

Občasnik

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

LETNIK XX, CENA 1,52 EUR z DDV

ZZZS št. 3 // 5. 10. 2012

KAZALO

Akti

- Zakon za uravnoteženje javnih financ 2
- Uveljavitev sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 12. 7. 2012 5
- Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 7
- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 9
- Okrožnica ZAE 14/12 z dne 12. 7. 2012: Spremembe, ki jih uvaja Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 29
- Okrožnica ZAE 15/12 z dne 10. 8. 2012: Dopolnitev Okrožnice ZAE 14/12 – beleženje materiala pri pripravi zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog 40
- Okrožnica MP št. 36 z dne 31. 5. 2012: Spremembe vrednosti medicinskih pripomočkov ob uveljavitvi Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF) 43
- Ukinitve pravice do nadomestila plače za brezposelne osebe 45

Informacije

- Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2012 46
- S 1. 1. 2013 prenovljen način elektronske izmenjave podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja 48
- Moje ime je Kartica. Profesionalna Kartica. 50
- Spletna aplikacija Seznam dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov 51
- Poročilo iz konference eHealth Week 52
- Spletna aplikacija Seznam elektronskih gradiv ZZZS 56

Zakon za uravnoteženje javnih financ

– informacija o spremembah

Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu in
Zakona o urejanju trga dela

Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

Znižanje vrednosti zdravstvenih storitev

Na podlagi 2. člena Zakona za uravnoteženje javnih financ¹ (v nadaljnjem besedilu: ZUJF) se je spremenil prvi odstavek 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju² (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) tako, da se je v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja določil za pet odstotnih točk nižji delež plačila zdravstvenih storitev iz 2., 3. in 4. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ, ki so z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zagotovljene zavarovanim osebam. V prvem odstavku 23. člena ZZVZZ se je tako:

- v 2. točki številka "95" nadomestila s številko "90";
- v 3. točki številka "85" nadomestila s številko "80";
- v 4. točki številka "75" nadomestila s številko "70".

V prehodnem obdobju (200. člen ZUJF) od uveljavitve ZUJF do uveljavitve novega ali spremembe veljavnega Sklepa o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju³, ki bo začel veljati po uveljavitvi ZUJF, je ne glede na določbe tega sklepa, določeno plačilo vrednosti zdravstvenih storitev, ki se z obveznim zdravstvenim zavarovanjem zagotavlja zavarovanim osebam, in sicer:

- za zdravstvene storitve iz 2. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ – 90% vrednosti,
- za zdravstvene storitve iz 3. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ – 80% vrednosti,
- za zdravstvene storitve iz 4. točke prvega odstavka 23. člena ZZVZZ – 70% vrednosti.

Sistem najvišjih priznanih vrednosti za terapevtske skupine zdravil

Z dopolnitvijo 23.a člena ZZVZZ (3. člen ZUJF) in novim enajstim odstavkom 23.c člena ZZVZZ (4. člen ZUJF) se najvišje priznane vrednosti uvajajo tudi za terapevtske skupine zdravil, ki jih bo določil ZZS.

Za posamezno terapevtsko skupino zdravil se bo določila najvišja priznana vrednost, ki je na ravni cene zdravila z najugodnejšim razmerjem med stroški in učinki zdravljenja, tako, da krije vse

odmerke vsaj enega zdravila v tej terapevtski skupini zdravil. Za izračune se bodo upoštevali primerljivi odmerki. Zdravilu v posamezni terapevtski skupini zdravil se bo lahko določila višja najvišja priznana vrednost, če zdravilo zaradi farmacevtske oblike ali kliničnih lastnosti predstavlja prednost za zavarovano osebo. O terapevtskih skupinah zdravil in njihovih najvišjih priznanih vrednosti bo ZZS vodil evidenco in jih objavljati na svoji spletni strani.

Natančnejši postopek in natančnejše pogoje za določanje terapevtskih skupin zdravil ter njihovih najvišjih priznanih vrednosti bo določil ZZS v splošnem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje. Ta splošni akt mora ZZS izdati v treh mesecih od dneva uveljavitve ZUJF (201. člen ZUJF). Terapevtske skupine zdravil in njihove najvišje priznane vrednosti izmed zdravil, razvrščenih na pozitivno in vmesno listo, pa bo določil ZZS s splošnim aktom upravnega odbora ZZS, ki se bo objavil na spletni strani ZZS.

Znižanje nadomestila za čas začasne zadržanosti z dela

Na podlagi novega tretjega odstavka 31. člena ZZVZZ (prvi odstavek 6. člena ZUJF) se za prvih 90 dni nadomestilo zniža za 10 odstotnih točk pri vseh razlogih začasne zadržanosti od dela, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter nege družinskega člana.

Na podlagi novega petega odstavka 31. člena ZZVZZ (drugi odstavek 6. člena ZUJF) znižanje nadomestila velja tudi za vojaške invalide in civilne invalide vojne, pri katerih za prvih 90 dni nadomestilo znaša 90 % od osnove v vseh primerih, razen v primeru zadržanosti od dela zaradi poklicne bolezni, poškodbe pri delu in nege družinskega člana, ko nadomestilo znaša 100 % od osnove.

Vročanje odločb, s katero se odloči o začasni nezmožnosti za delo, delodajalcu

Na podlagi novega sedmega odstavka 31. člena ZZVZZ (tretji odstavek 6. člena ZUJF) se, ne glede na določbe 85. člena ZZVZZ, odločba, s katero se odloči o začasni nezmožnosti za delo, delodajalcu vroči z navadno vročitvijo, vročitev pa se šteje za opravljeno tretji dan od dneva odpreme.

Zavarovanci iz 9. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ

S spremembo 9. člena Zakona o urejanju trga dela⁴ (v nadaljnjem besedilu: ZUTD) se ukinja pravica brezposelnih oseb, ki prejemajo denarno nadomestilo od Zavoda Republike Slovenije za zaposlo-

1 Uradni list RS, št. 40/12

2 Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11 in 40/12 – ZUJF

3 Uradni list RS, št. 73/95, 2/96 – popr., 51/09, 102/09, 20/10, 101/10 in 98/11

4 Uradni list RS, št. 80/10 in 40/12 – ZUJF

vanje (to so zavarovanci iz 9. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ), do nadomestila zaradi njihove nezmožnosti za delo (90. člen ZUJF). Glede na nov (ožji) obseg pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, se ne glede na določbo prve in druge alineje 1.a točke 11. člena Zakona o prispevkih za socialno varnost⁵ (v nadaljnjem besedilu: ZPSV) spreminja (znižuje) višina prispevne stopnje prispevka za to zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela, ki ga plačujejo brezposelne osebe in Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje, in sicer na 5,96 odstotka za oba zavezanca za plačilo tega prispevka (prvi in drugi odstavek 228. člena ZUJF).

Izjema v smislu prehodne določbe je določena za brezposelne osebe, ki so do uveljavitve ZUJF prejemniki nadomestila med začasno zadržanostjo z dela na podlagi predpisov, ki urejajo zdravstveno zavarovanje, ali so do uveljavitve tega zakona že vložile zahtevek za uveljavitev te pravice, o katerem še ni bilo dokončno odločeno. V teh primerih se do izteka pravice do denarnega nadomestila za primer brezposelnosti oziroma do njenega predčasnega prenehanja določbi prve in druge alineje 1.a točke 11. člena ZPSV uporabljata, kar pomeni da se še naprej plačuje prispevek v višini 6,36 odstotka za zavarovance in 6,56 odstotka za Zavod Republike Slovenije za zaposlovanje (tretji odstavek 228. člena ZUJF).

Zavarovanci iz 23. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ

Ti zavarovanci niso več zavarovani za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni (8. člen ZUJF). Glede na obseg njihovih pravic za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela (pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino) je določena prispevna stopnja 5,96 odstotka (9. člen ZUJF).

Zavarovanci iz 24. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ

Usklajuje se 48. člen s 36. členom ZZVZZ, ki določa, da so ti zavarovanci zavarovani tudi za pogrebno in posmrtnino (7. člen ZUJF). Glede na obseg pravic za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela (pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino) je določena prispevna stopnja 5,96 odstotka (9. člen ZUJF).

Zavarovanci iz 25. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ

Glede na obseg pravic za zavarovanje za primer bolezni in poškodbe izven dela (pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov, pogrebno in posmrtnino) je določena prispevna stopnja 5,96 odstotka (9. člen ZUJF).

Usklajuje se tudi 49. člen s 16. členom ZZVZZ, ki določa, da so ti zavarovanci zavarovani tudi za primer poškodbe pri delu in poklicne bolezni. Plačnik prispevka za to zavarovanje so občine (8. člen ZUJF). Glede na obseg pravic za to zavarovanje (za pravice do zdravstvenih storitev, povračila potnih stroškov ter pogrebno in posmrtnino) je določena prispevna stopnja 0,18 odstotka (9. člen ZUJF).

Ukinitev zmanjšanja in odpisa prispevkov

S črtanjem prvega odstavka 60. člena ZZVZZ (10. člen ZUJF) se ukinja možnost zmanjšanja in odpisa prispevkov. Z dnem uveljavitve ZUJF je zato prenehal veljati Pravilnik o odpisu, obročnem plačilu in odlogu plačila dolga iz naslova prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje⁶, ki pa se bo uporabljal za nadaljevanje in dokončanje postopkov, ki so se na njegovi podlagi ali na podlagi prvega odstavka 60. člena ZZVZZ začeli pred uveljavitvijo ZUJF (203. člen ZUJF).

Dopolnilno zdravstveno zavarovanje

Spremembe določb 62., 62.a, 62.d, 62.h in 62.i člena ZZVZZ (11. do 15. člen ZUJF), ki se tičejo dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja, temeljijo na sodbi Sodišča Evropske unije C-185/11, izdane dne 26. 1. 2012, ki v izreku določa, da je Republika Slovenija nepravilno in nepopolno prenesla tretji odstavek 8. člena Prve direktive o neživiljenjskem zavarovanju in 29. in drugi odstavek 39. člena Tretje direktive o neživiljenjskem zavarovanju.

Medicinski pripomočki

Izhodišča za cenovne standarde in za cene

Predmet dogovora med ZZS in združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov niso več tudi izhodišča za cenovne standarde. Izhodišča za cenovne standarde in za cene bo v šestih mesecih od dneva uveljavitve ZUJF določil ZZS v podzakonskem aktu v soglasju z ministrom, pristojnim za zdravje. Pri ureditvi medsebojnih pravic in obveznosti z dobavitelji medicinskih pripomočkov se bodo upoštevali cenovni standardi, ki jih bo za posamezne vrste medicinskih pripomočkov določil ZZS, oziroma cene, ki jih bo za posamezne pripomočke dogovoril ZZS (16., 17. in 202. člen ZUJF).

Obdobje veljavnosti dogovora iz 63.a člena ZZVZZ

Dogovor se bo sklenil za obdobje enega leta. Če se po izteku njegove veljavnosti ne bo sklenil nov dogovor, bo lahko ZZS do sklenitve novega dogovora prevzemal obveznosti za medicinske pripomočke, ki so pravica iz obveznega zavarovanja, do višine cenovnih standardov, ki jih bo določil ZZS v podzakonskem aktu (16. člen ZUJF).

Arbitražna v primeru spornih vprašanj o vsebini dogovora iz 63.a člena ZZVZZ

Natančneje se določa imenovanje arbitrov, ki odločajo o spornih vprašanjih, glede katerih ni dosežen dogovor med ZZS in združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov. ZZS in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov v arbitražo imenujeta po tri arbitre, predsednika arbitraže pa imenujejo sporazumno. ZZS in združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov imenujejo člane arbitraže in posredujejo sporna vprašanja najpozneje v roku 14 dni od prejema predloga čistopisa dogovora oziroma njegove spremembe. Če v tem roku člani arbitraže niso imenovani, jih imenuje minister, pristojen za zdravje, v roku 15 dni od poziva ZZS ali združenji dobaviteljev medicinskih pripomočkov (16. člen ZUJF).

Arbitražna v primeru neizbranega dobavitelja medicinskih pripomočkov

Dobavitelj medicinskih pripomočkov, ki ne bo bil izbran na podlagi izvedenega razpisa iz 64. člena ZZVZZ, bo lahko zahteval, da o njegovi izbiri odloči arbitražna. Glede imenovanja arbitraže se uporabljajo določbe, ki veljajo za arbitražo v primeru spornih vprašanj o vsebini dogovora, pri čemer rok za imenovanje arbitrov začne teči

⁵ Uradni list RS, št. 5/96, 18/96 - ZDavP, 34/96, 87/97, 3/98, 106/99 - ZPIZ-1, 81/00 - ZPSV-C, 97/01 - ZSDP, 97/01 in 62/10 - Odl.US

⁶ Uradni list RS, št. 129/06

z dnem, ko združenja dobaviteljev medicinskih pripomočkov prejmejo poziv ZZZS (16. člen ZUJF).

Arbitraža v primeru spornih vprašanj pri sklepanju pogodb z dobavitelji medicinskih pripomočkov

Določa se imenovanje arbitrov, tako da jih v primeru, če pogodbeni stranki ne imenujeta članov arbitraže iz tretjega odstavka 67. člena ZZVZZ v roku 14 dni od predložitve spornih vprašanj, v nadaljnjem roku 15 dni od poziva ene od strank imenuje minister, pristojen na zdravje (16. člen ZUJF).

Veljavnost dogovora iz 63.a člena ZZVZZ v prehodnem obdobju

V prehodnem obdobju (202. člen ZUJF) do uveljavitve novega dogovora iz 63.a člena ZZVZZ velja Dogovor o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 z dne 14. 7. 2009 s sklenjenimi aneksi (v nadaljnjem besedilu: Dogovor), v kolikor ni v nasprotju z ZZVZZ.

Znižanje cenovnih standardov posameznih vrst medicinskih pripomočkov in znižanje izposojnine v prehodnem obdobju

V prehodnem obdobju (202. člen ZUJF), ne glede na določbe Dogovora in na njegovi podlagi sklenjenih pogodb z dobavitelji medicinskih pripomočkov ter drugih splošnih aktov, do uveljavitve cenovnih standardov in cen na podlagi izhodišč, ki jih bo določil ZZZS, veljajo cenovni standardi in cene, veljavni na dan uveljavitve ZUJF, razen v naslednjih primerih, ko je že s samim ZUJF določen cenovni standard:

- pri medicinskih pripomočkih pri zdravljenju sladkorne bolezni cenovni standardi znižajo za 15 %, razen pri diagnostičnih trakovih za aparat za določanje glukoze v krvi, pri katerih se cenovni standard zniža za 20 %, in aparatu za določanje glukoze v krvi, pri katerem cenovni standard znaša 10,00 evrov;
- 1. pri medicinskih pripomočkih pri težavah z odvajanjem seča pri predlogah, plenica in posteljni predlogah za nego na domu cenovni standardi znižajo za 7 %;
- 2. pri medicinskih pripomočkih pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi cenovni standardi znižajo za 7 %;
- 3. pri medicinskih pripomočkih, ki so predmet izposoje, dnevne izposojnine znižajo za 30 %.

Uskladitev pojmov

ZUJF usklajuje v ZZVZZ določene pojme za "medicinsko-tehnične pripomočke" s pojmom "medicinski pripomočki", kot ga določa Zakon o medicinskih pripomočkih⁷, ter pojem "očesne pripomočke"

s pojmom "medicinske pripomočke za izboljšanje vida", kot ga določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in šifrant medicinskih pripomočkov.

Povezovanje zbirk podatkov

Na podlagi 18. člena ZUJF se določa izrecna pravna podlaga za dostopanje do določenih podatkov, ki se sicer vodijo v evidencah, na področju šolstva, in so potrebni, za ugotavljanje statusa zavarovane osebe. Tako se zbirke podatkov na področju zdravstvenega zavarovanja iz prvega odstavka 79.b člena ZZVZZ, za namene izvajanja vključitve v obvezno zdravstveno zavarovanje povežejo:

- z Evidenčnim in analitskim informacijskim sistemom za visoko šolstvo v Republiki Sloveniji – eVŠ in Centralno evidenco udeležencev vzgoje in izobraževanja – CEUVIZ za pridobivanje podatkov o statusu šolajočih,
- s sodnim oziroma Poslovnim registrom Slovenije za pridobivanje EMŠO oziroma davčne številke ustanoviteljev poslovnih subjektov.

Zakon o obveznih zavarovanjih v prometu

Na podlagi 83. člena ZUJF se je spremenil peti odstavek 18. člena Zakona o obveznih zavarovanjih v prometu⁸ tako, da se je vnaprejšnja pavšalna odškodnina, ki so jo zavarovalnice dolžne plačati ZZZS za škodo, ki nastane zavodu zaradi smrti ali poškodb zavarovanih oseb v prometnih nesrečah, povišala na 8,5 % od obračunane kosmate zavarovalne premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje.

Zakon o urejanju trga dela

S spremembo 9. in 64. člena ZUTD se je ukinila pravica brezposelnih oseb, ki prejema denarno nadomestilo od Zavoda RS za zaposlovanje (to so zavarovanci iz 9. točke prvega odstavka 15. člena ZZVZZ), do nadomestila zaradi njihove nezmožnosti za delo, in posledično mirovanje pravice do denarnega nadomestila v primeru, ko je brezposelna oseba nezmožna za delo iz zdravstvenih razlogov za čas, ko prejema nadomestilo v breme sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja (90. in 92. člen ZUJF).

Postopki za priznanje pravice do denarnega nadomestila in postopki za priznanje nadomestila zaradičasne nezmožnosti za delo zaradi bolezni ali poškodbe, ki so se začeli do uveljavitve ZUJF, se dokončajo po dosedanjih predpisih (227. člen ZUJF).

Snežana Marković

⁷ Uradni list RS, št. 98/09

⁸ Uradni list RS, št. 93/07 – uradno prečiščeno besedilo in 40/12 – ZUJF

Uveljavitev sprememb in dopolnitev Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja 12. 7. 2012

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije je na 11. redni seji 7. junija 2012 sprejela **Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja** (v nadaljevanju: Spremembe in dopolnitve Pravil). Na podlagi 26. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je nanje dal soglasje Minister za zdravje. Spremembe in dopolnitve Pravil so bile objavljene v Uradnem listu Republike Slovenije, št. 49, dne 27.6.2012 in začele veljati petnajsti dan po objavi, t. j. 12. 7. 2012.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila) predstavljajo temeljni podzakonski akt, ki podrobneje ureja vrste in obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja, obveznosti zavezancev in zavarovanih oseb, pogoje in postopke za uresničevanje pravic, standarde zdravstvenih storitev in medicinskih pripomočkov, varstvo pravic zavarovanih oseb ter nadzor uresničevanja pravic in obveznosti. Tokratne Spremembe in dopolnitve Pravil prinašajo naslednje pomembnejše novosti:

- **Natančnejšo ureditev pravice do zdravljenja v drugi državi**, v kateri velja pravni red EU, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob na podlagi Uredbe (ES) 883/2004 o koordinaciji sistemov socialne varnosti in Uredbe (ES) 987/09 o določitvi podrobnih pravil za izvajanje Uredbe (ES) 883/2004. O pravici do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v drugi državi, v kateri velja pravni red EU oziroma do povračila stroškov teh storitev, zaradi dolgih, nerazumnih čakalnih dob bo odločal imenovani zdravnik ZZS. Ta bo ugotovil, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje, presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe. Če bo ta presežena in v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, se šteje, da je presežen tudi razumen čas in se zdravljenje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, odobri. Kadar pa najdaljša dopustna čakalna doba ni presežena, bo imenovani zdravnik pridobil mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike ali inštituta, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba presega razumen čas. Če čakalna doba presega razumen čas in tega zdravljenja ni mogoče zagotoviti v razumnem času pri nobenem drugem izvajalcu v Republiki Sloveniji, se zdravljenje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, odobri. Pri tem se upoštevajo opredeljene pojme čakalna doba, čakalni seznam in razumen čas, kakor so opredeljeni v zakonu, ki ureja pacientove pravice, ter pojem najdaljša dopustna čakalna doba, kakor je za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določena v pravilniku, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve. Spremembe in dopolnitve Pravil hkrati določajo, da ima v teh primerih zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, pravico do spremstva na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo, posledično pa ima

v tem primeru eden od staršev pravico do nadomestila plače za čas takšne zadržanosti od dela. V teh primerih ima zavarovana oseba tudi pravico do povračila prevoznih stroškov.

- **Določitev domneve obstoja zunajzakonske skupnosti za namen izvajanja obveznega zavarovanja družinskih članov.** Veljavna Pravila določajo, da lahko zavarovanec kot družinskega člana zavaruje osebo, ki je najmanj 2 leti pred vložitvijo prijave za obvezno zavarovanje živela z njim v življenjski skupnosti, ki je po predpisih o zakonski zvezi in družinskih razmerjih v pravnih posledicah izenačena z zakonsko zvezo. Spremembe in dopolnitve Pravil bodo omogočile vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje tudi družinskim članom, ne glede na čas trajanja zunajzakonske skupnosti, če se jima je rodil skupni otrok ali sta posvojili otroka in ne gre za enostarševsko družino, in ni razlogov, zaradi katerih bi bila zakonska skupnost neveljavna.
- **Določitev pogojev za organizatorje skupinske rehabilitacije in skupinskega usposabljanja** po 50. in 51. členu Pravil. Organizator teh pravic je reprezentativna invalidska organizacija, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije, in je hkrati interesno združenje za bolezen ali stanje iz 50. oziroma 51. člena Pravil, za katere organizirajo skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje. V primeru, da za posamezno bolezen ali stanje iz 50. ali 51. člena Pravil reprezentativna invalidska organizacija ne obstaja ali se ne prijavi na javni razpis ZZS, je lahko organizator pravic humanitarna organizacija za kronične bolnike, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja humanitarne organizacije, in je hkrati interesno združenje za kronično bolezen iz 50. oziroma 51. člena Pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.

Navedena sprememba pomeni višjo raven kakovosti organizacije skupinske rehabilitacije in skupinskega usposabljanja in njune izvedbe ter omogoča večjo vključitev zavarovanih oseb v skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.

- **Prenos pooblastila za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka na osebne otroškega zdravnika.** Veljavna Pravila določajo, da zavarovanec uveljavlja pravico do začasne zadržanosti od dela zaradi nege otroka pri osebnem otroškem zdravniku, pravico do začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka pa pri svojem izbranem osebnem zdravniku. Spremembe in dopolnitve Pravil prinašajo novost, da bo zavarovanec tudi pravico do začasne zadržanosti od dela zaradi spremstva otroka uveljavljal pri osebnem otroškem zdravniku. Prenos pooblastila za ugotavljanje začasne zadržanosti od dela od izbranega osebnega zdravnika zavarovanca k osebnemu otroškemu zdravniku, pomeni za zavarovane osebe poenostavitev postopka uveljavljanja te pravice.

