, vrne za število dni izposoje vrednost 1. V vseh naslednjih mesecih funkcija »branje števila dni izposoje« iz sistema on-line vrne podatek število dni izposoje "0". Za električni skuter se v breme OZZ zagotavlja tudi popravila in vzdrževanja. Pogodbeno določene cene oz. predhodno potrjene vrednosti, pavšal ob prvi izposoji in dnevni najemi so podlaga za obračun ustreznega deleža OZZ in za doplačila do polne vrednosti (PZZ).

## Listine za predpisovanje medicinskih pripomočkov

Listine za predpisovanje MP so naročilnica za medicinski pripomoček (NAR-1), naročilnica za pripomoček za vid (NAR-2) in mesečna zbirna naročilnica (NAR-3).

MP se lahko izdajo na podlagi predhodno izdane in pravilno izpolnjene naročilnice s strani pooblaščenega zdravnika (obrazec NAR-1 oz. NAR-2 za očala, specialne sisteme leč, kontaktne leče, lupe oz. povečevalna stekla), v skladu s posebnimi navodili Zavoda. Za zavarovane osebe, ki bivajo v socialnovarstvenih ali drugih posebnih zavodih, se zagotavljajo pripomočki za uporabo pri bolezenski inkontinenci na podlagi izdane mesečne zbirne naročilnice (obrazec NAR-3), če je za to zavarovana oseba pooblastila socialnovarstveni ali drugi posebni zavod. Postopki pri predpisovanju MP in način izpolnjevanja naročilnic so opisani v navodilih:

* Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na Naročilnico za medicinski pripomoček,
* Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid in
* Navodilo o zagotavljanju predlog, hlačnih predlog (plenic), posteljnih predlog ali nepropustnih hlačk v socialnovarstvenih in drugih zavodih na Mesečno zbirno naročilnico.

## Podatki za obračunavanje medicinskih pripomočkov

Dobavitelj lahko zaračuna Zavodu izdani MP, če je prejem potrdila zavarovana oseba s podpisom na naročilnici (v primeru izdaje pripomočkov na mesečno zbirno naročilnico prevzem potrdi pooblaščena oseba socialnovarstvenega zavoda) in če je pogodbeni dobavitelj posredoval podatke v sistem on-line v skladu z Navodili za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem (priloga 6). Zavodu se lahko zaračunajo samo tisti MP, za katere so bili v sistemu on-line vse kontrole uspešne in je bil dodeljen identifikator izdaje.

MP, ki so bili uspešno poslani v obračun in potrjeni, se za tem v on-line sistemu ne smejo stornirati.

## Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa ali bremepisa

Za MP (vrsta zdravstvene dejavnosti 702) dobavitelji izstavljajo Zavodu zahtevke za plačilo, dobropise ali bremepise v skladu s Pravili za sestavo dokumentov (poglavje 15) oziroma s šifrantom 26, prejemnikom storitev (zavarovanim osebam) pa izstavljajo račune.

Izdaja MP (702 650), izposoja MP (702 652), popravila MP (702 653), vzdrževanje MP (702 654) in enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji (702 655) se obračunajo na zahtevku za plačilo s strukturo »MP«. Navedejo se sklopi podatkov:

* podatki o pošiljatelju (poglavje 14.1.2),
* podatki o prejemniku (poglavje 14.1.3),
* splošni podatki o dokumentu (poglavje 14.2.1) in
* podatki za obračun MP (poglavje 14.7).

Enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji (702 655) se obračuna na istem zahtevku za plačilo kot izdaja izposojenega MP (702 652). V primeru, da se izdaja izposojenega MP zavrne, se zavrne tudi enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji.

Aplikacija MP (702 651) se obračuna na zahtevku za plačilo s strukturo »Obravnava«. Navedejo se sklopi podatkov:

* podatki o pošiljatelju (poglavje 14.1.2),
* podatki o prejemniku (poglavje 14.1.3),
* splošni podatki o dokumentu (poglavje 14.2.1),
* podatki o zavarovani osebi (poglavje 14.4.1) in
* podatki o zdravstveni obravnavi (poglavje 14.4).

Datumi zapisa izdaje, popravila in vzdrževanja MP v sistem on-line se morajo praviloma nahajati znotraj obračunskega obdobja, opredeljenega v splošnih podatkih v dokumentu (poglavje 14.2.1). V podvrsti dejavnosti izposoje (702 652) je obračunsko obdobje vedno koledarski mesec. Pri prvi izposoji je datum izdaje izposojenega MP vedno v obdobju koledarskega meseca, za katerega se obračunava izposoja.

Skupna vrednost dokumenta (zahtevka za plačilo) mora biti enaka seštevku obračunanih vrednosti na strukturi MP ter enaka skupni vrednosti, zapisani v on-line sistem. V nasprotnem primeru je to napaka na zahtevku in se ta v celoti zavrne.

Obvezna priloga elektronsko posredovanega dokumenta za obračun MP sta originalna naročilnica (NAR-1, NAR-2 oz. NAR-3), če je naročilnico v on-line sistem zapisal dobavitelj in Potrdilo o začasni upravičenosti do izposoje. Za obračun vzdrževanj, popravil in funkcionalne ustreznosti so obvezne priloge elektronsko posredovanega dokumenta originalna naročilnica (ne glede na to ali je naročilnico v on-line zapisal dobavitelj ali zdravnik) in potrjeni predračun za vzdrževanje, popravila in funkcionalno ustreznost. Za obračun vzdrževanj in popravil dihalnih aparatov (0606, 0607, 0609), izposojenih pred 1.3.2010, dobavitelj posreduje specifikacijo zahtevka in kopijo delovnega naloga.

Naročilnice se, skupaj z ustreznimi prilogami, razvrstijo skladno s pravili, ki so opisana na vzorcu v Prilogi 2.

Naročilnice se pošljejo pristojni OE istočasno (istega dneva) ob izstavitvi elektronskih obračunskih dokumentov. V primeru, da Zavod v 3 delovnih dneh od prejema dokumentov za obračun ne prejme predpisanih pisnih prilog, zavrne obračun MP oziroma obračunske dokumente.

Dobavitelj hrani v lastni evidenci naročilnice, ki jih je v on-line sistem zapisal zdravnik, kakor tudi izjave za nadstandard in jih je dolžan Zavodu predložiti na posebno zahtevo.Pri obračunu aplikativnih točk (702 651) se prilaga kopija naročilnice, iz katere je razvidno, da je pooblaščeni zdravnik (npr. URI-Soča) potrdil funkcionalno ustreznost posebej izdanega oz. izdelanega pripomočka ob prevzemu pripomočka s strani zavarovane osebe.

# Doplačila zavarovanih oseb

Za izračun vrednosti doplačil se uporablja cena, ki jo izvajalcem sporoči Zavod.

Vrednost storitve je sestavljena iz obveznega zavarovanje in doplačila, razen za izjeme, ki jih določa ZZVZZ. Če je izpolnjen eden od pogojev za oprostitev doplačila, gre celotni znesek v breme Zavoda, doplačila pa ni.

Če ni izpolnjen nobeden od pogojev za oprostitev doplačila, ga plača:

* zavarovalnica za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, kadar je oseba zavarovana za kritje razlike do polne vrednosti storitve,
* oseba sama, če ni zavarovana, oziroma če zavarovanje (paket) ne krije doplačila konkretne storitve,
* proračun RS v primerih, določenih z ZZVZZ.

Podatki o odstotkih doplačila do polne vrednosti storitve so opredeljeni v ZZVZZ in Sklepu o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ (priloga 5).

Če zavarovana oseba nima zavarovanja za doplačila, plača znesek doplačila sama, izvajalec pa je dolžan izdati račun. To ne velja za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19), ki nimajo zavarovanja za doplačila, ker jim znesek doplačila do polne vrednosti storitve krije proračun RS. Izvajalec znesek doplačila do polne vrednosti storitve za te zavarovane osebe zaračuna Zavodu.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pri izvajalcih pravice do zdravstvenih storitev z EUKZZ, Certifikatom, kartico Medicare ali s Potrdilom MedZZ, zavarovalnica za prostovoljno zdravstveno zavarovanje ni plačnik razlike do polne vrednosti storitve. Za storitve opravljene v času dežurne službe je doplačilo zavarovanih oseb enako kot za storitve med običajnim delovnim časom.

Pravila za izračun doplačil so navedena v prilogi 8 tega navodila.

# Tuje zavarovane osebe

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pri izvajalcih pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Izvajalci zdravstvenih storitev so tujim zavarovanim osebam dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe (vključno s čakalnimi dobami) in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene iz OZZ.

Tuje zavarovane osebe delimo v tri skupine:

1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki jih delimo v dve skupini:

* tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja zakonodaja EU. Te države so Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Irska, Islandija, Italija, Latvija, Litva, Liechtenstein, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Velika Britanija in Severna Irska.
* Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja meddržavna pogodba. Te države so Hrvaška, Makedonija, Bosna in Hercegovina, Srbija, Avstralija in Črna Gora.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 12.1 dalje.

2. Tuji upokojenci in/ali družinski člani po meddržavnih pogodbah.

Za tuje upokojence in družinske člane po meddržavnih pogodbah (podlage zavarovanja: 059000, 059077, 079000, 080000 in 081000) veljajo enaka pravila za uveljavljanje pravic in obračunavanja zdravstvenih storitev kot za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji. Zato pravil za te zavarovane osebe v poglavju 12 posebej ne navajamo. Zanje se izstavljajo vse vrste dokumentov, razen vrst dokumentov s šiframi 4, 5 in 6 iz šifranta 26, tako kot to velja za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji. Za zavarovalne podlage 059000, 059077, 080000, 081000 je država nosilca zavarovanja vedno različna od Slovenije.

3. Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 12.1 dalje.

Tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi naslednjih listin:

* EUKZZ,
* certifikat, ki nadomešča EUKZZ,
* kartica Medicare,
* Potrdilo MedZZ,
* KZZ ali Potrdilo KZZ.

Navedene listine MedZZ so prikazane v prilogi 3.

Podrobnejši pregled tujih zavarovanih oseb in njihovih pravic po posameznih listinah, po podlagah zavarovanja, po vrstah dokumentov za obračun in po določenih obračunskih podatkih je prikazan v Prilogi 3a.

Reševalni prevoz tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah iz Slovenije v državo zavarovanja ni pravica iz OZZ.

Tuje osebe iz držav, za katere ne velja zakonodaja EU in meddržavne pogodbe, morajo v primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev same plačati stroške zdravstvenih storitev. Le izjemoma, kadar za nujno zdravstveno varstvo ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev v skladu s 7. členom ZZVZZ, plača te storitve Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje krije stroške nujnega zdravljenja za osebe neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

## Uveljavljanje pravic z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare

Z EUKZZ ali certifikatom uveljavljajo tuje zavarovane osebe, kadar tako zahteva zdravstveno stanje, zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč vrsto storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v Sloveniji.

Temeljni kriteriji za presojo potrebnih zdravstvenih storitev so:

* da je storitev potrebna iz zdravstvenih razlogov oziroma poslabšanja zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe, ki je nastalo med začasnim bivanjem v Sloveniji,
* da je pri tem treba upoštevati predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji,
* vrsta zdravstvenih storitev.

Med potrebne zdravstvene storitve sodijo, glede na zdravstveno stanje tuje zavarovane osebe, storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, kot to določajo Pravila OZZ. Glede na dolžino bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji bo moral zdravnik odločiti o nadaljnjem poteku zdravljenja in pri tem oceniti, katere zdravstvene storitve so še potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje zavarovane osebe v njeno državo oziroma katere storitve ji je glede na začasnost bivanja v Sloveniji še potrebno zagotoviti.

Določene dodatne ali dolgotrajnejše preiskave običajno lahko počakajo, da se tuja zavarovana oseba vrne v svojo državo, nekaterih pa zaradi začasnosti bivanja ali predvidenega odhoda domov tudi ni mogoče izvesti. Če bo šlo za zdravljenje tuje zavarovane osebe, ki bo v Sloveniji ostala dalj časa (na primer napoteni na delo, študenti in druge osebe), jim bo potrebno glede na njihovo zdravstveno stanje, potrebe zdravljenja in trajanje bivanja v Sloveniji zagotoviti tudi druge storitve, da se jim samo zaradi zdravljenja ne bo potrebno vrniti v njihovo državo še pred koncem načrtovanega bivanja v Sloveniji.

Tuje zavarovane osebe so torej upravičene do tistih storitev, ki omogočajo, da oseba nadaljuje svoje načrtovano bivanje v Sloveniji in da se ji samo zaradi tega, da bi se ustrezno zdravila v svoji državi, ni potrebno predčasno vrniti.

S kartico Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v navedenem obsegu neposredno pri izvajalcih s predložitvijo ene od navedenih listin. Listina se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.

Z nobeno od navedenih listin tuje zavarovane osebe ne morejo uveljavljati zdravstvenih storitev, če so prišle v Slovenijo z namenom, da se zdravijo oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, je zavarovalna podlaga vedno 999999.

### EUKZZ (Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja)

EUKZZ je lahko izdana kot posamična kartica ali pa kot hrbtna stran nacionalne kartice določene države članice. EUKZZ je osebna kartica in vsebuje le vidne podatke. Z EUKZZ tuja zavarovana oseba izkazuje, da je zavarovana v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je navedeno na kartici.

Avstrija je EUKZZ dodala na hrbtno stran nacionalne zdravstvene kartice. Na podlagi avstrijskih pravnih predpisov prejmejo v Avstriji nacionalno zdravstveno kartico vse osebe, ki so upravičene do zdravstvenega zavarovanja, kar pa ne pomeni, da imajo samodejno tudi pravico do EUKZZ. Če avstrijski zavarovanec predloži nacionalno kartico, na kateri so podatkovna polja za evropsko kartico označena z zvezdicami, mora izvajalec o tem takoj obvestiti območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, tako da območni enoti posreduje fotokopijo zdravstvene kartice. Območna enota Zavoda od avstrijskega nosilca zdravstvenega zavarovanja pridobi certifikat, ki začasno nadomešča EUKZZ. Certifikat posreduje izvajalcu, da le-ta zapiše vse podatke o osebi in njenem zavarovanju v on-line sistem in izstavi ustrezen dokument za obračun. Če certifikat ni izdan, je avstrijski zavarovanec obravnavan kot samoplačnik.

### Certifikat (listina, ki začasno nadomešča EUKZZ)

Certifikat začasno nadomešča EUKZZ in je listina v papirnati obliki, izdana v jeziku države članice, ki je certifikat izdala.

Certifikat, ki ga predloži tuja zavarovana oseba, mora obvezno vsebovati podatke v točkah (razvidno iz priloge 3) 2. – država članica izdajateljica (oznaka države, ki izdaja certifikat), 3. – priimek, 4. – ime, 5. – datum rojstva, 6. –- identifikacijska številka osebe (PIN), 7 – identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja (podatki o nosilcu zavarovanja, ki je izdal certifikat), ter točke a), b) – obdobje veljavnosti od – do, c) – datum izdaje in d) – podpis in žig nosilca, ki je obrazec izdal. V primeru kakršnekoli pomanjkljivosti (na primer ni navedeno obdobje veljavnosti, ni naveden nosilec zavarovanja, manjka podpis ali žig nosilca) oziroma netočnosti podatkov na certifikatu, tuja zavarovana oseba lahko uveljavlja nujne zdravstvene storitve, katere pa mora plačati sama, dokler ne predloži certifikata z vsemi zahtevanimi podatki. Za izstavitev certifikata z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali pristojna po sedežu izvajalca.

### Kartica Medicare

Zavarovane osebe Avstralije med začasnim bivanjem v Sloveniji uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči neposredno pri izvajalcih s predložitvijo kartice Medicare in potnega lista, s katerim se preveri identiteta tuje zavarovane osebe. Na kartici Medicare je lahko navedena več kot ena zavarovana oseba. Z navedeno kartico tuja zavarovana oseba ne more uveljavljati zdravstvenih storitev, če je prišla v Slovenijo z namenom, da se tukaj zdravi oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Kadar je tuja zavarovana oseba brez dokazila o zavarovanju, je dana možnost naknadne izdaje kartice oziroma potrditve zavarovanja, vendar le v primeru bolnišničnega zdravljenja. Dokazilo o zavarovanju mora območna enota pridobiti do konca bolnišničnega zdravljenja, sicer je oseba sama plačnik stroškov zdravljenja.

## Uveljavljanje pravic s Potrdilom MedZZ

Ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112, E 123, HR/SLO 3, HR/SLO 4, RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03 in SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04 in MNE/SI 04A, mora ta obrazec praviloma predložiti na območni enoti Zavoda, ki izda Potrdilo MedZZ. Potrdilo MedZZ tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe ali območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca. Le izjemoma (izven poslovnega časa Zavoda ali v nujnem primeru) lahko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev z enim od zgoraj navedenih obrazcev. V tem primeru mora izvajalec fotokopijo obrazca poslati območni enoti Zavoda, najkasneje pred izvedbo obračuna. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

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 EU ali meddržavni pogodbi določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz Potrdila MedZZ.

Značilnosti listin po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, na podlagi katerih območna enota Zavoda izda Potrdilo MedZZ, so:

### Obrazec E 112 – Potrdilo o pravici do storitev in dajatev v primeru bolezni in materinstva po nastanku zavarovalnega primera

Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru bivanja v Sloveniji ali kadar je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje v Slovenijo. Obrazec se uporablja tudi za odobritev analiz in pošiljanje bioloških vzorcev za testiranje. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom bivanja in v tej zvezi uveljavljanja zdravstvenih storitev, se mora taka oseba oglasiti na območni enoti ali izpostavi Zavoda, kjer prebiva, katera izda Potrdilo MedZZ. Z navedenim potrdilom tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v obsegu in v časovnem obdobju, ki je na potrdilu naveden. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo ali da je obrazec poslan skupaj z biološkimi vzorci in ga tuja zavarovana oseba predloži izvajalcu, mora izvajalec poslati obrazec območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo MedZZ.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

### Obrazec E 123 - Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za nesreče pri delu in poklicne bolezni.

Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni z namenom bivanja v Sloveniji ali napotitve na zdravljenje. Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca E 112 za namen bivanja oziroma napotitve na zdravljenje.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 123 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

### Dvojezični obrazci HR/SLO 3, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Hrvaško HR/SLO 3, za Makedonijo RM/SI 3, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 3, za Srbijo SRB/SI 03, za Črno Goro MNE/SI 03 in se imenuje Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Sloveniji, uveljavljajo tuje zavarovane osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Kadar tuja zavarovana oseba predloži enega od navedenih obrazcev izvajalcu, je le-ta dolžan zagotoviti storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči že na podlagi tega obrazca. Izvajalec takoj pošlje fotokopijo tega obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 030000 za nosilca zavarovanja in 030076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

### Dvojezični obrazci HR/SLO 4, RM/SI 4, BIH/SI 4, SRB/SI 04, MNE/SI 04, MNE/SI 04A

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Hrvaško HR/SLO 4, za Makedonijo RM/SI 4, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 4, za Srbijo SRB/SI 04, za Črno Goro MNE/SI 04 in MNE/SI 04A in se imenuje »Soglasje za odhod v Slovenijo po nastanku zavarovalnega primera« ali »Soglasje za odhod v Slovenijo zaradi napotitve na zdravljenje ali zaradi zdravljenja po nastanku zavarovalnega primera«, uveljavljajo tuje zavarovane osebe in po njih zavarovani družinski člani pravice do zdravstvenih storitev, ki jih zavarovana oseba potrebuje med začasnim bivanjem v Sloveniji po nastanku zavarovalnega primera v matični državi (na primer: dializa) ali pa je obrazec izdan z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo. Namen izdaje obrazca je razviden iz samega obrazca oziroma soglasja tujega nosilca zavarovanja.

Kadar je obrazec izdan za primer napotitve na zdravljenje v Slovenijo, je potrebno upoštevati še naslednje:

* Na podlagi obrazca HR/SLO 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Republike Hrvaške pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo, pod pogojem, da je hrvaški nosilec zavarovanja predhodno posredoval soglasje.
* Na podlagi obrazca RM/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Republike Makedonije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. V zakonodaji Republike Makedonije velja pravilo, da morajo zavarovane osebe same stopiti v stik s posameznimi izvajalci države, v kateri želijo uveljaviti načrtovane zdravstvene storitve ter hkrati priskrbeti predračun za zdravstvene storitve, kar je podlaga za morebitno odobritev zdravljenja. Izvajalec, ki prejme zaprosilo makedonske zavarovane osebe za izstavitev predračuna, naj zagotovi izstavitev le tega.
* Na podlagi obrazca BIH/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Bosne in Hercegovine pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Originalni obrazec pošlje pristojni nosilec Bosne in Hercegovini izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer se zavarovanec zdravi ali pa ga izroči zavarovancu, ki ga je dolžan predložiti ob sprejemu na zdravljenje.
* Na podlagi obrazca SRB/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Srbije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo.
* Na podlagi obrazca MNE/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Črne Gore pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Originalni obrazec se vroči tuji zavarovani osebi ali ga črnogorski nosilec zavarovanja pošlje izvajalcu, kamor je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje oziroma se zdravi.

Izvajalec je dolžan poslati fotokopijo obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu pošlje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 023000 za nosilca zavarovanja in 023076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

### Obrazci SLO/HR 7 za Hrvaško, SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino, SI/SRB 07 za Srbijo in SI/MNE za Črno goro

Slovenski upokojenci in/ali njihovi družinski člani, ki stalno prebivajo na Hrvaškem, v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori, imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljeno pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Za te osebe so ustrezne zavarovalne podlage 069000 za upokojenca in 069098, 060098 in 063098 za njegovega družinskega člana.

Enako velja tudi za družinske člane zaposlene ali samozaposlene osebe, ki stalno prebivajo na Hrvaškem, v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori. Za te družinske člane je ustrezna zavarovalna podlaga 098, podlaga nosilca zavarovanja pa je lahko 001, 002, 005, 040 itd.

Navedene osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči praviloma uveljavljajo na podlagi fotokopije obrazca, ki ga je izdala območna enota Zavoda, to je obrazec SLO/HR 7 za Hrvaško, SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino, SI/SRB 07 za Srbijo, SI/MNE 07 za Črno goro. Oseba je dolžna obrazec predložiti na območno enoto Zavoda, pristojno po kraju začasnega prebivanja v Sloveniji. Območna enota izda Potrdilo MedZZ. V primeru, da oseba uveljavlja pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči na podlagi enega od navedenih obrazcev pri izvajalcu, izvajalec posreduje obrazec območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

## Uveljavljanje pravic s KZZ ali Potrdilom KZZ

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezne naslednje zavarovalne podlage: 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 105000, 105077, 106000, 107000. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

Za tuje zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezna naslednje podlage: 091000, 092000, 092077. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

## Obračun zdravstvenih storitev

Za obračun tujih zavarovanih oseb, navedenih v poglavjih 12.1, 12.2 in 12.3, Zavod ukinja posebno vrsto »zdravstvene dejavnosti« 501 – konvencije. Tuje zavarovane osebe se po tem navodilu obračunajo na tisti vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti, v kateri je storitev nastala (enako kot velja za zavarovane osebe, ki so vključene v OZZ v Sloveniji). Za tuje zavarovane osebe je potrebno izstavljati individualne račune (ločeno za vsako zavarovano osebo) v vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti in ne glede na razlog obravnave. Vrste dokumentov, ki se izstavljajo za te zavarovane osebe, so 4, 5 in 6 (šifrant 26).

Za obračun storitev v dejavnostih, kjer se uporabljajo količniki, se uporablja visoka cena količnika iz obiskov. Za obračun nujne medicinske pomoči (338 016 – 338 024) se uporablja visoka cena količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Za obračun nujnih reševalnih prevozov (513 152) se uporablja 2,5-kratnik cene nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem, startnina pa se ne obračuna.