- **Uskladitev z Zakonom o uveljavljanju pravic iz javnih sredstev** (Uradni list RS, št. 62/10 in 40/11; v nadaljevanju: ZUPJS). Državljeni Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v Republiki Sloveniji, ki niso zavarovanci iz drugega naslova po zakonu, ki ureja zdravstveno zavarovanje, in imajo pravico do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje po ZUPJS, pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem, ko jim je priznana pravica do plačila prispevka za obvezno zdravstveno zavarovanje s strani centra za socialno delo in ne več z dnem, ko so vložili vlogo na občino. Skladno z ZUPJS je namreč pristojnost za ugotavljanje izpolnjevanja pogojev za pridobitev te pravice prešla z občin na centre za socialno delo, ki so tudi zavezanci za prijavo oziroma odjavo teh zavarovancev v obvezno zdravstveno zavarovanje.
- **Vzpostavitev Seznama medicinskih pripomočkov – artiklov**, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Spremembe in dopolnitve Pravil prinašajo novost v zvezi z opredelitvijo minimalnih zahtev glede materialov in drugih zahtev, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost za posamezne vrste medicinskih pripomočkov, ki jih bo določila Skupščina ZZS s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje na predlog posebnih strokovnih komisij, ki bodo tudi ugotavljale izpolnjevanje teh zahtev za posamezne medicinske pripomočke (artikle). ZZS bo na spletni strani objavljala seznam vrst medicinskih pripomočkov z navedenimi zahtevami in seznam pripomočkov (artiklov), za katere bo ugotovljeno, da izpolnjujejo te zahteve. Novost se bo uveljavljala postopoma po posameznih skupinah medicinskih pripomočkov, in sicer za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in za pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni v 12. mesecih od uveljavitve posebnega akta, s katerim bo določena sestava posebnih strokovnih skupin, način njihovega dela in postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev, za ostale skupine pripomočkov pa do 31. 12. 2015.
- **Podelitev pooblastila za predpisovanje ortopedskih nedrčkov** za prsno protezo tudi osebnim zdravnikom. Do ortopedskega nedrčka so upravičene zgolj tiste zavarovane osebe, ki uporabljajo prsno protezo in je ortopedski nedrček potreben za ohranitev pravilne drže ramenskega obroča in hrbtenice. Glede na to, da je bilo s Spremembami in dopolnitvami Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/11) osebnim zdravnikom že podeljeno pooblastilo za predpisovanje prsnih protez, spremembe in dopolnitve Pravil določajo, da se tudi pooblastilo za predpisovanje ortopedskih nedrčkov za prsno protezo podeli tudi osebnim zdravnikom. Ortopedski nedrček za prsno protezo bo kot prvi predpisal specialist onkolog, nadalje pa ga bo na podlagi specialističnih izvidov predpisoval osebni zdravnik. S tem se za zavarovane osebe poenostavi postopek uveljavljanja pravice ter hkrati razbremeni specialiste onkologe.

Snežana Marković
Peter Rutar

Na podlagi 13. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 - popr.) je Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na 11. seji dne 7. 6. 2012 sprejela

Spremembe in dopolnitve Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. člen

V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09 in 30/11) se v 2. členu za 26. točko pika nadomesti s podpičjem in dodata novi 27. in 28. točka, ki se glasita:

“27. čakalna doba, čakalni seznam in razumen čas - kakor so opredeljeni v zakonu, ki ureja pacientove pravice;

28. najdaljša dopustna čakalna doba - doba, kakor je za posamezno zdravstveno storitev glede na stopnjo nujnosti določena v pravilniku, ki ureja najdaljše dopustne čakalne dobe za posamezne zdravstvene storitve.”

2. člen

V 9. členu se 21. točka spremeni tako, da se glasi:

“21. osebe iz 21. točke 15. člena zakona, ki imajo pravico do plačila prispevka za obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev – z dnem priznanja pravice do plačila prispevka za obvezno zavarovanje po zakonu, ki ureja uveljavljanje pravic iz javnih sredstev;”

3. člen

V 10. členu se v drugem odstavku za prvim stavkom doda nov drugi stavek, ki se glasi:

“Domneva se, da med dvema osebama, ki nista sklenili zakonske zveze, obstaja zunajzakonska skupnost, ne glede na njen čas trajanja, če se jima je rodil skupni otrok ali sta posvojili otroka in ne gre za enostarševsko družino, in ni razlogov, zaradi katerih bi bila zakonska skupnost neveljavna.”

4. člen

V 17. členu se v drugem odstavku za besedo “zahtevati” doda besedi “obračun in”.

Tretji in četrti odstavek se črtata.

5. člen

V 53. členu se dodata nova prvi in drugi odstavek, ki se glasita:

“(1) Organizator pravice iz 50. in 51. člena pravil mora biti reprezentativna invalidska organizacija, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja invalidske organizacije, in je hkrati interesno združenje za bolezen ali stanje iz 50. oziroma 51. člena pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.

(2) Če za posamezno bolezen ali stanje iz 50. ali 51. člena pravil reprezentativna invalidska organizacija iz prejšnjega odstavka ne obstaja ali se ne prijavi na javni razpis zavoda za izbiro organizatorjev pravic iz prejšnjega odstavka, je lahko organizator pravic hu-

manitarna organizacija za kronične bolnike, ki ji je priznan ta status v skladu z zakonom, ki ureja humanitarne organizacije, in je hkrati interesno združenje za kronično bolezen iz 50. oziroma 51. člena pravil, za katero organizira skupinsko rehabilitacijo oziroma skupinsko usposabljanje.”

Dosedanji prvi odstavek se oštevilči kot tretji odstavek.

6. člen

Besedilo 111. člena se spremeni tako, da se glasi:

“(1) Standardi pri medicinsko-tehničnih pripomočkih, ki se zagotavljajo zavarovanim osebam v breme obveznega zavarovanja, so tiste zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost medicinsko-tehničnega pripomočka glede na opredeljene bolezni in stanja v skladu s prvim odstavkom 64. člena pravil in glede na določene najvišje vrednosti za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov oziroma posamezne pripomočke (artikle).

(2) Standardi pri medicinsko-tehničnih pripomočkih so:

- materiali, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, so dosegljivi in najcenejši na slovenskem tržišču,
- druge zahteve, ki zagotavljajo funkcionalno ustreznost pripomočka, in
- doba, po preteku katere lahko zavarovana oseba prejme nov pripomoček iste vrste.

(3) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve iz prve alineje prejšnjega odstavka za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov določi skupščina zavoda s soglasjem ministra, pristojnega za zdravje. Predlog minimalnih zahtev pripravijo posebne strokovne komisije, ki jih imenuje generalni direktor zavoda. Posebne strokovne komisije ugotavljajo tudi izpolnjevanje minimalnih zahtev materialov in drugih zahtev za posamezne pripomočke (artikle).

(4) Sestavo komisij iz prejšnjega odstavka, način njihovega dela in postopek ugotavljanja izpolnjevanja zahtev iz prejšnjega odstavka s posebnim aktom določi skupščina zavoda.

(5) Zavod na svoji spletni strani objavi seznam vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov z minimalnimi zahtevami za materiale in drugimi zahtevami, ki jih je sprejela skupščina zavoda, in seznam pripomočkov (artiklov), za katere je bilo ugotovljeno, da izpolnjujejo te zahteve.”

7. člen

V 135. členu se za prvim odstavkom doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

“(2) Zavarovana oseba ima pravico do odobritve pregleda, preiskave ali zdravljenja v državi, v kateri velja pravni red EU, oziroma do povračila stroškov teh storitev, tudi če ji je bila v Republiki Sloveniji pri vpisu v čakalni seznam določena čakalna doba, ki pre-

sega najdaljšo dopustno čakalno dobo, pa v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, oziroma če ta ni presežena, če ji je bila določena čakalna doba, ki presega razumen čas. Stroški se zavarovani osebi povrnejo v višini dejanskih stroškov, vendar ne več kot znašajo stroški storitve v javni zdravstveni mreži v državi, v kateri je bila storitev uveljavljena.“

Dosedanji drugi odstavek, ki postane tretji odstavek, se spremeni tako, da se glasi:

“(3) Če pravico iz prvega in drugega odstavka tega člena uveljavlja zavarovana oseba, ki še ni dopolnila 18 let, ima na potovanju in med zdravljenjem, pregledom ali preiskavo pravico do spremstva.“

Dosedanji tretji odstavek postane četrti odstavek.

8. člen

V 138. členu se v šestem odstavku besedilo “drugega odstavka 135. člena” nadomesti z besedilom “tretjega odstavka 135. člena”.

9. člen

V 155. členu se za besedo “oseba” doda vejica, besedilo “ima, ko je napotena na zdravljenje v tujino,” pa se nadomesti z besedilom “ki uveljavlja pravico iz prvega ali drugega odstavka 135. člena pravil, ima”.

10. člen

V 175. členu se v prvem odstavku v prvem in drugem stavku za besedo “nege” doda besedi “ali spremstva”.

11. člen

V 212. členu se v prvi alineji 1. točke prvega odstavka beseda “in” nadomesti z vejico, za besedo “proteze” pa doda besedilo “in ortopedski nedrček za prsno protezo”.

12. člen

V 225. členu se v prvem odstavku za besedama “iz prvega” doda besedi “in drugega”.

Za drugim odstavkom se dodajo novi tretji, četrti in peti odstavek, ki se glasijo:

“(3) Pred odločitvijo o pravici iz drugega odstavka 135. člena pravil imenovani zdravnik ugotovi, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba za zdravstveno storitev, ki jo potrebuje, presega najdaljšo dopustno čakalno dobo in v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe. Če je ta presežena in v Republiki Sloveniji ni drugega izvajalca, ki ne presega najdaljše dopustne čakalne dobe, se šteje, da je presežen tudi razumen čas in se zdravljenje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, odobri.

(4) Kadar najdaljša dopustna čakalna doba ni presežena, imenovani zdravnik pridobi mnenje konzilija zdravnikov ustrezne klinike ali inštituta, ali glede na uvrstitev zavarovane osebe na čakalni seznam, čakalna doba presega razumen čas. Če čakalna doba presega razumen čas in tega zdravljenja ni mogoče zagotoviti v razumnem času pri nobenem drugem izvajalcu v Republiki Sloveniji, se zdravljenje v drugi državi, v kateri velja pravni red EU, odobri.

(5) V primeru predvidene odobritve zdravljenja v drugi državi članici v skladu s tretjim ali četrtim odstavkom tega člena imenova-

ni zdravnik zaprosi kliniko ali inštitut tudi za mnenje o predvidenem trajanju zdravljenja, pregleda ali preiskave, potrebi po spremstvu, potrebi po vrsti prevoza in o zdravniku, bolnišnici ali kliniki, ki bi lahko zagotovila predlagano zdravljenje, pregled ali preiskavo v drugi državi, v kateri velja pravni red EU.”

13. člen

V 226. členu se v prvem odstavku v prvem in tretjem stavku za besedama “iz prvega” doda besedi “ali drugega”.

Prehodna in končna določba

14. člen

(1) Minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov, in ugotavljanje teh zahtev za posamezne pripomočke (artikle) iz tretjega odstavka 111. člena pravil se vzpostavi postopoma po posameznih skupinah iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov, in sicer za pripomočke pri težavah z odvajanjem seča in za pripomočke pri zdravljenju sladkorne bolezni v dvanajstih mesecih od dneva uveljavitve posebnega akta skupščine zavoda iz četrtega odstavka 111. člena pravil, za ostale skupine pripomočkov iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov se določijo minimalne zahteve za materiale in druge zahteve, ki zagotavljajo standard za posamezne vrste medicinsko-tehničnih pripomočkov ter vzpostavi seznam pripomočkov (artiklov) do 31. decembra 2015. Do vzpostavitve teh zahtev pri posamezni skupini iz šifranta vrst medicinsko-tehničnih pripomočkov se za to skupino uporabljajo standardi iz 111. člena pravil.

(2) Dobavitelji lahko pripomočke (artikle), ki jih zagotavljajo v skladu s pogodbo z zavodom in za katere posebne strokovne komisije iz tretjega odstavka 111. člena pravil ugotovijo, da ne izpolnjujejo minimalnih zahtev za materiale oziroma drugih zahtev, izdajajo v breme obveznega zavarovanja še največ 30 dni od datuma prejema obvestila zavoda.

15. člen

Te spremembe in dopolnitve se objavijo v Uradnem listu Republike Slovenije, ko da nanje soglasje minister, pristojen za zdravje, in začnejo veljati petnajsti dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 9000-2/2012-DI/11
Ljubljana, dne 7. 6. 2012
EVA 2011-2711-0044

Predsednik Skupščine
Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Vladimir Tkalec

Soglašam!

Tomaž Gantar
Minister za zdravje

Na podlagi 73. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2012 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2012) so partnerji, sestavljeni iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, na seji dne 2. 4. 2012, na arbitraži dne 24. 4. 2012 in na podlagi sklepov Vlade Republike Slovenije o spornih vprašanjih iz 20. redne seje z dne 27. 6. 2012 sprejeli besedilo:

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012

1. člen

V 2. členu se v (1) odstavku doda nova 26. točka, ki se glasi:

»26. Dializni centri skupaj z izvajalci prevozov na in z dialize skušajo oblikovati čim bolj optimalen raspored izvajanja dializ.«

2. člen

V 3. členu se v (1) odstavku spremeni točka 1.1.4 tako, da se glasi:

»1.1.4. Na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe za obsojence in pripornike bo program opredeljen glede na število obsojencev in pripornikov v skladu z naslednjimi standardi:

- 1 tim splošne ambulante (101 001) na 240 zapornikov,
- 1 tim dispanzerja za otroke in šolarje (101 159) na 150 zapornikov,
- 1 tim psihiatra (201 037) na 500 zapornikov,
- 1 tim dejavnosti Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (101 057) na 1000 zapornikov,
- 1 tim dispanzerja za žene (101 004) na 2000 zapornic,
- 1 tim zobozdravnika za odrasle (102 008 in 102 009) na 1500 zapornikov,
- 1 tim zobozdravnika za mladino (102 010 in 102 011) na 750 zapornikov,

Seznam izvajalcev in število timov za izvajanje tega programa je v Prilogi VIII tega Dogovora.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 3. členu se v (1) odstavku v 1. točki na koncu doda točka 1.1.6., ki se glasi:

»1.1.6. Program DORA se načrtuje na ravni realizacije preteklega leta.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 3. členu se v (1) odstavku v točki 4.1. na koncu doda nov stavek, ki se glasi:

»Dogovorjena produktivnost na delavca je 10.456 točk.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 3. členu se v (1) odstavku v točki 5.1. spremeni tretji stavek tako, da se glasi:

»Plan obiskov v posamezni specialistično ambulantni dejavnosti posameznega izvajalca se določi na osnovi razmerja med novim planom točk in količnikom med realiziranim številom točk in realiziranim številom obiskov v zadnjem triletnem obdobju.«

Četrta in peta stavek točke 5.1. (1) odstavka se brišeta.

Sprememba velja od 1. 1. 2013 naprej.

V 3. členu se v (1) odstavku v 5. točki na koncu doda točka 5.1.5., ki se glasi:

»5.1.5. Programa specialistična ambulantna dejavnost onkologije in radioterapija v specialistično ambulantni dejavnosti se načrtujeta na ravni realizacije preteklega leta.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 3. členu se v (2) odstavku briše druga alineja.

Sprememba velja od 1. 7. 2012.

3. člen

V 5. členu se v (1) odstavku drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Ugotavljanje obveznosti med posameznim izvajalcem in Zavodom bo za dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje ter lekarniško dejavnost temeljilo na številu dejansko opravljenih storitev.«

4. člen

V 9. členu se (4) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(4) Če Vlada Republike Slovenije in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo Aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki bi urejal spremembo višine plač v javnem sektorju in druga vprašanja, ki zadevajo plače v javnem sektorju, ali v primeru sprememb Zakona o sistemu plač v javnem sektorju oziroma drugega predpisa, ki ureja to področje, se v kalkulacijah cen zdravstvenih storitev avtomatično upoštevajo sprejete spremembe.«

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

V 9. členu se (5) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(5) Sredstva za osnovne plače se od 1. 6. 2012 v cene zdravstvenih storitev vkalkulirajo v skladu z Zakonom za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12). Na tej podlagi se ustrezno popravi višina osnovnih plač, ki so opredeljene v Prilogi VI.«

5. člen

V 10. členu se briše (8) odstavek.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

6. člen

V 13. členu se v (1) odstavku prva vrstica tabele spremeni tako, da se glasi:

SB Izola	381.052,71	eur	- v akutni bolnišnični obravnavi (pavšal)
----------	------------	-----	---

7. člen

V 17. členu se v (1) odstavku spremeni 5. točka tako, da se glasi:

»5. rhesonativ, rhophylac ali drugi imunoglobulini anti D, preiskava brisov pri ženskah (Papanicolau - kurativa in preventiva) pri izbranem ginekologu.«

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

V 17. členu se v (1) odstavku na koncu doda nova točka, ki se glasi:

»14. Bolnišnica Golnik: zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki)«

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

V 17. členu se v (1) odstavku za 14. točko doda nova 15. točka, ki se glasi:

»15. zdravila z učinkovinami: - cisplatin, docetaksel, gemcitabin, irinotekan, oksalplatin, palitaksel, topotekan, vinorelbin.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 17. členu se v (6) odstavku na koncu doda naslednje besedilo:

»Lekarne v okviru priprave metadona v obliki solucije zmešane s sadnim sokom Zavodu zaračunajo sok, platenko ter signaturo, in sicer po cenah, ki ne smejo preseči cen iz Priloge III/a.«

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

8. člen

V 20. členu se (1) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Sredstva za regres se od 1. 1. 2012 vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v odvisnosti od plačnega razreda, v katerega je uvrščen vkalkulirani delavec, in sicer:

plačni razred	višina regresa (v eur)
do 13	692,00
od 14 do vključno 19	657,40
od 20 do vključno 26	493,05
od 27 do vključno 33	328,70
od 34 do vključno 39	164,35
od 40 do vključno 65	100,00

Sredstva za regres se od 1. 1. 2013 vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v odvisnosti od plačnega razreda, v katerega je uvrščen vkalkulirani delavec, in sicer:

plačni razred	višina regresa (v eur)
do 13	692,00
od 14 do vključno 30	484,40
od 31 do vključno 40	346,00
od 41	0,00

Sredstva za jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči se od 1. 1. 2012 vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 282,41 evra letno na planiranega delavca iz delovnih ur, od 1. 6. 2012 pa v višini 183,03 evra letno na planiranega delavca iz delovnih ur.«

9. člen

V 24. členu se (4) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(4) Sredstva za laboratorijske preiskave, ki jih opravlja izvajalec, so vključena v ceno zdravstvenih storitev in se ne obračunavajo posebej. V breme Zavoda je možno obračunati laboratorijske storitve v skladu s 17. členom tega Dogovora. Zavod postopoma preveri vkalkulirana sredstva za laboratorijske preiskave iz Priloge I tega Dogovora. V ta namen so izvajalci dolžni Zavodu na njegovo zahtevo predložiti ustrezne podatke in dokazila za pripravo analize, kot so kopije računov, ki so jih za opravljene preiskave plačali

drugim laboratorijem, kopije računov za porabljene reagente, kopije računov za druge stroške laboratorijskega in drugega materiala, ki se uporablja v laboratorijih, stroške dela v laboratorijih ter druge podatke oziroma dokazila v skladu z navodili Zavoda.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

10. člen

V 25. členu se v (6) odstavku na koncu dodajo nove zaporedne številke, ki se glasijo:

	Program	Izvajalec	Obseg programa		Dodatna sredstva v EUR	
			na letni ravni	1.1. - 31.12. 2012	na letni ravni	1.1. - 31.12. 2012
3	Dodatna sredstva	URI Soča			10.000	6.667
4	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Izvajalci v okviru SSZS	93.294 dni ZN I-III, tip A	76.068 dni ZN I-III, tip A	1.400.628	1.142.007
5	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,94 tima	0,88 tima	112.037	105.663
6	Sredstva za povečanje števila delavcev v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju – povečanje za 1 diplomirano medicinsko sestro in 6 zdravstvenih tehnikov	Vzgojni zavod Planina			198.000	132.000
7	Vstavev umetnega srca	UKC Ljubljana	10	5	827.630	413.815

Dodatna sredstva za zaporedno številko 3 in 6 veljajo od 1. 5. 2012 naprej, za zaporedno številko 4 in 5 od 1. 1. 2012 naprej, za zaporedno številko 7 pa od 1. 7. 2012 naprej.

V 25. členu se v (9) odstavku spremeni peti stavek tako, da se glasi:

»Programi se financirajo iz prihrankov iz naslova nerealiziranih programov, dragih bolnišničnih zdravil in znižanih stroškov prevozov onkoloških bolnikov.«

11. člen

V 36. členu se v (1) odstavku v 33. točki na koncu doda naslednje besedilo:

»Če je obračunska enota primer in je zavarovana oseba bivala pri izvajalcu manj kot znaša povprečna ležalna doba v preteklem letu pri tem izvajalcu, izvajalec zavarovani osebi izstavi informativni račun tako, da je vrednost storitve izračunana kot zmnožek med številom dni, ko je zavarovana oseba bivala pri izvajalcu in količnikom med ceno primera in povprečno ležalno dobo v preteklem letu pri tem izvajalcu.«

Sprememba velja od 1. 1. 2013.«

12. člen

V 40. členu se v (6) odstavku drugi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Izvajalci (javni zavodi in koncesionarji) lahko načrtujejo in obračunavajo operacije sive mreže v okviru akutne bolnišnične obravnave (SPP), v kolikor je potrebna splošna anestezija, in sicer v primeru strokovnih indikacij iz Priloge BOL II/b-7a.«

Sprememba velja od 1. 5. 2012.

V 40. členu se v (7) odstavku štirinajsta alineja spremeni tako, da se glasi:

»- kirurško zdravljenje rakavih bolezni v akutni bolnišnični obravnavi (v skladu z metodologijo iz Priloge BOL II/b)«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V 40. členu se doda nov (8) odstavek (obstoječi odstavki pa se preštevilčijo) tako, da se glasi:

»(8) Zavod plača največ 10 vstavitev umetnega srca v koledarskem letu.«

V 40. členu se obstoječi (8) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(8) Pri obračunu se na ravni izvajalca omogoči prelivanje med storitvami (znotraj posamezne alineje):

- nega in patronaža
- proktoskopija in rektoskopija
- sklerozacija in ligatura
- klinična psihologija in dispanzer za mentalno zdravje
- diagnostična histeroskopija in histeroskopska operacija
- zdravljenje starostne degeneracijske makule z anti VEGF (prva in nadaljnja obravnava) in zdravljenje starostne degeneracijske makule z anti VEGF (nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila).«

Sprememba za prvo, drugo, tretjo in četrto alinejo velja od 1. 1. 2012 naprej.

Sprememba za peto alinejo velja od 1. 5. 2012 naprej, za šesto alinejo pa od 1. 7. 2012 naprej.

13. člen

V 41. členu se briše (6) odstavek, dosedanja (7) in (8) odstavki pa postaneta (6) in (7) odstavki.

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

14. člen

V 44. členu se v (1) odstavku na koncu 6. točke briše piko in doda naslednje besedilo:

»oziroma niso registrirani v državah Evropske unije.«

15. člen

V 50. členu se (1) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) V letu 2012 bo Zavod na podlagi podatkovne zbirke AOR (Automatska obdelava receptov) obdeloval podatke o predpisovanju zdravil na recepte po izvajalcih in območjih ter na spletnih straneh Zavoda o ugotovitvah seznanjal partnerje in izvajalce.«

16. člen

V 56. členu se v (1) odstavku na koncu prvega stavka pika nadomesti z vejico in doda naslednje besedilo:

»od 1. 5. 2012 pa se vkalkulirana vrednost programov zdravstvenih storitev oziroma cen, z izjemo MR in CT preiskav, zniža za dodatne 3 %. Osnovo za znižanje predstavljajo cene zdravstvenih storitev, ki že vključujejo znižano višino osnovnih plač, regresa ali drugih kalkulativnih elementov sprejetih v okviru Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012. Zavod posebej beleži prihranke iz znižanja cen storitev socialnih zavodov in jih namenja kot vir sredstev za nadaljnje širitve programov institucionalnega varstva od 1. 5. 2012 naprej.«

V 56. členu se (2) odstavek briše.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

V 56. členu se (4) odstavek briše.¹

V 56. členu se doda nov (6) odstavek, ki se glasi:

»(6) Dogovor se v delih, kjer so navedene polne vrednosti oziroma cene zdravstvenih storitev, ki še ne vključujejo znižanja iz prvega odstavka 56. člena (z izjemo Priloge VI), popravi tako, da se navajajo (samo) zneski, ki so že znižani za 2,5 % in za morebitna dodatna znižanja cen določena s tem Dogovorom.«

17. člen

V 57. členu se v (1) odstavku za tretjim stavkom doda nov stavek, ki se glasi:

»Če izvajalci za storitve opravljene od 1. 1. 2013 naprej ne bodo poročali v skladu z Navodili o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, ki jih je izdal Zavod, jim Zavod v okviru končnega letnega obračuna za leto 2012 odšteje sredstva, ki so v okviru cene namensko vkalkulirana za informatizacijo.«

18. člen

67. člen se briše.

Ostali členi se preštevilčijo.