Za obračun storitev v dejavnostih, ki jih Zavod plačuje izvajalcem v pavšalu, se za tuje zavarovane osebe izstavi individualni račun (račun po zavarovani osebi) po eni od ustreznih struktur (»Obravnava«, »SBD obravnava« itd). Seznam dejavnosti, v katerih Zavod za tuje zavarovane osebe zahteva individualni račun, je naveden v Tabeli 2 v poglavju 14.3. Za obračun se uporabljajo v ta namen določeni seznami storitev in cene storitev po posameznih podvrstah zdravstvene dejavnosti. Na podlagi teh obračunov bo Zavod zahteval povračilo stroškov od tujega nosilca zavarovanja.

Zaradi spremljanja stroškov po državah nosilcev zavarovanja je pomembno dosledno navajanje podatka »Država nosilca zavarovanja«. To je država tistega nosilca zavarovanja, ki je izdal listino, na podlagi katere tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev, oziroma država tistega nosilca, pri katerem ima tuja zavarovana oseba urejeno zdravstveno zavarovanje. Če tuja zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve s KZZ ali Potrdilom MedZZ, izvajalec pridobi podatek iz on-line sistema.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, v času uveljavljanja zdravstvene storitve niso vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Izvajalec, ki pride prvi v stik s tujo zavarovano osebo, zapiše podatke o tuji zavarovani osebi in podatke o zavarovanju te osebe neposredno v on-line sistem. Ob zapisu se tej osebi dodeli ZZZS-TZO številka, ki jo naslednji izvajalec (na primer lekarna) uporabi za izvedbo postopkov. Šifra načina pridobivanja podatkov je 77. Izvajalec mora obvezno preveriti veljavnost zavarovanja glede na dokument, ki ga ima tuja zavarovana oseba in identificirati osebo (npr. s pomočjo potnega lista). Šifro tujega nosilca zavarovanja izvajalec izbere iz šifranta tujih nosilcev zavarovanja. Če slednjega v šifrantu ni, pošlje izvajalec fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare na Zavod, sicer pa fotokopijo arhivira pri sebi. V primeru, da avstrijski zavarovanec predloži nacionalno zdravstveno kartico, na kateri so podatkovna polja za evropsko kartico označena z zvezdicami, izvajalec fotokopijo kartice takoj posreduje na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pridobi od avstrijskega nosilca zavarovanja certifikat, ki ga pošlje izvajalcu. Certifikat je podlaga za vpis podatkov o osebi in njenem zavarovanju v on-line sistem in s tem podlaga za obračun storitev Zavodu.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve na podlagi Potrdila MedZZ, KZZ ali Potrdila KZZ, so v času uveljavljanja zdravstvene storitve že vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

V kolikor tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah nima dokazila o zavarovanju oziroma ene od listin MedZZ (šifrant 28), mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca, zaprosi tujega nosilca zavarovanja za naknadno izdajo listine MedZZ: EUKZZ, certifikat, kartica Medicare, HR/SLO 3, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03. Za pridobitev te listine je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu na bolnišnično zdravljenje tuje zavarovane osebe obvesti območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, z obrazcem Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga 2) z navedbo vseh zahtevanih podatkov (ime in priimek osebe, datum rojstva, natančen naslov v tujini, po možnosti podatke o nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana). Le popolni podatki zagotavljajo možnost pridobitve obrazca in s tem plačilo stroškov v breme Zavoda. Bolnišnica posreduje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca, Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju še enkrat po zaključku zdravljenja tuje zavarovane osebe. Če območna enota zavoda pridobi ustrezno listino, izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ, kadar pridobi obrazec HR/SLO 3, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03, oziroma EUKZZ ali certifikat ali kartico Medicare, na podlagi katerega izvajalec podatke o osebi in njenem zavarovanju zapiše oz. prebere iz on-line sistema.

Ne glede na možnost zaprosila za naknadno izdajo listine MedZZ v primeru bolnišničnega zdravljenja, pa je potrebno upoštevati še naslednje omejitve:

* za Hrvaško, Makedonijo, Srbijo, Avstralijo in Črno Goro: V primeru bolnišničnega zdravljenja hrvaškega, makedonskega srbskega, avstralskega ali črnogorskega zavarovanca, ki nima ustrezne listine, to pomeni, da mora območna enota zaprošeno listino prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.
* Za Bosno in Hercegovino: V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Bosne in Hercegovine, ki nima ustrezne listine, ni mogoče zahtevati naknadno izdajo dokazila, če gre za načrtovano oziroma planirano zdravljenje v Republiki Sloveniji. Naknadno izdajo ustrezne listine je mogoče zahtevati le v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

Tudi v primeru zakonodaje EU bo oseba sama plačnik stroškov bolnišničnega zdravljenja, če območna enota ne bo prejela ustrezne listine do konca bolnišničnega zdravljenja.

Tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah mora imeti veljavno listino MedZZ za ves čas bolnišničnega zdravljenja. Če oseba nima veljavnega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja, je sama plačnik stroškov za obdobje, ko nima zavarovanja. Če ima zavarovanje urejeno na drugi podlagi ali pri drugem nosilcu zavarovanja, se stroški obračunajo temu nosilcu. Izvajalec v takem primeru za delež, ko oseba nima zavarovanja ali je zavarovana pri drugem nosilcu, zmanjša celotno vrednost storitve in s tem tudi obračunano vrednost storitve. Za primer bolnišničnega zdravljenja se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način: celotna vrednost storitve se deli s številom bolnišničnih dni, tako da se dobi cena za en bolnišnični dan. Tako izračunana cena se množi s številom dni, ko je imela tuja zavarovana oseba urejeno zavarovanje. Ta znesek se zaračuna Zavodu, razliko pamora zavarovana oseba plačati sama, oziroma jo plača drugi nosilec zavarovanja.

Dojenček tuje zavarovane osebe, star manj kot 60 dni, ki nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ

Dojenčku tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki je star manj kot 60 dni in nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ (šifrant 28), se nudijo vse potrebne storitve na račun OZZ, če ima zavarovanje urejeno eden izmed staršev oziroma skrbnik. V kolikor starši oziroma skrbnik nimajo urejenega zavarovanja, so sami plačniki storitev, opravljenih dojenčku. Za nujno zdravljenje dojenčka veljajo določila 7. člena ZZVZZ.

Izvajalec pridobi in na dokumentu zabeleži podatke o dojenčku (poglavje 14.4.1) in podatke o staršu oziroma skrbniku (poglavje 0).

## Priloge k dokumentu za obračun

Kadar tuja zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare in je izvajalec vse podatke o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju zapisal oziroma prebral iz on-line sistema, izvajalcu ni potrebno pošiljati nobene listine. Izvajalec v svoji evidenci hrani fotokopijo listine, ki jo je dolžan poslati Zavodu v primeru, ko tuji nosilec zavarovanja zavrne plačilo zdravstvene storitve in zahteva dokazilo o veljavnem zavarovanju. Hkrati pa mora izvajalec v svojih evidencah evidentirati dejstvo, da je preveril identiteto tuje zavarovane osebe ter zabeležiti datum, do katerega bo oseba začasno bivala v Sloveniji, ker je od tega odvisna utemeljenost oziroma nujnost opravljenih storitev. Če izvajalec ne bo hranil v svoji evidenci fotokopije ene od navedenih listin, nosi s tem odgovornost za plačilo računa. Obvezno pa mora izvajalec poslati fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare v primeru, kadar ni šifre in naziva tujega nosilca zavarovanja v šifrantu 37. V primeru, ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi Potrdila MedZZ, izvajalcu tega potrdila ni potrebno prilagati obračunskemu dokumentu.

Kadar tuja zavarovana oseba iz držav Hrvaške, Makedonije, Bosne in Hercegovine, Srbije ali Črne Gore uveljavlja storitve bolnišničnega zdravljenja na podlagi KZZ ali Potrdila KZZ (podlage zavarovanja 091000, 092000 in 092077) ali na podlagi Potrdila MedZZ (podlage zavarovanja 030000, 030076, 023000, 023076), izvajalec obvesti območno enota Zavoda, pri kateri ima oseba urejeno zavarovanje, oziroma ki je izdala Potrdilo MedZZ, o sprejetju tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. To stori dvakrat, in sicer prvič takoj po sprejemu te osebe v bolnišnično zdravljenje in drugič po zaključku zdravljenja. V ta namen izvajalec izpolni obrazec Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga 2) in ga posreduje na Zavod. V primeru helikopterskega prevoza tuje zavarovane osebe izvajalec k obračunskemu dokumentu v papirni obliki priloži Nalog za prevoz in kopijo listine MedZZ, s katero je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdravstvenih storitev.

V primeru obračuna MP veljajo enaka pravila za posredovanje prilog kot za slovenske zavarovane osebe (poglavje 10.3).

# Izmenjava podatkov v on-line sistemu

## Splošno o on-line sistemu

Sistem on-line zagotavlja neposreden, varen in zanesljiv dostop izvajalcev zdravstvenih storitev do podatkov, ki jih vodijo Zavod in zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Na voljo so podatki, potrebni za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja in za obračun teh storitev.

Glavne komponente on-line sistema so:

* KZZ kot identifikacijska listina zavarovane osebe,
* profesionalna kartica kot ključ za dostop do podatkov v on-line sistemu,
* aplikacije za izmenjavo podatkov pri izvajalcih,
* aplikacije in podatkovne zbirke Zavoda in zdravstvenih zavarovalnic,
* druga strojna in programska oprema, ki omogoča on-line komunikacijo in elektronsko poslovanje partnerjev.

### KZZ v on-line sistemu

KZZ je listina za uveljavljanje pravic iz OZZ. V on-line sistemu služi kot identifikacija zavarovane osebe in kot ključ za dostop do osebnih podatkov zavarovane osebe.

KZZ je nujen pogoj za dostop do podatkov v on-line sistemu, izjema so nekatere specifične in nujne situacije, ki so opredeljene v šifrantu 22. Za čas, ko zavarovana oseba čaka na nov izvod KZZ, ker prejšnja KZZ ni več uporabna, Zavod izda Potrdilo KZZ. Le-to v celoti nadomešča KZZ v omejenem obdobju.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s KZZ so na voljo na Zavodovi spletni strani in na spremnem dopisu, ki ga prejme zavarovana oseba ob prejemu KZZ.

### Profesionalna kartica in pooblastila za dostop do podatkov

V on-line sistemu ima profesionalna kartica vlogo ključa za dostop do podatkov, saj skupaj s KZZ omogoča dostop do osebnih podatkov zavarovane osebe v zbirkah, ki jih povezuje on-line sistem. Vstop v on-line sistem brez profesionalne kartice ni mogoč.

Vsak imetnik profesionalne kartice ima glede na svojo vlogo v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja natančno definirana pooblastila v tem sistemu. Pooblastilo določa, do katerih podatkov o zavarovani osebi lahko dostopa imetnik profesionalne kartice v on-line sistemu ter vrsto razpolaganja s podatki (branje in zapisovanje). Imetniku profesionalne kartice dodeli pooblastila njegov delodajalec.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s profesionalno kartico so na voljo v Navodilu o profesionalni kartici, na Zavodovi spletni strani in na spremnem dopisu, ki ga prejme imetnik ob prejemu profesionalne kartice.

### Čitalniki in mobilne rešitve

V on-line sistemu se uporabljata dva tipa namiznih čitalnikov kartic: Gemalto GCR5500-Si in GCR700. To sta edina čitalnika, za katere Zavod jamči delovanje v on-line sistemu. Nadaljnji podatki in navodila v zvezi namiznimi čitalniki so na voljo na Zavodovi spletni strani.

Mobilne rešitve, ki omogočajo preverjanje statusa zdravstvenega zavarovanja pri delu na terenu, uporabljajo patronaža, izvajalci storitev po delovnem nalogu, izvajalci reševalnih prevozov, zdravniki ob obiskih na domu idr. Za delo na terenu izvajalci samostojno izberejo eno od naslednjih rešitev:

* pridobivanje podatkov z mobilnim telefonom na lokaciji izvajanja storitve,
* pridobivanje podatkov s prenosnim računalnikom na lokaciji izvajanja storitve,
* pridobivanje podatkov na stacionarni lokaciji pred odhodom na teren,
* pridobivanje podatkov na stacionarni lokaciji po vrnitvi s terena.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s SMS rešitvijo za delo na terenu so na voljo v Navodilu za uporabo SMS rešitve za delo na terenu, ki je objavljeno na spletni strani Zavoda.

## Dostop do podatkov v on-line sistemu

Izvajalci dostopajo do tistih podatkov v on-line sistemu, ki jih potrebujejo pri opravljanju storitev v breme OZZ.

Izvajalec ima tako v skladu s pooblastili dostop do naslednjih podatkov:

* osnovnih osebnih podatkov zavarovane osebe (Če ima zavarovana oseba prijavljeno tako stalno kot začasno prebivališče, sta v on-line sistemu dostopna podatka o naslovih obeh prijavljenih prebivališč. Zavarovana oseba naj se opredeli, kateri naslov naj se uporablja za potrebe obveščanja),
* podatkov o OZZ zavarovane osebe, ki so razdeljeni na splošne (oznaka urejenosti OZZ, obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ, tip zavarovane osebe, podlaga OZZ zavarovane osebe, registrska številka zavezanca, šifra izpostave ZZZS - določena po pravilu kraja prebivališča zavarovane osebe in šifra izpostave ZZZS - določena po kraju zaposlitve, država tujega nosilca zavarovanja, pravica do IOZ, pravica do MP, pravica do povračila potnih stroškov, pravica do pogrebnine, pravica do nadomestila, vrsta plačnika prispevka OZZ, skupno število dni neprekinjenega OZZ zavarovane osebe) in podrobne (ZZZS številka zavezanca, registrska številka zavezanca, šifra izpostave ZZZS - določena po pravilu kraja prebivališča zavarovane osebe, šifra izpostave ZZZS - določena po kraju zaposlitve, naziv zavezanca, naslov zavezanca, dejavnost zavezanca, podlaga OZZ zavarovane osebe, zavarovalni čas (ur tedensko), država tujega nosilca zavarovanja, poklic, ki ga zavarovana oseba opravlja, pravica do IOZ, pravica do MP, pravica do povračila potnih stroškov, pravica do pogrebnine, pravica do nadomestila, vrsta plačnika prispevka OZZ, datum začetka veljavnosti OZZ, datum prenehanja veljavnosti OZZ). Izvajalec praviloma dostopa do splošnih podatkov o OZZ, saj so v tem sklopu vsi podatki, ki so potrebni tako za preverjanje veljavnosti OZZ, kot npr. za obračun opravljene storitve. Do podrobnih podatkov pa izvajalec dostopa vedno v primeru izdaje listine BOL, kakor tudi v primeru izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku zaradi predloga podaljšanja začasne zadržanosti od dela, saj so v tem sklopu dostopni podatki o vseh zavezancih za prispevek v opredeljenem obdobju začasne zadržanosti od dela (izdaja listine BOL) oziroma podatki o vseh zavezancih za prispevek na dan izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku, v kolikor je v opredeljenem obdobju oziroma na dan izdaje te listine zavarovanec zavarovan po več podlagah, ki dajejo pravico do nadomestila. Do podrobnih podatkov izvajalec dostopa tudi za potrebe obračuna določenih zdravstvenih storitev oziroma v določenih dejavnostih,
* podatkov o IOZ zavarovane osebe,
* podatkov o nosečnosti zavarovane osebe,
* podatkov o izdanih in izposojenih MP, med katerimi so dostopni podatki o vseh izdanih MP, pri katerih je določena trajnostna doba in do podatkov o vseh izdanih MP v zadnjem koledarskem letu, kjer trajnostna doba ni določena,
* podatkov o izdanih (odprtih) naročilnicah za MP,
* podatkov o opravljenih postopkih OBMP,
* podatkov o izdanih zdravilih,
* podatkov o opredelitvi osebe za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev,
* podatkov o PZZ,
* podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju, ki uveljavlja storitve na podlagi Potrdila MedZZ.

Dostop do podatkov je mogoč le z uporabo profesionalne kartice pooblaščenega delavca izvajalca ter KZZ zavarovane osebe. Dostop brez KZZ je mogoč v izjemnih primerih, opisanih v šifrantu 22. V primeru dostopa brez KZZ mora izvajalec obvezno označiti izjemni primer dostopa brez KZZ (šifrant 22) in namen dostopa brez KZZ (šifrant 23).

Pri dostopu brez KZZ izvajalec pridobi podatke na naslednji način:

* osnovne osebne podatke osebe pridobi tako, da se med vhodne podatke navede ali ZZZS številka ali EMŠO ali kombinacija podatkov priimek+ime+rojstni datum. Če se po kombinaciji priimek+ime+rojstni datum v on-line sistemu nahaja več kot ena oseba, on-line sistem ne vrne podatkov nobene osebe in mora zdravstveni delavec uporabiti drug način iskanja (po ZZZS številki ali EMŠO);
* ostale podatke pridobi tako, da se med vhodne podatke navede ZZZS številka.

Če ima zdravstveni delavec npr. samo EMŠO osebe, zdravstvena aplikacija najprej s klicem funkcije za pridobitev osnovnih osebnih podatkov (iskalni kriterij EMŠO) pridobi ZZZS številko, ki se potem uporabi za pridobitev ostalih podatkov.

Kadar se do podatkov v on-line sistemu dostopa s Potrdilom KZZ, je potrebno obvezno vnesti številko Potrdila KZZ. Potrdil, katerih veljavnost je potekla, ni mogoče uporabiti v on-line sistemu.

Kadar se do podatkov v on-line sistemu dostopa s Potrdilom MedZZ, je potrebno obvezno vnesti ZZZS številko zavarovane osebe (zapisana na potrdilu), številko Potrdila MedZZ (zapisana na potrdilu) in šifro izjemnega primera dostopa brez KZZ (uporabi se šifra 19 – Oseba ima Potrdilo MedZZ). Potrdil MedZZ, katerih veljavnost je potekla, ni mogoče uporabiti v on-line sistemu.

Pravila za zapis in branje podatkov o tuji zavarovani osebi, ki uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, so navedena v poglavju 13.3.5.

### Pogostnost preverjanja veljavnosti OZZ

Izvajalci praviloma ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe preverjajo veljavnost zdravstvenega zavarovanja. Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja je razvidna v tabeli 1.

Tabela 1: Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja

| **Dejavnost** | **Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja** |
| --- | --- |
| **Q86.100 Bolnišnična zdravstvena dejavnost** | |
| Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota primer ali število (npr. akutna bolnišnična obravnava, število transplantacij…) | Prvi dan zdravljenja in velja do konca obravnave. Če oseba nima urejenega zavarovanja ob sprejemu – torej prvi dan zdravljenja – in ga v času hospitalizacije uredi s pomočjo svojcev za nazaj, gredo storitve v breme OZZ. V primeru, da hospitalizacija traja več kot eno leto (npr.psihiatrija), se po preteku enega leta ponovno preveri urejenost obveznega zdravstvenega zavarovanja (zavarovanje se preverja 1 x letno). |
| Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota dan (npr. podaljšano bolnišnično zdravljenje, stacionarno zdraviliško zdravljenje…) | Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti razen hišnih obiskov zdravnika, zdravstveno vzgojnih programov za odraslo populacijo (delavnice) in šole za starše | Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Hišni obiski zdravnika | Pri vsakokratnem obisku pri zavarovani osebi. Če gre za znano osebo, se zavarovanje lahko preveri pred obiskom. V drugih primerih se preveri z uporabo mobilne rešitve in podrobneje po opravljenem obisku.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več obiskov zavarovane osebe na domu, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve obiskov na domu, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Zdravstveno vzgojni programi za odraslo populacijo (delavnice) in šola za starše | Pri prvem obisku zavarovane osebe na delavnici oziroma v šoli za starše.  Za zavarovane osebe, udeležene na krajši delavnici »test hoje enkrat«, se veljavnost zdravstvenega zavarovanja ne preverja. |
| **Q86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Ambulantno zdraviliško zdravljenje | Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Program IVZ-ja in ZZV-jev | / |
| **Q86.230 Zobozdravstvena dejavnost** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe (tudi ob prevzemu zobnoprotetičnega nadomestka), pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Q86.901 Alternativne oblike zdravljenja** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Q86.909 Druge zdravstvene dejavnosti** | |
| Dejavnost 513 – Reševalni prevozi  Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Ob nudenju storitve, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne. Izvajalci na terenu preverijo zavarovanje za vnaprej znane zavarovane osebe pred odhodom, za ostale s pomočjo mobilne rešitve in podrobneje po opravljeni storitvi.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več reševalnih prevozov zavarovane osebe, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so bili opravljeni reševalni prevozi, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Nega na domu in patronaža oziroma druge storitve, ki se opravljajo na terenu na podlagi listine Delovni nalog | Pri vsakokratnem obisku pri zavarovani osebi. Če gre za znano osebo, se zavarovanje lahko preveri pred obiskom. V drugih primerih se preveri z uporabo mobilne rešitve in podrobneje po opravljenem obisku.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več obiskov zavarovane osebe na domu, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve obiskov na domu, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| Delovna terapija, fizioterapija, logopedija, psihologija | Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.  Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Q87.100 Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Q88.109 Socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe** | |
| Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **G47.730 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki** | |
| 743 lekarniška dejavnost  Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti | Ob izdaji zdravila, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu. |
| **G47.740 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z medicinskimi in ortopedskimi pripomočki** | |
| 702 MP  Izdaja, vzdrževanja, popravila MP | Ob izdaji oziroma ko je pripomoček izdan v izposojo, ob vzdrževanju in popravilu pripomočka, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu. |

|  |  |
| --- | --- |
| **C21.200 Proizvodnja farmacevtskih preparatov** | |
| Preskrba s krvjo | / |
| **G46.460 Trgovina na debelo s farmacevtskimi izdelki ter medicinskimi potrebščinami in materiali** | |
| Distribucija cepiv - IVZ | / |
| **O84.300 Dejavnost obvezne socialne varnosti** | |
| Zdravstveno letovanje otrok in šolarjev, skupinska obnovitvena rehabilitacija, specializanti, pripravniki in sekundariji | / |
| Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota primer ali število (spremljanje – 40.čl. Pravil OZZ)) | Prvi dan spremljanja in velja do konca obravnave. Če oseba nima urejenega zavarovanja ob sprejemu – torej prvi dan spremljanja – in ga v času hospitalizacije uredi s pomočjo svojcev za nazaj, gredo storitve v breme OZZ. |
| Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota dan (doječe matere, sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku) | Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od - do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik. |
| **Laboratorijske preiskave** | |
| Histološke preiskave | V času odvzema materiala za preiskavo. |

Za tuje zavarovane osebe (poglavje 12) se glede na obseg pravic do zdravstvenih storitev veljavnost zavarovanja preverja enako kot za slovenske zavarovane osebe (Tabela 1), razen za bolnišnično zdravstveno dejavnost, kjer mora imeti tuja zavarovana oseba veljavno zavarovanje za celotno obdobje bolnišničnega zdravljenja.

### Način dostopa do podatkov o OZZ zavarovane osebe

Izvajalci dostopajo do podatkov o OZZ zavarovane osebe v on-line sistemu na naslednje načine (šifrant 24):

1. način dostopa 1 - Način omogoča dostop do podatkov, veljavnih na tekoči ali izbrani pretekli datum. V tem načinu dostopa izvajalec dostopa le do splošnih podatkov o OZZ zavarovane osebe, način pa se uporablja za pridobitev podatkov, potrebnih za obračun zdravstvenih storitev.
2. način dostopa 2 - Način dostopa je namenjen izvajalcem pogrebnih storitev. V tem načinu dostopa se dostopa le do splošnih podatkov o OZZ zavarovane osebe, veljavnih na datum smrti zavarovane osebe. Izvajalec pogrebnih storitev mora kot vhodni podatek obvezno vpisati datum smrti zavarovane osebe.
3. način dostopa 3 - Način omogoča dostop do podatkov, veljavnih v izbranem obdobju od-do. Obdobje je potrebno zmeraj opredeliti znotraj koledarskega meseca. V tem načinu dostopa izvajalec dostopa le do podrobnih podatkov o OZZ zavarovane osebe, način pa se uporablja za pridobitev podatkov, potrebnih za obračun zdravstvenih storitev, pri katerih se OZZ zavarovane osebe lahko preverja za obdobje od-do za nazaj (Tabela 1: Pogostnost preverjanja zdravstvenega zavarovanja).