19. člen

69. člen se spremeni tako, da se glasi:

»(1) Za zdravstveno obravnavo gluhe zavarovane osebe, ki potrebuje tolmača, izvajalec Zavodu zaračuna storitev »dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe« (0336). Vrednost storitve se opredeli v skladu s Tarifo za tolmače slovenskega znakovnega jezika, ki je objavljena v Uradnem listu. Izvajalci Zavodu za te storitve izstavijo račun. Stroški storitve se obračunajo v ustreznem deležu med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, in sicer se upoštevajo obračunani deleži za storitve ob katerih je bila storitev tolmačenja opravljena.«

20. člen

V Prilogi I se v kalkulaciji 102 010+102 011 mladinsko zobozdravstvo višina sredstev za amortizacijo izenači z višino sredstev za amortizacijo iz kalkulacije 102 008+102 009 zobozdravstvo za odrasle. V kalkulacijo se vključijo tudi drugi varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

V Prilogi I se standard 201 030 0300 ginekologija – amniocenteza preimenuje v 201 030 0300 ginekologija – amniocenteza.

V Prilogi I se v kalkulacijah klinična psihologija (101 113), psihiatrija (201 037) in pedopsihiatrija (201 058) višina sredstev za amortizacijo zniža za 5 %. V kalkulacijo se vključijo tudi drugi varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

V Prilogi I se pri kalkulaciji za transplantacijo srca (202 066 0113) v nazivu doda besedilo, ki glasi:

»202 066 0423 vstavitev umetnega srca.«

V Prilogi I se kalkulacije spremenijo tako, da se glasijo:

¹ Višina sredstev za terciar I v tabeli 2 Priloge BOL II/b-4 se ne spremeni.

201 096 GASTROENTEROLOGIJA
201 025 ENDOSKOPIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SK TOČK
INTERNIST-GASTROENTEROLOG	1,00	53	43.492,66	32.913
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.327,96	16.457
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	14.503,91	12.726
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,50	24	6.973,04	
SKUPAJ	3,50		87.297,57	62.096
NOSILCI LABORATORIJSKE MEDICINE	0,20	25	2.886,28	2.532
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,03	24	418,38	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,23		3.304,66	2.532
VSE SKUPAJ	3,73		90.602,23	
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM	LABORATORIJ	SKUPAJ	
BRUTO OD	87.297,57	3.304,66	90.602,23	
OBVEZNOSTI	14.054,91	532,05	14.586,96	
SKUPNA PORABA	3.410,42	224,11	3.634,53	
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	1.329,17	87,35	1.416,52	
MATERIALNI STROŠKI	47.472,60	1.384,48	48.857,08	
AMORTIZACIJA	17.361,21	225,79	17.587,00	
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59		782,59	
SKUPAJ - EUR	171.708,47	5.758,44	177.466,91	EVIDENČNA
CENA			2,86	2,28

*Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 034 OKULISTIKA - OPERATIVA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. OPERACIJ
OKULIST + ANESTEZIST	1,10	53	47.841,93	
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.327,98	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	14.503,89	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,52	24	7.530,88	
SKUPAJ	3,62		92.204,69	1.440
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	92.204,69			
OBVEZNOSTI	14.844,95			
SKUPNA PORABA	3.546,84			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJININSKO ZAVAROVANJE	1.382,34			
MATERIALNI STROŠKI	696.425,72			
AMORTIZACIJA	8.330,98			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	771,78			
SKUPAJ - EUR	817.507,29			
CENA OPERACIJE	567,71			

Opomba: V standardu 201 034 Okulistika-operativa opraviti tudi 2 ambulantna pregleda (eden pred operacijo, drugi po operaciji).

Cena operacije se v primeru sprememb izhodišč za izračun cene ne spremeni.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 037 PSIHIATRIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SK TOČK
PSIHATER	1,00	53	43.492,66	25.233
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	14.503,91	12.726
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,34	24	4.741,67	
SKUPAJ	2,34		62.738,23	37.959
NOSILCI LABORATORIJSKE MEDICINE	0,03	25	435,12	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,01	24	139,46	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,04		574,58	
VSE SKUPAJ	2,38		63.312,81	
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM	LABORATORIJ	SKUPAJ	
BRUTO OD	62.738,23	574,58	63.312,81	
OBVEZNOSTI	10.100,86	92,51	10.193,37	
SKUPNA PORABA	2.280,11	38,98	2.319,09	
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	888,64	15,19	903,83	
MATERIALNI STROŠKI	15.778,14		15.778,14	
AMORTIZACIJA	3.527,00		3.527,00	
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59		782,59	
SKUPAJ - EUR	96.095,58	721,26	96.816,83	LAB. EVIDENČNA
CENA			2,55	2,28

*Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 058 PEDOPSIHIATRIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SK TOČK
PEDOPSIHIATER	1,00	53	43.492,66	
DIPL. MED. SESTRA / VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.327,96	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,34	24	4.741,67	
SKUPAJ	2,34		70.562,29	33.000
NOSILCI LABORATORIJSKE MEDICINE	0,03	25	435,12	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,01	24	139,46	
SKUPAJ LABORATORIJ	0,04		574,58	
VSE SKUPAJ	2,38		71.136,87	
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM	LABORATORIJ	SKUPAJ	
BRUTO OD	70.562,29	574,58	71.136,87	
OBVEZNOSTI	11.360,53	92,51	11.453,04	
SKUPNA PORABA	2.280,11	38,98	2.319,09	
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	888,64	15,19	903,83	
MATERIALNI STROŠKI	15.847,64		15.847,64	
AMORTIZACIJA	3.527,00		3.527,00	
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59		782,59	
SKUPAJ - EUR	105.248,80	721,26	105.970,06	EVIDENČNA
CENA			3,21	2,28

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 090 MAMOGRAFIJA

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SK TOČK
ZDRAVNIK SPECIALIST	1,00	53	43.492,66	25.233
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,00	36	22.327,96	16.457
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	1,00	25	14.503,91	12.726
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,50	24	6.973,04	
SKUPAJ	3,50		87.297,57	54.416
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	87.297,57			
OBVEZNOSTI	14.054,91			
SKUPNA PORABA	3.410,42			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	1.329,17			
MATERIALNI STROŠKI	52.775,39			
AMORTIZACIJA	5.740,58			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59			
SKUPAJ - EUR	165.390,63			EVIDENČNA
CENA	3,04			2,28

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

V prilogi I se dodajo nove kalkulacije, ki se glasijo:

101 112 DISPANZER ZA MENTALNO ZDRAVJE

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	SK TOČK
PSIHOLOGI/LOGOPEDI/DEFEKTOLOGI	1,00	36	22.327,96	21.522
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,30	25	4.351,17	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,22	24	3.068,14	
SKUPAJ	1,52		29.747,27	21.522
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	29.747,27			
OBVEZNOSTI	4.789,31			
SKUPNA PORABA	1.481,10			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	577,24			
MATERIALNI STROŠKI	4.946,99			
AMORTIZACIJA	1.073,38			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59			
SKUPAJ - EUR	43.397,88			
CENA	2,02			

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

201 036 0421 PRIPRAVA IN APLIKACIJA ZDRAVIL ZA AMBULANTNO PARENTERALNO SISTEMSKO PROTITUMORNO ZDRAVLJENJE KARCINOMA DOJKE

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. APLIKACIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,52	53	22.616,18	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,78	36	17.415,81	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,20	25	2.900,78	
FARMACEVT	0,31	43	9.108,47	
FARM. TEHNIK	0,31	24	4.323,28	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,36	24	5.020,59	
SKUPAJ	2,48		61.385,12	1.000
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	61.385,12			
OBVEZNOSTI	9.883,00			
SKUPNA PORABA	2.478,49			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	965,96			
MATERIALNI STROŠKI	158.047,50			
AMORTIZACIJA	2.708,45			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59			
SKUPAJ - EUR	236.251,11			
CENA	236,25			

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 036 0422 PRIPRAVA IN APLIKACIJA ZDRAVIL ZA AMBULANTNO PARENTERALNO SISTEMSKO PROTITUMORNO ZDRAVLJENJE KARCINOMA DEBELEGA ČREVEŠA IN DANKE

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. APLIKACIJ
ZDRAVNIK SPECIALIST	0,71	53	30.879,79	1.000
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	0,78	36	17.415,81	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	0,20	25	2.900,78	
FARMACEVT	0,31	43	9.108,47	
FARM. TEHNIK	0,31	24	4.323,28	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,39	24	5.438,97	
SKUPAJ	2,70		70.067,11	1.000
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	70.067,11			
OBVEZNOSTI	11.280,80			
SKUPNA PORABA	2.698,35			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	1.051,65			
MATERIALNI STROŠKI	275.700,75			
AMORTIZACIJA	2.708,45			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59			
SKUPAJ - EUR	364.289,70			
CENA	364,29			

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

201 034 0420 OKULISTIKA – Zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF (nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila)

KADER	DELAVCI IZ UR	PLAČNI RAZRED	BRUTO PLAČA	ŠT. PRIMEROV
OKULIST	1,00	53	43.492,66	960
DIPL. MED. SESTRA/VIŠJA MED. SESTRA	1,04	36	23.221,08	
TEHNIK ZDRAVSTVENE NEGE	2,24	25	32.488,75	
ADMINISTRATIVNO TEHNIČNI DELAVCI	0,72	24	10.041,18	
SKUPAJ	5,00		109.243,67	960
FINANČNI NAČRT	SKUPAJ PROGRAM			
BRUTO OD	109.243,67			
OBVEZNOSTI	17.588,23			
SKUPNA PORABA	4.872,03			
PREMIJA ZA DODATNO POKOJ. ZAVAROVANJE	1.898,81			
MATERIALNI STROŠKI	248.472,06			
AMORTIZACIJA	16.836,87			
DODATNA SREDSTVA ZA INFORMATIZACIJO	782,59			
SKUPAJ - EUR	399.694,26			
CENA	416,35			

Opomba:

- Storitve zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF (nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila) se Zavodu obračuna, če so bile opravljene in ustrezno zabeležene v medicinski dokumentaciji naslednje aktivnosti: Optična koherentna tomografija, tonometrija nekontaktna, foto red free, autofluorescenca, pregled na biomikroskopu, občasno elektronska refraktometrija, refraktometrija, slikanje očesnega ozadja, pregled vidne ostrine po ETDRS ter storitev intravitrealne aplikacije zdravila.
- Poleg te storitve Zavodu ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

* Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v kalkulacijo.

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

21. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 4. členu v (4) odstavku spremeni zadnji stavek tako, da se glasi:

»Če zavarovana oseba zavrta obravnavo v ZVC, je to potrebno zavesti v zdravstveni karton.«

22. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 11. členu v (3) odstavku drugi stavek nadomesti z naslednjim besedilom:

»Izvajalci prejmejo dodatek za referenčne ambulante ob pogoju, da so Zavodu posredovali poročilo o delu referenčnih ambulant v skladu z drugim odstavkom tega člena. Poleg tega morajo izvajalci dokazati namensko porabe sredstev za laboratorij. V ta namen Zavodu posredujejo znesek stroškov za laboratorij, porabljen za referenčne ambulante in pripadajočo splošno ambulanto. Če so dejansko porabljena sredstva za laboratorij v koledarskem letu nižja od vkalkuliranih sredstev za laboratorij v kalkulaciji za referenčne ambulante vključno s pripadajočo kalkulacijo za splošne ambulante v koledarskem letu, Zavod razliko poračuna pri obračunu za prvo tromesečje naslednjega leta. Zavod lahko izvede naknadni nadzor. Če je v nadzoru ugotovljeno, da je izvajalec posredoval napačne podatke o realiziranih stroških za laboratorij referenčne ambulante, se mu pri obračunu odšteje neupravičeno prikazan znesek v dvojni višini.«

Sprememba velja od 1. 5. 2012.

23. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 17. členu (1) odstavku spremeni tako, da se glasi:

»(1) Za dejavnost dispanzerjev za mentalno zdravje se namenijo enaka sredstva kot v letu 2011. Program nosilcev v dejavnosti dispanzerja za mentalno zdravje se od 1. 7. 2012 standardizira. Nosilci dejavnosti dispanzerja za mentalno zdravje so: psihologi, defektologi, logopedi. Dejavnost izvajalci načrtujejo v številu nosilcev iz spodnje tabele (vključno s širitvami) in v skladu s kalkulacijo iz Priloge I.

Območna enota Zavoda	Število nosilcev po pogodbi 2010*	Širitve od 1. 7. 2012
OE Celje	7,45	3,50
OE Koper	1,00	
OE Krško	1,40	3,20
OE Kranj**	5,00	3,00
OE Ljubljana**	16,89	
OE Maribor	3,00	
OE Murska Sobota	6,70	
OE Nova Gorica	3,00	1,10
OE Novo mesto	3,93	3,00
OE Ravne na Koroškem	7,41	
SKUPAJ	55,78	13,80

* Upoštevani le nosilci dejavnosti dispanzerja za mentalno zdravje: psihologi, logopedi, defektologi

** Pri OE Kranj v drugem stolpcu upoštevan tudi en ortopedagog. Pri OE Ljubljana v drugem stolpcu upoštevani trije specialisti pedagogi.

Dodatni nosilci se od 1. 7. 2012 priznajo območnim enotam, ki ne dosegajo slovenskega povprečja preskrbljenosti prebivalstva s tem programom. Pri izračunu preskrbljenosti območnih enot so se upoštevali tudi timi kliničnih psihologov in Centrov za korekcijo sluha in govora. Območne enote, pri katerih so v zgornji tabeli predvidene širitve od 1. 7. 2012, se z izvajalci na svojem območju dogovorijo o širitvah programov nosilcev do razpoložljivih sredstev. Pri

tem upoštevajo potrebe po posameznih vrstah nosilcev dejavnosti in njihovo razpoložljivost.«

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 17. členu doda (2) odstavek, ki se glasi:

»(2) Če izvajalec v dispanzerju za mentalno zdravje opravi storitev, ki je v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni sestavni del sistematičnega preventivnega pregleda otroka oziroma šolarja, izvajalec to storitev zaračuna Zavodu v okviru programa dispanzerja za mentalno zdravje.«

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

24. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 26. členu besedilo (6) odstavka zamenja z besedilom (4) odstavka 25. člena iste priloge. (4) odstavek 25. člena se briše, ostali odstavki se preštevilčijo.

25. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 37. členu (2) odstavku dopolni tako, da se doda izvajalec:

»Zdravstveni dom dr. Adolfa Drolca Maribor«

26. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 48. členu (4) odstavku spremeni tako, da se glasi:

»(4) Izvajalec bo program prevozov na in z dialize izvajal tako, da bo pripeljal bolnika na dializo 60 min pred začetkom dialize in ga praviloma odpeljal do 60 minut po zaključku dialize.«

27. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a se v 49. členu v (2) odstavku prvi stavek spremeni tako, da se glasi:

»Izvajalec mora utemeljenost zahtevka o realizaciji stroškov laboratorijskih preiskav dokazati z računi in specifikacijami do 15.1. naslednje leto.«

28. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a-1 se pri izvajalcu ZD Črnomelj zmanjša število zdravstveno vzgojnih delavnic na število delavnic kot je določeno pri ZD Trebnje, razliko se prenese na ZD Novo mesto.

29. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a-2 se v okviru fizioterapije v izpostavi Lenart število timov zmanjša za 1 tim, v izpostavi Ptuj pa poveča za 1 tim. V okviru zobozdravstva za odrasle in mladino se v izpostavi Ravne-sedež število timov zmanjša za 1 tim, v izpostavi Radlje pa poveča za 1 tim. V okviru zdravstvene vzgoje se število timov v izpostavi Maribor-sedež zmanjša za 3 time.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

30. člen

V Prilogi ZD ZAS II/a-4 se pri izvajalcu ZD TOLMIN spremeni Plan km (T) dializni prevozi na 113.414, Plan km (T) ostali sanitetni prevozi pa na 391.843.

31. člen

V Prilogi BOL II/b se v 2. členu prvi stavek (1) odstavka spremeni tako, da se glasi:

»Za Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča (razen kalkulacije 201 038 Rehabilitacija) in program invalidne

mladine Splošne bolnišnice Franc Derganc Nova Gorica ne veljajo kalkulacije iz Priloge I.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

32. člen

V Prilogi BOL II/b se v 8. členu doda nov (4) odstavek, ki se glasi:

»(4) Izvajalci skupnostnega psihiatričnega zdravljenja (Psihiatrična klinika Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, Psihiatrična bolnišnica Maribor in Psihiatrična bolnišnica Vojnik), do vzpostavitve mreže skupnostnega psihiatričnega zdravljenja in do oblikovanja in sprejetja novega standarda skupnostnega psihiatričnega zdravljenja, skupnostno psihiatrično zdravljenje evidentirajo in obračunavajo na podlagi kalkulacije primera dnevne obravnave na psihiatriji (202 037 0055) iz Priloge I tega Dogovora. Planiran obseg programa na letni ravni je naslednji: PK Ljubljana 60 primerov, PB Idrija 60 primerov, UKC Maribor 30 primerov, PB Ormož 30 primerov, PB Begunje 30 primerov, PB Vojnik 30 primerov. Pogoji za podpis pogodbe z Zavodom za izvajanje programa skupnostnega psihiatričnega zdravljenja je predložena klinična pot, na podlagi katere bo izvajalec izvajal obravnave. V sklopu skupnostnega psihiatričnega zdravljenja se izvaja tudi nadzorovana obravnava po kalkulaciji primera dnevne obravnave. Nadzorovana obravnava je plačana po realizaciji in ni zajeta v plan primerov. Ministrstvo za zdravje bo upoštevalo kadrovske in finančne vire skupaj z Ministrstvom za delo, družino in socialne zadeve in PK Ljubljana v sodelovanju z ostalimi psihiatričnimi bolnišnicami do sprejetja Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2013, na podlagi analize podatkov prejetih od izvajalcev pripravilo celotno mrežo izvajalcev, standard, prilagodilo obsege programov in načrt izobraževanja s področja skupnostne psihiatrije.«

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

33. člen

V Prilogi BOL II/b se v 9. členu v (2) odstavku briše šesti stavek.

34. člen

V Prilogi BOL II/b se v 18. členu doda nov (2) odstavek, ki se glasi:

»(2) V primeru, da so za posamezne ambulantne storitve v tem Dogovoru dogovorjene cene storitev, so izvajalci te storitve v celoti dolžni načrtovati, evidentirati in obračunavati po cenah iz tega Dogovora in ne po zeleni knjigi.«

35. člen

V Prilogi BOL II/b se v 20. členu v (2) odstavku za drugim stavkom doda nov stavek, ki se glasi:

»Pri spremljanju kazalnikov kakovosti na področju pediatrije, psihiatrije, ginekologije, perinatologije, kardiologije, travmatologije, abdominalne kirurgije, torakalne kirurgije, okulistike, urologije in nevrologije izvajalci uporabljajo metodologijo oblikovano v okviru Zdravniške zbornice Slovenije, ki izvajalce podpira pri spremljanju teh kazalnikov.«

V Prilogi BOL II/b se v 20. členu v (2) odstavku spremeni četrti stavek, tako da se glasi:

»Prav tako jih morajo objavljati na lastnih spletnih straneh vsake tri mesece, in sicer do 20. aprila za stanje na dan 31. marca, do 20. julija za stanje na dan 30. junija, do 20. oktobra za stanje na dan 30. septembra in do 20. januarja za stanje na dan 31. decembra preteklega leta.«

36. člen

V Prilogi BOL II/b se v 23. členu spremeni (1) odstavek, tako da se glasi:

»(1) Izvajalci specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 pristopijo v proces pridobitve akreditacije, pri čemer podlago predstavljajo usmeritve Zdravstvenega sveta glede vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji. Pristop pomeni do 1. januarja 2014 formalno zaključeno predhodno oceno. Seznam izvajalcev s formalno zaključeno predhodno oceno do 1. februarja 2014 opredeli Akreditacijski svet pri Ministrstvu za zdravje. Če izvajalec specialistične bolnišnične dejavnosti v letih 2012 in 2013 ne pristopi v proces pridobitve akreditacije (do 1. januarja 2014 formalno ne zaključi predhodne ocene), se mu vrednost programa specialistične bolnišnične dejavnosti (akutna bolnišnična obravnava, psihiatrija, rehabilitacija) v redni pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev za leto 2014 enkratno zmanjša za 0,3 %. Ta sredstva se poračunajo v končnem letnem obračunu za pogodbeno leto 2014 in predstavljajo vir enkratnega dodatnega plačila tako izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti, ki so že pozitivno zaključili proces pridobitve akreditacije do 1. januarja 2014, kot tudi izvajalcem na preostalih ravneh zdravstvene dejavnosti, ki so proces akreditacije zaključili do 1. januarja 2014. Merila morebitnih dodatnih plačil opredeli Zavod v okviru končnega letnega obračuna za pogodbeno leto 2014. Za izvajalce specialistične bolnišnične dejavnosti formalno zaključena predhodna ocena do navedenega roka predstavlja tudi pogoj za pridobitev dodatnih sredstev za morebitne širitve programov, in sicer tako v okviru rednih širitve kot v okviru nacionalnega razpisa od 1. januarja 2015 naprej. Izvajalci na preostalih ravneh zdravstvene dejavnosti z do 1. januarja 2014 formalno zaključeno predhodno oceno, so prednostno obravnavani v okviru rednih širitve od 1. januarja 2015 naprej.«

37. člen

V Prilogi BOL II/b se doda nov 30. člen, ki se glasi:

»(1) Določbe prvega, drugega in tretjega odstavka Priloge BOL II/b-3 veljajo za obravnave, sporočene preko specifikacij RIP SBD od 1. 7. 2012. Za obdobje od 1. 1. 2012 do 30. 6. 2012 Zavod realizacijo prospektivnega programa ugotavlja po (stari) metodologiji, veljavni za to obdobje, pri čemer izvajalci podatke o kirurškem zdravljenju raka posredujejo Zavodu v skladu z navodili Zavoda. Če je v okviru prospektivnega programa (od zaporedne št. 1 do 26 v prvem odstavku Priloge BOL II/b-3) izvedena obravnava, ki po vsebini pomeni kirurško zdravljenje rakave bolezni, se takšna obravnava pri končnem letnem obračunu upošteva le v okviru tega prospektivnega programa, in sicer do priznanega obsega, preseganje pa kot posebna postavka obračuna - kirurško zdravljenje rakave bolezni, v katero sodijo tudi ostale kirurške obravnave zdravljenja rakavih bolezni.«

(2) Plan kirurškega zdravljenja rakavih bolezni za leto 2012 se uporabi pri končnem letnem obračunu in je enak realizaciji kirurškega zdravljenja rakavih bolezni v letu 2011.