Primeri uporabe načina dostopa 3:

* storitve opravljene od 15.1.2012 do 25.1.2012 - izvajalec vnese kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 25.1.2012,
* storitve opravljene le 15.1.2012 - izvajalec vnese kot datum začetka in konca obdobja 15.1.2012,
* storitve opravljene od 15.1.2012 do 15.2.2012 - izvajalec vnese najprej kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 31.1.2012, nato pa še kot datum začetka 1.2.2012 in kot konec 15.2.2012;

1. način dostopa 4 - Način omogoča dostop do podatkov, potrebnih za izdajo listine BOL, kakor tudi za izdajo listine Predlog imenovanemu zdravniku, kadar se ta izdaja kot predlog imenovanemu zdravniku Zavoda za podaljšanje začasne zadržanosti od dela zavarovanca (za vse druge primere izdaje te listine, kakor tudi drugih listin za uresničevanje pravic iz OZZ, razen listine BOL, izvajalec uporabi način dostopa 1). V tem načinu dostopa izvajalec dostopa do podrobnih podatkov o OZZ zavarovanca.

Primeri uporabe načina dostopa 4 za izdajo listine BOL (obdobje je potrebno vedno opredeliti znotraj posameznega koledarskega meseca):

* zadržanost od dela traja od 15.1.2012 do 25.1.2012 - izvajalec vnese kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 25.1.2012,
* zadržanost od dela traja le 15.1.2012 - izvajalec vnese kot datum začetka in konca obdobja 15.1.2012,
* zadržanost od dela traja od 15.1.2012 do 15.2.2012 - izvajalec vnese najprej kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 31.1.2012, nato pa še kot datum začetka 1.2.2012 in kot konec 15.2.2012;

Uporaba načina dostopa 4 za potrebe izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku zaradi predlaganja imenovanemu zdravniku Zavoda podaljšanja začasne zadržanosti od dela zavarovanca. Izvajalec v tem primeru vnese kot začetni in končni datum, ko izdaja to listino.

Za tuje zavarovane osebe se ne uporablja način dostopa 2 (velja za vse tuje zavarovane osebe: z EUKZZ, Certifikatom, kartico Medicare, Potrdilom MedZZ ali s KZZ oziroma Potrdilom KZZ).

Pri načinu dostopa 1 in 3 se pri posredovanju podatkov o OZZ zavarovane osebe upošteva tudi t.i. tolerančna doba, ki znaša osem dni. To je doba, v kateri se zavarovani osebi še izkazuje da ima urejeno OZZ, čeprav je bila iz OZZ dejansko že odjavljena oziroma čeprav so dejansko že prenehali pogoji za OZZ. To določilo ne velja za tuje zavarovane osebe s KZZ oziroma Potrdilom KZZ (poglavje 12.3). Tolerančno dobo zavarovani osebi pri posredovanju podatkov preko on-line sistema doda Zavod iz razloga, ker je rok za novo prijavo osem dni. Ne zapiše pa se zavarovani osebi, kadar se dostopa do podatkov o OZZ po načinu 2 in 4. Tolerančne dobe ne dodaja izvajalec sam, temveč upošteva podatke, pridobljene prek on-line sistema.

### Običajni primeri pridobivanja podatkov – on-line sistem deluje

V primeru delovanja on-line sistema izvajalec s pomočjo namiznega čitalnika, KZZ in profesionalne kartice iz on-line sistema pridobi potrebne podatke. Izvajalec lahko podatke o zavarovanju, ki jih je pridobil iz on-line sistema, uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 istega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.

To so običajni primeri pridobivanja podatkov, kjer je šifra načina pridobivanja podatkov 11 – šifrant 18.

Če oseba ima KZZ, vendar le-ta ni veljavna, je oseba samoplačnik storitev.

Zavarovana oseba nima KZZ, ima pa Potrdilo KZZ

Za zavarovane osebe, ki nimajo KZZ, imajo pa Potrdilo KZZ, izvajalec kot razlog za dostop brez KZZ navede šifro 2 (šifrant 22) – Oseba ima Potrdilo KZZ. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

Izjemni primeri dostopa brez KZZ

V izjemnih primerih je mogoče v on-line sistemu pridobiti podatke brez KZZ ali Potrdila KZZ. Izjemni primeri dostopa brez KZZ so navedeni v šifrantu 22.

Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah

Za tuje zavarovane osebe, ki imajo KZZ, se zdravstvene storitve evidentirajo in obračunavajo kot za ostale slovenske zavarovane osebe, ki imajo KZZ. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve na podlagi listine EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, niso v evidenci OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Za te zavarovane osebe mora izvajalec zapisati osebne podatke in podatke o zavarovanju v on-line sistem, oziroma jih mora preko on-line sistema prebrati, če so že zapisani. Podrobnosti o zapisovanju in branju podatkov tujih zavarovanih oseb preko on-line sistema so navedene v poglavju 13.3.5. Pri obračunu storitev, ki jih izvajalec zagotovi tujim zavarovanim osebam z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare, navede šifro pridobivanja podatkov 77. Kot izjemen primer dostopa brez KZZ izvajalec navede šifro 20 (šifrant 22) – Oseba ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve s Potrdilom MedZZ, je šifra načina pridobivanja podatkov vedno 11. Kot izjemen primer dostopa brez KZZ izvajalec navede šifro 19 (šifrant 22) – Oseba ima Potrdilo MedZZ.

Dojenček, star manj kot 60 dni, ki še nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ

V primeru dojenčka, ki je star manj kot 60 dni in nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ (šifrant 28), izvajalec preveri zavarovanje starša oziroma skrbnika v on-line sistemu. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11 ali 77.

### Nedelovanje on-line sistema

Izvajalec nudi osebi vse potrebne storitve tudi v primerih, ko on-line sistem ne deluje in izvajalec ne more pridobiti podatka o urejenosti zavarovanja.

On-line sistem lahko ne deluje zaradi nedelovanja komponent pri izvajalcu (čitalnik, delovna postaja, lokalno omrežje, lokalni strežnik, zdravstvena aplikacija, komunikacijska oprema). V takem primeru mora izvajalec poskrbeti za hitro odpravo napake ali aktiviranje rezervne opreme.

Vzrok za nedelovanje sistema je lahko v izpadu telekomunikacijskih povezav. Informacijo o teh izpadih lahko izvajalec pridobi pri ponudniku teh storitev.

Nedelovanje sistema lahko povzroči tudi izpad centralnih komponent Zavoda (vstopna točka, zaledni sistem Zavoda, telekomunikacijsko omrežje) ali zavarovalnic za PZZ. Informacijo o nedelovanju teh komponent lahko izvajalec pridobi na spletni strani Zavoda (www.zzzs.si/on-line) ali na telefonski številki avtomatskega telefonskega odzivnika (01/30 77 440).

Za izpad telekomunikacijskih povezav ali centralnih komponent se smatrajo primeri, ko on-line sistem vrača sporočila o tehničnih napakah v teh komponentah ali ko odgovor iz sistema ni bil pridobljen v času 20 sekund.

Izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema o osebi pridobi vsaj naslednji nabor podatkov (velja tudi za tuje zavarovane osebe s KZZ ali Potrdilom KZZ):

* ZZZS številko (pridobi iz KZZ oziroma Potrdila KZZ) ali
* EMŠO osebe (pridobi iz osebnega dokumenta) ali
* priimek in ime in datum rojstva (pridobi iz KZZ oziroma Potrdila KZZ).

Na podlagi teh podatkov izvajalec pridobi vse potrebne podatke iz on-line sistema naknadno - z dostopom v sistem brez KZZ (šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 12).

Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira naslednji šifri načina pridobivanja podatkov iz šifranta 18:

* šifra 31 - Podatki OZZ niso bili pridobljeni iz on-line sistema zaradi izpada informacijskega sistema pri izvajalcu. Zavod lahko takšen dokument zavrne, če zavarovanje ni bilo urejeno.
* šifra 51 - Podatki OZZ niso bili pridobljeni iz on-line sistema zaradi izpada centralnih komponent.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve z listino EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare, izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema evidentira podatke o osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju v svoj informacijski sistem. Pred izvedbo obračuna mora te podatke zapisati v on-line sistem. Če izvajalec podatkov o tuji zavarovani osebi ni zapisal v on-line sistem, izda listino OZZ (recept, naročilnico MP itd.) brez navedbe ZZZS-TZO številke. Naslednji izvajalec (lekarna, dobavitelj MP) v tem primeru ne more prebrati podatkov o osebi iz on-line sistema, ampak jih mora najprej zapisati v on-line sistem. Če je tuja zavarovana oseba že vpisana v on-line sistem (ima dodeljeno ZZZS-TZO številko), mora izvajalec izvesti branje podatkov naknadno, najpozneje pred izvedbo obračuna. Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira šifro načina pridobivanja podatkov 31 ali 51. Šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 20.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, mora izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema prebrati podatke o osebi in njenem zavarovanju naknadno, najpozneje pred izvedbo obračuna. Podatke izvajalec prebere na podlagi ZZZS številke, ki je napisana na Potrdilu MedZZ. Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira šifro načina pridobivanja podatkov 31 ali 51. Šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 19.

### Delo na terenu v on-line sistemu

Izvajalci zdravstvenih storitev, ki delujejo na terenu (zdravniki pri hišnih obiskih, patronažna služba, drugi izvajalci, ki opravljajo delo na terenu na podlagi listine Delovni nalog, izvajalci, ki opravljajo sistematične in preventivne preglede šolske mladine na terenu (v šoli) ter izvajalci reševalnih prevozov) uporabljajo za pridobitev podatkov o zavarovani osebi ter njenem zdravstvenem zavarovanju rešitve, navedene v poglavju 13.1.3. Pri tem morajo za pridobivanje podatkov brez KZZ navesti ustrezen izjemen primer dostopa brez KZZ skladno s šifrantom 22.

V primeru naknadnega preverjanja zavarovanja obstaja možnost, da oseba nima urejenega OZZ, zato izvajalec nosi riziko neplačila storitve.

### Dostop do podatka o pravicah iz OZZ

Izvajalcem je v on-line sistemu dostopen tudi podatek, ali ima zavarovana oseba glede na zavarovalno podlago, po kateri je zavarovana, pravico do določene denarne dajatve (npr. pravica do povračila potnih stroškov, nadomestila plače, pogrebnine) ali pravico do MP ali izbire osebnega zdravnika. Pri posamezni pravici, ki ni odvisna le od podlage zavarovanja ali določene dobe zavarovanja (predhodno zavarovanje), temveč tudi od zdravstvenega stanja zavarovane osebe (npr. pravica do MP) ali od vrste zdravstvene storitve, mora izvajalec upoštevati tudi zdravstveno stanje oz. storitev.

### Predhodno zavarovanje

Ker je za pridobitev pravice do posameznega MP v določenih primerih potrebna določena zavarovalna doba (predhodno zavarovanje), on-line sistem nudi izvajalcu tudi vpogled v podatek o skupnem številu dni neprekinjenega OZZ zavarovane osebe. Pogoj predhodnega zavarovanja je določen v 23. členu ZZVZZ in 124. do 126. členu Pravil OZZ in pomeni, da lahko zavarovana oseba pridobi pravico do MP šele po preteku določene dobe zavarovanja. Predhodno zavarovanje je:

* 6 mesecev za zobnoprotetične fiksne in snemne nadomestke ter za očesne in slušne pripomočke,
* 3 mesece za druge pripomočke.

Pogoj predhodnega zavarovanja ne velja za pravice iz 1. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ.

### Dostop do podatkov o opredelitvi osebe za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev

Dostop do tega podatka v on-line sistemu imajo bolnišnični koordinatorji v donorskih bolnišnicah. Za dostop do tega podatka je potrebno v on-line sistem vnesti datum in uro smrti osebe, šele tedaj se podatki prikažejo. On-line sistem vrne podatke o opredelitvi (opredeljen, neopredeljen) in datum opredelitve.

## Zapis podatkov v on-line sistemu

On-line sistem omogoča izvajalcem neposreden zapis naslednjih podatkov v informacijski sistem Zavoda:

* podatkov o novi izbiri osebnega zdravnika,
* podatkov o nosečnosti zavarovane osebe,
* podatkov o opravljenem postopku OBMP,
* podatkov o izdanih naročilnicah MP (podatke zapiše izvajalec),
* podatkov o izdanih oz. izposojenih MP (podatke zapiše dobavitelj MP),
* podatkov o vzdrževanjih in popravilih MP (podatke zapiše izvajalec, dobavitelj ali Zavod),
* podatkov o izdanih zdravilih,
* podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju, kadar tuja zavarovana oseba uveljavlja storitve z listino EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare.

Ob on-line zapisu podatkov uporabnik takoj prejme obvestilo o uspešnem/neuspešnem zapisu podatkov. V primeru neuspešnega zapisa uporabnik uredi podatke in jih ponovno poskuša zapisati.

Če podatkov ni moč zapisati zaradi nedelovanja on-line sistema, se podatki zapišejo po navodilih, ki so določena za zapis pri posameznem sklopu podatkov. Podatke lahko naknadno zapiše drug uporabnik, ki mora imeti svojo profesionalno kartico.

### Zapis podatkov o izbiri osebnega zdravnika

Sistem omogoča on-line zapis podatkov o izbiri osebnega zdravnika v informacijski sistem Zavoda. Listina Izjava o izbiri osebnega zdravnika se izpolni le v enem izvodu, izvajalec pa jo shrani v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

Več o izbiri in on-line zapisu in branju podatkov o izbiri osebnega zdravnika je na voljo v: Navodilu izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika, ki je objavljeno na Zavodovih spletnih straneh.

### Zapis podatkov o nosečnostih in podatkov o oploditvah z biomedicinsko pomočjo

On-line sistem omogoča neposreden zapis podatkov o novi nosečnosti zavarovane osebe, neposreden zapis podatkov o spremembi datuma predvidenega poroda in o opravljenih postopkih OBMP v breme OZZ..

Zapišejo se naslednji podatki:

* datum prvega obiska zavarovane osebe (ob posredovanju podatkov o novi nosečnosti),
* datum predvidenega poroda (ob posredovanju podatkov o novi nosečnosti),
* sprememba datuma predvidenega poroda (ob posredovanju podatkov o spremembi),
* datum opravljenega postopka OBMP v breme OZZ.

Več o on-line zapisu in branju podatkov o nosečnosti in OBMP je na voljo v Navodilu za zapis in branje podatkov o nosečnostih in podatkov o oploditvah z biomedicinsko pomočjo v sistemu on-line, ki je objavljeno na Zavodovih spletnih straneh.

### Zapis podatkov o predpisanih in izdanih MP

Postopek se izvaja v primeru, ko pooblaščeni zdravnik za predpisovanje MP ugotovi, da so pri zavarovani osebi izpolnjeni pogoji za upravičenost do MP v breme OZZ. V primeru upravičenosti pooblaščeni zdravnik izda listino NAR-1 ali NAR-2. V primeru zagotavljanja inkontinenčnih pripomočkov za zavarovane osebe, ki bivajo v socialnovarstvenih in drugih zavodih in predhodno podpišejo izjavo, da za njih inkontinenčne pripomočke naroča socialnovarstveni oz. drug zavod, zdravnik izda listino NAR-3.

Zdravnik mora ob predpisu MP zavarovani osebi upoštevati podatke o izdanih MP in podatke o izdanih (odprtih) naročilnicah. V seznamu izdanih (odprtih) naročilnic so naročilnice, na podlagi katerih MP še niso bili izdani. Seznam vsebuje naročilnice, izdane v zadnjih štirih koledarskih mesecih.

Ob uspešno zapisanih podatkih naročilnice v Zavodov informacijski sistem, on-line sistem dodeli številko naročilnice in jo posreduje izvajalcu. Številka naročilnice se izpiše na papirno naročilnico.

Ob predložitvi pravilno izpolnjene naročilnice pogodbeni dobavitelj oz. optik izda in izposojevalnica izposodi zavarovani osebi MP. Dobavitelj MP na podlagi številke naročilnice za zavarovano osebo iz on-line sistema pridobi podatke o izdani (odprti) naročilnici MP, ki mu jo je predložila zavarovana oseba.

Več o on-line zapisu in branju podatkov ob predpisu in izdaji MP je na voljo v Navodilu za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem (priloga 6).

### Zapis podatkov o izdanih zdravilih

On-line sistem omogoča neposredno evidentiranje izdanih zdravil na zelene recepte in bele recepte. On-line sistem podatke preveri in lekarni vrne izhodne podatke o pravilnosti vhodnih podatkov. Dekadno lekarne pošiljajo zahtevke za plačilo.

Več o on-line zapisu in branju podatkov o izdanih zdravilih je na voljo v Navodilu za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on - line sistemu (priloga 7).

### Zapis in branje podatkov o tuji zavarovani osebi z EUKZZ, Certifikatom ali kartico Medicare in njenem zdravstvenem zavarovanju

Če tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, izvajalec zapiše podatke o tej osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju v on-line sistem, skladno z navodili iz tabele spodaj in Prilogo 3b. Če so na listini navedeni posebni znaki, se vpiše samo črka, brez posebnih znakov.

Funkcija za zapis podatkov o tuji zavarovani osebi vključuje naslednje vhodne podatke:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **EUKZZ** | **Certifikat** | **Kartica Medicare** |
| Priimek in ime osebe | Podatek se prepiše iz EUKZZ. | Podatek se prepiše iz Certifikata. | Podatek se prepiše iz kartice Medicare. Če je na kartici navedenih več oseb, se zapiše priimek in ime osebe, ki uveljavlja zdravstveno storitev. |
| Datum rojstva osebe | Podatek se prepiše iz EUKZZ. | Podatek se prepiše iz Certifikata. | Podatek se prepiše iz potnega lista. |
| Spol osebe | Navede se:  1 – moški  2 – ženski | Navede se:  1 – moški  2 – ženski | Navede se:  1 – moški  2 – ženski |
| PIN številka osebe (identifikacijska številka osebe) | Podatek se prepiše iz EUKZZ. | Podatek se prepiše iz Certifikata. | Podatek se prepiše iz kartice Medicare. |
| Naslov (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj naslova, šifra države naslova) | Podatek se prepiše iz osebnega dokumenta ali po navedbi osebe. | Podatek se prepiše iz osebnega dokumenta ali po navedbi osebe. | Podatek se prepiše iz potnega lista ali po navedbi osebe. |
| Šifra države tujega nosilca zavarovanja | Uporablja se šifrant 6. Podatek o državi se pridobi iz EUKZZ (2 mestna oznaka države) | Uporablja se šifrant 6. Podatek o državi se pridobi iz Certifikata (2 mestna država članica izdajateljica) | Vpiše se šifra 036 (Avstralija) iz šifranta 6. |
| Šifra tujega nosilca zavarovanja | Uporablja se šifrant 37. Podatek se pridobi iz EUKZZ (polje 7 - identifikacijska številka nosilca). Številka je sestavljena iz šifre in akronima. Navede se šifra, akronim se ne navaja. | Uporablja se šifrant 37. Podatek se pridobi iz Certifikata (polje 7 - identifikacijska številka nosilca). Številka je sestavljena iz šifre in akronima. Navede se šifra, akronim se ne navaja. | Uporablja se šifrant 37. Vpiše se šifra AU1. |
| Naziv tujega nosilca zavarovanja | Podatek se vpiše, če šifra tujega nosilca zavarovanja ne obstaja v šifrantu 37. V tem primeru se navede celotna identifikacijska številka nosilca (šifra in akronim). | Podatek se vpiše, če šifra tujega nosilca zavarovanja ne obstaja v šifrantu 37. V tem primeru se navede celotna identifikacijska številka nosilca (šifra in akronim). | - |
| Šifra listine za MedZZ | Navede se šifra 100 ( šifrant 28). | Navede se šifra 101 ( šifrant 28). | Navede se šifra 104 ( šifrant 28). |
| Datum izdaje listine | Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev. | Podatek se prepiše iz Certifikata (datum izstavitve certifikata). | Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev. |
| Datum začetka pravice | Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev. | Podatek se prepiše iz Certifikata (datum veljavnosti cerfitikata, od dne) | Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev. |
| Datum konca pravice | Podatek se prepiše iz EUKZZ (veljavnost). Veljaven je vsak datum, ki je zapisan na EUKZZ. | Podatek se prepiše iz Certifikata (datum veljavnosti cerfitikata, do dne) | Podatek se prepiše iz kartice Medicare (veljavnost). Ker je na kartici naveden le mesec in leto, do katerega kartica velja, se kot dan vpiše zadnji dan v mesecu veljavnosti, ki je naveden na kartici. |

Države, ki izdajajo EUKZZ na hrbtni strani nacionalne kartice, imajo nekoliko drugačen razpored zapisanih podatkov, vendar je številčna oznaka posameznega podatka enaka, kot je navedeno v Prilogi 3b.

Funkcija vrne izvajalcu vse potrebne podatke za izdajo listin OZZ in obračun storitev za tujo zavarovano osebo:

* ZZZS-TZO številko (ZZZS številko tuje zavarovane osebe),
* tip zavarovane osebe (70 ali 71),
* podlago zavarovanja (999999),
* obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ,
* podatke o pravici do IOZ, MP, potnih stroškov, pogrebnine in nadomestila.

Če so podatki o tuji zavarovani osebi, ki uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, že zapisani v on-line sistemu, jih izvajalec lahko pridobi s funkcijo za branje podatkov o tuji zavarovani osebi. To pomeni, da je branje podatkov z uporabo ZZZS-TZO številke možno samo v primeru, ko je bila osebi izdana listina OZZ in je izdajatelj listine zapisal tujo zavarovano osebo v on-line sistem, na listini OZZ pa navedel ZZZS-TZO številko. Na podlagi te številke (vhodni podatek) pridobi izvajalec naslednje podatke:

* ime, priimek, datum rojstva, spol, PIN številko in naslov osebe,
* državo zavarovanja,
* naziv tujega nosilca zavarovanja,
* vrsto in datum izdaje listine,
* datum začetka in datum konca pravice.
* tip zavarovane osebe (70 ali 71),
* podlago zavarovanja (999999),
* obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ,
* podatke o pravici do IOZ, MP, potnih stroškov, pogrebnine in nadomestila.

## Izmenjava podatkov s PZZ

Izvajalci imajo v on-line sistemu vpogled tudi v podatke o PZZ. Več o tem je v navodilih zavarovalnic, ki izvajajo PZZ.

## Sledljivost dostopov

Vsaka uporaba funkcij on-line sistema se zapisuje v sledi, ki vsebujejo naslednje podatke:

* podatke o uporabniku,
* podatke o datumu in času uporabe,
* celoten nabor vhodnih in izhodnih podatkov – vključno z identifikacijskimi podatki osebe, na katero se podatki nanašajo.

## Posebnosti pri izpolnjevanju listin OZZ

Ker se v on-line sistemu izvajalcu v primeru, če ima oseba poleg stalnega prebivališča prijavljeno tudi začasno prebivališče, posredujeta oba naslova, se na listine za uveljavljanje pravic iz OZZ praviloma zapiše začasni naslov v Sloveniji, razen, če zavarovana oseba želi, da se zapiše stalni naslov v Sloveniji. Posebnost pa velja za naslednje listine:

* listino Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov - spremstva, na katero se izpiše naslov (stalni ali začasni), iz katerega bo zavarovana oseba dejansko potovala k izvajalcu,
* listino Delovni nalog, na katero se v primeru, da se ta izda zaradi potrebe po zdravstveni negi na domu (patronaža), vpiše naslov, kjer se bo zavarovana oseba dejansko nahajala, ko bo koristila to storitev, ter
* listino Nalog z prevoz, na katero se vpiše naslov (stalni ali začasni), od katerega je potrebe prevoz zavarovane osebe k izvajalcu in/ali od izvajalca.