(3) Končni letni obračun programa akutne bolnišnične obravnave se izvede ločeno tudi za kirurško zdravljenje rakavih bolezni. Metodologija in izvedba končnega letnega obračuna se prilagodi določilom tega člena ter prvega, drugega in tretjega odstavka Priloge BOL II/b-3.«

38. člen

V Prilogi BOL II/b-1 se v (6) odstavku doda nova 5. točka, ki se glasi:

»5. Pri končnem letnem obračunu za leto 2012 se 4. točka ne izvede.«

39. člen

Priloga BOL II/b-1a se od 1. 6. 2012 spremeni tako, da se glasi:

Klasifikacija in cene CT preiskav

SRDP	SKUPINA RADIOLOŠKIH DIAGNOSTIČNIH POSTOPKOV (SRDP)
RDP	RADIOLOŠKI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (RDP)

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
CT10000	CT GLAVE IN VRATU			
CT10001	1	CT GLAVE BREZ KS	56001-00	138,00
CT10002	2	CT ORBIT BREZ KS	56013-00	138,00
CT10003	3	CT SKELETA GLAVE	56001-00	138,00
CT10004	4	CT SREDNJEGA UŠESA IN TEMPORALKE	56016-04	138,00
CT10005	5	CT OBRAZNIH KOSTI	56022-00	138,00
CT10006	6	CT OBNOJNIH VOTLIN BREZ KS	56022-02	138,00
CT10007	7	CT VRATU BREZ KS	56101-00	138,00
CT11001	8	CT GLAVE S KS	56007-00	175,84
CT11002	9	CT ORBIT S KS	56013-01	175,84
CT11003	10	CT SKELETA GLAVE S KS	56007-00	175,84
CT11006	11	CT OBNOJNIH VOTLIN S KS	56028-01	175,84
CT11007	12	CT VRATU S KS	56107-00	185,94
CT20000	CT SKELETA			
CT20001	13	CT SKELETA OKONČIN	56210-00	138,00
CT20002	14	CT SKELETA HRBTENICE	56210-00	138,00
CT20003	15	CT CERVİKALNE HRBTENICE	56210-00	138,00
CT20004	16	CT TORAKALNE HRBTENICE	56210-00	138,00
CT20005	17	CT LUMBO-SAKRALNE HRBTENICE	56210-00	138,00
CT20006	18	CT PO MIELOGRAFIJI BREZ KS	56219-00	138,00
CT20007	19	CT SKELETA MEDENICE	56409-00	138,00
CT20008	20	CT KOLKOV	56619-00	138,00
CT20009	21	CT SIS	56409-00	138,00
CT20010	22	CT ARTROGRAFIJA RAME BREZ KS	56619-00	138,00
CT20011	23	CT KOLENA	56619-00	138,00
CT20012	24	CT RAMENA	56619-00	138,00
CT20013	25	CT GLEŽNJA	56619-00	138,00
CT20014	26	CT ARTROGRAFIJA - OSTALO BREZ KS	56619-00	138,00
CT20015	27	CT PO LSR BREZ KS	56219-00	138,00
CT20016	28	CT SKELETA SKLEPOV (VSAK VEČJI SKLEP)	56619-00	138,00
CT20017	29	CT SKELETA OSTALO - BREZ KS	56619-00	138,00
CT20018	30	CT - DENTALNI	56022-00	138,00
CT20019	31	CT PELVIMETRIJA	57201-00	138,00
CT21001	32	CT SKELETA OKONČIN S KS	56625-00	195,12
CT21002	33	CT SKELETA HRBTENICE S KS	56216-00	195,12
CT21003	34	CT CERVİKALNE HRBTENICE S KS	56216-00	195,12
CT21004	35	CT TORAKALNE HRBTENICE S KS	56216-00	195,12
CT21005	36	CT LUMBO-SAKRALNE HRBTENICE S KS	56216-00	195,12
CT21006	37	CT PO MIELOGRAFIJI S KS	56219-00	195,12
CT21007	38	CT SKELETA MEDENICE S KS	56412-00	195,12
CT21010	39	CT ARTROGRAFIJA RAME S KS	56619-00	195,12
CT21014	40	CT ARTROGRAFIJA - OSTALO S KS	56619-00	195,12
CT21015	41	CT PO LSR S KS	56219-00	195,12
CT21020	42	CT HRBTENICE Z INTRATEKALNO APLIK. KS	56219-00	195,12
CT21016	43	CT SKELETA SKLEPOV S KS	56625-00	195,12
CT21017	44	CT SKELETA OSTALO S KS	56625-00	195,12
CT30000	CT TORAKS IN ABDOMEN			
CT30001	45	CT PRSNIH ORGANOV BREZ KS	56301-00	156,55
CT30002	46	CT PRSNIH ORGANOV BREZ KS - OSTALO	56301-00	156,55
CT30003	47	CT TREBUŠNIH ORGANOV BREZ KS	56401-00	156,55
CT30004	48	CT ZGORNJEGA ABDOMNA BREZ KS	56401-00	143,92
CT30005	49	CT MEDENIČNIH ORGANOV BREZ KS	56409-00	143,92
CT30006	50	CT PRSNEGA KOŠA - PLJUČ HRCT	56301-00	156,55
CT30007	51	CT ABDOMNA BREZ KS - OSTALO	56401-00	143,92
CT30008	52	CT PLJUČ PROTOKOL LUNG CARE	56301-00	156,55

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
CT30009	53	CT UROGRAFIJA	56407-00	156,55
CT30011	54	CT ŠIROKEGA ČREVEVA BREZ KS	56407-00	156,55
CT30012	55	CT OZKEGA ČREVEVA BREZ KS	56407-00	156,55
CT31001	56	CT PRSNIH ORGANOV S KS	56307-00	214,47
CT31003	57	CT TREBUŠNIH ORGANOV S KS	56407-00	214,47
CT31004	58	CT ZGORNJEGA ABDOMNA S KS	56407-00	201,84
CT31005	59	CT MEDENIČNIH ORGANOV S KS	56412-00	188,40
CT31010	60	CT JETER S PORTALNIM OJAČANJEM	56407-00	214,47
CT31009	61	CT UROGRAFIJA - KONTRAST	56407-00	214,47
CT31011	62	CT ŠIROKEGA ČREVEVA S KS	56407-00	214,47
CT31012	63	CT OZKEGA ČREVEVA S KS	56407-00	214,47
CT40000	CT ANGIOGRAFIJE			
CT41001	64	CTA TORAKALNE AORTE	57350-00	308,76
CT41002	65	CTA ABDOMINALNE AORTE	57350-00	308,76
CT41003	66	CTA PELVIČNIH ŽIL	57350-00	289,41
CT41004	67	CTA ZGORNJIH UDOV	57350-00	308,76
CT41005	68	CTA PLJUČNIH ARTERIJ	57350-00	289,47
CT41006	69	CTA JETER	57350-00	289,47
CT41007	70	CTA LEDVIC	57350-00	289,47
CT41008	71	CTA selektivne angiografije	57350-00	289,47
CT41009	72	CTA AORTO- CERVİKALNA	57350-00	308,02
CT41010	73	CTA PELVIČNIH A. IN A. SPODNJIH UDOV	57350-00	327,31
CT41011	74	CTA TORAKALNE IN ABDOMINALNE AORTE	57350-00	327,31
CT41012	75	CTA MOŽGANSKIH ARTERIJ	57350-00	270,12
CT41013	76	CTA VENOGRAFIJA MOŽGANOV	57350-00	270,12
CT41014	77	CTA VENOGRAFIJA VRATA	57350-00	270,12
CT41015	78	CTA VENOGRAFIJA OSTALO	57350-00	270,12
CT50000	CT SRCA			
CT50001	79	CTA SRCA - PRIKAZ KALCINACIJ	57350-00	138,00
CT51002	80	CTA SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR	57350-00	214,47
CT51003	81	CTA SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE	57350-00	214,47
CT51004	82	CTA KORONARNIH ARTERIJ	57350-00	350,92
CT60000	SPECIALNA CT SLIKANJA			
CT60001	83	IGA (IMAGING GUIDED ABLATION POD CT)		213,80
CT60002	84	PUNKCIJA ORGANA POD CT		213,80
CT61003	85	CT PERFUZIJA posameznega organa		290,94
CT90000	CT PRIMERJAVA			
CT90001	86	CT primerjava za skupino CT preiskave		6,04

Klasifikacija in cene MR preiskav

SRDP	SKUPINA RADIOLOŠKIH DIAGNOSTIČNIH POSTOPKOV (SRDP)
RDP	RADIOLOŠKI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (RDP)

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
MR10000	MR GLAVE IN VRATU			
MR10001	1	MR GLAVE BREZ KONTRASTA	90901-00	206,77
MR10002	2	MR OBRAZ IN DRUGO BREZ KS	90901-00	206,77
MR10003	3	MR VRATU BREZ KS	90901-02	206,77
MR10005	4	MR MULTIPLA SKLEROZA BREZ KS	90901-01	221,68
MR11001	5	MR GLAVE S KONTRASTOM	90901-01	281,68
MR11002	6	MR OBRAZ IN DRUGO S KS	90901-01	281,68
MR11004	7	MR PROTOKOL EPILEPSIJA	90901-01	281,68
MR11005	8	MR MULTIPLA SKLEROZA S KS	90901-01	341,68
MR11006	9	MR VRATU S KS	90901-02	281,68
MR20000	MR SKELETA			
MR20001	10	MR CERVICALNE HRBTENICE	90901-03	206,77
MR20002	11	MR PREISKAVA RAMENA	90901-07	214,78
MR20003	12	MR TORAKALNE HRBTENICE	90901-03	206,77
MR20004	13	MR PREISKAVA KOMOLCA	90901-07	206,77
MR20005	14	MR LS HRBTENICE	90901-03	206,77
MR20006	15	MR PREISKAVA ZAPESTJA	90901-07	206,77
MR20007	16	MR PREISKAVA ROKE	90901-07	206,77
MR20008	17	MR PREISKAVA KOLKA	90901-07	206,77
MR20009	18	MR PREISKAVA KOLENA	90901-07	214,78
MR20010	19	MR PREISKAVA GLEŽNJA	90901-07	206,77
MR20011	20	MR PREISKAVA STOPALA	90901-07	206,77
MR20012	21	MR SKELETA ARTROGRAFIJA - VSAK SKLEP	90901-07	341,19
MR20013	22	MR SKELETA BREZ KS - OSTALO	90901-08	206,77
MR20014	23	MR SIS BREZ KS	90901-08	206,77
MR21001	24	MR CERVICALNE HRBTENICE S KS	90901-03	281,68
MR21003	25	MR TORAKALNE HRBTENICE S KS	90901-03	281,68
MR21004	26	MR KOMOLCA S KONTRASTOM	90901-07	281,68
MR21005	27	MR LS HRBTENICE S KS	90901-03	281,68
MR21002	28	MR PREISKAVA RAMENA S KS	90901-07	281,68
MR21006	29	MR PREISKAVA ZAPESTJA S KS	90901-07	281,68
MR21007	30	MR PREISKAVA ROKE S KS	90901-07	281,68
MR21008	31	MR PREISKAVA KOLKA S KS	90901-07	281,68
MR21009	32	MR PREISKAVA KOLENA S KS	90901-07	289,70
MR21010	33	MR PREISKAVA GLEŽNJA S KS	90901-07	281,68
MR21011	34	MR PREISKAVA STOPALA S KS	90901-07	281,68
MR21013	35	MR SKELETA S KS - OSTALO	90901-08	281,68
MR21014	36	MR SIS S KS	90901-08	281,68
MR30000	MR TORAKS IN ABDOMEN			
MR30001	37	MR PREISKAVA PRSNEGA KOŠA	90901-04	214,78
MR30002	38	MR TREBUŠNIH ORGANOV	90901-05	214,78
MR30003	39	MR ABDOMNA- OSTALO	90901-05	214,78
MR30004	40	MR ZGORNJEGA ABDOMNA	90901-05	214,78
MR30005	41	MR MEDENICE	90901-06	214,78
MR30006	42	MR JETER	90901-05	227,72
MR30007	43	MR DOJKE	90901-08	235,74
MR31001	44	MR PREISKAVA PRSNEGA KOŠA S KS	90901-04	274,78
MR31002	45	MR TREBUŠNIH ORGANOV S KS	90901-05	274,78
MR31003	46	MR ABDOMNA S KS - OSTALO	90901-05	274,78
MR31004	47	MR ZGORNJEGA ABDOMNA S KS	90901-05	274,78
MR31005	48	MR MEDENICE S KS	90901-06	274,78
MR31006	49	MR JETER S KONTRASTOM	90901-05	427,72
MR31007	50	MR DOJKE S KS	90901-08	295,74
MR40000	MR ANGIOGRAFIJE			
MR40001	51	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - ARTERIJE TOF	90902-00	181,81
MR40002	52	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - VENE TOF	90902-00	181,81
MR40003	53	MRA AORTO- CERVICALNA TOF	90902-00	193,83
MR40004	54	MRA TORAKALNE AORTE TOF	90902-02	201,85

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
MR40005	55	MRA ABDOMINALNE AORTE TOF	90902-04	201,85
MR40006	56	MRA PLJUČNIH ARTERIJ TOF	90902-02	201,85
MR40007	57	MRA PELVIČNO ŽILJE TOF	90902-05	201,85
MR40008	58	MRA EKSTREMITETI (VSAK UD POSEBEJ) TOF	90902-06	201,85
MR40009	59	MRA RENALNO ŽILJE TOF	90902-04	201,85
MR40010	60	MRA TOF - OSTALO	90902-07	201,85
MR41001	61	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - ARTERIJE KS	90902-00	274,78
MR41002	62	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - VENE KS	90902-00	274,78
MR41003	63	MRA AORTO- CERVICALNA KS	90902-00	274,78
MR41004	64	MRA TORAKALNE AORTE KS	90902-02	274,78
MR41005	65	MRA ABDOMINALNE AORTE KS	90902-04	274,78
MR41006	66	MRA PLJUČNIH ARTERIJ KS	90902-02	274,78
MR41007	67	MRA PELVIČNO ŽILJE KS	90902-05	274,78
MR41008	68	MRA PELVIČNIH A. IN ARTERIJ SPODNJIH UDOV	90902-06	300,66
MR41009	69	MRA RENALNO ŽILJE KS	90902-04	274,78
MR41011	70	MRA ZGORNJE OKONČINE S KS	90902-01	274,78
MR41012	71	MRA PRSNEGA KOŠA S KS	90902-02	274,78
MR41013	72	MRA HRBTENICE S KS	90902-03	274,78
MR41014	73	MRA TREBUHA S KS	90902-04	274,78
MR41015	74	MRA MEDENICE S KS	90902-05	274,78
MR41010	75	MRA DRUGIH PODROČIJ S KS	90902-06	274,78
MR41016	76	MRA PLJUČNIH VEN S KS	90902-02	274,78
MR50000	MR SRCA			
MR50001	77	MR SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR BREZ KS	90901-08	243,75
MR50002	78	MR SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE BREZ KS	90901-08	243,75
MR51001	79	MR SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR S KS	90901-08	363,75
MR51002	80	MR SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE S KS	90901-08	363,75
MR51003	81	MR KORONARNIH ARTERIJ S KS	90901-08	363,75
MR51004	82	MRA SRCA IN VELIKIH ŽIL - PRIKAZ PRETOKA S KS	90901-08	363,75
MR60000	SPECIALNA MR SLIKANJA			
MR60001	83	MR VODENI POSEGI	90901-08	270,54
MR60002	84	VDIB (VAKUMSKA DEBELOIGELNA PUNKCIJA DOJK) MRI	90901-08	270,54
MR60003	85	PUNKCIJA ORGANA POD MRI	90901-08	270,54
MR60004	86	MR SPEKTROSKOPIJA	90901-08	223,71
MR60005	87	MR SPEKTROSKOPIJA GLAVE	90901-08	223,71
MR60006	88	MR SPEKTROSKOPIJA DOJKE	90901-08	223,71
MR60007	89	MR SPEKTROSKOPIJA PROSTATE	90901-08	223,71
MR60008	90	MR Z ENDOREKTALNO TULJAVO	90901-08	210,78
MR60009	91	MR DIFUZIJSKO PERFUZIJSKO SLIKANJE	90901-08	223,71
MR60010	92	DTR GLAVE (DIFUSION TENSOR IMAGING)	90901-08	223,71
MR60011	93	MR FUNKCIONALNA PREISKAVA	90901-08	223,71
MR60012	94	MR DRUGA SPECIALNA SLIKANJA	90901-08	223,71
MR60013	95	MR DINAMIČNO SLIKANJE	90901-08	223,71
MR70000	MR Z ANESTEZIJO			
MR70001	96	MR z anestezijo za otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta starosti		507,07
MR90000	MR PRIMERJAVA			
MR90001	97	MR primerjava za skupino MR preiskave		6,04

Priloga BOL II/b-1a se od 1. 1. 2013 spremeni tako, da se glasi:

Klasifikacija in cene CT preiskav

SRDP	SKUPINA RADIOLOŠKIH DIAGNOSTIČNIH POSTOPKOV (SRDP)
RDP	RADIOLOŠKI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (RDP)

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
CT10000	CT GLAVE IN VRATU			
CT10001	1	CT GLAVE BREZ KS	56001-00	138,33
CT10002	2	CT ORBIT BREZ KS	56013-00	138,33
CT10003	3	CT SKELETA GLAVE	56001-00	138,33
CT10004	4	CT SREDNJEGA UŠESA IN TEMPORALKE	56016-04	138,33
CT10005	5	CT OBRAZNIH KOSTI	56022-00	138,33
CT10006	6	CT OBNOSNIH VOTLIN BREZ KS	56022-02	138,33
CT10007	7	CT VRATU BREZ KS	56101-00	138,33
CT11001	8	CT GLAVE S KS	56007-00	177,15
CT11002	9	CT ORBIT S KS	56013-01	177,15
CT11003	10	CT SKELETA GLAVE S KS	56007-00	177,15
CT11006	11	CT OBNOSNIH VOTLIN S KS	56028-01	177,15
CT11007	12	CT VRATU S KS	56107-00	187,41
CT20000	CT SKELETA			
CT20001	13	CT SKELETA OKONČIN	56210-00	138,33
CT20002	14	CT SKELETA HRBTENICE	56210-00	138,33
CT20003	15	CT CERVİKALNE HRBTENICE	56210-00	138,33
CT20004	16	CT TORAKALNE HRBTENICE	56210-00	138,33
CT20005	17	CT LUMBO-SAKRALNE HRBTENICE	56210-00	138,33
CT20006	18	CT PO MIELOGRAFIJI BREZ KS	56219-00	138,33
CT20007	19	CT SKELETA MEDENICE	56409-00	138,33
CT20008	20	CT KOLKOV	56619-00	138,33
CT20009	21	CT SIS	56409-00	138,33
CT20010	22	CT ARTROGRAFIJA RAME BREZ KS	56619-00	138,33
CT20011	23	CT KOLENA	56619-00	138,33
CT20012	24	CT RAMENA	56619-00	138,33
CT20013	25	CT GLEŽNJA	56619-00	138,33
CT20014	26	CT ARTROGRAFIJA - OSTALO BREZ KS	56619-00	138,33
CT20015	27	CT PO LSR BREZ KS	56219-00	138,33
CT20016	28	CT SKELETA SKLEPOV (VSAK VEČJI SKLEP)	56619-00	138,33
CT20017	29	CT SKELETA OSTALO - BREZ KS	56619-00	138,33
CT20018	30	CT - DENTALNI	56022-00	138,33
CT20019	31	CT PELVIMETRIJA	57201-00	138,33
CT21001	32	CT SKELETA OKONČIN S KS	56625-00	197,15
CT21002	33	CT SKELETA HRBTENICE S KS	56216-00	197,15
CT21003	34	CT CERVİKALNE HRBTENICE S KS	56216-00	197,15
CT21004	35	CT TORAKALNE HRBTENICE S KS	56216-00	197,15
CT21005	36	CT LUMBO-SAKRALNE HRBTENICE S KS	56216-00	197,15
CT21006	37	CT PO MIELOGRAFIJI S KS	56219-00	197,15
CT21007	38	CT SKELETA MEDENICE S KS	56412-00	197,15
CT21010	39	CT ARTROGRAFIJA RAME S KS	56619-00	197,15
CT21014	40	CT ARTROGRAFIJA - OSTALO S KS	56619-00	197,15
CT21015	41	CT PO LSR S KS	56219-00	197,15
CT21020	42	CT HRBTENICE Z INTRATEKALNO APLIK. KS	56219-00	197,15
CT21016	43	CT SKELETA SKLEPOV S KS	56625-00	197,15
CT21017	44	CT SKELETA OSTALO S KS	56625-00	197,15
CT30000	CT TORAKS IN ABDOMEN			
CT30001	45	CT PRSNIH ORGANOV BREZ KS	56301-00	157,15
CT30002	46	CT PRSNIH ORGANOV BREZ KS - OSTALO	56301-00	157,15
CT30003	47	CT TREBUŠNIH ORGANOV BREZ KS	56401-00	157,15
CT30004	48	CT ZGORNJEGA ABDOMNA BREZ KS	56401-00	144,33
CT30005	49	CT MEDENIČNIH ORGANOV BREZ KS	56409-00	144,33
CT30006	50	CT PRSNEGA KOŠA - PLJUČ HRCT	56301-00	157,15
CT30007	51	CT ABDOMNA BREZ KS - OSTALO	56401-00	144,33
CT30008	52	CT PLJUČ PROTOKOL LUNG CARE	56301-00	157,15
CT30009	53	CT UROGRAFIJA	56407-00	157,15

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
CT30011	54	CT ŠIROKEGA ČREVEVA BREZ KS	56407-00	157,15
CT30012	55	CT OZKEGA ČREVEVA BREZ KS	56407-00	157,15
CT31001	56	CT PRSNIH ORGANOV S KS	56307-00	216,79
CT31003	57	CT TREBUŠNIH ORGANOV S KS	56407-00	216,79
CT31004	58	CT ZGORNJEGA ABDOMNA S KS	56407-00	203,97
CT31005	59	CT MEDENIČNIH ORGANOV S KS	56412-00	190,33
CT31010	60	CT JETER S PORTALNIM OJAČANJEM	56407-00	216,79
CT31009	61	CT UROGRAFIJA - KONTRAST	56407-00	216,79
CT31011	62	CT ŠIROKEGA ČREVEVA S KS	56407-00	216,79
CT31012	63	CT OZKEGA ČREVEVA S KS	56407-00	216,79
CT40000	CT ANGIOGRAFIJE			
CT41001	64	CTA TORAKALNE AORTE	57350-00	311,79
CT41002	65	CTA ABDOMINALNE AORTE	57350-00	311,79
CT41003	66	CTA PELVIČNIH ŽIL	57350-00	292,15
CT41004	67	CTA ZGORNJIH UDOV	57350-00	311,79
CT41005	68	CTA PLJUČNIH ARTERIJ	57350-00	291,79
CT41006	69	CTA JETER	57350-00	291,79
CT41007	70	CTA LEDVIC	57350-00	291,79
CT41008	71	CTA selektivne angiografije	57350-00	291,79
CT41009	72	CTA AORTO- CERVİKALNA	57350-00	310,62
CT41010	73	CTA PELVIČNIH A. IN A. SPODNJIH UDOV	57350-00	330,62
CT41011	74	CTA TORAKALNE IN ABDOMINALNE AORTE	57350-00	330,62
CT41012	75	CTA MOŽGANSKIH ARTERIJ	57350-00	272,15
CT41013	76	CTA VENOGRAFIJA MOŽGANOV	57350-00	272,15
CT41014	77	CTA VENOGRAFIJA VRATA	57350-00	272,15
CT41015	78	CTA VENOGRAFIJA OSTALO	57350-00	272,15
CT50000	CT SRCA			
CT50001	79	CTA SRCA - PRIKAZ KALCINACIJ	57350-00	138,33
CT51002	80	CTA SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR	57350-00	216,79
CT51003	81	CTA SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE	57350-00	216,79
CT51004	82	CTA KORONARNIH ARTERIJ	57350-00	354,08
CT60000	SPECIALNA CT SLIKANJA			
CT60001	83	IGA (IMAGING GUIDED ABLATION POD CT)		215,26
CT60002	84	PUNKCIJA ORGANA POD CT		215,26
CT61003	85	CT PERFUZIJA posameznega organa		295,26
CT90000	CT PRIMERJAVA			
CT90001	86	CT primerjava za skupino CT preiskave		6,11

Klasifikacija in cene MR preiskav

SRDP	SKUPINA RADIOLOŠKIH DIAGNOSTIČNIH POSTOPKOV (SRDP)
RDP	RADIOLOŠKI DIAGNOSTIČNI POSTOPEK (RDP)

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
MR10000	MR GLAVE IN VRATU			
MR10001	1	MR GLAVE BREZ KONTRASTA	90901-00	207,63
MR10002	2	MR OBRAZ IN DRUGO BREZ KS	90901-00	207,63
MR10003	3	MR VRATU BREZ KS	90901-02	207,63
MR10005	4	MR MULTIPLA SKLEROZA BREZ KS	90901-01	222,79
MR11001	5	MR GLAVE S KONTRASTOM	90901-01	282,79
MR11002	6	MR OBRAZ IN DRUGO S KS	90901-01	282,79
MR11004	7	MR PROTOKOL EPILEPSIJA	90901-01	282,79
MR11005	8	MR MULTIPLA SKLEROZA S KS	90901-01	342,79
MR11006	9	MR VRATU S KS	90901-02	282,79
MR20000	MR SKELETA			
MR20001	10	MR CERVICALNE HRBTENICE	90901-03	207,63
MR20002	11	MR PREISKAVA RAMENA	90901-07	215,81
MR20003	12	MR TORAKALNE HRBTENICE	90901-03	207,63
MR20004	13	MR PREISKAVA KOMOLCA	90901-07	207,63
MR20005	14	MR LS HRBTENICE	90901-03	207,63
MR20006	15	MR PREISKAVA ZAPESTJA	90901-07	207,63
MR20007	16	MR PREISKAVA ROKE	90901-07	207,63
MR20008	17	MR PREISKAVA KOLKA	90901-07	207,63
MR20009	18	MR PREISKAVA KOLENA	90901-07	215,81
MR20010	19	MR PREISKAVA GLEŽNJA	90901-07	207,63
MR20011	20	MR PREISKAVA STOPALA	90901-07	207,63
MR20012	21	MR SKELETA ARTROGRAFIJA - VSAK SKLEP	90901-07	342,75
MR20013	22	MR SKELETA BREZ KS - OSTALO	90901-08	207,63
MR20014	23	MR SIS BREZ KS	90901-08	207,63
MR21001	24	MR CERVICALNE HRBTENICE S KS	90901-03	282,79
MR21003	25	MR TORAKALNE HRBTENICE S KS	90901-03	282,79
MR21004	26	MR KOMOLCA S KONTRASTOM	90901-07	282,79
MR21005	27	MR LS HRBTENICE S KS	90901-03	282,79
MR21002	28	MR PREISKAVA RAMENA S KS	90901-07	282,79
MR21006	29	MR PREISKAVA ZAPESTJA S KS	90901-07	282,79
MR21007	30	MR PREISKAVA ROKE S KS	90901-07	282,79
MR21008	31	MR PREISKAVA KOLKA S KS	90901-07	282,79
MR21009	32	MR PREISKAVA KOLENA S KS	90901-07	290,98
MR21010	33	MR PREISKAVA GLEŽNJA S KS	90901-07	282,79
MR21011	34	MR PREISKAVA STOPALA S KS	90901-07	282,79
MR21013	35	MR SKELETA S KS - OSTALO	90901-08	282,79
MR21014	36	MR SIS S KS	90901-08	282,79
MR30000	MR TORAKS IN ABDOMEN			
MR30001	37	MR PREISKAVA PRSNEGA KOŠA	90901-04	215,81
MR30002	38	MR TREBUŠNIH ORGANOV	90901-05	215,81
MR30003	39	MR ABDOMNA - OSTALO	90901-05	215,81
MR30004	40	MR ZGORNJEGA ABDOMNA	90901-05	215,81
MR30005	41	MR MEDENICE	90901-06	215,81
MR30006	42	MR JETER	90901-05	228,90
MR30007	43	MR DOJKE	90901-08	237,09
MR31001	44	MR PREISKAVA PRSNEGA KOŠA S KS	90901-04	275,81
MR31002	45	MR TREBUŠNIH ORGANOV S KS	90901-05	275,81
MR31003	46	MR ABDOMNA S KS - OSTALO	90901-05	275,81
MR31004	47	MR ZGORNJEGA ABDOMNA S KS	90901-05	275,81
MR31005	48	MR MEDENICE S KS	90901-06	275,81
MR31006	49	MR JETER S KONTRASTOM	90901-05	428,90
MR31007	50	MR DOJKE S KS	90901-08	297,09
MR40000	MR ANGIOGRAFIJE			
MR40001	51	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - ARTERIJE TOF	90902-00	182,26
MR40002	52	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - VENE TOF	90902-00	182,26
MR40003	53	MRA AORTO- CERVICALNA TOF	90902-00	194,53
MR40004	54	MRA TORAKALNE AORTE TOF	90902-02	202,72

Šifra RDP	Zap. št.	Opis RDP	RDP	CENA
MR40005	55	MRA ABDOMINALNE AORTE TOF	90902-04	202,72
MR40006	56	MRA PLJUČNIH ARTERIJ TOF	90902-02	202,72
MR40007	57	MRA PELVIČNO ŽILJE TOF	90902-05	202,72
MR40008	58	MRA EKSTREMITETI (VSAK UD POSEBEJ) TOF	90902-06	202,72
MR40009	59	MRA RENALNO ŽILJE TOF	90902-04	202,72
MR40010	60	MRA TOF - OSTALO	90902-07	202,72
MR41001	61	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - ARTERIJE KS	90902-00	275,81
MR41002	62	MRA MOŽGANSKEGA ŽILJA - VENE KS	90902-00	275,81
MR41003	63	MRA AORTO- CERVICALNA KS	90902-00	275,81
MR41004	64	MRA TORAKALNE AORTE KS	90902-02	275,81
MR41005	65	MRA ABDOMINALNE AORTE KS	90902-04	275,81
MR41006	66	MRA PLJUČNIH ARTERIJ KS	90902-02	275,81
MR41007	67	MRA PELVIČNO ŽILJE KS	90902-05	275,81
MR41008	68	MRA PELVIČNIH A. IN ARTERIJ SPODNJIH UDOV	90902-06	302,00
MR41009	69	MRA RENALNO ŽILJE KS	90902-04	275,81
MR41011	70	MRA ZGORNJE OKONČINE S KS	90902-01	275,81
MR41012	71	MRA PRSNEGA KOŠA S KS	90902-02	275,81
MR41013	72	MRA HRBTENICE S KS	90902-03	275,81
MR41014	73	MRA TREBUHA S KS	90902-04	275,81
MR41015	74	MRA MEDENICE S KS	90902-05	275,81
MR41010	75	MRA DRUGIH PODROČIJ S KS	90902-06	275,81
MR41016	76	MRA PLJUČNIH VEN S KS	90902-02	275,81
MR50000	MR SRCA			
MR50001	77	MR SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR BREZ KS	90901-08	245,28
MR50002	78	MR SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE BREZ KS	90901-08	245,28
MR51001	79	MR SRCA - PRIKAZ MORFOLOŠKIH STRUKTUR S KS	90901-08	365,28
MR51002	80	MR SRCA - PRIKAZ FUNKCIJE S KS	90901-08	365,28
MR51003	81	MR KORONARNIH ARTERIJ S KS	90901-08	365,28
MR51004	82	MRA SRCA IN VELIKIH ŽIL - PRIKAZ PRETOKA S KS	90901-08	365,28
MR60000	SPECIALNA MR SLIKANJA			
MR60001	83	MR VODENI POSEGI	90901-08	272,27
MR60002	84	VDIB (VAKUMSKA DEBELOIGELNA PUNKCIJA DOJK) MRI	90901-08	272,27
MR60003	85	PUNKCIJA ORGANA POD MRI	90901-08	272,27
MR60004	86	MR SPEKTROSKOPIJA	90901-08	224,81
MR60005	87	MR SPEKTROSKOPIJA GLAVE	90901-08	224,81
MR60006	88	MR SPEKTROSKOPIJA DOJKE	90901-08	224,81
MR60007	89	MR SPEKTROSKOPIJA PROSTATE	90901-08	224,81
MR60008	90	MR Z ENDOREKTALNO TULJAVO	90901-08	211,72
MR60009	91	MR DIFUZIJSKO PERFUZIJSKO SLIKANJE	90901-08	224,81
MR60010	92	DTR GLAVE (DIFUSION TENSOR IMAGING)	90901-08	224,81
MR60011	93	MR FUNKCIONALNA PREISKAVA	90901-08	224,81
MR60012	94	MR DRUGA SPECIALNA SLIKANJA	90901-08	224,81
MR60013	95	MR DINAMIČNO SLIKANJE	90901-08	224,81
MR70000	MR Z ANESTEZIJO			
MR70001	96	MR z anestezijo za otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta starosti		512,06
MR90000	MR PRIMERJAVA			
MR90001	97	MR primerjava za skupino MR preiskave		6,11

40. člen

V Prilogi BOL II/b-2 se v (7) odstavku v točki d.) brišeta drugi in tretji stavek.

41. člen

V Prilogi BOL II/b-3 se v (1) odstavku za 26. točko doda nova 27. točka, ki se glasi:

Zap. št.	Naziv storitve prospektivnega programa	Uteži reprez. šifer SPP	Reprezentativne in večina ostalih možnih šifer SPP ali pojasnilo
27.	Kirurško zdravljenje rakavih boleznih	Povp. utež izvajalca preteklega leta	Bolniki, prvič operirani zaradi obravnave rakave bolezni (glavna diagnoza rak) in bolniki, znova operirani zaradi rakave bolezni in ne zaradi zapletov rakave ali drugih boleznih. V skupino kod diagnoz rakavih boleznih, kjer je možna operacija oz. kirurško zdravljenje rakave bolezni, se v skladu z MKB 10 razvrščajo kode iz poglavij »Maligne neoplazme« (C00-C97) in »Neoplazme in situ« (D00-D09).

Dosedanja 27. točka postane 28. točka.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V Prilogi BOL II/b-3 se (2) in (3) odstavek spremenita tako, da se glasi:

»(2) Izvajanje prospektivnega programa specialistično bolnišnične dejavnosti se spremlja na podlagi podatkov:

- V Prilogi BOL II/b-3 so v prvem odstavku pod 27. točko navedena poglavja iz MKB 10 za skupine glavnih diagnoz, ki v kombinaciji z operativnimi posegi identificirajo izvedbo prospektivnega programa.
- V prvem odstavku te priloge so za vsako vrsto storitev prospektivnega programa navedene uteži reprezentativnih šifer SPP, kot osnova pri planiranju (izjema porod) ter večina ostalih možnih šifer SPP, v katere se praviloma (lahko) razvrsti storitev prospektivnega programa. Pri realizaciji in končnem letnem obračunu prospektivnega programa se upošteva dejanska utež realiziranega SPP iz Priloge BOL II/b-2a, ne glede na vrsto storitve prospektivnega programa, kamor se ta SPP uvrsti.
- Izvajalci morajo v skladu z Vsebinskimi in tehničnimi navodili RIP SBD, za vsako bolnišnično obravnavo evidentirati vrsto storitve prospektivnega programa in ali gre za obravnavo zavarovane osebe iz čakalnega seznama in če, za katero vrsto storitve prospektivnega programa z dolgo čakalno dobo gre.

(3) Ena obravnava zavarovane osebe (en SPP) lahko predstavlja največ eno vrsto storitev prospektivnega programa iz prvega odstavka te priloge, če so izpolnjeni spodaj naštetih kriteriji. Kirurško zdravljenje rakavih boleznih ne predstavlja specifične zdravstvene storitve, pač pa opredeljuje njeno lastnost (npr. operacija golše - maligni tumor, pomeni kirurško zdravljenje raka na golši, operacija golše - benigni tumor pa ne pomeni kirurškega zdravljenja raka). Za ugotavljanje realizacije posamezne vrste storitve prospektivnega programa specialistično bolnišnične dejavnosti in ali gre hkrati tudi za kirurško zdravljenje rakave bolezni ali pa samo za kirurško zdravljenje rakavih boleznih, morajo biti izpolnjeni naslednji kriteriji:

- V okviru obravnave je bil opravljen vsaj en operativni poseg v kombinaciji z glavno diagnozo, ki pomeni posamezno vrsto storitve prospektivnega programa. Za kirurško zdravljenje raka velja, da mora biti glavna diagnoza obravnave enaka eni od glavnih diagnoz iz poglavij MKB 10, navedenih v 27. točki, prvega odstavka Priloge BOL II/b3, hkrati pa mora biti izveden tudi vsaj en operativni poseg.
- Če so bili v okviru posamezne obravnave opravljeni posegi iz Priloge BOL II/b-3a, ki se nanašajo na več kot eno vrsto storitev

prospektivnega programa (npr. koronografija in PTCA – balonska dilatacija), se storitev prospektivnega programa tudi takrat določi na podlagi (glavne) diagnoze (npr. PTCA – balonska dilatacija).

Po kodiranju se je obravnava praviloma uvrstila v eno od šifer SPP iz prvega odstavka te priloge.«

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

V Prilogi BOL II/b-3 se (4) in (5) odstavki brišeta.

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

42. člen

V Prilogi BOL II/b-4 se spremeni Tabela 2 v delu, ki se nanaša na Inštitut za varovanje zdravja RS (IVZ), in sicer tako, da se glasi:

Planirana sredstva v tisoč EUR v cenah januar 2012

IZVAJALEC	Terciar I	Terciar II	SKUPAJ
Inštitut za varovanje zdravja RS	544	1.010	1.554

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

43. člen

V Prilogi BOL II/b-5 se briše učinkovina pod zaporedno št. 13 ranibizumab.

Sprememba velja od 1. 7. 2012 naprej.

44. člen

Doda se nova priloga BOL II/b-7a, ki se glasi:

»Strokovne indikacije za načrtovanje in obračunavanje operacij sivih mren v okviru akutne bolnišnične obravnave:

Izvajalci (javni zavodi in koncesionarji) lahko načrtujejo in obračunavajo operacije sive mreže v okviru akutne bolnišnične obravnave (SPP), v kolikor je potrebna splošna anestezija, in sicer v primeru naslednjih strokovnih indikacij:

- nistagmus,
- umska manjrazvitost,
- Parkinsonova bolezen s tresenjem glave,
- nevrološka stanja z nemirom,
- napredovana Alzheimerjeva bolezen,
- klavstrofobija,
- prirojene katarakte,
- pridobljene otroške katarakte,
- katarakte pri vitrektomiji,
- penetrantna, perforativna poškodba,
- keratoplastika in katarakta.«

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

45. člen

V Prilogi BOL II/b-9 se na koncu besedila v stolpcu kazalnik doda »*« pri zaporednih številkah 20, 21, 22, 44, 45, 46, 51, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 69 in 70.

V Prilogi BOL II/b-9 se brišejo kazalniki pod zaporednimi številkami 41, 47, 55 in 56.

V Prilogi BOL II/b-9 se za kazalnikom pod zaporedno številko 63 (Bolnišnična poraba protimikrobnih zdravil) v okviru kazalnikov učinkovitosti zdravstvene oskrbe dodajo naslednji kazalniki:

Kazalnik	Števec	Imenovalec
Urologija - radikalna prostatektomija*	kirurški robovi zaključeni	število vseh opravljenih operacij
Urologija - radikalna prostatektomija - komplikacije med operacijo *	izguba krvi (povprečje v ml)	

Urologija - radikalna prostatektomija – kontrola*	Povprečne točke pri ICIQ vprašalniku glede uhajanja seča ob kontroli 6 do 9 mesecev po operaciji	
Urologija - radikalna prostatektomija – kontrola*	Povprečna vrednost PSA ob kontroli 6 do 9 mesecev po operaciji	
Nevrologija – možgansko žilne bolezni – delež smrti*	Število primerov s smrtnim izidom	Skupno število primerov
Nevrologija – možgansko žilne bolezni – ležalna doba*	Povprečna ležalna doba (v dnevih)	
Nevrologija – možgansko žilne bolezni*	Vrsta prizadetosti bolnika ob odpustu	

Zaporedne številke kazalnikov se preštevilčijo.

V Prilogi BOL II/b-9 se pod tabelo doda opomba, ki se glasi:

»*kazalnike spremljajo izvajalci specialistično bolnišnične dejavnosti neposredno«

Sprememba velja od 1. 7. 2012.

46. člen

V Prilogi LEK II/c se v (2) odstavku 2. člena na koncu doda nov stavek, ki se glasi:

»Storitvi s šifro 70018 Dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept in šifro 71012 Dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept, sta že zmanjšani za 42,85 % oziroma 38,46 % od polne vrednosti.«

47. člen

V Prilogi LEK II/c se v 3. členu v (2) odstavku spremeni uvodni del prvega stavka tako, da se glasi:

»Posamezen izvajalec planira program lekarniških storitev za leto 2012 na podlagi dogovorjene produktivnosti 10.456 točk na delavca, razen v primeru:«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

V Prilogi LEK II/c se v 3. členu (3) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(3) Lekarnarju, ki pričinja poslovati v letu 2012, se za izvajanje programa upošteva 1 tim (1 magister farmacije, 1 farmacevtski tehnik in 0,36 administrativno tehničnega delavca) z dogovorjeno produktivnostjo 10.456 točk na delavca.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

48. člen

V Prilogi LEK II/c se v 10. členu v (1) odstavku spremeni prvi stavek tako, da se glasi:

»Cena točke za lekarniško dejavnost se izračuna tako, da se planirana vrednost lekarniških storitev, brez dodatkov za izvajanje dežurstva in stalne pripravljenosti, deli z dogovorjenim številom točk, ob upoštevanju produktivnosti 10.456 točk na delavca.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

49. člen

V Prilogi LEK II/c-1 se dodata dve novi storitvi in sicer:

70018	Dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept. Storitve s šifro 70018 "dodatek k vročitvi zdravil na obnovljivi recept" se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70010 za vsako izdano škatlo			0,04
71012	Dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept. Storitve s šifro 71012 "dodatek k obdelavi recepta ob izdaji zdravil na obnovljivi recept" se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 71010 ob vsaki izdaji zdravil na obnovljivi recept			0,08

50. člen

V Prilogi ZDRAV II/d se v 12. členu (1) odstavek spremeni tako, da se glasi:

»(1) Zavod bo plačal zdraviliščem vse opravljene nemedicinske oskrbne dni in storitve zdraviliškega zdravljenja izražene v točkah, do največ 20,5 točk na nemedicinski oskrbni dan oziroma teoretični oskrbni dan. Če zdravilišče v koledarskem letu realizira več kot 20,5 točk na nemedicinsko oskrbni dan oziroma na teoretično oskrbni dan, izstavi Zavodu dobropis za preveč zaračunane točke na podlagi končnega letnega obračuna, ki ga pripravi Zavod.«

Sprememba velja za storitve opravljene od 1. 5. 2012.

51. člen

V Prilogi ZDRAV II/d-2 se iz standardnih tipov 1, 2, 3, 4 in 8 briše storitev 94711 - celotna ročna masaža.

Sprememba velja od 1. 2. 2012.

52. člen

V Prilogi ZDRAV II/d-3 se za Terme Krka - Dolenjske toplice in Terme Krka - Šmarješke toplice pod A doda standard tip 4.

Sprememba velja od 1. 5. 2012 naprej.

V Prilogi ZDRAV II/d-3 se brišejo Zdravilišče Radenci, Terme 3000, Terme Lendava in Terme Ptuj, doda pa se izvajalca Sava turizem d.d. z naslednjimi standardi:

Sava turizem d.d. A=standard 2, 4, 5
(standard 2 - Zdravilišče Radenci)
B=standard 1, 2, 3, 7, 9
(standard 2 - Terme Ptuj, Terme 3000, Terme Lendava)

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

53. člen

V Prilogi SVZ II/e se v 6. členu v (1) odstavku zadnji stavek spremeni tako, da se glasi:

»Poenotenje bo potekalo diferencirano in sicer v letu 2013 za domsko varstvo v varstveno delovnih centrih ter v letu 2014 za ostale skupine izvajalcev, in sicer vsako leto od 1.4. dalje.«

54. člen

V Prilogi SVZ II/e se v 15. členu doda nov (2) odstavek, ki se glasi:

»(2) Obseg dejansko opravljenih storitev, ki so na podlagi (1) odstavka 5. člena tega Dogovora osnova za ugotavljanje obveznosti med posameznim izvajalcem in Zavodom, je omejen z najvišjim številom storitev, ki je možno glede na število mest, navedeno v Prilogi SVZ II/e-1. Najvišje možno število storitev posameznega izvajalca je število mest krat 365. Zračunavanje storitev nad možnim številom se poračuna pri obračunih iz (1) odstavka tega člena. Določilo se za koncesionarje uveljavi s 1. januarjem 2012, z vzpostavitvijo registra kapacitet izvajalcev institucionalnega varstva pa tudi za javne zavode.«

55. člen

V Prilogi SVZ II/e-1 se spremeni tabela »Izvajalci v okviru Skupnosti socialnih zavodov Slovenije« tako, da se glasi:

»Izvajalci v okviru skupnosti socialnih zavodov Slovenije

OBMOČNA ENOTA ZZZS		število mest	tip kalkulacije	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege" 2012			
Izvajalec				I	II	III	SKUPAJ
I. DOMOVI ZA STAREJŠE							
CELJE							
1	Dom ob Savinji Celje	241	A	8.650	1.612	68.629	78.891
2	Dom sv.Jožefa Celje	121	A	16.239	1.345	25.204	42.788
3	THERMANA d.d., Dom starejših, Laško	165	A	24.480	766	33.300	58.546
4	"Lambrechtov dom" Slovenske Konjice	160	A	5.865	1.748	47.854	55.467
5	Dom starejših Šentjur	167	A	8.098	4.160	41.028	53.286
6	Dom upokoencev Šmarje pri Jelšah	197	A	10.217	7.173	49.100	66.490
7	Dom Lipa Celje, Dom Štore	136	A	8.838	3.666	36.143	48.647
8	Dom upokoencev Polzela	224	A	29.060	1.734	49.239	80.033
9	Comett domovi Ljubljana, Pegazov dom Rogaška Slatina	131	A	11.118	146	35.394	46.658
10	Contraco d.o.o., Špesov dom Vojnik	169	A	11.093	1.935	43.934	56.962
11	Zavod sv. Rafaela, Vransko	62	A	6.813	961	14.238	22.012
	Skupaj	1.773		140.471	25.246	444.063	609.780
KOPER							
12	Center za starejše občane Lucija, Piran	164	A	24.121	3.256	24.835	52.212
13	Dom upokoencev Izola	225	A	21.804	1.715	47.491	71.010
14	Obalni dom upokoencev Koper	203	A	11.648	1.233	54.591	67.472
15	Dom upokoencev Postojna	160	A	20.560	1.679	30.569	52.808
16	Talita kum zavod Postojna	40	A	460	196	13.885	14.541
17	Dom upokoencev Sežana	192	A	27.164	1.754	32.508	61.426
18	Dom starejših občanov Ilirska Bistrica	231	A+B	33.738	167	47.082	80.987
	- mesta za starejše	178	A	27.162	167	36.356	63.685
	- mesta za posebne oblike varstva	53	B	6.576	0	10.726	17.302
	Skupaj	1.215		139.495	10.000	250.961	400.456
KRANJ							
19	Dom sv.Martina, Srednja vas, Bohinj	60	A	3.870		15.981	19.851
20	Dom upokoencev dr. Franceta Bergelja Jesenice	195	A	10.992	8.195	49.439	68.626
21	Dom upokoencev Kranj	211	A	11.361	6.326	57.025	74.712
22	Comett domovi Ljubljana, Dom Viharnik Kranjska Gora	128	A	9.255	2.035	30.758	42.048
23	Dom starejših občanov Preddvor	233	A	7.051	4.957	72.020	84.028
24	Dom dr. Janka Benedika Radovljica	220	A	18.760	5.721	49.546	74.027
25	Center slepih in starejših Škofja Loka	216	A	11.932	5.282	50.108	67.322
26	Dom Petra Uzarja Tržič	180	A	4.755	11.543	47.592	63.890
	Skupaj	1.443		77.976	44.059	372.469	494.504
KRŠKO							
27	Dom starejših občanov Krško	212	A	29.727	2.235	42.937	74.899
28	Dom upokoencev in oskrbovancev Impoljca	506	A+B	33.584	5.921	140.013	179.518
	- enote Brežice in Sevnica, za starejše	211	A	22.427	5.908	45.280	73.615
	- enota Impoljca, posebna enota	295	B	11.157	13	94.733	105.903
29	Trubarjev dom upokoencev Loka pri Zidanem mostu	222	A	23.231	1.316	53.190	77.737
	Skupaj	940		86.542	9.472	236.140	332.154
LJUBLJANA							
30	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Notranje Gorice, Brezovica	156	A	11.279	2.480	37.487	51.246
31	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Cerknica	157	A	13.880	1.767	41.268	56.915
32	Dom upokoencev Domžale	171	A	7.811	9.293	42.276	59.380
33	Zavod sv.Terezije, Videm	76	A	4.527	1.587	20.584	26.698
34	Dom starejših občanov Grosuplje	237	A	15.955	5.171	59.750	80.876
35	DEOS Ljubljana, PE Center starejših občanov Horjul	100	A	7.041	46	27.800	34.887
36	Dom starejših Hrastnik	131	A	10.446	839	33.593	44.878
37	Dom upokoencev Idrija, d.o.o.	275	A+B	8.291	2.380	84.185	94.856
	- enota Idrija, za starejše	127	A	7.198	471	34.797	42.466
	- enota Spodnja Idrija, posebna enota	148	B	1.093	1.909	49.388	52.390
38	SVZ Vitadom, PE Dom za starejše Bor, Črni vrh na Idrijo	138	A	3.539	318	44.073	47.930
39	Dom starejših občanov Kamnik	223	A	4.458	1.596	61.018	67.072
40	Dom starejših občanov Kočevje	160	A	6.398	900	45.629	52.927
41	Dom "Tisje" Šmartno pri Litiji	194	A	14.499	956	51.199	66.654
42	Dom starejših občanov Ljubljana - Bežigrad	228	A+B	26.774	7.851	45.795	80.420