Če on-line sistem ne deluje, lahko izvajalec zavarovani osebi vseeno izda katerokoli listino za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, razen listine BOL, v kolikor pridobi o zavarovani osebi naslednji minimalni nabor podatkov:

* ZZZS številka (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
* priimek in ime (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
* naslov (pridobi ustno od osebe same ali z uradnega identifikacijskega dokumenta),
* datum rojstva (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
* spol.

Če on-line sistem ne deluje, lahko izvajalec zavarovani osebi izda listino BOL le, če poleg navedenega minimalnega nabora podatkov razpolaga tudi z registrsko številko zavezanca za prispevek.

Pri izdaji listine v primeru nedelovanja on-line sistema, izvajalec v polju ˝zavarovalna podlaga˝, v rubriki ˝Zavarovana oseba˝ na listini, ki jo izdaja, vpiše ustrezno šifro pridobivanja podatkov iz šifranta 18.

# Podatki za obračun zdravstvenih storitev iz OZZ

V nadaljevanju je naveden nabor podatkov, ki jih izvajalci zagotovijo za obračun Zavodu.

Podatki so skupni vsem vrstam dokumentov za obračun, ki se izstavljajo Zavodu: računom, zahtevkom za plačilo, poročilom, dobropisom, bremepisom in popravkom poročila. Izvajalec navede vse podatke o pošiljki (poglavje 14.1) in podatke o dokumentu (poglavje 14.2). Za tem pa navede podatke po eni od struktur, ki so opisane v nadaljnjih poglavjih, in sicer:

* struktura PGO (pavšal / glavarina / obračun) v poglavju 14.3,
* struktura Obravnava v poglavju 14.4,
* struktura SBD obravnava (specialistična bolnišnična dejavnost) v poglavju 14.5,
* struktura AOR (zdravila na recept) v poglavju 14.6,
* struktura MP (medicinski pripomočki) v poglavju 14.7.

Podrobnejši kriteriji in pravila za sestavo dokumentov za obračun so navedeni v poglavju 15. Izvajalci posredujejo vse potrebne podatke za obračun praviloma v elektronski obliki. Izjema so nekateri izvajalci oziroma vrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je začasno še mogoče posredovanje podatkov na papirnih dokumentih: pri podvrstah zdravstvenih dejavnosti 644 409 (SOUS), 513 154 (helikopterski reševalni prevoz), 701 550 – 701 558 (zdravstveno letovanje otrok in šolarjev ter skupinska obnovitvena rehabilitacija). Za navedene izjeme morata biti na papirnih dokumentih navedena naslov in davčna številka oziroma identifikacijska številka prejemnika in vsi podatki prikazani v vzorcih papirnih dokumentov (priloga 2).

Zavod ima pravico do vpogleda v dokumentacijo, ki je podlaga za izstavitev dokumentov po tem navodilu.

Pri izračunu vrednosti storitev (celotne vrednosti storitve in obračunane vrednosti storitve), skupne vrednosti dokumenta in zneska DDV ter zneska osnove za DDV se upoštevajo pravila in postopki iz Priloge 8. V tem poglavju so formule za izračun prikazane zgolj shematično.

## Podatki o pošiljki

### Splošni podatki o pošiljki

To so tehnični podatki o pošiljki. Opisani so v Tehničnem navodilu.

### Podatki o pošiljatelju

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| ZZZS številka izvajalca | 9-mestna številka izvajalca, kakor jo vodi Zavod v svojih bazah podatkov. ZZZS številke izvajalcev so objavljene na spletni strani Zavoda. |

### Podatki o prejemniku

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikacijska številka | Identifikacijska številka ZZZS (davčna številka: SI 41698070). |

## Podatki o dokumentu

### Splošni podatki o dokumentu

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Šifra vrste dokumenta | Vrsta dokumenta za obračun Zavodu (račun, zahtevek za plačilo, poročilo, dobropis, bremepis in popravek poročila) skladno s šifrantom 26 in K2. |
| Originalna številka dokumenta | Originalna številka dokumenta izvajalca. Številka se pri izvajalcu glede na leto iz datuma dokumenta nikoli ne sme ponoviti. |
| Datum dokumenta | Datum izdaje dokumenta. |
| Kraj izdaje dokumenta | Kraj izdaje dokumenta. |
| Datum zapadlosti | Datum zapadlosti dokumenta. |
| Začetek obdobja opravljenih storitev | Prvi dan obračunskega obdobja, v katerem je bila storitev oziroma več storitev opravljenih.  Obračunsko obdobje je mesec. Izjeme so:   * Izdaja, popravilo in vzdrževanje MP ter zdravila, kjer je obračunsko obdobje lahko dekada. V tem primeru je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan dekade. * Izredno fakturiranje pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja (vrednost podatka Izredno fakturiranje je 1), kjer je začetek obdobja opravljenih storitev enak datumu izdaje zdravila. * Zdraviliško zdravljenje, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev lahko tudi dan, ko je zavarovana oseba pričela z zdravljenjem. V kolikor se zdravljenje do konca meseca ni zaključilo, se na računu za drugi del zdravljenja kot začetek obdobja navede prvi dan v naslednjem mesecu. * Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego in socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi ali 16. dan v mesecu. * Računi na podlagi nadzorov, zamujeni računi/zahtevki (za storitve, ki so bile opravljene pred obračunskim obdobjem), zdravstveno letovanje otrok in obnovitvena rehabilitacija, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev enak datumu dokumenta. * Naknadni obračun LZM, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan tistega obračunskega obdobja, v katerem je izvajalec prejel izvid preiskave. * Obračunski računi, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan obdobja obračuna storitev (1.1. za obračun storitev januar - marec, 1.4. za obračun storitev april – junij in 1.7. za obračun storitev julij – december oziroma april - december). * Podvrsta dejavnosti 701 809 (pripravniki in sekundariji), kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan trimesečnega obdobja (1.1. za obdobje januar - marec, 1.4. za obdobje april - junij, 1.7. za obdobje julij - september in 1.10. za obdobje oktober - december).   V vseh ostalih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan v mesecu (1.1., 1.2., 1.3., 1.4. itd). |
| Konec obdobja opravljenih storitev | Zadnji dan obračunskega obdobja, v katerem je bila storitev oziroma več storitev opravljenih. Obračunsko obdobje je mesec. Izjeme so:   * Izdaja, popravilo in vzdrževanje MP ter zdravila, kjer je obračunsko obdobje lahko dekada. V tem primeru se navede zadnji dan dekade. * Izredno fakturiranje pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja (vrednost podatka Izredno fakturiranje je 1), kjer je konec obdobja opravljenih storitev enak datumu izdaje zdravila * Zdraviliško zdravljenje, kjer je konec obdobja opravljenih storitev lahko tudi dan, ko je zavarovana oseba zaključila z zdravljenjem. V kolikor se je zdravljenje nadaljevalo v naslednji mesec, se na računu za prvi del zdravljenja kot konec obdobja navede zadnji dan v mesecu. * Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego in socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe, kjer je konec obdobja opravljenih storitev 15. ali zadnji dan v mesecu. * Računi na podlagi nadzorov, zamujeni računi/zahtevki (za storitve, ki so bile opravljene pred obračunskim obdobjem), zdravstveno letovanje otrok in obnovitvena rehabilitacija, kjer je konec obdobja opravljenih storitev enak datumu dokumenta. * Naknadni obračun LZM, kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan tistega obračunskega obdobja, v katerem je izvajalec prejel izvid preiskave. * Obračunski računi, kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan obdobja obračuna storitev (31.3. za obračun storitev januar - marec, 30.6. za obračun storitev april – junij in 31.12. za obračun storitev julij – december oziroma april - december). Drugačen datum konca obdobja opravljenih storitev je možen le v primeru, ko izvajalec preneha z opravljanjem dejavnosti pred zaključkom obdobja obračuna storitev. * Podvrsta dejavnosti 701 809 (pripravniki in sekundariji), kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan trimesečnega obdobja (31.3. za obdobje januar - marec, 30.6. za obdobje april - junij, 30.9. za obdobje julij - september in 31.12 za obdobje oktober - december).   V vseh ostalih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan v mesecu (31.1., 28.2., 31.3., 30.4. itd). |
| Identifikacijska ali davčna številka izvajalca | Identifikacijska številka izvajalca SIXXXXXXXX ali 8-mestna davčna številka izvajalca. |
| Sklic na številko | Potrebno je upoštevati navodila, ki so objavljena v uradnem listu. |
| Številka povezanega dokumenta | Originalna številka dokumenta, na katerega se nanaša dobropis, bremepis ali popravek poročila.  Za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19) se na računu za doplačilo do polne vrednosti storitev (PZZ) navede številka povezanega originalnega dokumenta, na katerem je zaračunan delež opravljenih storitev, ki ga za te osebe krije OZZ. Če je oseba neredni plačnik prispevkov in zanjo deleža opravljenih storitev za OZZ ni mogoče obračunati, se podatek ne navede. |
| Datum izdaje povezanega dokumenta | Datum izdaje originalnega dokumenta, na katerega se nanaša dobropis, bremepis ali popravek poročila.  Za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19) se na računu za doplačilo do polne vrednosti storitev (PZZ) navede datum izdaje dokumenta, na katerem je zaračunan delež opravljenih storitev, ki ga za te osebe krije OZZ. Če je oseba neredni plačnik prispevkov in zanjo deleža opravljenih storitev za OZZ ni mogoče obračunati, se podatek ne navede. |
| Šifra države nosilca zavarovanja | Šifra države, v kateri ima zavarovana oseba urejeno zavarovanje oziroma šifra države tujega nosilca zavarovanja (šifrant 6). Obvezen vnos za vse zavarovane osebe. Podatek se pridobi iz on-line sistema.  V primeru obračuna pavšala, glavarine itd. (struktura »PGO«) se vpiše šifra za Slovenijo (705). Izjema je obračun helikopterskega reševalnega prevoza za tujo zavarovano osebo (513 154), obračun obravnave gluhe tuje zavarovane osebe (701 812) in obračun preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki za tujo zavarovano osebo (703 801), kjer se navaja šifra države tujega nosilca zavarovanja. |
| Izredno fakturiranje | Podatek se navaja samo, če gre za izredno fakturiranje dragega zdravila, izdanega v lekarni na recept, pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja. Podlaga za izredno fakturiranje je izredno visoka cena storitve (npr. na podlagi dogovora izredni zahtevek za zdravilo, izdanega v lekarni na recept , katerega nabavna vrednost je enaka ali presega 900 EUR).  Vrednost podatka je 1 (v pomenu »da, gre za izredno fakturiranje«). |
| Popravek | Podatek se navaja samo na dokumentih, ki so posledica izvedenih Zavodovih nadzorov (vrsta dokumenta 2,5,8,11,16), na dokumentih s strukturo MP (vrsta dokumenta 2,3,5,6,8,9,11,12), ki so posledica spremembe cene z veljavnostjo za nazaj ter na dobropisih (vrsta dokumenta 2,8,11), ki so posledica delno zavrnjenih računov / zahtevkov za plačilo.  Vrednost podatka je:  1 - v primeru, da gre za popravek po nadzoru ali  2 - v primeru, da gre za spremembo cene z veljavnostjo za nazaj ali  3 - v primeru, da gre za popravek po delni zavrnitvi računa / zahtevka za plačilo.  V ostalih primerih se podatek ne navaja. |
| Evidenčni dokument | Podatek se navaja v primeru evidenčnega obračuna, ki se izstavlja za razloge obravnav 2 (poškodba izven dela), 3 (poklicna bolezen), 4 (poškodba pri delu) ali 5 (poškodba po tretji osebi izven dela). Velja za nujno medicinsko pomoč (podvrste 338 016 – 338 024) in za storitve izven rednega delovnega časa v zobozdravstveni dejavnosti (438 115). V ostalih podvrstah zdravstvenih dejavnosti se podatek ne navaja.  Vrednost podatka je 1 – v pomenu »da, gre za evidenčni dokument«. |
| Določba o zavezanosti plačila DDV | Klavzula o zavezanosti plačila DDV. Izpolni izvajalec, ki ni davčni zavezanec; npr. »Nisem zavezanec po 94. členu zakona...« |
| Datum plačila akontacije | Vnos datuma plačila akontacije. Podatek se navaja na vrsti dokumenta 15 (poročilo).  Izvajalec navede prvi delovni dan v naslednjem obračunskem obdobju, od ponedeljka do petka, upoštevaje praznike. Npr. navede se datum »1.3.2012«, če gre za obračun od 1.2.2012 – 28.2.2012. |
| Skupna vrednost dokumenta | Skupna vrednost dokumenta je seštevek obračunanih vrednosti OZZ (»obračunanih vrednosti storitev«).  Na strukturi »AOR« je skupna vrednost dokumenta seštevek »priznane vrednosti zdravila« in »vrednosti storitev«.  Na strukturi »MP« je skupna vrednost dokumenta seštevek »obračunane vrednosti MP«, »obračunane vrednosti izposoje MP«, »obračunane vrednosti pavšala pri prvi izposoji« in »obračunane vrednosti vzdrževanja/popravila«.  V primeru kritja razlike do polne vrednosti storitev (ali pavšala) za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19) predstavlja skupna vrednost dokumenta seštevek vrednosti doplačil. |

#### Podatki o davku

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Stopnja DDV | Vrednost stopnje DDV pri izvajalcih, ki so zavezanci za DDV. |
| Znesek osnove za DDV | Znesek osnove za DDV za posamezno stopnjo DDV je skupna vrednost dokumenta za to stopnjo DDV, zmanjšana za znesek DDV za to stopnjo DDV. |
| Znesek DDV | Znesek DDV za posamezno stopnjo DDV je seštevek zneskov DDV, izračunanih po posameznih storitvah za to stopnjo DDV. |
| Oznaka oprostitve DDV | Oznaka, ali gre za dejavnost, za katero se po zakonu o DDV zahteva plačilo DDV:  1 – da (je oproščena - je dejavnost, ki po zakonu o DDV ne zahteva plačila DDV,  2 - ne (ni oproščena - je dejavnost, ki po zakonu o DDV zahteva plačilo DDV). |
| Izjava o oprostitvi DDV glede na opravljeno dejavnost. | Določba o oprostitvi DDV glede na opravljeno dejavnost. |

## Struktura »PGO«: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu

V to strukturo so vključeni podatki, ki jih izvajalci beležijo:

* pri obračunu vrst oziroma podvrst zdravstvenih dejavnosti, ki se plačujejo v pavšalu ali po glavarini (seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti, v katerih se beleži opravljeno delo po strukturi PGO, je v Tabeli 2 Seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti za strukturo PGO,
* v primeru izstavitve obračunskega računa (storitev E0092),
* pri obračunu storitev iz šifranta 15.3 (storitve PGO),
* pri obračunu storitev K0108 in K0113 iz šifranta 15.20.

Izjeme so naslednji primeri:

* Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah: oznaka »da« v tretjem stolpcu tabele 2 (MedZZ) pomeni, da lahko storitve v teh podvrstah zdravstvenih dejavnosti uveljavljajo tudi tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (poglavja 12.1, 12.2 in 12.3). Za te osebe izvajalec posreduje individualni dokument (račun) po zavarovani osebi po eni od ustreznih struktur (»Obravnava«, »SBD obravnava«) in skladno s seznamom storitev in ceno, ki velja za določeno podvrsto zdravstvene dejavnosti.
* Za primere nujne medicinske pomoči (podvrste 338 016 – 338 024) in storitev izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (podvrsta 438 115) izvajalci za razloge obravnav 2 (poškodba izven dela), 3 (poklicna bolezen), 4 (poškodba pri delu) ali 5 (poškodba po tretji osebi izven dela) zabeležijo in sporočijo Zavodu podatke po zavarovani osebi (struktura »Obravnava«). Za te razloge obravnave izvajalci izstavijo evidenčni dokument.
* Za helikopterske reševalne prevoze (podvrsta 513 154) in za obravnavo gluhe zavarovane osebe (podvrsta 701 812) izvajalec vedno izstavi ločen dokument za eno osebo (vrsta dokumenta 1 oz. 4) po strukturi PGO (velja tako za osebe, ki imajo urejeno zavarovanje v Sloveniji kot za tuje zavarovane osebe).

Tabela 2: Seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti za strukturo PGO

| **Naziv podvrste zdravstvene dejavnosti** | **Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti** | **MedZZ** |
| --- | --- | --- |
| Načrtovani obseg v bolnišnični dejavnosti (za šifro storitev E0264) | 101 300 | ne |
| Draga bolnišnična zdravila – kalo | podvrsta 301 na Q86.100 ter podvrste na Q86.220: 201 203, 202 204, 203 206, 206 209, 207 213, 208 214, 209 215, 210 219, 212 221, 217 226, 218 227, 219 228, 220 229, 222 231, 223 232, 225 234, 227 237, 228 238, 229 239, 232 249, 234 251, 235 252, 237 254, 239 257, 242 116, 249 216, 249 265. | ne |
| Program zavoda za zdravstveno varstvo | 246 806 | ne |
| Program terciarne ravni Inštituta za varovanje zdravja | 246 807 | ne |
| Fabryjeva bolezen | 249 218 | da |
| Obsojenci in priporniki – psihiatrija | 230 243 | ne |
| Medicina dela – pavšal (storitev E0010) | 301 258 | ne |
| Splošna ambulanta: referenčna ambulanta (storitve E0279, K0108 in K0113) | 302 001 | ne |
| Splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer – kurativa, dispanzer za ženske: glavarina (storitev E0012) | 302 001, 327 009, 306 007 | ne |
| Centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog | 302 003 | da |
| Obsojenci in priporniki – splošna ambulanta | 302 005 | ne |
| Obsojenci in priporniki – zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog | 302 006 | ne |
| Turistična ambulanta | 302 036 | da |
| Obsojenci in priporniki – dispanzer za ženske | 306 008 | ne |
| Razvojna ambulanta | 327 014 | da |
| Obsojenci in priporniki – dispanzer za otroke in šolarje | 327 015 | ne |
| Nujna medicinska pomoč | 338 016, 338 017, 338 018, 338 019, 338 020, 338 021, 338 022, 338 023, 338 024 | da |
| Zdravstvena vzgoja, vključno z zdravstveno-vzgojnimi delavnicami za odraslo populacijo in šolo za starše | 346 025 | da |
| Preventivni programi | 346 026 | ne |
| Pedontologija – pavšal | 402 111 | da |
| Zobozdravstvena oskrba varovancev s posebnimi potrebami | 404 107 | da |
| Obsojenci in priporniki – zobozdravnik za odrasle | 404 108 | ne |
| Obsojenci in priporniki – zobozdravnik za mladino | 404 109 | ne |
| Storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v zobozdravstvu) | 438 115 | da |
| Zobozdravstvena vzgoja | 446 125 | da |
| Izvajanje programa DORA – pavšal | 511 031 | ne |
| Nujni reševalni prevoz | 513 152 | da |
| Helikopterski reševalni prevoz | 513 154 | da\* |
| Medicinska oskrba (SOUS) | 644 409 | ne |
| Posebne pravice iz OZZ | 701 550, 701 551, 701 552, 701 553, 701 554, 701 555, 701 556, 701 557, 701 558 | ne |
| Sredstva za učne ustanove | 701 808 | ne |
| Pripravniki in sekundariji | 701 809 | ne |
| Specializanti | 701 810 | ne |
| Obravnava gluhe zavarovane osebe | 701 812 | da\* |
| Preskrba s krvjo in krvnimi pripravki | 703 801 | da\* |
| Distribucija cepiv - IVZ | 705 813 | ne |
| Zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog | 743 603 | ne |
| Preparati za fluorizacijo zob | 743 604 | ne |
| Paranteralna prehrana | 743 606 | da |
| Storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v lekarniški dejavnosti) | 743 615 | da |

\*Opomba: Helikopterski reševalni prevoz (podvrsta 513 154), storitve obravnave gluhe zavarovane osebe (podvrsta 701 812) in preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki (podvrsta 703 801), ki so v tabeli označene z oznako »da\*«, izvajalec obračuna po strukturi PGO. Ostale podvrste zdravstvenih dejavnosti, ki so v tabeli označene z oznako »da«, pa izvajalec obračuna po strukturi Obravnava ali SBD obravnava. Vrste dokumentov, ki jih pri tem izstavi, so 4,5,6 (individualni račun / dobropis / bremepis za MedZZ).

Ločena kalkulacija za šolo za starše (podvrsta 346 025) se uporablja le v primeru izločitve tega programa iz zdravstvene vzgoje, ko ta program izvaja drug izvajalec v Izpostavi.

Če je izvajalec v pogodbi dogovoril z Zavodom program pedontologije v pavšalu, potem za ta del programa beleži nabor podatkov, naveden v tem poglavju.

Pavšal za zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov se deli na OZZ in doplačilo skladno z določili Dogovora.