OBMOČNA ENOTA ZZSZ		število mest	tip kalkulacije	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege" 2012			
Izvajalec				I	II	III	SKUPAJ
	- mesta za starejše	215	A	26.416	7.732	41.560	75.708
	- mesta za posebne oblike varstva	13	B	358	119	4.235	4.712
43	Dom upokoencev Center, Tabor-Poljane	505	A	40.164	16.695	117.633	174.492
44	Dom starejših občanov Fužine, Ljubljana	171	A+B	14.417	5.504	33.269	53.190
	- mesta za starejše	166	A	14.417	5.504	31.524	51.445
	- mesta za posebne oblike varstva	5	B	0	0	1.745	1.745
45	Dom starejših občanov Ljubljana Moste-Polje	212	A	23.012	203	52.287	75.502
46	Dom starejših občanov Ljubljana - Šiška	230	A	8.312	3.009	54.340	65.661
47	Dom starejših občanov Ljubljana Vič-Rudnik	570	A	47.116	3.707	143.402	194.225
48	Dom sv. Janeza Krstnika, Trnovo, Ljubljana	63	A	6.249	920	13.113	20.282
49	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Trnovo	156	A	11.067	379	43.550	54.996
50	Dom starejših Logatec	163	A	13.689	2.044	34.972	50.705
51	Dom Marije in Marte Logatec	63	A	5.260	161	17.902	23.323
52	DEOS Ljubljana, PE Medvode	195	A	14.203	5.718	51.255	71.176
53	Dom počitka Mengeš	261	A	4.462	10.094	77.058	91.614
54	RIVE, Dom starejših občanov Ribnica	147	A	7.954	832	44.562	53.348
55	Dom upokoencev "Franca Salamona" Trbovlje	204	A	17.706	8.562	43.651	69.919
56	Dom upokoencev Vrhnika	242	A	25.817	495	57.073	83.385
57	Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	165	A	15.535	1.021	38.272	54.828
	Skupaj	5.593		389.861	94.528	1.416.996	1.901.385
MARIBOR							
58	Dom upokoencev "Danice Vogrinec" Maribor	809	A+B	54.709	5.013	201.452	261.174
	- enoti Pobrežje in Tabor, za starejše	620	A	53.719	5.013	137.161	195.893
	- enota Pobrežje, za posebne oblike varstva	189	B	990		64.291	65.281
59	Dom starejših Tezno, Maribor	200	A	10.955	1.491	58.365	70.811
60	Dom pod Gorco, Maribor	150	A	12.196	3.046	12.503	27.745
61	Sončni dom Maribor	158	A	5.125	5.265	43.054	53.444
62	Center za starejše Ormož	153	A	3.482	6.507	41.048	51.037
63	Dom starejših Idila, Jarenina	165	A	9.703	717	43.086	53.506
64	Dom Lenart, d.o.o.	165	A	13.443	2.112	35.202	50.757
65	Dom upokoencev Ptuj	626	A	38.161	1.045	175.167	214.373
66	Dom dr. Jožeta Potrča Poljčane	295	A	25.539	636	72.472	98.647
	Skupaj	2.721		173.313	25.832	682.349	881.494
MURSKA SOBOTA							
67	Dom starejših Rakičan	360	A	13.407	2.155	108.731	124.293
68	Zavod sv. Cirila in Metoda, Beltinci	84	A	6.187	178	19.269	25.634
69	Dom starejših občanov Gornja Radgona	132	A	6.795	26	41.127	47.948
70	Dom Kuzma d.o.o.	64	A	2.211		13.208	15.419
71	Dom starejših Lendava	172	A	7.798	237	48.516	56.551
72	Dom starejših Ljutomer	150	A	6.614	4.689	42.352	53.655
73	DOSOR, Dom starejših občanov Radenci	132	A	18.442	4.738	24.036	47.216
74	Zavod Čebela Slov.Konjice, Dom Velika Polana	66	A	733	0	15.718	16.451
	Skupaj	1.160		62.187	12.023	312.957	387.167
NOVA GORICA							
75	Dom starejših občanov Ajdovščina	151	A	12.316	2.622	35.860	50.798
76	Dom upokoencev Nova Gorica	325	A	23.685	5.462	80.668	109.815
77	Dom upokoencev Gradšče	147	A	19.601	495	30.818	50.914
78	TURZIS, Renče	32	A	4.597	43	5.383	10.023
79	Dom upokoencev Podbrdo	361	A+B	26.213	2.584	86.040	114.837
	- enoti Podbrdo in Tolmin, za starejše	266	A	22.797	992	57.780	81.569
	- enota Petrovo brdo, za posebne oblike varstva	95	B	3.416	1.592	28.260	33.268
80	Zavod Pristan, Center starejših Pristan, Vipava	104	A	12.477	2.855	20.988	36.320
	Skupaj	1.120		98.889	14.061	259.757	372.707
NOVO MESTO							
81	Dom starejših občanov Črnomelj	196	A	4.987	2.707	58.275	65.969
82	Dom počitka Metlika	172	A	16.411	2.994	40.063	59.468
83	Dom starejših občanov Novo mesto	355	A	21.469	2.720	100.172	124.361
84	Penzion Sreča, Šmarješke Toplice	36	A	2.931	1.507	7.980	12.418
85	Dom starejših občanov Trebnje	217	A	15.285	3.523	54.050	72.858
	Skupaj	976		61.083	13.451	260.540	335.074
RAVNE NA KOROŠKEM							
86	Koroški dom starostnikov Dravograd	364	A	22.415	18.466	82.634	123.515

OBMOČNA ENOTA ZZS		število mest	tip kalkulacije	PLAN STORITEV "dan zdravstvene nege" 2012			
Izvajalec				I	II	III	SKUPAJ
87	Zavod Čebela SI.Konjice, enota Šentjanž pri Dravogradu	21	A	1.678	952	3.722	6.352
88	DEOS Ljubljana, PE Center starejših Gornji grad	154	A	12.594	1.394	42.450	56.438
89	Dom starejših na Fari, Prevalje	190	A	6.528	324	58.598	65.450
90	DOM HMELINA, dom za starejše občane, Radlje ob Dravi	152	A	8.607	1.619	38.038	48.264
91	PV Center starejših Zimzelen d.o.o., Topolšica	150	A	6.807	7.877	31.232	45.916
92	Dom za varstvo odraslih Velenje	190	A	20.610	6.040	39.301	65.951
Skupaj		1.221		79.239	36.672	295.975	411.886
SKUPAJ DOMOVI ZA STAREJŠE		18.162	A, B	1.309.056	285.344	4.532.207	6.126.607

II. POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI							
CELJE							
93	Dom Nine Pokorn Grmovje	240	C	429	21	84.980	85.430
KOPER							
94	Socialnovarstveni zavod Dutovlje	165	C	18	27	58.976	59.021
LJUBLJANA							
95	Delovnovarstveni zavod Prizma, Ponikve	130	C	1.437	17.866	28.518	47.821
MARIBOR							
96	Zavod Hrastovec - Trate	680	C 1, A	546	3.834	232.435	236.815
	- Zavod Hrastovec - Trate	675	C 1	542	3.806	230.726	235.074
	- enota Hodoš, starejši	5	A	4	28	1.709	1.741
MURSKA SOBOTA							
97	Dom Lukavci	303	C	6.792	441	102.219	109.452
SKUPAJ POSEBNI SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI		1.518	A, C, C1	9.222	22.189	507.128	538.539

III. PODALJŠANA BOLNIŠNIČNA REHABILITACIJA							BOD
98	Dom starejših občanov "Polde Eberl-Jamski" Izlake	15	I				5.475

Z vzpostavitvijo registra kapacitet izvajalcev institucionalnega varstva pri MDDSZ se bo priloga spremenila v delu, ki se nanaša na kapacitete javnih zavodov.«

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

56. člen

V Prilogi III/a se dodajo nove postavke, ki se glasijo:

	Šifra po šifrantu 16	Šifra po šifrantu 15j	Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave	Merska enota	Tekoča cena za mersko enoto (v EUR)
(1) točka 5	0008	Q0118	Rhophylac 300 mcg / 2 ml (delovna šifra 039748) 1x inj.brizga	kos	52,11
(1) točka 14	0008	od Q0100 do Q0107	Zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki)		po nabavni vrednosti zdravil, znižani za vrednost popustov
(6)	0008	Q0115	Sok	liter	0,79
(6)	0008	Q0116	Plastenka	kos	0,27
(6)	0008	Q0117	Signatura	kos	0,0057

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

V Prilogi III/a se spremenita postavki tako, da se glasita:

	Šifra po šifrantu 16	Šifra po šifrantu 15j	Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave	Merska enota	Tekoča cena za mersko enoto (v EUR)
	0008	Q0068	Rhesonativ 625 i.e. / 1 ml (delovna šifra 007510); 1 x amp.	ampula	25,27 + stroški obdelave naročilnice in vročitve zdravila ***
	0008	Q0069	Rhesonativ 625 i.e. / 2 ml (delovna šifra 007650); 1 x amp	ampula	50,06 + stroški obdelave naročilnice in vročitve zdravila ***

*** K ceni Rhesonativa se prištejejo stroški obdelave naročilnice in vročitve zdravila, in sicer število lekarniških točk v skladu s Prilogo LEK II/c-1 po ceni lekarniške točke.

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

Doda se nova Priloga III/c, ki se glasi:

Ločeno zaračunljiv material, za katerega se poraba spremlja na ravni zdravila.

1. cisplatin
2. docetaksel
3. gemcitabin
4. irinotekan
5. oksaliplatin
6. paklitaksel
7. topotekan
8. vinorelbin

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

57. člen

Priloga VI se spremeni tako, da se glasi:

»(1) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev iz 10. člena tega Dogovora, z izjemo programov iz tretjega odstavka 10. člena ter drugega in tretjega stavka enajstega odstavka 10. člena, se upoštevajo osnovne plače:

v eur

	PR	Osnovne plače 1. 6. 2012
- zdravniki in zobozdravniki specialisti	53	40.620,36
- zobozdravniki	47	32.103,00
- diplomirane medicinske sestre	36	20.853,48
- fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	33	18.538,56
- inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije	33	18.538,56
- specialisti medicinske fizike	47	32.103,00
- elektroinženirji za vzdrževanje obsevalnih aparatov	41	25.371,48
- psihologi, logopedi, defektologi, elektronični akustiki, ortopedagogi	36	20.853,48
- biokemiki, dipl. biologi	39	23.457,36
- specialisti klinične logopedije	39	23.457,36
- specialisti klinične psihologije	47	32.103,00
- zdravstveni tehniki, srednji laboratorijski tehniki	25	13.545,96
- zobni tehniki	23	12.524,16
- administrativno tehnični delavci	24	13.025,16
- reševalna služba (brez adm. tehničnih delavcev)	23	12.524,16
- dipl. socialni delavci, dipl. fiziatri inštruktorji, dipl. inženirji ortopedske tehnike, višji laboratorijski tehniki	36	20.853,48
- socialni delavci, specialisti pedagogi	36	20.853,48
- govorni terapevti, nevrofizioterapevti	36	20.853,48
- inženirji zobne protetike	31	17.140,08

- sekundarna dejavnost brez terciarja (zap. iz ur)	32	17.825,52
- terciarna dejavnost (zap. iz ur)	36	20.853,48
- invalidna mladina - SB F. D. Nova Gorica (zap. iz ur)	30	16.480,80
- bolnišnična dejavnost CZBO Šentvid (zap. iz ur)	27	14.651,28
- bolnišnična dejavnost psihiatrije (zap. iz ur)	31	17.140,08
- oskrba v tuji družini - Psih. kl. Lj. (zap. iz ur)	37	21.687,48
- zgodnja obravnava motenj hranj. in čustv. - Rakitna (zap. iz ur)	31	17.140,08
- program reintegracije in rehabilitacije - Rakitna (zap. iz ur)	31	17.140,08
- onkologija v spec. amb. dej. - Onkološki inštitut Lj. (zap. iz ur)	37	21.687,48
- spec. boln. dejavnost - URI - SOČA (zap. iz ur)	33	18.538,56

- nega I v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	21	11.579,28
- nega II v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	22	12.042,48
- nega III v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur)	24	13.025,16
- bolničar-negovalec za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H	19	10.705,56
- strežnica za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H	14	8.799,24

- farmacevt specialist (lekarniška dejavnost)	43	27.441,72
- farmacevt receptor (lekarniška dejavnost)	39	23.457,36

	PR	Osnovne plače 1. 6. 2012
- farmacevtski tehnik (lekarniška dejavnost)	24	13.025,16
- delavci drugih strok (lekarniška dejavnost)	27	14.651,28
- lekarniški delavec (lekarniška dejavnost)	12	8.135,40
- dejavnost zdravil. zdravljenja - točke (zap. iz ur)	31	17.140,08
- dejavnost zdravil. zdravljenja - nemed. oskrbni dan (zap. iz ur)	22	12.042,48

- zdravnik za dežurno službo v zdravstvenih domovih	53	40.620,36
- diplomirana medicinska sestra za dežurno službo v ZD	36	20.853,48
- zdravnik specialist 2 za dežurno službo v ZD	51	37.555,92
- diplomirani zdravstvenik 2 za dežurno službo v ZD	34	19.280,16
- zobozdravnik za dež. službo v zobozdr. dejavnosti v zdravstvenih domovih	47	32.103,00
- zdr.delavec s sr. izobr. v dežurni službi za zobozdravstveno dejavnost v ZD	25	13.545,96
- farmacevt v dežurni službi v lekarni	39	23.457,36

* V primeru spremembe plačne lestvice se na novo preračunajo osnovne plače za kalkulacijo cen zdravstvenih storitev.

Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za programe iz tretjega odstavka 10. člena se upoštevajo osnovne plače:

v eur

	PR	Osnovne plače 1. 6. 2012
- zdravniki specialisti	52	39.058,08
- diplomirane medicinske sestre	35	20.051,28
- fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	32	17.825,52
- dipl. socialni delavci, socialni delavci	35	20.051,28
- specialisti klinične psihologije	47	32.103,00
- zdravstveni tehniki	24	13.025,16
- administrativno tehnični delavci	23	12.524,16
- administrativno tehnični delavci - paliativna oskrba Hospic	20	11.133,84
- strežnica - paliativna oskrba Hospic	14	8.799,24
- bolničar - paliativna oskrba Hospic	20	11.133,84
- muzikoterapevt, kinezioterapevt pri forenzični psihiatriji	33	18.538,56
- zdravstveni administrator pri forenzični psihiatriji	24	13.025,16

* V primeru spremembe plačne lestvice se na novo preračunajo osnovne plače za kalkulacijo cen zdravstvenih storitev.

Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za programe iz drugega in tretjega stavka enajstega odstavka 10. člena se upoštevajo osnovne plače:

v eur

	PR	Osnovne plače 1. 6. 2012
- zdravniki in zobozdravniki specialisti	53	40.620,36
- diplomirane medicinske sestre	36	20.853,48
- fizioterapevti, dipl. fizioterapevti	36	20.853,48
- psihologi	36	20.853,48
- delavni terapevti, dipl. delavni terapevti	36	20.853,48
- logopedi	37	21.687,48
- specialisti klinične logopedije	46	30.868,08
- specialisti klinične psihologije	47	32.103,00
- defektologi, elektro akustiki, ortopedagogi	38	22.555,08
- zdravstveni tehniki	25	13.545,96
- administrativno tehnični delavci	23	12.524,16
- bolničar-negovalec	19	10.705,56
- strežnica	14	8.799,24

* V primeru spremembe plačne lestvice se na novo preračunajo osnovne plače za kalkulacijo cen zdravstvenih storitev.

Sprememba velja od 1. 6. 2012 naprej.

58. člen

Priloga VIII se spremeni tako, da se glasi:

Zap. št.	Zdravstveni dom	Število zapornikov	Vrsta tima	Št. timov	Vrednost v EUR	Ordinacijski časi
1	ZD Celje			0,905	105.039	
	dejansko število	115	spl.amb.	0,480	56.003	3 x tedensko po 2 ure
			psihiatrija	0,230	22.444	1 x tedensko po 3 ure
			odvisnost od drog	0,120	17.843	1 x tedensko 1 ura
		zobozdr. za odrasle	0,075	8.749	1 x tedensko 2 uri	
2	ZD Radeče			0,921	108.947	
	dejansko število	82	spl.amb.za otroke	0,544	67.724	2 x tedensko 2 uri, MS vsak dan
			psihiatrija	0,160	15.613	2 x mesečno po 2 uri
			odvisnost od drog	0,080	11.895	Se izvaja v okviru splošne ambulante
			zobozdr. za mladino	0,112	10.111	2 x mesečno po 2 uri
		dispanzer za ženske	0,025	3.603	1 x mesečno 1 ura	
3	ZD Koper			1,030	119.370	
	dejansko število	132	spl.amb.	0,550	64.170	2 x tedensko po 4 ure
			psihiatrija	0,260	25.372	1 x tedensko po 4 ure
			odvisnost od drog	0,130	19.330	1 x tedensko po 3 ure
		zobozdr. za odrasle	0,090	10.499	1 x tedensko po 3 ure	
4	ZD Ljubljana			3,060	356.731	
	dejansko število	381	spl.amb.	1,590	185.509	Povšetova: 3x tedensko 6 ur + po potrebi lg: 1x tedensko 4 ure + po potrebi
	ženske	95	psihiatrija	0,760	74.163	Povšetova: 2 x tedensko 4 ure + po potrebi lg: 2 x mesečno 4 ure + po potrebi
			odvisnost od drog	0,380	56.502	Povšetova: se izvaja v sklopu psihiatrične ambulante lg: se izvaja v sklopu splošne ambulante
			zobozdr. za odrasle	0,255	29.747	Povšetova: 1x tedensko 4 ure lg: izmenično 4 ure na 2 oziroma 3 tedne + po potrebi
			dispanzer za ženske	0,075	10.809	1 x mesečno 4 ure
5	ZD Maribor			1,590	184.084	
	dejansko število	203	spl.amb.	0,845	98.588	Vošnjakova: 14 ur tedensko Rogoza: 2x tedensko 2 uri
			psihiatrija	0,410	40.009	Vošnjakova: 1 x tedensko 7 ur Rogoza: 1 x mesečno 2 uri + po potrebi
			odvisnost od drog	0,200	29.738	Vošnjakova: 2 x mesečno 4 ure
		zobozdr. za odrasle	0,135	15.748	Vošnjakova: 1x tedensko 4 ure Rogoza: preko matičnega zavoda	
6	ZD Murska Sobota			0,390	45.194	
	dejansko število	49	spl.amb.	0,205	23.918	2 x tedensko 1 ura (medicinska sestra 4x1 ura)
			psihiatrija	0,100	9.758	1 x tedensko po 2 uri
			odvisnost od drog	0,050	7.435	V sklopu psihiatrične ambulante
		zobozdr. za odrasle	0,035	4.083	Po potrebi	
7	ZD osnovno varstvo Nova Gorica in ZD zobozdravstveno varstvo Nova Gorica			0,305	35.338	
		38				
	ZD osnovno varstvo Nova Gorica			0,280	32.422	
	dejansko število		spl.amb.	0,160	18.668	2x tedensko 2 uri
			psihiatrija	0,080	7.807	Po dogovoru
			odvisnost od drog	0,040	5.948	Po dogovoru
ZD zobozdravstveno varstvo Nova Gorica			0,025	2.916		
		zobozdr. za odrasle	0,025	2.916	Po dogovoru	
8	ZD Trebnje			3,890	450.961	
	dejansko število	497	spl.amb.	2,070	241.512	5x tedensko 6 ur
			psihiatrija	0,990	96.607	2x tedensko 5 ur
			odvisnost od drog	0,500	74.345	skupaj s psihiatrijo
		zobozdr. za odrasle	0,330	38.496	1x tedensko 7 ur	
9	ZD Novo mesto			0,655	75.736	
	dejansko število	84	spl.amb.	0,350	40.835	2 x tedensko 1 ura, medicinska sestra 3x tedensko 2 uri
			psihiatrija	0,170	16.589	psihiatrija+odvisnosti od drog: 2 x mesečno 2 uri
			odvisnost od drog	0,080	11.895	V sklopu psihiatrije
		zobozdr. za odrasle	0,055	6.416	Po potrebi	
10	Skupaj			12,746	1.481.400	
		1.581	spl.amb.	6,250	729.204	
			spl. amb. za otroke	0,544	67.724	
			psihiatrija	3,160	308.363	
			odvisnost od drog	1,580	234.931	
			zobozdr. za odrasle	1,000	116.655	
		zobozdr. za mladino	0,112	10.111		
		dispanzer za ženske	0,100	14.413		

V ambulantah iz Priloge VIII koristijo zdravstvene storitve tudi zavarovane osebe z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu.

Varčevalni ukrepi sprejeti v okviru Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 se naknadno vključijo v Prilogo VIII.

Sprememba velja od 1. 1. 2012 naprej.

59. člen

Priloga X se spremeni tako, da se glasi:

Priloga X: Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah

Specialistične ambulante amb.za boleznj dojk in mamografija, prvi pregled amb.za maksilofacialno kirurgijo- prvi pregled amb.za oralno kirurgijo-prvi pregled dermatološka amb., prvi pregled diabetološka amb., prvi pregled ginekološka amb.-sek.nivo, prvi pregled kardiološka amb., prvi pregled nevrološka amb., prvi pregled očesna amb.-pregled vida za očala ortopedska amb., prvi pregled psihiatrična amb., prvi pregled revmatološka amb., prvi pregled urološka amb., prvi pregled
Klinični posegi na endokrinološkem sistemu operacije ščitnice (tudi obščitnice)
Klinični posegi na očeh operacije sive mreže (katarakta)
Klinični posegi na nosu, ustih in žrelu posegi in operacije nosu in obnosnih votlin posegi na ušesu in mastoidu posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu
Klinični posegi na kardiovaskularnem sistemu operacije na odprtem srcu koronarna angiografija in PTCA posegi na arterijah (brez PTA) sklerozacija krčnih žil operacije krčnih žil drugi posegi na perifernem ožilju PTA (perkutana transluminalna angioplastika)
Klinični posegi na prebavnem sistemu operacije žolčnih kamnov operacije kile-odrasli operacije kile-otroci
Klinični posegi mišično-skeletnega sistema posegi in operacije hrbtenice artroplastika kolka (protetika in endoproteza) artroplastika kolena artroplastika gležnja terapevtske artroskopije (kolenske križne vezi, kolena) ortopedske operacije rame (samo terapevtski posegi na rami) operacije karpalnega kanala
Slikovna diagnostika CT glave in vratu CT skeleta CT toraks in abdomen CT angiografije CT srca MR glave in vratu MR skeleta MR toraks in abdomen MR angiografije MR srca angiografija (brez koronarne angiografije) Elektroencefalografija (EEG) Elektromiografija (EMG) RTG glave RTG hrbtenice RTG skeleta RTG PC (pljuča, srce) RTG abdomna RTG ledvic in sečnega mehurja UZ dojke UZ srca UZ vratnih žil UZ rame UZ mehkih tkiv (mišica, tetiva, sklep, skrotum, vrat, kolki, novorojenčki)
Rehabilitacija fizioterapija na primarni ravni

Sprememba velja od 1. 9. 2012 naprej.