### Podatki o obravnavi PGO

| Podatek | Opis, pravila za navajanje podatka |
| --- | --- |
| Identifikator obravnave pri izvajalcu | Interna številka obravnave, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Razlog obravnave | Podatek opredeli izvajalec najkasneje po končani obravnavi. Vrednosti so določene v šifrantu 10.1.  Podatek se navaja pri helikopterskih reševalnih prevozih (513 154) in storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812).  V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede. |
| Registrska številka za razloga obravnav 3 in 4 | Rregistrska številka tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravilnega podatka, vpiše z ročnim vnosom registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. obrazec Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede.  Podatek se navaja pri helikopterskih reševalnih prevozih (513 154) in pri storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812).  V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede. |
| Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnav 3, 4 in 5 | Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave:   * poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, * poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, * poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe.   Podatek se prepiše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede.  Podatek se navaja pri helikopterskih reševalnih prevozih (513 154) in pri storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812).  V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede. |
| Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela | Podatek se ne navaja. |

### Podatki o storitvi

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. |
| Datum opravljene storitve | Navede se:   * za podvrsto zdravstvene dejavnosti 346 025: datum prve opravljene zdravstveno-vzgojne delavnice/šole za starše, * za podvrsto zdravstvene dejavnosti 703 801: datum izdaje zdravila/krvnega pripravka (izvajalec vsakič navaja nov sklop »Podatki o zdravstveni storitvi«, ne glede na isti datum) * za podvrsto zdravstvene dejavnosti 513 154: datum opravljenega helikopterskega prevoza * za podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 812: datum obravnave gluhe zavarovane osebe.   V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede. |
| Šifra storitve | Šifra zdravstvene storitve (pavšal, glavarina, zdravstveno-vzgojna delavnica, šola za starše, preventivni program, enkratna dodatna sredstva, pripravniki in sekundariji, nujni reševalni prevoz, obračunski račun, zdravila iz krvi in krvnih pripravkov, tip helikopterja, gel za fluorizacijo, lekarniška storitev, zdravilo itd.).  Vsebina podatka je odvisna od vrste oziroma podvrste zdravstvene dejavnosti. Seznami dovoljenih zdravstvenih storitev za obračun Zavodu so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnostih navedeni v šifrantu 15.  LZM-ja (šifrant 15.28) izvajalec v vrstah oziroma podvrstah zdravstvenih dejavnosti z naborom podatkov PGO ne more zaračunati Zavodu. Izjema so:   * lekarne, ki kot LZM zaračunajo material, uporabljen pri pripravi metadona v obliki solucije (podvrsta 743 603), * IVZ, ki kot LZM zaračuna testerje in sredstva za čiščenje pred kolonoskopijo (podvrsta 346 026). |
| Število storitev | Navede se:   * pri zdravilih iz krvi in krvnih pripravkov (703 801) število stekleničk, * pri zdravstvenem letovanju otrok in šolarjev (701 550) se navede število oseb, * pri skupinski obnovitveni rehabilitaciji (701 551 – 701 558) se navede število oseb, * pri nadomestnem zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) se navede število opravljenih lekarniških storitev (npr. število obračunanih šifer 70010 – vročitev zdravila), pri zdravilih (šifrant 15.43) in pri Q0115 se navede vrednost 1, pri Q0116 in Q0117 pa se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), * pri preparatih za fluorizacijo zob (743 604) se navede število opravljenih lekarniških storitev (npr. število obračunanih šifer 70010 – vročitev zdravila), pri zdravilih pa se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), * pri distribuciji cepiv - IVZ (705 813) se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število škatel, število vial), * v primeru evidenčnega obračuna v referenčni ambulanti (storitvi K0108 in K0113) se navede število opravljenih skupinskih zdravstveno vzgojnih aktivnosti oziroma število timskih obravnav, * pri testerjih in sredstvih za čiščenje pred kolonoskopijo (346 026) se navede število kosov.   Pri vseh drugih vrstah zdravstvenih dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se navede vrednost 1. Če izvajalec v enem mesecu izvede npr. dve šoli za starše, obračuna vsako posebej s svojim seznamom zavarovanih oseb. |
| Število enot za eno storitev | Navede se:   * pri helikopterskih reševalnih prevozih (513 154) število minut, * pri zdravstvenem letovanju otrok in šolarjev (701 550) število dni, * pri skupinski obnovitveni rehabilitaciji (701 551 – 701 558) število dni, * pri nadomestnem zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) se pri storitvah navede število točk, pri zdravilih (šifrant 15.43) in pri Q0115 se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), pri Q0116 se navede vrednost 1, pri Q0117 pa se navede vrednost 0,01, * pri preparatih za fluorizacijo zob (743 604) se pri storitvah navede število točk, pri zdravilih pa se navede vrednost 1, * pri nujnih reševalnih prevozih (513 152) se za evidenčno spremljanje kilometrov (E0429) navede število prevoženih kilometrov.   Pri drugih vrstah zdravstvenih dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se navede vrednost 1. |
| Cena za eno enoto storitve | Znesek programa (vrednost pavšala, glavarine, obračunskega računa, cena za zdravstveno – vzgojno delavnico, cena za šolo za starše, cena minute helikopterskega prevoza, cena stekleničke zdravila iz krvi in krvnih pripravkov, cena za dan zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev, cena za dan skupinske obnovitvene rehabilitacije, cena lekarniške točke, nabavna cena originalnega pakiranja zdravila – cena na enoto itd). Navede se cena brez DDV (navede se cena iz cenika, razen nabavne cene originalnega pakiranja zdravila).  Pri evidenčnih storitvah iz šifranta 15 se navede vrednost 0. |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ).  Celotna vrednost storitve (CVS) = število storitev \* število enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitve \* (1+stopnja DDV/100).  V primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) je to vrednost, ki jo izvajalcu sporoči Zavod po izvedenem obračunu zdravstvenih storitev. |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ, oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ (velja za obravnavo gluhe zavarovane osebe, podvrsta 701 812). Odstotek, ki bremeni državni proračun (velja za obsojence in pripornike, podvrste 230 243, 302 005, 302 006, 306 008, 327 015, 404 108, 404 109).  Odstotek doplačila se po posameznih podvrstah zdravstvene dejavnosti opredeli skladno z določili ZZVZZ.  V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) je podatek enak 0. |
| Obračunana vrednost storitve | Vrednost storitve oziroma pavšala ki ga krije Zavod:   * v primeru obračuna obravnave gluhe zavarovane osebe (vrste dokumentov 1-6) in pavšala za pripornike in obsojence (vrste dokumentov 15-16) je obračunana vrednost storitve za OZZ:   OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1 + stopnja DDV/100) \* (1 - odstotek doplačila / 100).   * V primeru kritja razlike do polne vrednosti storitve za obravnavo gluhe zavarovane osebe (vrste dokumentov 7-12) ter pavšala za pripornike in obsojence (vrste dokumentov 10-12) je obračunana vrednost storitve za PZZ:   OVS za PZZ = celotna vrednost storitve – OVS za OZZ.  V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) je obračunana vrednost storitve enaka celotni vrednosti storitve. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |

#### Seznam oseb

Navede se poimenski seznam oseb:

* ki so se udeležile prvega srečanja posamezne evidentirane zdravstveno-vzgojne delavnice za odraslo populacijo (346 025, razen za storitev E0238 Krajša delavnica »test hoje enkrat«),
* ki so se udeležile prvega srečanja vsake opravljene šole za starše (v primeru obračuna storitve E0254 na podvrsti 346 025),
* ki so se udeležile programa razvojne ambulante (327 014), če je oseba obiskala razvojno ambulanto večkrat v obračunskem obdobju (mesecu), se na seznamu navede samo enkrat,
* za vsako izdajo zdravila pri preskrbi s krvjo in krvnimi pripravki (703 801); navede se oseba, ki je prejela zdravilo. Če zavarovana oseba prejme dve različni zdravili (v tem primeru se obračuna dve šifri storitve iz šifranta 15.4), se minimalni nabor podatkov o zavarovani osebi navede pri obeh zdravilih, to pomeni pri obračunu vsake šifre storitve posebej
* ki so v obračunskem obdobju (mesecu) prejele paranteralno prehrano (743 606),
* za vsako opravljeno storitev obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812),
* ki so se udeležile skupinske obnovitvene rehabilitacije ali zdravstvenega letovanja.

Na seznam se vključijo vse zavarovane osebe po kriterijih v prejšnjem odstavku: tako osebe, ki so vključene v OZZ, kot tuje zavarovane osebe.

Za posamezno zavarovano osebo izvajalec navede naslednji nabor podatkov:

* šifra načina pridobivanja podatkov,
* ZZZS številka zavarovane osebe oz. ZZZS-TZO številka tuje zavarovane osebe,
* identifikator odgovora preverjanja OZZ oz. MedZZ.

Pri obračunu preskrbe s krvjo in krvnimi pripravki (703 801) izvajalec za posamezno zavarovano osebo navede minimalni nabor podatkov:

* priimek in ime,
* datum rojstva,
* spol,
* stalni in začasni naslov, če začasni naslov obstaja.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Šifra načina pridobivanja podatkov | Šifra o načinu pridobivanja podatkov o zavarovani osebi, ki pove, ali so bili podatki OZZ pridobljeni s pomočjo on-line sistema ali ne. Uporablja se šifrant 18. |
| ZZZS številka zavarovane osebe | ZZZS številka osebe. |
| Identifikator odgovora preverjanja OZZ | Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti OZZ prejme izvajalec iz on-line sistema. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). |
| Identifikator odgovora preverjanja MedZZ | Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti mednarodnega zavarovanja prejme izvajalec iz on-line sistema. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). |
| Priimek in ime | Priimek in ime zavarovane osebe |
| Datum rojstva | Datum rojstva zavarovane osebe |
| Spol | Spol zavarovane osebe |
| Stalni naslov | Stalni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države |
| Začasni naslov | Začasni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države |

### Podatki o ostanku dragih bolnišničnih zdravilih (kalo)

Podatke o ostanku posameznega dragega bolnišničnega zdravila (kalo) iz Seznama bolnišničnih zdravil z oznako B (in z nabavno vrednostjo večjo od 0) poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih podvrstah bolnišnične in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, pri katerih je opredeljena šifra storitve E0408 iz šifranta 15.3.

#### Podatki o ostanku dragih bolnišničnih zdravil (kalo)

| Podatek | Opis, pravila za navajanje podatka |
| --- | --- |
| Identifikator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Šifra storitve | Šifra opravljene storitve za ostanek zdravila (kalo) iz šifranta 15.3. |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (zdravila) je enaka obračunani vrednosti storitve (OVS za OZZ). CVS se izračuna po naslednji formuli:  CVS = (∑(Količina zavrženega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«)). |
| Odstotek doplačila | Odstotek doplačila je enak 0. |
| Obračunana vrednost storitve | Obračunana vrednost storitve (OVS) je vrednost storitve, ki jo krije Zavod. V spodnjo formulo se vnese podatke iz sklopa Podatki o ostanku posameznega dragega bolnišničnega zdravila glede na nacionalno šifro zdravila.  OVS se izračuna po naslednji formuli:  OVS za OZZ = (∑(Količina zavrženega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«)) \* (1 - odstotek doplačila / 100). |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oz. zdravilo. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |
| Datum zavrženja zdravila | Datum zavrženja zdravila. |

Podatki o ostanku posameznega dragega bolnišničnega zdravila (kalo)

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Nacionalna šifra zdravila | Navede se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra izdanega zdravila glede na predpis. Poroča se samo tiste šifre, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 18 ali 19. |
| Količina zavrženega zdravila | Količina zavrženega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje.  Pri teh zdravilih so običajno enote ampule ali viale. Število enot za apliciranje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ.  Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno. |
| Nabavna cena zdravila | Navede se nabavno ceno na debelo z vsemi popusti za originalno pakiranje zdravila z DDV, ki jo je plačal izvajalec. |
| Datum nabave zdravila | Navede se datum, ko je izvajalec nabavil zdravilo. |

## Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe

Struktura se uporablja za pošiljanje podatkov o opravljenih storitvah zavarovani osebi ali za opravljen oziroma izdan LZM ali DBZ zavarovani osebi. Velja za naslednje vrste zdravstvene dejavnosti (razen v tistih podvrstah zdravstvene dejavnosti, ki so navedene v Tabeli 2):

* v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210),
* v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230),
* v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220),
* v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100) za DBZ (šifra storitve E0278),
* v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909),
* v dejavnosti aplikacije MP (G47.740),
* pri zdraviliškem zdravljenju (Q86.100 in Q86.220),
* v nastanitvenih ustanovah za bolniško nego in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q87.100 in Q88.109) ter
* v tistih dejavnostih, ki so kot izjeme navedene v strukturi »PGO«.

V primeru obračuna DBZ izvajalec posreduje podatke o obravnavi (14.4), podatke o zavarovani osebi (14.4.1, 14.4.2) in podatke o DBZ (14.4.5). To velja tako v primeru obračuna DBZ v bolnišnični zdravstveni dejavnosti dejavnosti kot tudi v primeru obračuna DBZ v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Podatki o osebi | Opis v poglavju 14.4.1 |
| Identifikator obravnave pri izvajalcu | Interna številka obravnave, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.  V primeru obračuna zdraviliškega zdravljenja, ki se ni v celoti zaključilo v prejšnjem obračunskem obdobju (velja za podvrste 104 501, 104 502, 204 503), se navede ista številka obravnave kot pri prvem obračunu.  V primeru naknadnega obračuna storitev, ki so bile opravljene v okviru že obračunane obravnave, se navede številka obračunane obravnave.  V primeru kasnejšega obračuna LZM (izvajalec npr. čaka na izvid preiskave) se pri obračunu LZM navede ista številka obravnave kot pri obračunu zdravstvene storitve. To velja le v primeru, ko je potrebno izstaviti dva dokumenta, ločeno za storitev in za LZM (npr. storitev je bila opravljena v enem obračunskem obdobju, izvid pa je znan v naslednjem obračunskem obdobju). |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Datum začetka obravnave | Pri dnevnih obravnavah (obisk (tudi FTH), prevoz itd.) se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravice iz OZZ.  Pri naknadnem obračunu LZM se navede datum, ko je prispel izvid preiskave.  Pri večdnevnih obravnavah (zdraviliško zdravljenje, zdravstvena nega v ustanovah za oskrbo starejših in invalidnih oseb itd.) se navede datum začetka obravnave.  Pri obračunu DBZ se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdravstvene storitve:  - v bolnišnični zdravstveni dejavnosti se navede datum začetka bolnišnične obravnave,  - v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti pa se navede datum obravnave.  Pri aplikaciji MP (702 651) je to datum prejema posebej izdelanega MP. |
| Datum konca obravnave | Pri dnevnih obravnavah (obisk (tudi FTH), prevoz, aplikacija MP itd.) se navaja datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravice iz OZZ.  Pri naknadnem obračunu LZM se navede datum, ko je prispel izvid preiskave.  Pri dnevnih obravnavah in pri naknadnem obračunu LZM je datum konca obravnave enak datumu začetka obravnave. Izjema je urgentna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (podvste 238 255 – 238 262), v kateri datum konca obravnave ni nujno enak datumu začetka obravnave.  Pri večdnevnih zaključenih obravnavah (zdraviliško zdravljenje, zdravstvena nega v ustanovah za oskrbo starejših in invalidnih oseb itd.) se navaja datum konca obravnave. Če obravnava pri zdraviliškem zdravljenju v obračunskem obdobju ni zaključena, se navede zadnji dan obravnave v obračunskem obdobju.  Pri obračunu DBZ se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdravstvene storitve:  - v bolnišnični zdravstveni dejavnosti se navede datum zaključka bolnišnične obravnave,  - v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti pa se navede datum obravnave. |
| Datum konca predhodne obravnave | Datum konca predhodne obravnave, ki je bil posredovan pri obračunu predhodne obravnave. Podatek se navede za obravnavo, ki se ni v celoti zaključila v prejšnjem obračunskem obdobju:   * + za večdnevno obravnavo pri zdraviliškem zdravljenju (104 501, 104 502, 204 503) se navede datum konca predhodne obravnave,   + pri naknadnem obračunu storitev, ki so bile opravljene v okviru že obračunane obravnave, se navede datum obiska zavarovane osebe,   + pri naknadnem obračunu LZM se navede datum obiska zavarovane osebe, to je datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev (pregled, odvzem materiala). |
| Status večdnevne obravnave | Navede se, ali je večdnevna obravnava konec obračunskega obdobja zaključena. Označi se:  1 – da, večdnevna obravnava je zaključena,  2 – ne, večdnevna obravnava ni zaključena.  Navede se le pri zdraviliškem zdravljenju (104 501, 104 502, 204 503). |
| Oznaka primera | Oznaka, ali se obravnava šteje kot primer ali ne. Pravila za navajanje podatka so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti opisana v Tabeli 3.  Uporabljajo se vrednosti:  0 – Ne  1 – Da  -1 – Da (za dobropise in popravke poročil).  Če je izpolnjen podatek »datum konca predhodne obravnave« ali  če je storitev evidenčna, se izbere vrednost 0. |
| Doplačilo osebe za namestitev | Podatek se navede samo pri stacionarnem zdraviliškem zdravljenju (vrsti zdravstvene dejavnosti 104 501 in 104 502) in samo v primeru, ko je Status večdnevne obravnave enak 1 (da, večdnevna obravnava je zaključena) Označi se:  1 – da, oseba je doplačala za namestitev,  2 – ne, oseba ni doplačala za namestitev.  Če oseba ni doplačala namestitve za celotno obdobje trajanja stacionarnega zdraviliškega zdravljenja, se vrednost 1 navede le, če je oseba doplačala za polovico ali več dni stacionarnega zdraviliškega zdravljenja (npr. če je bila oseba v zdravilišču 14 dni, se vrednost 1 navede, če je doplačala za vsaj 7 dni bivanja v zdravilišču). |
| Razlog obravnave | Podatek opredeli izvajalec skladno s šifrantom 10.1. |
| Registrska številka za razloga obravnav 3 in 4 | Registrska številka tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravilnega podatka, vpiše registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. obrazec Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede. |
| Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnav 2,3,4,5 | Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave:   * poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, * poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, * poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe, * v primeru evidenčnega obračuna nujne medicinske pomoči (338 016 – 338 024) in storitev izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (438 115) se navede datum nastanka poškodbe tudi v primeru razloga obravnave 2 (poškodba izven dela).   Podatek se prepiše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede. |
| Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela | Podatek se ne navaja. |
| IVZ številka zdravstvenega delavca | 5-mestna šifra IVZ iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Če delavec ni vključen v BPIZD, se podatek ne navede. |
| BPI številka izvajalca | 7-mestna šifra izvajalca, sestavljena iz šifer izvajalca oziroma zdravstvene postaje (prvih 5 mest) in lokacije (2 mesti); šifrant 1. |
| Interna oznaka enote izvajalca | Številka, ki jo izvajalec uporablja v lastni dokumentaciji. |
| Podatki o storitvi | Opis v poglavjih 14.4.3, 14.4.4, 14.4.5. |

### Podatki o zavarovani osebi

Sklop vključuje identifikacijske podatke o zavarovani osebi in podatke o njenem obveznem ali mednarodnem zdravstvenem zavarovanju.

Če je oseba dojenček, star manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ oziroma ene od listin MedZZ, izvajalec navede minimalni nabor podatkov:

* ime in priimek,
* datum rojstva,
* spol,
* stalni in začasni naslov, če začasni naslov obstaja.

V vseh drugih primerih izvajalec navede za vse zavarovane osebe:

* ZZZS številko zavarovane osebe oz. ZZZS-TZO številko tuje zavarovane osebe,
* identifikator odgovora preverjanja OZZ oz. MedZZ in
* šifro načina pridobivanja podatkov.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Šifra načina pridobivanja podatkov | Šifra o načinu pridobivanja podatkov o zavarovani osebi, ki pove, ali so bili podatki OZZ pridobljeni s pomočjo on-line zdravstvenega zavarovanja ali ne. Uporablja se šifrant 18. |
| ZZZS številka zavarovane osebe | ZZZS številka osebe. Obvezen vnos podatka za vse osebe, ki so vključene v OZZ, razen če:   * gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje, zavarovana oseba pa nima KZZ ali Potrdila KZZ in on-line sistem ne deluje * gre za dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ * ZZZS-TZO številka tuje zavarovane osebe, ki uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare. |
| Identifikator odgovora preverjanja OZZ | Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti OZZ prejme izvajalec v povratni informaciji iz Zavoda. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). V primeru naknadnega obračuna LZM ali storitve izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je prejel na podlagi preverjanja veljavnosti OZZ ob obisku zavarovane osebe. |
| Identifikator odgovora preverjanja MedZZ | Vnese se številko odgovora zapisa oz. branja podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). V primeru naknadnega obračuna LZM ali storitve izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je prejel na podlagi preverjanja veljavnosti MedZZ ob obisku zavarovane osebe. |
| Priimek in ime | Priimek in ime zavarovane osebe |
| Datum rojstva | Datum rojstva zavarovane osebe |
| Spol | Spol zavarovane osebe |
| Stalni naslov | Stalni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države.  Podatek se pridobi iz uradnega indentifikacijskega dokumenta ali ustno od zavarovane osebe. |
| Začasni naslov | Začasni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države.  Podatek se pridobi iz uradnega indentifikacijskega dokumenta ali ustno od zavarovane osebe. |

### Podatki o staršu oziroma skrbniku

V primeru dojenčkov, ki so stari manj kot 60 dni in niso vključeni v OZZ (nimajo KZZ ali Potrdila KZZ), oziroma nimajo ene od listin MedZZ, se v ta sklop podatkov navedejo podatki starša oziroma skrbnika. V vseh ostalih primerih se ta sklop podatkov ne navaja.

Za podatke o staršu oziroma skrbniku veljajo enaka pravila kot za podatke o osebi (poglavje 14.4.1).

### Podatki o storitvi

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifkator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Vsebina obravnave | Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12. |
| Šifra storitve | Šifra opravljene storitve oziroma opravljenega ali izdanega LZM.  Seznami storitev, LZM so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti navedeni v Šifrantih za obračun Zavodu (priloga 1).  Pri aplikaciji pripomočka se navaja šifra storitve aplikacije MP iz šifranta 15.32, ki je enaka šifri vrste MP, za katero se storitev obračunava. |
| Število storitev | Število opravljenih zdravstvenih storitev oziroma opravljenega ali izdanega LZM, npr.:   * število zalivk na 1 ploskvi – to pomeni število obračunanih storitev s šifro 52320, * število nenujnih reševalnih prevozov – navede se vrednost 1 (vedno se obračuna 1 prevoz), * število fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov s standardno kovino v zobozdravstvu – število obračunanih fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov (šifra Q0001), * število diapozitivov – število obračunanih diapozitivov (šifra Q0002) * pri zdravilih, ki so ločeno zaračunljivi material, se navede vrednost 1. |
| Število enot za eno storitev | Število točk, količnikov itd. za eno opravljeno zdravstveno storitev. Navede se končno število enot (točk, količnikov, gramov, mililitrov, kosov itd.) za eno storitev; to pomeni vključno s:   * povečano zahtevnostjo obravnave v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih in dispanzerjih za ženske, * 30% povečanjem števila točk zobozdravstvenih storitev za duševno prizadete osebe, * 30% povečanjem števila točk v dejavnosti nege na domu in v patronažni dejavnosti, če so bile storitve opravljene v nedeljo ali na praznik, * startnino pri reševalnem prevozu, * drugi primeri, opredeljeni v vsakoletnih Dogovorih ali Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, na podlagi katerih lahko izvajalec zaračuna drugačno število enot, kot jih določajo seznami storitev.   Pri aplikaciji MP se navede število aplikativnih točk opredeljenih glede na vrsto MP (šifrant 15.32). |
| Cena za eno enoto storitve | Cena za točko, količnik oziroma cena za gram, kos, preiskavo, test, ampulo itd.  Cena aplikativne točke je enaka ceni točke v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti – rehabilitacija (podvrsta 204 205).  Pri količniških storitvah v glavarinskih dejavnostih (podvrste 302 001, 306 007, 327 009) je cena za eno enoto storitve enaka nizki ceni količnika iz storitev.  Pri količnikih storitvah v neglavarinskih dejavnostih pa je cena za eno enoto storitve enaka ceni za visoki K iz obiskov:   * splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu (podvrsta 302 002), * otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih (podvrsta 327 013), * v dejavnosti NMP (podvrste 338 016 – 338 024) za razloge obravnav 2, 3, 4 in 5 in za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), * turistična ambulanta (podvrsta 302 036) za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), * otroški in šolski dispanzer preventiva (podvrsta 327 011).   Pri evidenčnih storitvah se navede vrednost 0.  Pri storitvah izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (438 115) se za razloge obravnav 2, 3, 4 in 5 navede vrednost točke v rednem programu.  Za tuje zavarovane osebe se pri dejavnostih, ki se plačujejo v pavšalu (Tabela 2 v poglavju 14.3.), navede vrednost točke, količnika oziroma cena, ki je za te osebe določena na posamezni podvrsti zdravstvene dejavnosti.  V primeru naknadnega obračuna LZM se navede cena, ki velja na dan prejema izvida preiskave.  Navede se cena brez DDV (cena iz cenika). |
| Cena za visoki K iz obiskov | Cena za visoki količnik (K) iz obiskov.  Podatek se navede pri vseh količniških storitvah v naslednjih podvrstah dejavnosti:   * glavarinskih dejavnostih (podvrste 302 001, 306 007, 327 009), * splošni ambulanti v socialnovarstvenem zavodu (podvrsta 302 002), * otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih (podvrsta 327 013), * v dejavnosti NMP (podvrste 338 016 – 338 024) za razloge obravnav 2, 3, 4 in 5 in za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), * turistična ambulanta (podvrsta 302 036) za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), * otroški in šolski dispanzer preventiva (podvrsta 327 011).   Navede se cena brez DDV (cena iz cenika). |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ).  CVS se izračuna po naslednjih formulah:   * + za količniške storitve v glavarinskih dejavnostih za tuje zavarovane osebe:   CVS = št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za visoki K iz obiskov \* (1+stopnja DDV/100).   * v vseh ostalih primerih:  CVS = št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1+stopnja DDV/100). |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ, oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ, oziroma državni proračun. |
| Obračunana vrednost storitve | Obračunana vrednost storitve (OVS) je vrednost storitve, ki jo krije Zavod.  OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli:   * za količniške storitve v glavarinskih dejavnostih:   za slovenske zavarovane osebe: OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1+stopnja DDV/100)) – (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za visoki K iz obiskov \* (1+stopnja DDV/100)) \* (odstotek doplačila / 100),  za tuje zavarovane osebe: OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za visoki K iz obiskov \* (1+stopnja DDV/100)) \* (1 – odstotek doplačila / 100),   * v vseh ostalih primerih: OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1+stopnja DDV/100) \* (1 – odstotek doplačila / 100).   OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli:  OVS za PZZ = CVS – OVS za OZZ. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oziroma LZM. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev po šifrantu 8.  Podatek ne vpliva na obračun Zavodu oziroma izračun vrednosti storitve, ampak se uporablja za potrebe nadzora, ki ga Zavod izvaja na podlagi pogodb z zavarovalnicami za prostovoljno zavarovanje.  Podatek se navede tudi v primeru, če se storitev v celoti (100%) financira iz OZZ.  V primeru šifre 06 (ZZZS – proračun RS) se podatek navede, če se pridobi skozi on-line sistem.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |

#### Podatki o zobozdravstvenih storitvah

Podatke o zobozdravstvenih storitvah izvajalec navede v zobozdravstveni dejavnosti Q86.230. Pravila za navajanje posameznega podatka so po posameznih zobozdravstvenih storitvah opredeljena v šifrantu 15.39 in v šifrantih K.16 – K.24.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Lokacija zoba | Navede se lokacija zoba v čeljusti skladno z odontografskim označevanjem zob po FDI (Fédération Dentaire Internationale - tabela spodaj). Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantih K.18 ali K.19.  Stalno zobovje:  Mlečno zobovje:    Desno    Levo    zgoraj    18    17    16    15    14    13    12    11    21    22    23    24    25    26    27    28    spodaj    48    47    46    45    44    43    42    41    31    32    33    34    35    36    37    38        desno    Levo    zgoraj    55    54    53    52    51    61    62    63    64    65    spodaj    85    84    83    82    81    71    72    73    74    75 |
| Lokacija ploskve | Navede se lokacija ploskve na zobu: M, O, D, B, Li, La, I, P. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.19. |
| Lokacija čeljusti | Šifra lokacije čeljusti po šifrantu 32.  Oznaka, ali je bila zobozdravstvena storitev opravljena na zgornji čeljusti, na spodnji čeljusti ali na obeh. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.20. |
| Lokacija kvadranta | Šifra lokacije kvadranta po šifrantu 33.  Oznaka, na katerem kvadrantu je bila opravljena zobozdravstvena storitev (zgornji desni kvadrant, zgornji levi kvadrant, spodnji levi kvadrant ali spodnji desni kvadrant). Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.21. |
| Vrsta ortodontskega aparata | Šifra vrste ortodontskega aparata po šifrantu 30.  Oznaka vrste ortodontskega aparata, ki je bil oz. bo izdelan. Podatek se izpolni v podvrsti ortodontija (401 110) v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.23. |
| Fasetiran mostiček | Šifra po šifrantu 31.  Oznaka, ali je opravljena zobozdravstvena storitev sestavni del fasetiranega mostička ali ne.  Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.22. |
| Številka predloga zobnoprotetičnerehabilitacije | Navede se originalna številka predloga zobnoprotetične rehabilitacije. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K 17. |
| IVZ številka laboratorija – izdelovalca zobnoprotetičnega nadomestka | 5-mestna šifra laboratorija, ki je izdelal (dokončal) zobnoprotetični nadomestek; po šifrantu 1. Podatek se prepiše iz delovnega naloga za zobnoprotetične storitve. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.24. |
| IVZ številka zdravstvenega delavca – izdelovalca zobnoprotetičnega nadomestka | 5-mestna šifra zdravstvenega delavca, ki je izdelal zobnoprotetični nadomestek (dokončal oziroma opravil dominantno storitev); po šifrantu 3. Podatek se prepiše iz delovnega naloga za zobnoprotetične storitve. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.24. |
| Šifra države EU | Če zobnoprotetični nadomestek ni izdelan v Sloveniji, ampak v eni od držav Evropske unije, se vpiše šifra te države. V tem primeru se podatka »IVZ številka laboratorija« in »IVZ številka zdravstvenega delavca – izdelovalca zobnoprotetičnega nadomestka« ne navedeta. |

### Podatki o storitvah CT/MR

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalci beležijo pri obračunu računalniške tomografije (CT) in magnetne resonance (MR).

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Vsebina obravnave | Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12. |
| Šifra storitve | Šifra opravljene zdravstvene storitve - radiološke preiskave po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35). |
| Število storitev | Število opravljenih zdravstvenih storitev - radioloških preiskav. |
| Število enot za eno storitev | Število enot za eno opravljeno zdravstveno storitev – radiološko preiskavo po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35). Navede se vrednost 1. |
| Cena za eno enoto storitve | Cena za eno enoto zdravstvene storitve – radiološke preiskave.  Navede se cena brez DDV (cena iz cenika). |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ).  CVS se izračuna po naslednji formuli:  CVS = št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitve \* (1+stopnja DDV/100). |
| Odstotek doplačila | Odstotek, ki bremeni PZZ oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ, oziroma državni proračun. |
| Obračunana vrednost storitve | Obračunana vrednost storitve (OVS) je vrednost storitve, ki jo krije Zavod.  OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli:  OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitve \* (1+stopnja DDV/100)) \* (1 – odstotek doplačila / 100).  OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli:  OVS za PZZ = CVS – OVS za OZZ |
| Stopnja DDV | Prikaže se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev po šifrantu 8.  Podatek ne vpliva na obračun Zavodu oziroma izračun vrednosti storitve, ampak se uporablja za potrebe nadzora, ki ga Zavod izvaja na podlagi pogodb z zavarovalnicami za prostovoljno zavarovanje.  Podatek se navede tudi v primeru, če se storitev v celoti (100%) financira iz OZZ.  V primeru šifre 06 (ZZZS – proračun RS) se podatek navede, če se pridobi skozi on-line sistem.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |

Če je bila ob CT/MR preiskavi zahtevana tudi dodatna primerjava preiskave s predhodnimi slikanji, izvajalec obračuna opravljeno CT/MR preiskavo in evidentira opravljeno CT/MR primerjavo preiskave (CT90001/MR90001). Za CT/MR preiskavo obvezno navede podrobne podatke o radiološki preiskavi, za CT/MR primerjavo preiskave pa teh podatkov ne navaja.

Podatki o opravljeni radiološki preiskavi:

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| **Radiološki podatki preiskave** | |
| Unikatna številka preiskave iz čakalne knjige | Unikatna številka preiskave iz čakalne knjige |
| Šifra naročene radiološke preiskave. | Šifra naročene radiološke preiskave, kot jo je na napotnici opredelil zdravnik, ki je osebo napotil na preiskavo; po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35). |
| Razlog za ev. zamenjavo šifre naročene preiskave - aplikacija kontrasta | Podatek se izpolni z vrednostjo 1 v primeru, ko je razlog za zamenjavo naročene preiskave aplikacija kontrasta. |
| Drugi razlog za ev. zamenjavo šifre naročene preiskave | Kratek opis razloga za zamenjavo naročene preiskave, ko razlog za zamenjavo ni (le) aplikacija kontrasta.  Izvajalec mora v primeru zamenjave naročene preiskave navesti vsaj enega od razlogov za zamenjavo. |
| Dozimetrija CT | Dozimetrija CT. Podatek se izpolni za opravljeno CT preiskavo  (DLP – dose length product = zmnožek doze in dolžine področja slikanja v enoti mGy cm). |
| **Mnenje radiologa** | |
| Ustreznost izbire stopnje nujnosti | Navede se, ali je bila na napotnici označena ustrezna stopnja nujnosti:  1 – Da,  2 – Ne. |
| Potrditev napotne diagnoze | Navede se, ali je bila napotna diagnoza potrjena:  1 – Da,  2 – Ne. |
| Razrešeno klinično vprašanje | Navede se, ali je bilo razrešeno klinično vprašanje:  1 – Da,  2 – Ne. |
| **Dodatna radiološka preiskava**  Podatke o dodatni radiološki preiskavi – primerjavi preiskave izvajalec navede, če je bila zahtevana primerjava preiskave s predhodnimi slikanji ( npr. kontrolna slikanja pri onkoloških pacientih po kemoterapiji…). | |
| Šifra opravljene dodatne radiološke preiskave | Šifra CT/MR primerjave preiskave (šifra RDP CT90001 ali MR90001). |
| Šifra predhodne radiološke preiskave | Šifra predhodne radiološke preiskave na katero se izvaja primerjava; po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35).  Če se primerjava dela na več predhodnih preiskav, izvajalec navede podatke najkasnejše/zadnje predhodne preiskave. |
| Datum predhodne preiskave | Navede se datum predhodne preiskave. |
| IVZ številka zdravstvenega delavca | 5-mestna šifra zdravstvenega delavca – zdravnika, ki je zahteval primerjavo, iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (šifrant 3). |
| Razlog za primerjavo preiskave | Kratek opis razloga za primerjavo preiskave. |
| **Radiološki podatki o diagnozah – MKB**  Pod prvo zaporedno številko diagnoze izvajalec navede glavno diagnozo. Ostale diagnoze si sledijo po vrstnem redu do vključno četrte diagnoze. | |
| Zaporedna številka diagnoze | Zaporedna številka diagnoze. |
| Šifra MKB | Šifra MKB, uporablja se šifrant MKB-10 (Mednarodna klasifikacija bolezni, deseta revizija).  Podatek se do nadaljnjega ne navaja. |
| **Aplikacija kontrastnega sredstva** | |
| Aplikacija kontrastnega sredstva | Navede se, ali je bilo pri preiskavi aplicirano kontrastno sredstvo:  1 – Da  2 – Ne |
| Delovna šifra zdravila – kontrastnega sredstva | 6-mesta delovna šifra kontrastnega sredstva, uporabljenega (apliciranega bolniku) iz CBZ. Podatek se navede samo v primeru aplikacije kontrastnega sredstva. |
| **Realizirana listina OZZ** | |
| Vrsta listine OZZ | Navede se šifra vrste listine OZZ 1 – Napotnica. |
| Številka listine OZZ | Navede se originalna številka listine OZZ – napotnice. |
| Šifra izvajalca – napotovalca | 5-mestna IVZ številka izvajalca iz baze podatkov o izvajalcih. |
| Vrsta zdravstvene dejavnost izvajalca – napotovalca | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti napotovalca po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti izvajalca – napotovalca | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| IVZ številka zdravstvenega delavca – napotovalca | 5-mestna šifra zdravstvenega delavca – napotovalca iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (šifrant 3). |
| Oznaka predpisovalca napotnice | Navede se oznaka zdravnika, ki je napotnico izdal; po šifrantu 39.1. |
| Oznaka veljavnosti napotnice | Navede se veljavnost izdane napotnice; po šifrantu 39.2. |
| Obdobje veljavnosti napotnice | Navede se število mesecev veljavnosti napotnice. Podatek se obvezno navaja v primeru, ko je veljavnost napotnice 2 – za obdobje N mesecev, sicer se ne navaja. |
| Obseg pooblastil | Navede se obseg pooblastil na napotnici; po šifrantu 39.3. |
| Razlog obravnave na listini | Navede se šifra razloga obravnave na napotnici; po šifrantu 10.2. |
| Oznaka stopnje nujnosti | Navede se oznaka stopnje nujnosti na napotnici; po šifrantu 39.4. |
| Oznaka prednostnih kriterijev | Navede se prednostni kriterij na napotnici; po šifrantu 39.5. |
| Napotna šifra MKB | Šifra MKB, uporablja se šifrant MKB-10 (Mednarodna klasifikacija bolezni, deseta revizija).  Podatek se do nadaljnjega ne navaja. |

### Podatki o dragih bolnišničnih zdravilih iz Seznama bolnišničnih zdravil z oznako B

Ta sklop podatkov za zdravila iz Seznama bolnišničnih zdravil z oznako B (in z nabavno vrednostjo večjo od 0) poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih podvrstah bolnišnične in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, pri katerih je opredeljena šifra storitve E0278 iz šifranta 15.2. Zdravilo se lahko obračuna takrat, ko je obravnava zaključena, torej skupaj s storitvijo, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano, saj zdravilo sodi v sklop zdravstvene storitve.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Vsebina obravnave | Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12. |
| Šifra storitve | Šifra opravljene storitve za aplikacijo zdravila iz šifranta 15.2. |
| Število storitev | Navede se vrednost 1. |
| Število enot za eno storitev | Navede se vrednost 1. |
| Cena za eno enoto storitve | Navede se celotna vrednost storitve (zdravila), to pomeni vrednost OZZ in vrednost doplačil skupaj.  Izračun je naveden v polju Celotna vrednost storitve. |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (zdravila) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ).  CVS se izračuna po naslednji formuli:  CVS = (∑(Količina apliciranega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«)).  V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način:  CVS = (∑(Količina apliciranega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«) / št. dni zdravljenja) \* št. dni z urejenim zavarovanjem. |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ oziroma državni proračun.  Odstotek doplačila za zdravila je enak odstotku doplačila za storitve, pri katerih so bila zdravila aplicirana. |
| Obračunana vrednost storitve | Obračunana vrednost storitve (OVS) je vrednost storitve, ki jo krije iz Zavod.  V spodnji formuli se vnese podatke iz sklopa Podatki o apliciranem dragem bolnišničnem zdravilu (DBZ) glede na nacionalno šifro zdravila.  OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 7-12 izračuna po naslednji formuli:  OVS za OZZ = (∑(Količina apliciranega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«) \* (1 - odstotek doplačila / 100).  OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli:  OVS za PZZ = CVS – OVS za OZZ.  Če tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se obračunana vrednost storitve izračuna na naslednji način:  OVS za OZZ = (∑(Količina apliciranega zdravila \* Nabavna cena zdravila / Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«) / št. dni zdravljenja) \* št. dni z urejenim zavarovanjem \* (1 - odstotek doplačila / 100). |
| Stopnja DDV | Prikaže se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oz. zdravilo. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve po šifrantu 8.  Podatek ne vpliva na obračun Zavodu oziroma izračun vrednosti storitve, ampak se uporablja za potrebe nadzora, ki ga Zavod izvaja na podlagi pogodb z zavarovalnicami za prostovoljno zavarovanje.  Podatek se navede tudi v primeru, če se storitev v celoti (100%) financira iz OZZ.  V primeru šifre 06 (ZZZS – proračun RS) se podatek navede, če se pridobi skozi on-line sistem.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |
| Identifikator nadrejene storitve | Navede se številka glavne (nadrejene) storitve (npr. za šifro SPP), v okviru katere je bila izvedena tudi dopolnilna (podrejena) storitev (npr. aplikacija zdravila). Podatek se navaja samo za dopolnilno (podrejeno) storitev. Navede se interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Šifra strukture povezanega dokumenta | Navede se šifra strukture povezanega dokumenta, na katerem je zaračunana glavna (nadrejena) storitev. Uporablja se šifrant Z1 iz tehničnih navodil. |
| Datum aplikacije zdravila | Datum aplikacije zdravila |
| Lečeča zdravstvena služba z lokacijo | Lečeča zdravstvena služba z lokacijo, kjer je bilo zdravilo aplicirano.  Vnese se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz BPI, YY 2-mestna šifra lokacije iz BPI in ZZZ 3-mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranta 2. Pri poročanju o ostanku zdravila (kalo) se podatka ne navede. |
| IVZ številka zdravstvenega delavca | Navede se 5-mestna šifra IVZ iz baze podatkov o izvajalcih zdravstvenih dejavnosti (BPIZD, šifrant 3). Če delavec ni vključen v BPIZD, se podatek ne navede. |
| Telesna površina zavarovane osebe | Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno površino, se vpiše podatek v m2 na 2 decimalni mesti natančno, sicer je polje prazno. |
| Telesna masa zavarovane osebe | Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno maso, se vpiše podatek v kg na 1 decimalno mesto natančno, sicer je polje prazno. |
| Vrsta obravnave bolnika | Šifra vrste obravnave bolnika iz šifranta 40. |

#### Podatki o apliciranem dragem bolnišničnem zdravilu (DBZ) iz Seznama bolnišničnih zdravil z oznako B

| Podatek | Opis, pravila za navajanje podatka |
| --- | --- |
| Nacionalna šifra zdravila | Polni se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra izdanega zdravila glede na predpis. Poroča se samo tiste šifre, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 18 ali 19. |
| Količina apliciranega zdravila | Količina apliciranega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje.  Pri teh zdravilih so običajno enote ampule ali viale. Število enot za apliciranje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ.  Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno (če ni bila izdana cela enota za apliciranje, npr. ampula, se del enote za apliciranje vpiše kot decimalno število). Če bolnik prejme 1 ampulo, se vpiše 1,0000, če prejme tretjino ampule, se vpiše 0,3333, če prejme 2 in pol ampule, se vpiše 2,5000. |
| Nabavna cena zdravila | Vpiše se nabavno ceno na debelo z vsemi popusti za originalno pakiranje zdravila z DDV, ki jo je plačal izvajalec. |
| Datum nabave zdravila | Navede se datum, ko je izvajalec nabavil zdravilo. |

#### Podatki o MKB

| Podatek | Opis, pravila za navajanje podatka |
| --- | --- |
| Šifra MKB | Šifra MKB, uporablja se šifrant MKB-10 (Mednarodna klasifikacija bolezni, deseta revizija).  Podatek se do nadaljnjega ne navaja. |

## Struktura »SBD obravnava«: podatki o storitvah v bolnišnični dejavnosti

Struktura se uporablja za pošiljanje podatkov o opravljenih storitvah (običajno) hospitalizirani zavarovani osebi. Velja za naslednje vrste zdravstvene dejavnosti:

* v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100, izjema je zdraviliško zdravljenje 104 501 in 104 502, kjer se podatki navajajo po strukturi »Obravnava«),
* v dejavnosti obvezne socialne varnosti (O84.300) pri naslednjih podvrstah zdravstvene dejavnosti: doječe matere (701 308), spremljanje (701 309) in sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku (701 310).

### Podatki o zavarovani osebi

Podatki o zavarovani osebi so definirani v poglavju 14.4.1.

### Podatki o SBD obravnavi

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikator obravnave pri izvajalcu | Interna številka obravnave, ki jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Razlog obravnave | Podatek opredeli izvajalec najkasneje po končani obravnavi. Vrednosti so določene v šifrantu 10.1. |
| Registrska številka za razloga obravnav 3 in 4 | Vnos registrske številke tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravilnega podatka, vpiše z ročnim vnosom registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. obrazec Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede. |
| Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnav 3,4,5 | Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave:   * poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, * poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, * poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe.   Podatek se prepiše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede. |
| Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela | Podatek se ne navaja. |
| Premestitev (neposredna napotitev) iz druge bolnišnice | Vpiše se šifra iz šifranta 38.1. |
| Indikator sprejema | Opredelitev, ali gre za planiran ali neplaniran sprejem v bolnišnico. Vpiše se šifra iz šifranta 38.2. |
| Ponovni sprejem | Ponovni sprejem osebe v bolnišnično obravnavo zaradi iste bolezni, poškodbe ali zastrupitve v isti bolnišnici. Vpiše se šifra iz šifranta 38.3. |
| Datum in ura prihoda v bolnišnico | Datum in ura prihoda zavarovane osebe v bolnišnico. |
| Datum in ura začetka bolnišnične obravnave istega tipa | Datum in ura začetka bolnišnične obravnave istega tipa – sprejema v posteljno enoto določene zdravstvene službe, ki izvaja obravnavo akutnega tipa. |
| Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa | Število vseh epizod v okviru ene bolnišnične obravnave istega tipa. Vpiše se tudi število posameznih dnevnih obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se vpiše število zaključenih epizod istega tipa od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna. |
| Lečeča zdravstvena služba z lokacijo | Oznaka lečeče zdravstvena služba z lokacijo, ki je obravnavala osebo v bolnišnični obravnavi istega tipa zaradi glavne diagnoze. V primeru, da je bila oseba zaradi glavne diagnoze obravnavana v več službah, se vpiše tisto, kjer je bila obravnavane najdlje. Navaja se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz BPI, YY 2-mestna šifra lokacije iz BPI in ZZZ 3 mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranta 2. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se vpiše tisto šifro službe, ki je osebo v obdobju od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna, obravnavala najdlje. |
| Datum in ura zaključka bolnišnične obravnave istega tipa | Datum zaključka bolnišnične obravnave istega tipa. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se v to polje zapiše datum obračuna. |
| Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa | Mesto, kamor je ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa napotena oseba ali smrt osebe. Vpiše se šifra iz šifranta 38.4.  Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2 se v tem polju zapiše vrednost 9. |
| Vrsta napotitve v drugo bolnišnico  (k drugemu izvajalcu) | Vpiše se šifra iz šifranta 38.5.  Podatek se izpolni le, če je v polju 'Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2 ali 4. |
| Šifra druge bolnišnice | Šifra bolnišnice, v katero je oseba napotena ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa. Uporablja se 5-mestne šifre izvajalcev iz IVZ-jeve baze izvajalcev.  Podatek se izpolni le, če je v polju 'Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2 ali 4. |
| Število ur v intenzivni terapiji | Število ur zdravljenja na intenzivnem oddelku ali v intenzivni enoti, ne glede na to, če je bila oseba obravnavana na intenzivnem ali neintenzivnem oddelku. Če je bila oseba zdravljena samo na oddelku ali v enoti za intenzivno terapijo, se vpiše celotno trajanje akutne bolnišnične obravnave. Če je del celotnega zdravljenja osebe potekal v intenzivni enoti, organizirani v sklopu nekega drugega oddelka, se v to polje vpiše število ur tega zdravljenja. Če se oseba ni zdravila v intenzivni enoti, se polje pusti prazno. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna. |
| Teža dojenčka ob sprejemu | Sprejemna teža – samo za osebe v starosti do enega leta (do vključno 364 dni) na začetku bolnišnične obravnave istega tipa. Za ostale osebe se polje ne izpolnjuje.  Navaja se teža v gramih. Za novorojenčka se vpiše teža ob porodu. |
| Ure mehanske ventilacije | Čas od priklopa bolnika na aparat za umetno predihavanje do končnega bolnikovega prehoda na spontano dihanje, izražen v urah. Sicer se polje ne izpolnjuje. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna. |
| Število dni neakutne obravnave | Število dni neakutne obravnave v okviru celotne bolnišnične obravnave, ki jo je izvajala služba, ki praviloma izvaja akutno obravnavo. Če v okviru akutne bolnišnične obravnave ni bila izvajana tudi neakutna obravnava, se polje ne izpolnjuje. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se vpiše število dni od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna. |
| Vrsta bolnišnične obravnave istega tipa | Vpiše se šifra iz šifranta 38.6. |
| Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za bolnišnično obravnavo istega tipa | Če je v polju 'Vrsta bolnišnične obravnave istega tipa' izbrana vrednost 3 – dolgotrajna dnevna obravnava, se vpiše število posameznih dnevnih obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno denvno obravnavo. V drugih primerih se zapiše vrednost 0. |
| Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige (programi s posebno dolgo čakalno dobo) | Uporablja se naslednji šifrant IVZ:  1 – ne, 2 – da,  Polje se polni le, če je poseg, ki je bil opravljen, tudi opredeljen v naboru nacionalnih programov čakalnih knjig (Šifrant prospektivnih zdravstvenih storitev). |
| Program čakalne knjige | Vpiše se 6-mestna šifra preiskave oz. posega iz šifranta Nacionalni čakalni seznam (NaČaS) – zadnja verzija je dostopna na spletni strani IVZ. Polje se polni le, če obravnava sledi vpisu iz čakalne vrste (če je v polju 'Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige' opredeljena vrednost 2). |
| Bolnik ni več zaveden v čakalni knjigi (za enak poseg na istem mestu) | Polje opredeljuje, ali je z izidom obravnave odpravljen vzrok za čakanje osebe v določeni čakalni vrsti. Uporablja se naslednji šifrant IVZ:  1 – ne, 2 – da.  Polje se polni le, če obravnava sledi vpisu iz čakalne vrste (če je v polju 'Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige' opredeljena vrednost 2). |
| Razlog bolnišnične obravnave | Vpiše se šifra iz šifranta 38.7. |
| Številka poroda | Vpiše se številka, ki jo dobi porodnica v porodni sobi. Številke se vpisujejo po vrstnem redu in ne smejo biti izpuščene. Vpiše se le v primeru bolnišnične obravnave istega tipa če je v polju 'Razlog bolnišnične obravnave' izbrana vrednost 4 - porodi oz. 8 – novorojenec (obravnava novorojenčka). |
| Datum in ura odpusta iz bolnišnice | Datum in ura odpusta zavarovane osebe iz bolnišnice. Če je v polju ‘Status obravnave istega tipa’ opredeljena vrednost 2, se v to polje zapiše datum obračuna. |
| Tip bolnišnične obravnave | Tip bolnišnične obravnave definiramo kot skupno značilnost kliničnih aktivnosti, ki jih je bila oseba deležna v času posamezne bolnišnične obravnave. Vpiše se šifra iz šifranta 38.8. |
| Interni bolnišnični identifikator osebe | Interni bolnišnični identifikator osebe. Vpiše se šifro osebe, ki v informacijskem sistemu izvajalca zdravstvene obravnave enolično določa osebo. Dolžina polja: največ 30 znakov. |
| Matična številka sprejema v bolnišnico | Vpiše se številka, ki jo dobi oseba ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) in pod katero je vpisana v Matično knjigo bolnišnice. |
| Status obravnave istega tipa | Status obravnave istega tipa ponazarja ali gre za zaključeno ali nezaključeno obravnavo. Vpiše se šifra iz šifranta 38.9. |
| Zaporedna številka obračuna iste obravnave istega tipa | Zaporedna številka obračuna iste obravnave istega tipa. Vpiše se kumulativno število vseh obračunov obravnav istega tipa v času od prihoda v bolnišnico vključno z aktualnim obračunom, posredovanih na poročilih. |
| Datum predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa | Datum predhodnega (prejšnjega) obračuna iste obravnave istega tipa iz predhodno poslanega poročila. |
| ZZZS številka otroka | ZZZS številka otroka, s katerim je starš ali skrbnik sobival. V primeru dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ, se navede ZZZS številka starša oziroma skrbnika, ki je z otrokom sobival. Podatek se navede le v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja. |
| Matična številka sprejema otroka v bolnišnico | Vpiše se številka, ki jo je otrok dobil ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) in pod katero je vpisan v Matično knjigo bolnišnice. Navede se v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja. |
| Datum rojstva otroka | Datum rojstva otroka. Podatek se navede v primeru dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ. Navede se v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja. |