60. člen

Na podlagi Aneksa št. 1 k Dogovoru 2012 Zavod z izvajalci zdravstvenih storitev ne bo sklenil aneksa k pogodbi, temveč bo izvajalcem posredoval finančne načrte in nove izračune cen v skladu s tem aneksom.

61. člen

Ta aneks velja od dneva sprejetja s strani partnerjev, odločitve arbitraže oziroma dneva sprejetja sklepov Vlade Republike Slovenije, uporablja pa se od 1. 5. 2012, v kolikor posamezen člen ne določa drugače.

Številka: 1720-1/2012-A1

Datum: 27. 6. 2012

Ministrstvo za zdravje
 Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
 Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
 Zdravniška zbornica Slovenije
 Lekarniška zbornica Slovenije
 Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč
 Skupnost socialnih zavodov Slovenije
 Skupnost organizacij za usposabljanje

Okrožnica ZAE 14/12 z dne 12. 7. 2012:

Spremembe, ki jih uvaja Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012

V okrožnici navajamo spremembe, ki jih prinaša Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012:

- uvedba nove šifre spremljanja storitev 0420 – zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila v specialistično ambulantni dejavnosti 201 034 - okulistika s 1. 7. 2012 (izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti okulistike);
- uvedba novih šifer spremljanja storitev 0421 – priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke ter 0422 – priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma debelega črevesja in danke v specialistično ambulantni dejavnosti 201 036 – onkologija s 1. 7. 2012 (izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti onkologije);
- uvedba nove šifre spremljanja storitev 0423 – vstavev umetnega srca v transplantacijsko dejavnost 202 066 s 1. 7. 2012 (UKC Ljubljana);
- novi lekarniški storitvi 70018 - dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept in 71012 - dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept s 1. 5. 2012 (lekarne);
- uvedba novih šifer ločeno zaračunljivega materiala Q0100 – Q0107 zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze s 1. 7. 2012 (Bolnišnica Golnik);
- spremenjeno beleženje materiala pri pripravi zdravil za domačno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog s 1. 7. 2012 (lekarne);
- uvedba nove šifre ločeno zaračunljivega materiala Q0118 - rhyphylac in sprememba opisa šifer ločeno zaračunljivega materiala Q0068 in Q0069 – rhesonativ s 1. 7. 2012 (dispanzer za ženske);
- sprememba naziva šifre spremljanja storitev 0336 – tolmač za gluhe s 1. 9. 2012 (vsil izvajalci zdravstvenih storitev);
- sprememba naziva šifre spremljanja storitev 0300 - amniocenteza s 1. 9. 2012 (izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti ginekologije in porodništva);
- črtanje storitve 94711 – celotna ročna masaža iz zdraviliških standardnih tipov 1, 2, 3, 4 in 8 s 1. 2. 2012 (zdravilišča);
- uvedba nove šifre spremljanja storitev skupnostnega psihiatričnega zdravljenja s 1. 7. 2012 (bolnišnice);
- dopolnitev računalniške izmenjave podatkov za specialistično bolnišnično dejavnost (RIP SBD) zaradi uvedbe evidentiranja, poročanja in obračunavanja primerov kirurškega zdravljenja rakavih bolezni ter zaradi spremembe evidentiranja, poročanja in obračunavanja prospektivnega programa s 1. 9. 2012 (izvajalci specialistično bolnišnične dejavnosti);
- plačevanje in poročanje bolnišničnih zdravil v RIP DBZ: cisplatin, docetaxsel, gemcitabin, irinotekan, oksaliplatin, paklitaxsel, topotekan, vinorelbin s 1. 1. 2012 (bolnišnice);
- spremenjen način izračuna zneska pri izstavljenih specifikacijah (informativnih računih) zavarovanim osebam za storitve, ki se obračunavajo v primerih s 1. 1. 2013 (bolnišnice);

Sladjana Jelisavčić
Jerneja Eržen
Franci Osredkar

Priloga okrožnice: strani 30–38

NOVA ŠIFRA SPREMLJANJA STORITEV 0420 V DEJAVNOSTI 201 034 OKULISTIKA za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 20. členu dodaja v Prilogo 1 v dejavnost okulistike novo kalkulacijo zdravljenja starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila.

Izvajalci zdravljenja starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila beležijo **na novo šifro spremljanja storitev 0420 – zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljna obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila**. Navedena storitev se Zavodu obračuna, če so bile opravljene in ustrezno zabeležene v medicinski dokumentaciji naslednje aktivnosti: Optična koherentna tomografija, tonometrija nekontaktna, foto red free, autofluorescenca, pregled na biomikroskopu, občasno elektronska refraktometrija, refraktometrija, slikanje očesnega ozadja, pregled vidne ostrine po ETDRS ter storitev intravitrealne aplikacije zdravila. Poleg te storitve Zavodu ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

Storitev izvajalci beležijo od 1. 7. 2012 dalje v dejavnosti 201 034 – okulistika.

Spremembe šifrant 2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

201 Specialistična ambulantna dejavnost

<i>poddejavnost (šifrant 2)</i>	<i>šifre spremljanja storitev (šifrant 16)</i>
034 okulistika	0003, 0008, 0009, 0011, 0016, 0088, 0092, 0259, 0273, 0274, 0278, 0304, 0336, 0408, 0420

Spremembe šifrant 16 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

<i>Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)</i>	<i>1.stolpec</i>	<i>2. stolpec</i>	<i>3. stolpec</i>
0420 zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF – nadaljna obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila		število	znesek

Šifra storitve je naslednja (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0420	Anti VEGF-nadalj. obr. z aplik. zdravila	Zdravljenje starostne degeneracije makule z anti VEGF - nadaljnja obravnava z intravitrealno aplikacijo zdravila	primer	1

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Spremembe veljajo za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

NOVE ŠIFRE 0421 IN 0422 V DEJAVNOSTI 201 036 ONKOLOGIJA za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 20. členu dodaja v Prilogo 1 novi kalkulaciji za pripravo in apliciranje zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke, debelega črevesja in danke v specialistični ambulantni dejavnosti 201.

Izvajalci pripravo in apliciranje zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke beležijo na **novi šifro spremljanja storitev 0421 – priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke**, pripravo in apliciranje zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma debelega črevesja in danke pa na **novi šifro spremljanja storitev 0422 – priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma debelega črevesja in danke**. Poleg teh storitve Zavodu ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz Zelene knjige.

Izvajalci šifri 0421 in 0422 beležijo v specialistični ambulantni dejavnosti 201 na poddejavnosti 036 – onkologija.

Spremembe šifrant 2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

201 Specialistična ambulantna dejavnost

<i>poddejavnost (šifrant 2)</i>	<i>šifre spremljanja storitev (šifrant 16)</i>
036 onkologija	0003, 0008, 0009, 0011, 0016, 0092, 0259, 0273, 0274, 0278, 0336, 0398, 0399, 0400, 0408, 0421, 0422

Spremembe šifrant 16 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

<i>Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)</i>	<i>1. stolpec</i>	<i>2. stolpec</i>	<i>3. stolpec</i>
0421 priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke		število	znesek
0422 priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma debelega črevesja in danke		število	znesek

Šifre storitev so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0421	Pripr., apl.zdravila – karcinom dojke	Priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma dojke	aplikacija	1
E0422	Pripr., apl. zdravila – karcinom crev., danke	Priprava in aplikacija zdravil za ambulantno parenteralno sistemsko protitumorno zdravljenje karcinoma debelega črevesja in danke	aplikacija	1

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 5. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci poročajo za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

NOVA ŠIFRA SPREMLJANJA STORITEV 0423 V 202 066 TRANSPLANTACIJSKA DEJAVNOST za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 20. členu dodaja v Prilogo 1 novo storitev za transplantacijsko dejavnost – vstavitev umetnega srca.

Izvajalec (storitev opravlja le UKC Ljubljana) vstavitev umetnega srca beleži **na novo šifro spremljanja storitev 0423 – vstavitev umetnega srca**. Zavod plača največ 10 vstavitev umetnega srca na leto.

Za navedeno storitev velja enaka kalkulacija iz Priloge I Splošnega dogovora, kot velja za transplantacija srca (202 066 0113).

Spremembe šifrant 2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

202 Specialistična bolnišnična dejavnost

<i>poddejavnost (šifrant 2)</i>	<i>šifre spremljanja storitev (šifrant 16)</i>
066 transplantacijska dejavnost	0092, 0113, 0114, 0115, 0116, 0117, 0118, 0130, 0145, 0146, 0249, 0250, 0336, 0423

Spremembe šifrant 16 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)	1.stolpec	2. stolpec	3. stolpec
0423 vstavitev umetnega srca		število	znesek

Šifre storitev so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0423	Vstavitev umetnega srca	Vstavitev umetnega srca	primer	1

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 5. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci poročajo za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

NOVI LEKARNIŠKI STORITVI 70018 IN 71012 za storitve opravljene od 1. 5. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 46. členu dodaja v Prilogo LEK II/c-1 novi lekarniški storitvi **70018 – dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept** ter **71012 – dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept**.

Storitev 70018 – dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept lahko lekarna evidentira in obračuna Zavodu ob vročitvi zdravila pri izdaji zdravila na obnovljiv recept skupaj s storitvijo 70010 – Vročitev zdravila in 70015 – Dodatek k vročitvi zdravil na obnovljiv recept.

Storitev 71012 – dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept lahko lekarna evidentira in obračuna Zavodu pri obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljiv recept skupaj s storitvijo 71010 – Obdelava recepta in 71011 – Dodatek k obdelavi recepta ob izdaji zdravil na obnovljiv recept.

Skladno z navedenim v šifrant 15.E – Seznam lekarniških storitev uvajamo **novi šifri storitev 70018 - Dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept ter šifro 71012 Dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept**.

Spremembe šifranta 15.E so naslednje (označene s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Kadrovski normativ	Časovni normativ	Točke	Dolg opis
70018	Dodatek k vročitvi zdravil (obnovljivi)			0,04	Dodatek k vročitvi zdravil za izdajo na obnovljivi recept. Storitve s šifro 70018 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 70010 za vsako izdano škatlo zdravila.
71012	Dodatek k obdelavi recepta (obnovljivi)			0,08	Dodatek k obdelavi recepta pri izdaji zdravil na obnovljivi recept. Storitve s šifro 71012 se evidentira skupaj s storitvijo s šifro 71010 ob vsaki izdaji zdravil na obnovljivi recept.

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrate pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Spremembe veljajo za storitve opravljene od 1. 5. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

NOVE ŠIFRE LZM Q0100 – Q0107 ZDRAVILA ZA AMBULANTNO ZDRAVLJENJE TUBERKULOZE za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 7. in 56. členu uvaja nove ločeno zaračunljive materiale, in sicer zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki).

Skladno z navedenim v šifrantu 15.J – Ločeno zaračunljiv material in storitve uvajamo spodaj navedene nove šifre Q0100 do Q0107, ki zajemajo zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze.

Navedene šifre ločeno zaračunljivega materiala lahko beleži le Bolnišnica Golnik, ki jo zavede na šifri spremljanja storitev 0008 – ločeno zaračunljiv material v specialistični ambulantni dejavnosti pulmologije 201 026.

Spremembe šifranta 15.J so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Merska enota	Dolg opis
Q0100	MYAMBUTOL tbl 100x400mg	kos	MYAMBUTOL tbl 100x400mg etambutol
Q0101	PYRAFAT FATOL 50x500mg tbl,	kos	PYRAFAT FATOL 50x500mg tbl, pirazinamid
Q0102	PYRAZINAMID LEDERLE tbl 100x500mg	kos	PYRAZINAMID LEDERLE tbl 100x500mg pirazinamid
Q0103	RIFAMPICIN HEFA-N 150mg A50	kos	RIFAMPICIN HEFA-N 150mg A50 rifampicin
Q0104	CYCLOSERINE 100x250mg	kos	CYCLOSERINE 100x250mg cikloserin
Q0105	AMIKIN 500mg	kos	AMIKIN 500mg amikacin
Q0106	PASER GRAN 30x4g	kos	PASER GRAN 30X4g aminosalicilna kislina
Q0107	PETEHA tablete 100x250mg	kos	PETEHA tablete 100x250mg protionamid

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrate pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 6. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci vzpostavijo lastno evidenco za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

**SPREMENJENO BELEŽENJE MATERIALA PRI PRIPRAVI ZDRAVIL ZA NADOMESTNO
ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG
za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje**

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 7. in 56. členu določa, da lekarnе v okviru priprave metadona v obliki solucije zmešane s sadnim sokom v skladu s 17. členom tega dogovora Zavodu zaračunavajo sok, platenko in signaturo po cenah, ki ne smejo preseči cen iz Priloge III/a.

Lekarnе material, ki so ga uporabile pri pripravi metadona v obliki solucije zmešane s sadnim sokom (sok, platenka, signatura) Zavodu ne obračunajo več na šifri spremljanja storitev 0005 – materialni stroški v zdravilih temveč navedeni material Zavodu obračunajo kot posebej zaračunljivi material s šifro spremljanja storitev **0008 – ločeno zaračunljiv material**. Za beleženje ločeno zaračunljivega materiala v šifrant 15.J – Seznam ločeno zaračunljivega materiala in storitev uvajamo šifre **Q0115 – sok, Q0116 – platenka in Q0117 – signatura**.

Lekarna porabljeni material, zdravila in opravljene storitve obračuna Zavodu na skupnem zahtevku za plačilo.

Spremembe šifrant 2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

402 Zdravila

poddejavnost (šifrant 2)

šifre spremljanja storitev (šifrant 16)

118 **zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog** 0005, 0006, **0008**, 0090, 0091, 0092, 0336

Spremembe šifrant 15.J so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Merska enota	Dolg opis
Q0115	Sok	liter	Sok
Q0116	Platenka	kos	Platenka
Q0117	Signatura	kos	Signatura

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 6. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci vzpostavijo lastno evidenco za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

**UVEDBA NOVE ŠIFRE LZM Q0118 RHOPHYLAC
IN SPREMEMBA OPISA ŠIFER LZM Q0068 IN Q0069 RHESONATIV
za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje**

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 7. in 56. členu uvaja nov ločeno zaračunljiv material Rhophylac ter spreminja naziv obstoječega ločeno zaračunljivega materiala Rhesonativa. Hkrati določa, da se k ceni Rhesonativa prištejejo stroški obdelave naročilnice in vročitve zdravila, in sicer število lekarniških točk v skladu s Prilogo LEK II/c-1 po ceni lekarniške točke.

Skladno z navedenim v šifrant 15.J – Ločeno zaračunljiv material in storitve uvajamo **novo šifro Q0118 - Rhophylac 300 mcg / 2 ml 1 x inj. brizga** in spreminjamo opis šifer Q0068 in Q0069 kot je navedeno v nadaljevanju.

Navedeno šifro LZM izvajalci beležijo od 1. 6. 2012 dalje v dejavnosti 101 004 dispanzer za ženske.

Spremembe šifrant 15.J so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Merska enota	Dolg opis
Q0118	Rhophylac 300 mcg / 2 ml 1 x inj. brizga	kos	Rhophylac 300 mcg / 2 ml (delovna šifra 039748) raztopina za injiciranje v napolnjeni in- jekcijski brizgi, škatla z 1 injekcijsko brizgo z 2 ml raztopine
Q0068	Rhesonativ 625 i.e. / 1 ml 1 x amp.	ampula	Rhesonativ 625 i.e. / 1 ml 1 x ampula (delovna šifra 007510) ali drugi imunoglobulini anti D
Q0069	Rhesonativ 625 i.e. / 2 ml 1 x amp.	ampula	Rhesonativ 625 i.e. / 2 ml 1 x ampula. (delovna šifra 007650) ali drugi imunoglobulini anti D

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 6. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci vzpostavijo lastno evidenco za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

SPREMEMBA NAZIVA ŠIFRE 0336 – TOLMAČ ZA GLUHE za storitve opravljene od 1. 9. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 19. členu spreminja naziv storitve, ki se nanaša na obračun stroškov v zvezi s tolmačenjem slovenskega znakovnega jezika v zdravstveno obravnavo gluhe zavarovane osebe, ki potrebuje tolmača.

Skladno z navedenim v šifrantu 16 spreminjamo naziv šifre 0336 – tolmač za gluhe v 0336 - **dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe**. Razen naziva storitve tolmača za gluhe se pravila obračunavanja v ničemer ne spreminjajo.

Spremembe šifrant 16 so naslednje (označene s krepko pisavo):

Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)	1. stolpec	2. stolpec	3. stolpec
0336	dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe		znesek

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Sprememba je redakcijske narave in velja za storitve od 1. 9. 2012.

Ljubljana, 12. 7. 2012

SPREMEMBA NAZIVA ŠIFRE 0300 – AMNIOCINTEZA za storitve opravljene od 1. 9. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 20. členu preimenuje standard 201 030 0300 ginekologija – amniocinteza v 201 030 0300 ginekologija – amniocenteza.

Skladno z navedenim v šifrantu 16 spreminjamo naziv šifre 0300 – amniocinteza v 0300 - **amniocenteza**.

Spremembe šifranta 16 so naslednje (označene s krepko pisavo):

<i>Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)</i>	<i>1. stolpec</i>	<i>2. stolpec</i>	<i>3. stolpec</i>
0300 amniocenteza		število	znesek

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Sprememba je redakcijske narave in velja za storitve od 1. 9. 2012.

Ljubljana, 12. 7. 2012

ČRTANJE STORITVE 94711 – CELOTNA ROČNA MASAŽA IZ ZDRAVILIŠKIH STANDARDNIH TIPOV 1, 2, 3, 4 IN 8 za storitve opravljene od 1. 2. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 51. členu črta storitev 94711 – celotna ročna masaža iz zdraviliških standardov 1, 2, 3, 4 in 8.

Z Okrožnico ZAE 6/12 je Zavod na podlagi sklepa Upravnega odbora Zavoda o spremembi Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in na podlagi soglasja Ministrstva za zdravje izločil iz Enotnega seznama zdravstvenih storitev (Zelena knjiga) celotno ročno masažo (storitev 94711).

Ker zdravilišča v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ne morejo več obračunavati celotne ročne masaže, se navedena storitev črta iz Seznama storitev po tipih standardov zdraviliškega zdravljenja (Priloga ZDRAV II/d-2).

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Spremembe veljajo za storitve opravljene od 1. 2. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

NOVA ŠIFRA SPREMLJANJA STORITEV 0424 V 202 037 PSIHIATRIJA za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 v 20. členu dodaja v Prilogo 1 novo storitev psihiatrije – skupnostno psihiatrično zdravljenje v okviru specialistično bolnišnične dejavnosti.

Izvajalci skupnostno psihiatrično zdravljenje beležijo **na novo šifro spremljanja storitev 0424 – skupnostno psihiatrično zdravljenje**.

Za navedeno storitev velja enaka kalkulacija iz Priloge I Splošnega dogovora, kot velja za primer dnevne obravnave na psihiatriji (202 037 0055).

Spremembe šifrant 2 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

202 Specialistična bolnišnična dejavnost

poddejavnost (šifrant 2)

037 psihiatrija

šifre spremljanja storitev (šifrant 16)

0002, 0008, 0014, 0015, 0050, 0051, 0055, 0056,
0092, 0265, 0266, 0336, **0424**

Spremembe šifrant 16 so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifre spremljanja storitev (Šifrant 16)

1. stolpec

2. stolpec

3. stolpec

0424 skupnostno psihiatrično zdravljenje

število

znesek

Šifre storitev so naslednje (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0424	Skup. psih. zdravljenje	Skupnostno psihiatrično zdravljenje	primer	1

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrante pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Določbe Aneksa št. 1 k Splošnemu dogovoru veljajo od 1. 6. 2012 dalje, po novih šifrah storitev pa izvajalci poročajo za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

DOPOLNITEV RAČUNALNIŠKE IZMENJAVE PODATKOV ZA SPECIALISTIČNO BOLNIŠNIČNO DEJAVNOST (RIP SBD) ZARADI UVEDBE EVIDENTIRANJA, POROČANJA IN OBRAČUNAVANJA PRIMEROV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA RAKAVIH BOLEZNI TER ZARADI SPREMEMBE EVIDENTIRANJA, POROČANJA IN OBRAČUNAVANJA PROSPEKTIVNEGA PROGRAMA za storitve opravljene od 1. 9. 2012 dalje

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 z 12., 37. in 41. členom uvaja evidentiranje, poročanje in spremembo obračunavanja primerov kirurškega zdravljenja rakave bolezni v akutni bolnišnični obravnavi (202 110 SPP) s 1.1.2012 ter spremembo metodologije evidentiranja, poročanja in obračunavanja primerov prospektivnega programa v akutni bolnišnični obravnavi (202 110 SPP) s 1.7.2012.

Realizacijo kirurškega zdravljenja rakavih bolezni in prospektivnega programa bodo izvajalci Zavodu poročali preko specifikacij RIP SBD od 1.10.2012 dalje, in sicer za storitve opravljene od 1.9.2012 dalje, storitve opravljene pred tem datumom pa v skladu s posebnimi obrazci, ki jih bo do konca meseca julija pripravil Zavod.

Izvajalci bodo torej preko posebnih obrazcev, ki jih bo pripravil Zavod, poročali realizacijo kirurškega zdravljenja rakavih bolezni za storitve opravljene v obdobju od 1.1.2012 do 31.8.2012 in realizacijo prospektivnega programa za storitve opravljene v obdobje od 1.7. do 31.8.2012. Realizacijo oz. storitve opravljene od 1.9.2012 dalje pa bodo izvajalci pošiljali preko RIP SBD specifikacij od 1.10.2012 dalje.

Ena akutna bolnišnična obravnava (en SPP primer) zavarovane osebe predstavlja en program oz. eno vrsto storitev prospektivnega ali neprospektivnega programa, ki po vsebini lahko predstavlja kirurško zdravljenje rakave bolezni glede na glavno diagnozo in opravljene posege.

Kirurško zdravljenje rakave bolezni v akutni bolnišnični obravnavi (202 110 SPP) se plačuje po realizaciji na podlagi dejanske realizirane uteži iz Priloge BOL II/b-2a, in sicer od 1.1.2012 dalje.

Posamezna storitev prospektivnega programa se obračunava po dejanski uteži realiziranega SPP iz Priloge BOL II/b-2a. Sprememba velja za obravnave zaključene od 1.7.2012 dalje.

Vsebinska navodila in tehnična navodila za poročanje preko RIP SBD so priloga te okrožnice.

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrate pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Spremembe poročanja po RIP SBD veljajo za storitve opravljene od 1. 9. 2012 dalje, ostale spremembe evidentiranja, poročanja in obračunavanja pa od datumov, ki so zapisani v tej okrožnici.

Ljubljana, 12. 7. 2012

**POROČANJE BOLNIŠNIČNIH ZDRAVIL V RIP DBZ ZA UČINKOVINE:
CISPLATIN, DOCETAKSEL, GEMCITABIN, IRINOTEKAN, OKSALIPLATIN,
PAKLITAKSEL, TOPOTEKAN, VINORELBIN
porabljenih od 1. 1. 2012 dalje**

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 z 7. in 56. členom uvaja evidentiranje in plačevanje bolnišničnih zdravil z učinkovinami cisplatin, docetaksel, gemcitabin, irinotekan, oksaliplatin, paklitaksel, topotekan, vinorelbin v specialistični ambulantni in bolnišnični dejavnosti od 1.1.2012.

Naštete učinkovine so ločeno zaračunljive.

Porabo teh zdravil bodo bolnišnice poročale preko specifikacij RIP DBZ, tako da bodo v polju Oznaka zaračunavanja, vpisali šifro 0 – zdravila iz priloge Splošnega dogovora BOL II/b-5, ki nimajo obračunskega dokumenta. Plačilo porabljenih zdravil bo izvedeno preko obdobjnih obračunov.

Spremembe bomo vključili v že objavljena vsebinska navodila in šifrate pri uvedbi novega načina izmenjave podatkov z izvajalci.