#### Obračunski podatki bolnišnične obravnave

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Identifikator storitve pri izvajalcu | Interna številka storitve, ki jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2. |
| Oznaka primera | Oznaka, ali se obravnava šteje kot primer ali ne. Pravila za navajanje podatka so po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti opisana v Tabeli 3.Tabela 3. Uporabljajo se vrednosti po šifrantu:  0 – Ne  1 – Da  -1 – Da (za dobropise in popravke poročil).  Če je izbrana storitev evidenčna, se izbere vrednost 0. |
| Vsebina obravnave | Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12. |
| Šifra storitve | Šifra opravljene storitve iz šifranta 15. |
| Število storitev | Število opravljenih zdravstvenih storitev. Navede se vrednost 1. |
| Število enot za storitev | Število dni, uteži za SPP… za eno opravljeno storitev; odvisno od vrste storitve, kot je opredeljeno s šifranti 15. |
| Cena za eno enoto storitve | Cena za eno enoto storitve.  Navede se cena brez DDV (cena iz cenika).  Če je izbrana evidenčna šifra storitve iz šifranta 15 se vpiše vrednost 0. |
| Celotna vrednost storitve | Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ).  Celotna vrednost storitve = št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1+stopnja DDV/100).  V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje hospitalizacije ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način:  Celotna vrednost storitve = ((št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev) / št. dni hospitalizacije) \* št. dni z urejenim zavarovanjem \* (1+stopnja DDV/100). |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ, oziroma državni proračun. |
| Obračunana vrednost storitve | Obračunana vrednost storitve (OVS) je vrednost storitve, ki jo krije Zavod.  OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli:  OVS za OZZ = (št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev \* (1+stopnja DDV/100)) \* (1-odstotek doplačila/100).  OVS za tip zavarovane osebe 18 in 19 se za vrste dokumentov 7 - 12 izračuna po naslednji formuli:  OVS za PZZ = CVS – OVS za OZZ.  V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje hospitalizacije ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se obračunana vrednost storitve izračuna na naslednji način:  Obračunana vrednost storitve = ((št. storitev \* št. enot za eno storitev \* cena za eno enoto storitev) / št. dni hospitalizacije) \* št. dni z urejenim zavarovanjem \* (1+stopnja DDV/100) \* (1-odstotek doplačila/100). |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev po šifrantu 8.  Podatek ne vpliva na obračun Zavodu oziroma izračun vrednosti storitve, ampak se uporablja za potrebe nadzora, ki ga Zavod izvaja na podlagi pogodb z zavarovalnicami za prostovoljno zavarovanje.  Podatek se navede tudi v primeru, če se storitev v celoti (100%) financira iz OZZ.  V primeru šifre 06 (ZZZS – proračun RS) se podatek navede, če se pridobi skozi on-line sistem.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |

#### Podatki o terapevtskih ali diagnostičnih postopkih (0..20)

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Zaporedna št. terapevtskega ali diagnostičnega postopka | Zaporedna številka terapevtskega ali diagnostičnega postopka znotraj bolnišnične obravnave. Uporablja se šifrant 38.11. |
| Šifra terapevtskega ali diagnostičnega postopka | Šifra postopka, opravljenega v bolnišnični obravnavi istega tipa po Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Obvezen je naslednji vrstni red beleženja postopkov:   * postopek, opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja, * postopek, opravljen zaradi zdravljenja dodatnih bolezni ali stanj, * diagnostični postopek, povezan z glavno boleznijo ali stanjem, * diagnostični postopek, povezan z dodatno boleznijo ali stanjem,   Prvi postopek je označen kot glavni postopek. |
| Datum terapevtskega ali diagnostičnega postopka | Datum, ko je bil postopek opravljen. |

#### Podatki o vrsti (prospektivnega) programa

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Šifra vrste (prospektivnega) programa | Podatek se izpolni v primeru obračuna storitve iz šifranta 15.26. Vpiše se šifra po šifrantu Vrste (prospektivnega) programa, šifrant 38.10. |

#### Podatki o oznaki bolezni

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Oznaka bolezni | Podatek se izpolni v primeru obračuna storitve iz šifranta 15.26, ko je bilo, na podlagi glavne diagnoze in operativnega posega, izvedeno tudi kirurško zdravljenje rakave bolezni. V ostalih primerih se podatek ne navede.  Uporablja se naslednji šifrant:  1 – kirurško zdravljenje rakavih bolezni. |

## Struktura »AOR«: podatki za obračun zdravil

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalec beleži pri obračunu zdravil s pozitivne liste (743 601) in z vmesne liste (743 602).

Izjeme: pri obračunu stroškov paranteralne prehrane (743 606), storitev izven rednega delovnega časa (743 615), zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) in preparatov za fluorizacijo zob (743 604) se navede struktura »PGO«.

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| Zavodova evidenčna številka recepta | Evidenčna številka recepta, ki jo lekarni vrača on-line sistem ob on-line zapisu podatkov o izdaji zdravila. |
| Priznana vrednost zdravila | Je enaka nabavni ceni zdravila v odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila in status zavarovane osebe, razen v primerih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, katerih cena presega najvišjo priznano vrednost (NPV) in kjer je razlog izdaje zdravila, ki presega NPV, različen od 1, 2, 4 ali 5; v tem primeru je vrednost zdravila enaka NPV z dodanim DDV v odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila in status zavarovane osebe.  Za peroralne antibiotične suspenzije, pri katerih je za pripravo potrebno dodati vehikel, ki pa ni dodan gotovemu pakiranju zdravila, se k zgoraj navedeni vrednosti zdravila lahko doda tudi vrednost vehikla skupaj z DDV v odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila in status zavarovane osebe.  Za magistralne pripravke se kot priznana vrednost zdravila šteje vrednost posameznih sestavin skupaj z embalažo ter dodanim DDV v odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila in status zavarovane osebe. |
| Vrednost storitve | Je zmnožek števila točk za storitve po seznamu lekarniških storitev za sklepanje pogodb z Zavodom ter veljavno vrednostjo točke z dodanim DDV v odstotnem deležu glede na razvrstitev zdravila in status zavarovane osebe. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za izdano zdravilo in opravljeno storitev. |
| Znesek DDV za zdravilo | Navede se znesek DDV za priznano vrednost zdravila. |
| Znesek DDV za storitve | Navede se znesek DDV za vrednost storitve. |

Seštevek vrednosti zdravila in vrednosti storitev mora biti enak priznanemu znesku OZZ, ki ga lekarna prejme iz on-line sistema. Za tip zavarovane osebe 18 ali 19 za vrsto dokumenta VD 7-12 mora biti seštevek vrednosti zdravila in vrednosti storitve enak znesku PZZ, ki ga lekarna pošlje v on-line sistem.

## Struktura »MP«: Podatki za obračun MP

| **Podatek** | **Opis, pravila za navajanje podatka** |
| --- | --- |
| **Podatki o izdanih MP** | |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Identifikator izdaje | Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji MP) v on-line sistem. |
| Vrednost celotne izdaje | Celotna vrednost izdanega pripomočka z vključenim DDV (število kosov \* cena), OZZ in PZZ delež. |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ oziroma osebe, če nima sklenjenega PZZ oz. državni proračun. |
| Obračunana vrednost MP | Vrednost pripomočka, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV.  V primeru kritja doplačil do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19 za vrsto dokumenta 7-12) se navede vrednost doplačila za obračun. Izračuna se kot razlika med vrednostjo celotne izdaje in vrednostjo, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za izdani MP po šifrantu 15.40. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost MP. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve po šifrantu 8.  Podatek se navaja tudi v primerih, če je MP v celoti iz OZZ.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |
| **Podatki o izposojenih MP** | |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Identifikator izdaje | Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji izposojenega MP) v on-line sistem |
| Vrednost celotne izposoje | Celotna vrednost izposoje z vključenim DDV (število dni izposoje \* cena \* število kosov), OZZ in PZZ delež. |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ oziroma osebe, če nima sklenjenega PZZ oz. državni proračun. |
| Obračunana vrednost izposoje MP | Vrednost pripomočka, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV.  V primeru kritja razlike do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19 za vrsto dokumenta 7-12) se navede vrednost doplačila za obračun. Izračuna se kot razlika med vrednostjo celotne izposoje in vrednostjo, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za izposojeni MP po šifrantu 15.40. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost izposoje MP. |
| Število dni izposoje | Število dni, za katere se obračuna izposojevalnina. Pri izračunu števila dni izposoje se upoštevata prvi in zadnji dan izposoje.  Podatek se posreduje za izposojene MP, ki so izposojeni v obdobju poročanja. Pri poročanju se navede identifikator izdaje, ki je bil dodeljen iz on-line sistema ob izdaji izposojenega MP.  Za šifro vrste MP 0559 (električni skuter) in 0561 (hodulja za zadajšnji vlek) je podatek v mesecu izposoje enak 1, v vseh ostalih mesecih se obračun ne posreduje. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve po šifrantu 8.  Podatek se navaja tudi v primerih, če je MP v celoti iz OZZ.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |
| **Podatki o pavšalu pri prvi izposoji MP** | |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Identifikator izdaje | Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji izposojenega MP) v on-line sistem |
| Celotna vrednost pavšala pri prvi izposoji | Navede se cena, znesek pavšala iz pogodbe, ki vključuje DDV.  Podatek je obvezen pri posredovanju podatka o izdaji izposojenega MP, če je datum izdaje izposojenega MP v obdobju poročanja. |
| Odstotek doplačila pavšala pri prvi izposoji | Odstotek vrednosti pavšala, ki bremeni PZZ oziroma osebo, če nima sklenjenega PZZ oz. državni proračun. |
| Obračunana vrednost pavšala pri prvi izposoji | Vrednost pavšala, ki se krije iz OZZ, z vključenim DDV.  V primeru kritja razlike do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene, pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 18 ali 19 za vrsto dokumenta 7-12) se navede vrednost doplačila za obračun. Izračuna se kot razlika med celotno vrednostjo pavšala pri prvi izposoji in vrednostjo pavšala, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za izposojeni MP po šifrantu 15.40. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost pavšala pri prvi izposoji. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve po šifrantu 8.  Podatek se navaja tudi v primerih, če je MP v celoti iz OZZ.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |
| **Podatki o popravilih/vzdrževanjih MP** | |
| Vrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. |
| Podvrsta zdravstvene dejavnosti | Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.  Za pripomočke, ki se popravljajo, se v polje vnese šifra podvrste zdravstvene dejavnosti za popravilo pripomočka.  Za pripomočke, ki se vzdržujejo, se v polje vnese šifra podvrste zdravstvene dejavnosti za vzdrževanje pripomočka. |
| Identifikator vzdrževanja / popravila | Navede se identifikator vzdrževanja / popravila, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka o vzdrževanju / popravilu v on-line sistem. |
| Oznaka vzdrževanje / popravila | Navede se oznaka glede na vrsto posredovanega obračuna (vzdrževanje / popravila) |
| Celotna vrednost vzdrževanja / popravila | Celotna vrednost vzdrževanja oz. popravila z vključenim DDV, odobrenega po predračunu oz. pogodbi. |
| Odstotek doplačila | Odstotek vrednosti zdravstvenih storitev, ki bremeni PZZ oziroma osebe, če nima sklenjenega PZZ oz. državni proračun. |
| Obračunana vrednost vzdrževanja / popravila | Vrednost vzdrževanja oz. popravila pripomočka z vključenim DDV, ki se krije iz OZZ.  V primeru kritja doplačil do polne vrednosti storitev za socialno ogrožene, pripornike in obsojence ( tip zavarovane osebe 18 ali 19 za vrsto dokumenta 7-12) se v to polje vnese vrednost doplačila za obračun. Izračuna se kot razlika med celotno vrednostjo vzdrževanja / popravila in vrednostjo vzdrževanja / popravila, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV. |
| Stopnja DDV | Navede se stopnja DDV za MP po šifrantu 15.40. |
| Znesek DDV | Navede se znesek DDV za obračunano vrednost vzdrževanja / popravila. |
| Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve | Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve po šifrantu 8.  Podatek se navaja tudi v primerih, če je MP v celoti iz OZZ.  Podatek se ne navede:   * ko je zavarovana oseba samoplačnik za doplačilo, * za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali kartico Medicare. |

## Definicija oznake primerov

Tabela 3: Definicija navajanja oznake primerov po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnostih

| **Zdravstvena dejavnost, vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti** | **Definicija primera** | **Pravilo za navajanje podatka \*** |
| --- | --- | --- |
| **Q86.100 Bolnišnična zdravstvena dejavnost:** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo: | Primer je vsaka obravnava | 1 – da |
| * storitve E0002 na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 127 359 bolnišnična obravnava invalidne mladine in 141 311 Paliativna oskrba hospic | Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo  ali vsaka obravnava ob prvem fakturiranju v koledarskem letu (skladno s pravili obračunavanja) | 0 – ne,  1 – da |
| * storitve E0247 na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 144 306 Zdravstvena nega v bolnišnični dejavnosti in 147 307 Podaljšano bolnišnično zdravljenje |  | 0 – ne |
| * vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti: 104 501 Zdraviliško zdravljenje – stacionarno in 104 502 Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje; | Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo | 0 – ne,  1 – da |
| **Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti, z izjemo: | Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je:  obisk (prvi ali ponovni). | 1 – da |
| * 301 258 Medicina dela, prometa in športa | Primer je vsaka obravnava  (obravnavan primer je npr.:  obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike\*\*) | 0 – ne,  1 – da |
| **Q86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost:** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo: | Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je npr.:  obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike\*\*, brez posegov in operacij,brez dializ, brez CT, MR, RTG, PET CT, UZ obravnave, ipd.) | 0 - ne  1 – da |
| * 216 225 Izvajanje dializ | Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo ali vsaka obravnava ob prvem fakturiranju v koledarskem letu | 0 – ne,  1 – da |
| * 221 230 Radioterapija | Zaključen cikel zdravljenja (obračun primera ob zaključku posameznega cikla zdravljenja) | 1 – da |
| * 204 503 Zdraviliško zdravljenje - ambulantno | Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo | 0 – ne,  1 – da |
| **Q86.230 Zobozdravstvena dejavnost** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo: | Primer je vsaka obravnava  (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni) | 1 – da |
| * 404 101 Zobozdravstvena dejavnost za odrasle - zdravljenje, * 404 102 Zobozdravstvena dejavnost za odrasle - protetika, * 404 103 Zobozdravstvena dejavnost za mladino - zdravljenje, * 404 104 Zobozdravstvena dejavnost za mladino - protetika, * 404 105 Zobozdravstvena dejavnost za študente – zdravljenje, * 404 106 Zobozdravstvena dejavnost za študente - protetika | Primer je vsaka obravnava, ki se navede pri zdravljenju ali pri protetiki (pri obeh hkrati ni mogoče) | 0 – ne,  1 – da |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **Q86.901 Alternativne oblike zdravljenja** | | | | Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti | Primer je vsaka obravnava  (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike\*\*) | 1 – da | | | |
| **Q86.909 Druge zdravstvene dejavnosti** | | |
| Za vse podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo: | Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je:  obisk (prvi ali ponovni) | 1 – da |
| * 513 150 Nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem, * 513 151 Sanitetni prevozi bolnikov na/z dialize, * 513 153 Ostali sanitetni prevozi bolnikov | Primer je vsak prevoz ene zavarovane osebe v eno smer | 1 – da |
| * 506 027 Delovna terapija, * 507 028 Fizioterapija | Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo  Novo sprejeta zavarovana oseba = nov delovni nalog | 0 – ne,  1 – da |
| **Q87.100 Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo: | Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo  ali vsaka obravnava ob prvem fakturiranju v koledarskem letu | 0 – ne,  1 – da |
| * 644 409 Medicinska oskrba v socialnovarstvenih zavodih | Primer je vsaka obravnava | 1 – da |
| **Q88.109 Socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti | Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo  ali vsaka obravnava ob prvem fakturiranju v koledarskem letu | 0 – ne,  1 – da |
| **G47.730 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki** | | |
| Samo za vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti:   * 743 601 Pozitivna lista * 743 602 Vmesna lista | Podatek se ne navaja. |  |
| **G47.740 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z medicinskimi in ortopedskimi pripomočki** | | |
| Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti | Podatek se ne navaja. |  |
| **O84.300 Dejavnost obvezne socialne varnosti** | | |
| Samo za vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti:   * 701 308 Doječe matere, * 701 309 Spremljanje, * 701 310 Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku | Primer je vsaka obravnava. | 1 – da |

Opombi:

\*Če sta pri posamezni vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti hkrati navedeni dve možnosti (0-ne in 1-da), izvajalec izbere eno izmed možnosti, skladno z definicijo oznake primera. Če pa je pri posamezni vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti navedena samo ena možnost (npr. 0-ne), mora izvajalec to možnost vedno označiti pri tej vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti.

\*\*Storitve funkcionalne diagnostike so storitve na tistih podvrstah zdravstvene dejavnosti, ki so navedene v vsakoletnem Dogovoru v Prilogi I/a. Pri obračunu je potrebno upoštevati omejitve, navedene pod posamezno kalkulacijo (podvrsto zdravstvene dejavnosti) iz Priloge I/a. V primeru dveh ali več obračunanih storitev v okviru ene obravnave, se obravnava šteje kot primer, če vsaj ena storitev ne pomeni funkcionalne diagnostike. Če so v okviru obravnave vse storitve storitve funkcionalne diagnostike, potem se takšna obravnava ne šteje kot primer.

# Pravila izmenjave dokumentov za obračun

Izvajalec izstavi vse elektronske dokumente za obračun na elektronski naslov Zavoda (podrobnosti v tehničnem navodilu). Obvezne priloge k dokumentom (poglavje 15.7) pošlje skupaj s papirnim seznamom poslanih listin OZZ ali MedZZ (vzorec v prilogi 2) v papirni obliki pristojni območni enoti Zavoda.

Papirne dokumente izvajalec izstavi pristojni območni enoti Zavoda.

Vrste dokumentov, ki jih izvajalec lahko izstavi Zavodu, so navedene v šifrantu 26.

## Kriteriji in pravila za sestavo dokumentov

V eni pošiljki je lahko poljubno število dokumentov, in sicer ne glede na strukturo (»PGO«, »Obravnava«, »SBD obravnava« itd), ne glede na vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti, ne glede na vrsto dokumenta, ne glede na tip zavarovane osebe itd. Izjema so podatki o zdravilih (opis v poglavju 14.8.), ki jih izvajalci posredujejo v ločeni pošiljki (ločena XML shema v tehničnem navodilu). V istem dokumentu pa je lahko le ena od struktur: »PGO«, »Obravnava«, »SBD obravnava«, »AOR« ali »MP«.

Kriteriji za ločevanje dokumentov so enaki splošnim podatkom o dokumentu, ki so navedeni v poglavju 14.2.1. Če se spremeni eden od teh podatkov, je potrebno izdelati nov dokument. Npr. v primeru različnih obdobij opravljenih storitev (obračunskih obdobij) je potrebno izdelati ločene dokumente, to pomeni za vsako obračunsko obdobje posebej (mesec, polovica meseca, dekada itd., odvisno od vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti). Izjema so:

* tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (opis v poglavjih 12.1., 12.2. in 12.3.), obravnava gluhe zavarovane osebe (701 812) in helikopterski reševalni prevoz (513 154), za katere izvajalec izstavi račun za vsako zavarovano osebo posebej za katerokoli strukturo;
* socialno ogroženi (tip zavarovane osebe 18), za katere izvajalec izstavi za delež do polne vrednosti storitev ločen račun, dobropis oz. bremepis (vrste dokumentov 7, 8, 9). Izvajalec pošlje Zavodu oba dokumenta (za OZZ in za doplačilo do polne vrednosti storitev) istočasno;
* priporniki in obsojenci (tip zavarovane osebe 19), za katere izvajalec izstavi za delež do polne vrednosti storitev ločen račun, dobropis oz. bremepis (vrste dokumentov 10, 11, 12). Izvajalec pošlje Zavodu oba dokumenta (za OZZ in za doplačilo do polne vrednosti storitev) istočasno.

## Izstavljanje računov, zahtevkov za plačilo, dobropisov in bremepisov

Dejavnosti, za katere izvajalci izstavljajo Zavodu račune, zahtevke za plačilo, dobropise in bremepise, so navedene v prilogi 1b (Povezovalni šifrant K2).

V dejavnostih, kjer zavarovana oseba oziroma prejemnik storitve ne prejme individualnega računa, izstavi izvajalec Zavodu račun. V dejavnostih, kjer izvajalec za opravljene storitve izstavi zavarovani osebi račun, oziroma za dogovorjena vračila drugih stroškov (npr. za specializacije, pripravnike in sekundarije), izstavi izvajalec Zavodu zahtevek za plačilo.

Izvajalec lahko izstavi račun, zahtevek za plačilo, dobropis ali bremepis za opravljene zdravstvene storitve po katerikoli od struktur »PGO«, »Obravnava«, »SBD«, »AOR« ali »MP«.

Račun, zahtevek za plačilo, dobropis ali bremepis se lahko nanaša na opravljene zdravstvene storitve za eno zavarovano osebo ali pa za več zavarovanih oseb. Izjema je obračun opravljenih zdravstvenih storitev tujim zavarovanim osebam po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (opisanih v poglavjih 12.1, 12.2 in 12.3), obračun obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812) in obračun helikopterskega reševalnega prevoza (513 154), kjer izvajalec obračuna vsako zavarovano osebo posebej (izstavi individualni račun, individualni dobropis oziroma bremepis).

Za zdraviliško dejavnost se računi izstavljajo sprotno po končanem zdraviliškem zdravljenju zavarovanih oseb. Če se zdravljenje nadaljuje po izteku meseca, zdravilišče za celotno obdobje zdraviliškega zdravljenja izstavi dva računa. Za zaključeni mesec izstavi račun glede na število zdraviliških dni in točk v mesecu. Za preostanek zdravljenja, ki se nadaljuje v naslednji mesec, pa izstavi zdravilišče nov račun po končanem zdravljenju.

V dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego izstavi izvajalec ločen račun za nego IV (644 410 in 644 425).

V primeru napake na računu ali zahtevku za plačilo prejme izvajalec od Zavoda obvestilo o napaki. Če Zavod zavrne račun ali zahtevek za plačilo v celoti, se izda nov račun ali zahtevek za plačilo s pravilnimi podatki. Če je račun ali zahtevek za plačilo zavrnjen delno, izvajalec za nepravilni del pošlje Zavodu dobropis z negativnimi vrednostmi oziroma bremepis s pozitivnimi vrednostmi, in sicer po enaki strukturi podatkov kot originalni dokument (račun/zahtevek). Z dobropisom oziroma bremepisom izvajalec popravi podatke enega (posameznega) originalnega dokumenta.

Računi, zahtevki za plačilo, dobropisi in bremepisi se lahko nanašajo na OZZ ali na doplačilo do polne vrednosti storitev (oziroma pavšala).

## Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov

Izvajalci mesečno izstavljajo Zavodu poročila o opravljenem delu za naslednje (avansirane) dejavnosti:

* splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.210),
* zobozdravstvena dejavnost (Q86.230),
* druge zdravstvene dejavnosti (Q86.909),
* specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.220),
* bolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.100),
* zdravilišča za fizioterapijo, specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost (Q86.100, Q86.220),
* IVZ cepiva (O84.120),
* dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100),
* dejavnost obvezne socialne varnosti (O84.300, doječe matere, spremljanje, sobivanje starša ob hospitalitiranem otroku).

Posamezne podvrste dejavnosti v okviru zgoraj naštetih dejavnosti, za katere izvajalci izstavljajo račune oziroma zahtevke za plačilo, so navedene v prilogi 1b (Povezovalni šifrant K2). Poročila, popravki poročil in obračunski računi se nanašajo na OZZ.

Mesečna poročila ne spreminjajo stanja v saldakontih (namenjena so analitičnemu spremljanju izvajanja pogodb). Poročila so podlaga za kasnejši obračunski račun. Mesečna poročila se izstavljajo za vse podlage zavarovanja, razen za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Pravila za obračun storitev tem osebam so opisana v poglavju 12.

Za izstavljanje poročil o nujni medicinski pomoči (338 016 – 338 024) in za storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v zobozdravstvu – 438 115) za razloge obravnave 2 (poškodba izven dela), 3 (poklicna bolezen), 4 (poškodba pri delu) in 5 (poškodba po tretji osebi izven dela) veljajo še dodatna pravila obračunavanja, ki so opisana v poglavjih 4 in 6.

Izvajalec lahko izstavi Zavodu poročilo ali popravek poročila za opravljene storitve po strukturi: »PGO«, »Obravnava« oz. »SBD obravnava«. Poročilo oziroma popravek poročila s strukturo »Obravnava« se lahko nanaša na opravljene zdravstvene storitve za eno zavarovano osebo ali pa za več zavarovanih oseb. Na poročilu s strukturo »PGO« oziroma popravku poročila s strukturo »PGO« lahko izvajalec na enem dokumentu obračuna vse programe, ki se plačujejo v pavšalu oziroma po glavarini, vključno z zdravstveno vzgojnimi delavnicami za odraslo populacijo, šolo za starše itd.

Popravek poročila izvajalec izstavi zgolj v primeru, ko se je zdravstvena obravnava (obisk, prevoz) oziroma zdravstveni program (pavšal, glavarina itd.) že knjižil kot pravilen, pa se je kasneje (npr. ob nadzoru) ugotovila napaka. Popravki poročila imajo vedno negativne vrednosti. Za napake, ugotovljene ob neposredni obdelavi (kontroli) poročila na Zavodu, prejme izvajalec od Zavoda obvestilo o napaki in zanjo ne izstavi popravka poročila, ampak za to osebo, obisk, prevoz itd. pošlje novo (pravilno) poročilo. Zavod s prvotnega poročila knjiži nesporne zadeve.

Obračunski račun, ki je podlaga za knjiženje v saldakontih (pri Zavodu in izvajalcih), izvajalci pošljejo Zavodu na podlagi predhodnega Zavodovega obvestila. Kadar se obračun nanaša na dejavnosti, ki se avansirajo in na dejavnosti, ki se ne avansirajo, je potrebno izstaviti ločen obračunski račun za avansirane dejavnosti (poročilo, račun) in ločen obračunski račun za neavansirane dejavnosti (račun). Če je obračun pozitiven pri eni ali več dejavnostih in negativen pri eni ali več dejavnostih, je potrebno izstaviti ločen obračunski račun za dejavnosti s pozitivnimi zneski in za dejavnosti z negativnimi zneski.

V primeru napake na obračunskem računu se ta zavrne v celoti. Izvajalec pošlje nov obračunski račun.

V primeru zagotavljanja zdravstvenega varstva za pripornike in obsojence (tip zavarovane osebe 19), ki se plačuje v pavšalu, izstavi izvajalec Zavodu dokument za OZZ (poročilo) in v primerih, ko je potrebno kritje doplačila, tudi dokument za kritje razlike do polne vrednosti pavšala (vrste dokumentov 10, 11, 12 – šifrant 26; struktura »PGO«). Na obeh dokumentih se ločeno prikažejo zneski pavšala po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti. Znesek pavšala se deli med OZZ in PZZ v razmerju, ki ga določa Dogovor. Izvajalec pošlje Zavodu obe vrsti dokumenta (za OZZ in za kritje razlike do polne vrednosti pavšala) istočasno.

## Zavračanje pošiljk in dokumentov

Zavod bo izvajalcem v elektronski obliki posredoval informacije o ustreznosti prejetih pošiljk in podatkov tako za pravilne, kot tudi za zavrnjene pošiljke in dokumente.

V primeru odkrite napake se lahko zavrne celotna pošiljka, celoten dokument ali pa le njegov del.

Celotna pošiljka se zavrne v primeru odkritih napak v podatkih o pošiljki, pošiljatelju in prejemniku.

V primeru odkrite napake v dokumentu se lahko zavrne celoten dokument ali pa le njegov del.

### Zavračanje dokumentov v celoti

Zavod zavrne dokument v celoti v primeru odkrite napake pri vrstah dokumentov s strukturo »PGO«, strukturo »Zdravila«, pri dobropisih, bremepisih, popravkih poročil in pri individualnih računih za MedZZ, ne glede na nivo podatka, na katerem se odkrije napaka. Cel dokument se zavrne tudi v primeru odkrite napake na splošnih podatkih dokumenta ali v primeru zavrnitve vseh oseb dokumenta ali v primeru, ko ima podatek (na splošnem ali na podrobnem nivoju) neustrezen predznak glede na vrsto dokumenta.

V primeru zavrnitve dokumenta (oziroma obravnave, recepta, MP), ki se nanaša na OZZ za zavarovane osebe s tipom 18 ali 19, Zavod zavrne tudi pripadajoči dokument (oziroma obravnavo, recept, MP) za doplačilo.

### Delno zavračanje dokumentov

Delno zavračanje je možno pri vrstah dokumentov s strukturo »Obravnava«, »SBD obravnava«, »AOR«, »MP«, razen pri dobropisih, bremepisih in popravkih poročil.

Delno zavračanje je možno:

* za strukturo »Obravnava« na nivoju (ene) obravnave,
* za strukturo »AOR« na nivoju (enega) recepta,
* za strukturo »MP« na nivoju (enega) izdanega/izposojenega MP,
* za strukturo »SBD obravnava« na nivoju (ene) obravnave.

Pri vrsti dokumenta 15 (poročilo) se evidentira priznani del dokumenta. Pri vrstah dokumentov 1,7 in 10 (račun/zahtevek) se evidentira celoten dokument, plača pa se priznani del dokumenta.

## Pravila obračuna v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj v strukturah PGO, Obravnava, SBD obravnava in MP

Poslovni proces sklepanja pogodb in posledično objavljanja cen zdravstvenih storitev ne omogoča vedno uvajanja sprememb, ki bi veljale samo v naprej. Če pride do spremembe cene za nazaj (za že pretečeno obdobje), ta vedno velja za celo obračunsko obdobje. Spremembo cene za nazaj Zavod rešuje na dva načina:

* razliko v ceni Zavod poračuna pri izvedbi obdobnih obračunov (že objavljena cena v ceniku se ne spremeni);
* Zavod v ceniku objavi novo ceno, ki velja »za nazaj« (spremeni se že objavljena cena v ceniku). V nadaljevanju so opisani postopki, ki jih v tem primeru izvedejo Zavod in izvajalci.

V kolikor se spremeni že objavljena cena (točka 2), se stari ceni v ceniku zapiše datum zaključka cene. Nova cena se zapiše v ceniku z novim datumom objave (nov datum objave > datuma prve objave). Novo objavljena cena ima lahko datum zaključka ali ne (datum zaključka ni določen). Spremembo Zavod objavi na portalu (cenik ima oznako »S« - sprememba). Izvajalec vedno uporablja zadnjo veljavno ceno za tisto obdobje.

V kolikor je izvajalec že posredoval dokumente za to obdobje s prvotno objavljeno ceno in je dokument že obdelan (kontroliran in poknjižen) na Zavodu, je potrebno te poslane dokumente ustrezno popraviti. To pomeni:

* če gre za poročila (VD 15, 16), izvajalec pošlje:

a) popravek poročila (od spremembe cene dalje) in po potrebi\*,

b) novo poročilo,

* če gre za račune/zahtevke (vse VD, razen 13-16), izvajalec pošlje:

a) dobropis (od spremembe cene dalje) in po potrebi\*. Dobavitelji MP na dokumentih s strukturo MP pošljejo dobropis samo za razliko v ceni,

b) nov račun. Dobavitelji MP na dokumentih s strukturo MP novega računa ne pošiljajo,

c) bremepis (od spremembe cene dalje) in po potrebi\*. Dobavitelji MP za dokumente s strukturo MP pošljejo bremepis samo za razliko v ceni.

\* Izraz »po potrebi« je uporabljen zato, ker izvajalci popravkov oz. dobropisov zaradi premajhne razlike v vrednosti ne posredujejo.

V popravljenih in novih dokumentih morajo biti obračunane samo storitve, ki se nanašajo na spremembo cene.

V kolikor se sprememba cene za nazaj objavi isti dan kot je izvajalec že posredoval dokumente, lahko izvajalec:

* umakne pošiljko, v kateri so dokumenti s ceno, ki jo bo potrebno popraviti in ponovno posreduje pošiljko s popravljenimi cenami, saj dokumenti še niso obdelani (skontrolirani in knjiženi);
* če pošiljke isti dan ne umakne, Zavod dokument (zaradi spremenjene cene) zavrne. Izvajalec v tem primeru pošlje nov dokument s popravljenimi cenami.

Izjema je obračun MP, kjer dobavitelj vedno obračuna MP-je po ceni, veljavni na dan izdaje MP, ki je potrjena v on-line sistemu.

Če je na posredovano in obdelano poročilo/račun s prvotno objavljeno ceno vezan popravek poročila/dobropis oz. bremepis, izvajalec posreduje popravek poročila/dobropis za priznane vrednosti ter novo poročilo/račun z novo objavljenimi cenami.

Navedena pravila veljajo za vse dokumente za obračun (tudi npr. za mednarodno zavarovanje, socialno ogrožene idr.).

## Pravila obračuna v primeru sprememb podatkov za nazaj v strukturah »AOR« in »MP«

V tem poglavju so opisana pravila za izvajanje popravkov podatkov obračuna za nazaj za zdravila na recept in MP. Ta pravila veljajo v primerih, ko so podrobni podatki o izdanih zdravilih oziroma MP že zapisani v on-line sistemu in je dokument za obračun (račun / zahtevek za plačilo) na Zavodu že evidentiran (sprejet kot pravilen).

Ta pravila se ne uporabljajo za popravke v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj za MP; pravila za to so opisana v poglavju 15.5.

Zavod ob potrditvi računa / zahtevka za plačilo za zdravila na recept ali MP zaklene on-line zapise potrjenih računov / zahtevkov. S tem je zagotovljeno, da se en on-line zapis lahko obračuna le enkrat. Če dobavitelj ali lekarna naknadno ugotovi napako na že potrjenih in evidentiranih podatkih (ali pa napako ugotovi Zavod ob npr. nadzoru), izstavi dobropis za vse napačno izdane recepte oziroma naročilnice. Zavod na podlagi prejetega dobropisa odklene on-line zapise receptov oziroma naročilnic in jih izloči iz evidence.

Dobavitelj oziroma lekarna lahko izstavi nov račun oziroma zahtevek za plačilo šele po prejemu odgovora na izdani dobropis. Recepte oziroma naročilnice mora ponovno zapisati v on-line sistem in pridobiti nove identifikatorje izdaje oziroma evidenčne številke recepta (številke, ki jih vrača on-line sistem). Novo prejete identifikatorje izdaje oziroma evidenčne številke recepta dobavitelj oziroma lekarna navede na novem računu oziroma zahtevku za plačilo.

## Priloge k dokumentom za obračun

### Priloge, ki jih arhivira izvajalec

Priloge k elektronskim obračunskim dokumentom, ki jih arhivira izvajalec in jih za potrebe Zavodovega nadzora hrani 10 let, so:

* listine, ki so podlaga za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ (šifrant 27, razen naročilnic za MP, ki jih je v on-line sistem zapisal dobavitelj),
* vse priloge k dokumentu za obračun, ki so podlaga za izdajo in obračun MP (naročilnice MP, izjave za nadstandard za MP), ko je naročilnice MP v sistem on-line zapisal zdravnik, ter vsi reverzi,
* fotokopije listin EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, ki so podlaga za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz MedZZ,
* naročilnico za zdravila za nadomestno zdravljenje (opis v poglavju 9.2.2.1),
* naročilnico za preparate za fluorizacijo zob (opis v poglavju 9.2.2.2),
* priloge, ki jih izvajalci pošiljajo po Zavodovih navodilih (seznami oseb, dobavnice itd.).

Izvajalci in dobavitelji so Zavodu na posebno zahtevo dolžni predložiti vse dokumente drugih izvajalcev in dobaviteljev, na podlagi katerih so obračunali posamezne storitve (npr. račune za LZM, stroške obravnave gluhe zavarovane osebe).

### Obvezne papirne priloge

Priloge k dokumentom za obračun, ki jih izvajalec v papirni obliki posreduje Zavodu, so:

* Originalne naročilnice MP (NAR-1, NAR-2 oz. NAR-3), če je naročilnico v on-line sistem zapisal dobavitelj in Potrdilo o začasni upravičenosti do izposoje. Za obračun vzdrževanj, popravil in funkcionalne ustreznosti so obvezne priloge elektronsko posredovanega dokumenta originalna naročilnica (ne glede na to ali je naročilnico v on-line zapisal dobavitelj ali zdravnik) in potrjeni predračun za vzdrževanje, popravila in funkcionalno ustreznost. Za obračun vzdrževanj in popravil dihalnih aparatov (0606, 0607, 0609), izposojenih pred 1.3.2010, so obvezne priloge specifikacija zahtevka in kopija delovnega naloga. Način pošiljanja je opredeljen na vzorcu papirnega seznama poslanih naročilnic (Priloga 2) in velja tako za osebe, ki imajo urejeno OZZ v Sloveniji kot tudi za tuje zavarovane osebe.
* Kopija listine EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare, kadar ni šifre in naziva tujega nosilca zavarovanja v šifrantu 37. Izvajalec posreduje kopijo listine (istočasno z dokumentom za obračun) na OE Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Na kopiji mora biti navedena številka elektronskega dokumenta za obračun.
* Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju za osebe, ki uveljavljajo pravice do bolnišničnega zdravljenja s Potrdilom MedZZ oz. KZZ ali Potrdilom KZZ (opredeljeno v poglavju 12). Izvajalec posreduje Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju tuje zavarovane osebe na OE Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, dvakrat, in sicer prvič ga posreduje, takoj ko sprejme zavarovano osebo v zdravljenje, drugič pa, ko zavarovana oseba zaključi bolnišnično zdravljenje.
* Nalog za prevoz v primeru helikopterskega prevoza (podvrsta dejavnosti 513 154). Izvajalec posreduje nalog za prevoz (istočasno z dokumentom za obračun) na pristojno OE.
* Kopija listine EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare v primeru helikopterskega prevoza (podvrsta dejavnosti 513 154) tuje zavarovane osebe.

Če je dokument zavrnjen zaradi napačno ali pomanjkljivo izpolnjene listine, Zavod vrne originalno listino. Izvajalec pošlje nov dokument na podlagi verodostojno popravljene originalne listine.

### Izvajalci in dejavnosti, za katere so dovoljeni papirni računi

Papirni računi so dovoljeni za obračun izvedbe:

* skupinske obnovitvene rehabilitacije (podvrste dejavnosti 701 551 – 701 558); obvezna priloga je seznam udeležencev,
* zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev (podvrsta dejavnosti 701 550); obvezna priloga je seznam udeležencev,
* izobraževanja otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju (podvrsta dejavnosti 644 409),
* helikopterskih prevozov (podvrsta dejavnosti 513 154), obvezna priloga je listina Nalog za prevoz, v primeru tuje zavarovane osebe pa tudi kopija listine MedZZ.

Za navedene papirne račune so izdelani vzorci (priloga 2).

### Naročilo izpisa dokumentov

Zavod lahko izjemoma, z namenom dokazovanja upravičenosti nastalih stroškov v regresnih odškodninskih zahtevkih ali pri uveljavljanju povračil stroškov za tuje zavarovane osebe, naroči pri izvajalcu izpis enega ali več dokumentov za obračun.

Za naročilo izpisa dokumenta ali izpisa posameznih podatkov iz dokumenta Zavod uporabi obrazec »Naročilo izvajalcu za izpis dokumenta in/ali za posredovanje listine OZZ ali MedZZ«. Vzorec naročila izvajalcu je v prilogi 2. Izvajalec izpisani dokument oziroma podatke iz dokumenta žigosa, podpiše in pošlje na naslov naročnika. Vzorca izpisanega dokumenta za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov in za tuje zavarovane osebe sta v prilogi 2.

# Obračun storitev, opravljenih pred 1. 1. 2013 in v prehodnem obdobju

## Obračun storitev, opravljenih pred 1. 1. 2013

Storitve, opravljene pred 1. 1. 2013, izvajalci obračunajo skladno z Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, ki je bilo izdano v decembru 2007 (t.i. Priročnik št. 3, dopolnjen z okrožnicami), in sicer do zaključka poslovnega leta 2012 (februar 2013). Po zaključku poslovnega leta 2012 je potrebno vse dokumente za obračun, ki se nanašajo na obračun storitev, opravljenih pred 1.1. 2013, posredovati skladno s tem navodilom.

## Obračun storitev v prehodnem obdobju

Pri obračunu storitev oziroma zdravljenj, ki so se začela v letu 2012, zaključila in obračunala pa se bodo po 1. 1. 2013 (v t.i. prehodnem obdobju), izvajalec upošteva naslednja navodila.

### Slovenske in tuje zavarovane osebe s KZZ ali Potrdilom KZZ

Po 1. 1. 2013, v novem sistemu izmenjave podatkov med Zavodom in izvajalci, mora izvajalec pridobiti iz on-line sistema vse podatke o zavarovani osebi, ki jih za obračun Zavodu zahteva to navodilo. Na dokumentu za obračun mora tako izvajalec navesti naslednje podatke o zavarovani osebi:

* identifikator odgovora preverjanja veljavnosti OZZ,
* ZZZS številko zavarovane osebe,
* šifro načina pridobivanja podatkov.

Ti podatki so obvezni, razen če je oseba dojenček, star do 60 dni. V primeru nedelovanja on-line sistema mora izvajalec te podatke pridobiti naknadno, po vzpostavitvi delovanja on-line sistema, v vsakem primeru pa pred obračunom zdravstvenih storitev. Pravila v primeru nedelovanja on-line sistema so opisana v poglavju 13.2.4.

V kolikor izvajalec podatkov o zavarovani osebi ni pridobil na prvi dan zdravljenja (npr. ob sprejemu osebe v bolnišnico v letu 2012), jih mora pridobiti naknadno, torej v letu 2013, oziroma do izvedbe obračuna storitev. V nasprotnem primeru obračun storitev ni mogoč.

### Tuje zavarovane osebe z EUKZZ, certifikatom, kartico Medicare, Potrdilom MedZZ

Pravice in pravila obračunavanja tujih zavarovanih oseb so podrobno popisana v poglavju 12 Tuje zavarovane osebe in poglavju 13 Izmenjava podatkov v on-line sistemu.

Za tuje zavarovane osebe Zavod s 1. 1. 2013 uvaja nove funkcije on-line sistema, s katerimi bo izvajalec:

* zapisal podatke o tuji zavarovani osebi, ki uveljavlja zdravstvene storitve na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare in podatke o njenem zavarovanju neposredno v on-line sistem,
* pridobil iz on-line sistema vse potrebne podatke za obračun storitev tuje zavarovane osebe, ki uveljavlja zdravstvene storitve na podlagi EUKZZ, certifikata, kartice Medicare, Potrdila MedZZ.

On-line zapis in branje podatkov sta za tuje zavarovane osebe pogoj za obračun zdravstvenih storitev in izdanih materialov Zavodu. Na dokumentu za obračun mora izvajalec navesti naslednje podatke:

* identifikator odgovora preverjanja veljavnosti OZZ oziroma MedZZ,
* ZZZS številko oziroma ZZZS-TZO številko zavarovane osebe,
* šifro načina pridobivanja podatkov.

Ti podatki so obvezni, razen če je oseba dojenček, star do 60 dni. V primeru nedelovanja on-line sistema mora izvajalec te podatke zapisati oziroma pridobiti naknadno, po vzpostavitvi delovanja on-line sistema, v vsakem primeru pa pred obračunom zdravstvenih storitev. Pravila v primeru nedelovanja on-line sistema so opisana v poglavju 13.2.4.

Tujo zavarovano osebo, pri kateri se je zdravljenje začelo pred 1. 1. 2013, zaključilo pa po 1. 1. 2013, mora izvajalec vpisati v on-line sistem, oziroma pridobiti iz on-line sistema vse podatke, ki jih za obračun zahteva Navodilo. Dokler ne bo izvedel zapisa oziroma branja podatkov iz on-line sistema, ne bo mogel izstaviti ustreznega dokumenta za obračun tuje zavarovane osebe.

Posebnost pa so tiste tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve s Potrdilom MedZZ. Za branje podatkov iz on-line sistema bo namreč izvajalec potreboval:

* številko Potrdila MedZZ,
* ZZZS številko zavarovane osebe.

Potrdilo MedZZ, izdano v letu 2012, se imenujejo »Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane«. Na takšnem potrdilu, ki je bilo izdano v letu 2012, ni navedene ZZZS številke tuje zavarovane osebe, poleg tega ni ustrezna niti številka Potrdila MedZZ. Če bo izvajalec od 1. 1. 2013 dalje razpolagal s takšnim potrdilom, mora kontaktirati območno enoto Zavoda, ki je to potrdilo izdala. Območna enota Zavoda bo izvajalcu sporočila ZZZS številko tuje zavarovane osebe in ustrezno številko Potrdila MedZZ. Na ta način bo izvajalec lahko izvedel branje podatkov o tuji zavarovani osebi iz on-line sistema in izstavil ustrezen dokument za obračun.

# Priloge

Priloga 1: a) Šifranti za obračun Zavodu in b) Povezovalni šifranti

Priloga 2: Vzorci dokumentov

Priloga 3: a) Skupine tujih zavarovanih oseb, b) Izvor podatkov na listinah tujih nosilcev zavarovanja in c) Potrdilo MedZZ

Priloga 4: Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Priloga 5: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ (Uradni list RS, št. 73/95, 2/96, 51/09, 102/09, 20/10)

Priloga 6: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem

Priloga 7: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu

Priloga 8: Pravila za izračun vrednosti storitev, dokumenta in DDV

Priloga 9: Kode MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz OZZ