Izvajalci porabo navedenih učinkovin poročajo od 1. 1. 2012 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

**SPREMENJEN NAČIN IZRAČUNA ZNESKA PRI IZSTAVLJENIH SPECIFIKACIJAH
(INFORMATIVNIH RAČUNIH) ZAVAROVANIM OSEBAM
za storitve, ki se obračunavajo v primerih od 1.1.2013**

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012 z 11. členom od 1.1.2013 dalje uvaja spremenjen način izračuna zneska za storitve, ki se obračunavajo v primerih, in sicer pri specifikacijah (**informativnih računih**), ki jih izvajalci izstavljajo zavarovanim osebam.

Določilo Aneksa velja le za primere, ko je obravnava zavarovane osebe trajala manj kot znaša povprečna ležalna doba v preteklem letu pri tem izvajalcu. Izvajalec v tem primeru zavarovani osebi izstavi informativni račun tako, da je vrednost storitve izračunana kot zmnožek med številom dni, ko je zavarovana oseba bivala pri izvajalcu in količnikom med ceno primera in povprečno ležalno dobo v preteklem letu pri tem izvajalcu.

Spremembe veljajo za storitve opravljene od 1. 1. 2013 dalje.

Ljubljana, 12. 7. 2012

Priloga OKR ZAE 14-12

VSEBINSKA IN TEHNIČNA NAVODILA GLEDE EVIDENTIRANJA IN POROČANJA PRIMEROV KIRURŠKEGA ZDRAVLJENJA RAKAVIH BOLEZNI IN PROSPEKTIVNEGA PROGRAMA

Vsebinski del

Ena akutna bolnišnična obravnava (en SPP primer) zavarovane osebe predstavlja en program oz. eno vrsto storitev prospektivnega ali neprospektivnega programa, ki po vsebini lahko predstavlja kirurško zdravljenje rakave bolezni glede na glavno diagnozo in opravljene posege. Uvrstitev obravnave v posamezni program je tako odvisna od glavne diagnoze in posegov, pri čemer mora vsaj en poseg predstavljati temeljno zdravljenje oziroma diagnostiko bolezni, opredeljene z glavno diagnozo.

Akutna bolnišnična obravnava, ki sodi v prospektivni ali neprospektivni program, lahko predstavlja tudi kirurško zdravljenje rakave bolezni, kot specifično lastnost enega ali drugega programa.

Za primer kirurškega zdravljenja rakavih bolezni gre, kadar je bila zavarovana oseba prvič operirana zaradi obravnave rakave bolezni (glavna diagnoza rak) in bolniki znova operirani zaradi rakave bolezni in ne zaradi zapletov raka ali drugih bolezni, kot je zapisano v 27. točki prvega odstavka Priloge BOL II/b-3 Splošnega dogovora 2012 (41. člen Aneksa 1 k Splošnemu dogovoru 2012).

Posamezna akutna bolnišnična obravnava zavarovane osebe se lahko glede na glavno diagnozo in opravljene posege lahko evidentira kot primer kirurškega zdravljenja rakave bolezni, ko sta v okviru SPP obračunskega sistema hkrati izpolnjena vsaj oba naslednja pogoja:

- Koda glavne diagnoze obravnave sodi v eno izmed naslednjih poglavij po MKB-10: »Maligne neoplazme« (C00-C97) ali »Neoplazme in situ« (D00-D09).
- Opravljen je bil tudi kirurški poseg, ki predstavlja temeljno zdravljenje obolenja iz prve alineje.

Takšna obravnava se lahko uvršča v neprospektivni program ali pa v prospektivni program, če kirurški poseg iz druge alineje sodi v skupino posegov iz Priloge BOL II/b-3a v smiselni povezavi z zdravljenjem v okviru akutne bolnišnične obravnave, kot ponazarja v nadaljevanju naveden primer C. Pravila obračunavanja v tem primeru so navedena v 37. členu Aneksa 1 k Splošnemu dogovoru 2012.

Spodaj so navedeni ilustrativni primeri.

Primer A: akutna bolnišnična obravnava - SPP primer »Posegi na ščitnici«, glavna diagnoza »rak ščitnice«, poseg »popolna odstranitev ščitnice«. V tem primeru gre za kirurški poseg, ki predstavlja temeljno zdravljenje bolezni v glavni diagnozi. Primer A sodi v kirurško zdravljenje rakave bolezni.

Primer B: akutna bolnišnična obravnava – SPP primer »Posegi na ščitnici«, glavna diagnoza »velika golša ščitnice«, poseg »popolna odstranitev ščitnice«. Gre za kirurški poseg, ki predstavlja temeljno zdravljenje bolezni v glavni diagnozi. Primer B razvrstimo med prospektivne programe (14 - operacija golše), vendar v primeru B ne gre za zdravljenje rakave bolezni.

Primer C: akutna bolnišnična obravnava - SPP primer »Posegi na glavi in vratu«, glavna diagnoza »rak grla«, poseg »popolna odstranitev grla«. Primer C lahko razvrstimo v prospektivni program (2 – operacije ušesa, nosu, ust in grla), hkrati pa gre tudi za kirurško zdravljenje rakave bolezni.

Tehnični del – RIP SBD

Izvajalci bodo v okviru poročanja akutne bolnišnične obravnave (SPP) v RIP SBD na nivoju posamezne zavarovane osebe na podlagi

diagnoze in opravljenih posegov v polju 'Šifra programa' iz Šifranta (prospektivnega) programa (glej spodaj) opredelili, v kateri program se je obravnava zavarovane osebe uvrstila. Podatek v polju 'Šifra programa' je obvezen.

Če gre za akutno bolnišnično obravnavo SPP, ki ne sodi v sklop storitev iz Šifranta (prospektivnega) programa od 1 do 27, izvajalec vpiše šifro 99. Če je pri posamezni obravnavi, ki se je uvrstila v nek program (od 1 do 99), šlo na podlagi glavne diagnoze in operativnega posega tudi za kirurško zdravljenje rakave bolezni, bo izvajalec v polju 'Oznaka bolezni' vpisal tudi šifro 1 – kirurško zdravljenje rakavih bolezni. Podatek v polju 'Oznaka bolezni' ni obvezen.

V kolikor gre za hospitalizacijo, v kateri ni bilo akutne bolnišnične obravnave SPP ali pa gre za izvajalca, ki ne izvaja akutne bolnišnične obravnave (SPP), bo v polju 'Šifra programa' potrebno obvezno navesti številko 0.

Šifrant (prospektivnega) programa

Zap. št.	Naziv storitve
1.	Operacija sive mreže
2.	Operacija ušes, nosu, ust in grla
3.	Operacija na odprtem srcu
4.	PTCA – Balonska dilatacija koronarnih arterij
5.	Operacija na ožilju – arterije in vene
6.	Operacija na ožilju – krčne žile (samo vene)
7.	Koronarografija
8.	Angiografija
9.	Operacija kile
10.	Operacija žolčnih kamnov
11.	Endoproteza kolka
12.	Endoproteza kolena
13.	Ortopedska operacije rame
14.	Operacija golše
15.	Artroskopija
16.	Endoproteza gležnja
17.	Operacija hrbtenice
18.	Operacija karpalnega kanala
19.	Benigne hiperplazije prostate - BHP
20.	Operacija morbidne (bolezenske) debelosti
21.	Odstranitev osteosintetskega materiala
22.	Oploditev z biomedicinsko pomočjo – spontani ciklus
23.	Oploditev z biomedicinsko pomočjo – stimulirani ciklus
24.	Porod
25.	Splav
26.	Lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema
27.	Operacija ženske stresne inkontinence
99.	Drugo

Zavod z dopolnitvami RIP SBD ukinja pošiljanje preko: X.400 elektronske pošte

Izvajalci lahko podatke posredujejo samo preko običajne elektronske pošte in sicer na naslove:

- Naslov elektronskega predala za testno izmenjevanje podatkov: test_sbd@b2b.zzs.si
- Naslov elektronskega predala za redno izmenjevanje podatkov: sbd@b2b.zzs.si

Pretvornik bo na internetnih straneh Zavoda objavljen naknadno.

Vsebinska in tehnična navodila za računalniško izmenjevanje podatkov V SPECIALISTIČNO BOLNIŠNIČNI DEJAVNOSTI - 202 (RIP SBD) so objavljena na spletni strani ZZS v okviru seznama elektronskih gradiv ZZS (vrsta gradiva: Okrožnice ZAE za obračun) na naslovu www.zzs.si/egradiva.

Okrožnica ZAE 15/12 z dne 10. 8. 2012: Dopolnitev Okrožnice ZAE 14/12 – beleženje materiala pri pripravi zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Z Okrožnico ZAE 14/12 je Zavod spremenil beleženje materiala pri pripravi zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. S tokratno okrožnico podajamo dodatna navodila in vzorca zahtevka za plačilo ter specifikacije k zahtevku za plačilo.

Sladjana Jelisavčić
Jerneja Eržen

Priloge:

- Priloga 1: Vzorec zahtevka za plačilo za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (lekarniška dejavnost) - obvezno zavarovanje
- Priloga 2: Vzorec specifikacije zahtevka za plačilo za zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

DOPOLNITEV OKROŽNICE 14/12 - BELEŽENJE MATERIALA PRI PRIPRAVI ZDRAVIL ZA NADOMESTNO ZDRAVLJENJE ODVISNOSTI OD PREPOVEDANIH DROG za storitve opravljene od 1. 7. 2012 dalje

Z Okrožnico ZAE 14/12 je Zavod spremenil beleženje materiala pri pripravi zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Zaradi napačno izstavljenih zahtevkov za plačilo v tej okrožnici podajamo dodatna navodila.

Lekarne material, ki so ga uporabile pri pripravi metadona v obliki solucije zmešane s sadnim sokom (sok, platenka, signatura) Zavodu ne obračunajo več na šifri spremljanja storitev 0005 – materialni stroški v zdravilih temveč navedeni material Zavodu obračunajo kot posebej zaračunljivi material s šifro spremljanja storitev 0008 – ločeno zaračunljiv material. Šifra 0008 se skladno z vzorcem zahtevka za plačilo, ki je Priloga 1 te okrožnice, beleži na zahtevku za plačilo. Pri tem se ne zavede količina materiala (polje št. kosov/točk je prazno), temveč se beleži vrednost ločeno zaračunljivega materiala.

Na specifikaciji k zahtevku za plačilo se porabljeni material (sok, platenka, signatura) skladno s Prilogo 2 te okrožnice zavede v posebnem sklopu za ločeno zaračunljivi material s šiframi Q0115 – sok, Q0116 – platenka in Q0117 – signatura in cenami iz Priloge III/a k Splošnemu dogovoru. Trenutno veljavne cene so objavljene v Aneksu 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012.

Lekarna porabljeni material, zdravila in opravljene storitve obračuna Zavodu na skupnem zahtevku za plačilo.

Ljubljana, 10. 8. 2012

Priloga 1

**Vzorec zahtevka za plačilo za zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
(lekarniška dejavnost) - obvezno zavarovanje**

NAZIV IZVAJALCA xxxxxxxx

Ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Poštna številka in kraj xxxxxxxx

Transakcijski račun xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Identifikacijska številka oz. davčna številka xxxxxxxxxxxx

(opomba: v polje nezavezanci za DDV vpisujejo DŠ, zavezanci pa DŠ s predpono)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
Miklošičeva 24
1507 Ljubljana

ZAHITEVEK ŠT. NNNNNNNNN

Kraj izdaje:

Datum zahtevka: DD. MM. LL

Vrsta zavarovanja:

Datum zapadlosti: DD. MM. LL

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

Leto storitev: NNNN

Šifra izvajalca: NNNNN

Šifra izpostave: NN

Sklic na številko: xx xxxxxx - xxxxxx - xxxxxxxx

Identifikacijska številka: SI41698070

Poslati na naslov:

ZZZS OE xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Poštna številka in kraj xxxxxxxxxxxx

Razlog obravnave (Šifrant 10): 1 bolezen**Šifra kriterija za priloge (KZZ): 7**

STORITEV šifra in opis	št.končnih izdelkov št. kosov/točk	vrednost storitev z DDV	obvezno zavarovanje
402 ZDRAVILA (Šifrant 2)			
1 DELAVCI (kategorija)			
(podskupina-Šifrant 2)		(cena točke brez DDV)	
118 zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	xxxxxxx	točka: xxx.xxx,xx	
0005 material	xxxxxxx	xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
0006 delo z zdravili	xxxxxxx	xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
0008 ločeno zaračunljiv material		xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
Skupaj		xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
0091 vrednost DDV (8,5%)		xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
Skupaj (podsk.)		xxx.xxx.xxx,xx	xxx.xxx.xxx,xx
ZA PLAČILO (vsota vrstic "skupaj (podsk.)")		xxx.xxx.xxx,xx	
DDV8,5% (vsota vrstic 0091)		xx.xxx.xxx,xx	

Žig in podpis pooblaščenih oseb:

Obrazložitev: V vrstico "0091 vrednost DDV (8,5%)" je potrebno vpisati znesek obračunanega davka po nižini stopnji 8,5%, v vrstico "skupaj" pa je potrebno vpisati vsoto vrednosti storitev obdavčenih po enaki davčni stopnji z vključenim DDV.

Priloga 2

Vzorec specifikacije zahtevka za plačilo za zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

NAZIV IZVAJALCA xxxxxxxx
 Ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 Poštna številka in kraj xxxxxxxx
 Transakcijski račun xxxxxxxxxxxxxxxx
 Identifikacijska številka oz. davčna številka xxxxxxxxxx
 (opomba: v polje nezavezanca za DDV vpisujejo DŠ, zavezanca pa DŠ s predpono SI)

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije
 Miklošičeva 24
 1507 Ljubljana

Specifikacija zahtevka št.: NNNNNNNNN
 Datum zahtevka: DD. MM. LL
 Stran: N

Poslati na naslov:
 ZZS OE xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 Ulica xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
 Poštna številka in kraj xxxxxxxxxxxxxxxx

MATERIAL - zdravila

Del. šifra	Opis	količina	nabavna cena enote materiala	količina*nabavna cena
xxxxxx	metadon per os sol. (xxxxml, xx%)	(št. steklenic)	(nabavna cena met.sol.)	xxx.xxx,xx
xxxxxx	metadon tablete (xx*xmg)	(št. škatel)	(nabavna cena škatle met.tabl.)	xxx.xxx,xx
xxxxxx	buprenorfin tablete (x,xmg)	(št. škatel)	(nabavna cena škatle met.tabl.)	xxx.xxx,xx
xxxxxx	morfin; trda kapsula (xxxmg)	(št. škatel)	(nabavna cena škatle met.tabl.)	xxx.xxx,xx
material skupaj				xxx.xxx,xx
od tega DDV (8,5%)				xx.xxx,xx

MATERIAL -**ločeno zaračunljivi material**

Cena iz Priloge III/a
 k Splošnemu dogovoru

Šifra	Opis	količina	količina*nabavna cena
Q0115	sok	(št. l soka)	0,79
Q0116	plastenka	(št. plastenk)	0,27
Q0117	signatura	(št. signatur)	0,0057
Material (LZM) skupaj			xxx.xxx,xx
od tega DDV (8,5%)			xxx.xxx,xx

STORITVE

šifra in kratek opis	št. točk storitve	število storitev	vrednost lekarniške točke z DDV	količina*nabavna cena
70010 vročitev met.sol.	0,16	(št.vročernih stekleničk)	xxx,xx	xxx.xxx,xx
70010 vročitev met.tbl.	0,16	(št.vročernih škatel)		xxx.xxx,xx
70010 vročitev morf.caps.	0,16	(št.vročernih škatel)		xxx.xxx,xx
70010 vročitev bupr.tbl.	0,16	(št.vročernih škatel)		xxx.xxx,xx
72021 vročitev mag.met.razt.	0,04	(št.vročernih plastenk)		xxx.xxx,xx
71020 obd.1 vrstice za met.sol.	0,10	(1)		xxx.xxx,xx
71020 obd.1 vrstice za met.tabl.	0,10	(1)		xxx.xxx,xx
71020 obd.1 vrstice za morf.caps.	0,10	(1)		xxx.xxx,xx
71020 obd.1 vrstice za bupr.tbl.	0,10	(1)		xxx.xxx,xx
72022 obd. naroc.za mag.met.razt.	0,10	(1)		xxx.xxx,xx
72023 priprava mag.met.razt.	0,29	(število mešanj)		xxx.xxx,xx
storitve skupaj				xxx.xxx,xx
od tega DDV (8,5%)				xx.xxx,xx

Žig in podpis pooblaščenice osebe:

Opomba: met.sol. - METADON PERORALNA RAZTOPINA ali metadon per os solutio,
 mag.met.razt. - MAGISTRALNO PRIPRAVLJENE PERORALNE RAZTOPINE Z METADONOM
 morf.caps. - morfin trda kapsula
 bupr.tbl. - buprenofrin podjezična tableta

Okrožnica MP št. 36 z dne 31. 5. 2012: Spremembe vrednosti medicinskih pripomočkov ob uveljavitvi Zakona za uravnoteženje javnih financ (ZUJF)

30. maja 2012 je bil v Uradnem listu RS št. 40/12 objavljen Zakon za uravnoteženje javnih financ (v nadaljevanju ZUJF). ZUJF stopi v veljavo naslednji dan po objavi v Uradnem listu RS, to je 31. 5. 2012. Z uvedbo ZUJF se spreminja in dopolnjuje tudi Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06-uradno prečiščeno besedilo, 114/06, ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10-ZUPJS IN 87/11 (v nadaljevanju: ZZVZZ). V zvezi s spremembami ZUJF in ZZVZZ na področju medicinskih pripomočkov v nadaljevanju posredujemo pojasnila, ki se nanašajo na spremembe odstotnih deležev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, spremembe cenovnih standardov in dnevni izposojnin.

Spremembe so naslednje:

1. Skladno s prvim odstavkom 23. člena ZZVZZ se **odstotni deleži** za medicinske pripomočke, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju **znižajo**, in sicer:
 - s 85 % na 80 %,
 - s 75 % na 70 %.

Pri tem pa ZUJF odstotnega deleža v obveznem zdravstvenem zavarovanju za medicinske pripomočke za izboljšanje vida ne spreminja in znaša še naprej 10 %.

2. V prehodnih določilih, to je v tretjem odstavku 202. člena ZUJF, je še določeno, cit.: »Ne glede na določbe Dogovora in na njegovi podlagi sklenjenih pogodb za dobavitelji medicinskih pripomočkov ter drugih splošnih aktov do uveljavitve cenovnih standardov in cen na podlagi izhodišč iz prejšnjega odstavka **veljajo cenovni standardi in cene, veljavni na dan uveljavitve tega zakona, razen v naslednjih primerih, ko se:**

- pri medicinskih pripomočkih pri zdravljenju sladkorne bolezni cenovni standardi znižajo za 15 %, razen pri diagnostičnih trakovih za aparat za določanje glukoze v krvi, pri katerih se cenovni standard zniža za 20 % in aparatu za določanje glukoze v krvi, pri katerem cenovni standard znaša 10,00 evrov;
- pri medicinskih pripomočkih pri težavah z odvajanjem seča pri predlogah, plenica in posteljni predlogah za nego na domu cenovni standardi znižajo za 7 %;
- pri medicinskih pripomočkih pri umetno izpeljanem črevesju in urostomi cenovni standardi znižajo za 7 %;
- pri medicinskih pripomočkih, ki so predmet izposoje, dnevne izposojnine znižajo za 30 %.«

Spremenjeni odstotni deleži obveznega zdravstvenega zavarovanja, cenovni standardi in dnevne izposojnine, stopijo v veljavo z današnjim dnevom 31. 5. 2012. Spremembe cenovnih standardov in dnevni izposojnin so razvidne iz priloge te okrožnice, to sta:

- Seznam sprememb cenovnih standardov, ki veljajo od vključno 31. 5. 2012,
- Seznam sprememb dnevni izposojnin, ki veljajo od vključno 31. 5. 2012.

Pogodbene dobavitelje, ki izdajajo medicinske pripomočke za katere so uveljavljeni spremenjeni deleži doplačil in/ali znižani cenovni standardi, prosimo za dosledno izvajanje Pogodbe o izdaji (izposoji), servisiranju in vzdrževanju medicinsko tehničnih pripomočkov in ZUJF. To pomeni, da je dobavitelj posamezne vrste in artikla pripomočkov, ki so določeni v Prilogi 1 Seznam pripomočkov in rezervnih delov, dolžan zagotavljati brez doplačil zavarovanih oseb. **V primeru, da bo dobavitelj zavarovani osebi zaračunal razliko v ceni, ki je nastala z uvedbo ZUJF-a pri pripomočkih, ki so vključeni v pogodbo, bo Zavod zavarovanim osebam razliko povrnil in jo upošteval pri naslednjem obračunu pripomočkov dobavitelju.**

Pogodbene dobavitelje prosimo, da izdajo ločene zahteve za plačilo za pripomočke izdane dne 31. 5. 2012.

Ob tem vam sporočamo, da bo on-line sistem **pri izvajanju kontrol** upošteval tako nove deleže doplačil, kot tudi nove cenovne standarde in dnevne izposojnine od 1. 6. 2012 dalje. Dobavitelji pa so pri obračunu dolžni upoštevati nove deleže doplačil in nove cene od vključno 31. 5. 2012.

Nadalje je treba na podlagi drugega odstavka 12. člena Dogovora o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011, Aneksa št. 1 k Dogovoru o preskrbi z medicinskimi in tehničnimi pripomočki za obdobje 2009–2011 in 5. člena Pogodbe o izdaji (izposoji), servisiranju in vzdrževanju medicinsko-tehničnih pripomočkov v primeru spremembe cenovnega standarda s pogodbenim dobaviteljem **skleniti aneks k pogodbi.**

Zavod bo ob uveljavitvi ZUJF vsem dobaviteljem pripomočkov, ki jim ZUJF spreminja cenovne standarde in dnevne izposojnine, poslal aneks k Pogodbi o izdaji (izposoji), servisiranju in vzdrževanju medicinsko-tehničnih pripomočkov in Seznam sprememb cenovnih standardov in Seznam sprememb dnevni izposojnin, ki veljajo od vključno 31. 5. 2012. Skladno s tem se spremeni Priloga 1, k pogodbi Seznam pripomočkov in rezervnih delov.

Čistopis Priloge 1 k pogodbi Seznam pripomočkov in rezervnih delov s spremenjenimi cenovnimi standardi in dnevnimi izposojninami bo vključen ob sklenitvi naslednjega aneksa k pogodbi.

Uršula Jerše Jan
Alenka Franko

Seznam sprememb cenovnih standardov, veljavnih od vključno 31. 5. 2012

SKUPINA	NAZIV PRIPOMOČKA	CENOVNI STANDARD V €
10. PRIPOMOČKI PRI UMETNO IZPELJANEM ČREVESJU IN UROSTOMI		
0918091003	PAS ZA STOMO	6,18
0918301005	ZAMAŠEK ZA STOMO	3,71
0918121006	KOŽNA PODLAGA (PLOŠČICA)	4,91
0918241008	IRIGACIJSKI SISTEM S KONUSOM IN ROKAVNIK	61,39
0918061011	VREČKA ZA KOLOSTOMO	1,36
0918061012	STOMAKAPA ZA KOLOSTOMO	1,79
0918061013	VREČKA ZA ILEOSTOMO	1,53
0918061014	VREČKA ZA SEČ ZA UROSTOMO	2,26
0918121015	VREČKA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA KOLOSTOMO	2,25
0918121016	STOMAKAPA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA KOLOSTOMO	2,03
0918121017	VREČKA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA ILEOSTOMO	2,85
0918121018	VREČKA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA VGREZNIJENO ILEOSTOMO	9,57
0918121019	VREČKA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA UROSTOMO	5,77
0918121020	VREČKA Z VGRAJENO KOŽNO PODLAGO ZA VGREZNIJENO UROSTOMO	11,35
0918121021	KOŽNA PODLAGA (PLOŠČICA) ZA VGREZNIJENE STOME	7,46
0918241022	ROKAVNIK ZA IRIGACIJO ZA LEPLJENJE NA KOŽO	1,84
0918241023	ROKAVNIK ZA IRIGACIJO ZA KOŽNO PODLAGO	1,98
0921181024	PASTA ZA NEGO STOME vsaj 30 gr.	4,83
0921181025	PASTA ZA NEGO STOME vsaj 60 gr.	10,05
0921181026	PRAH ZA NEGO STOME vsaj 25 gr.	5,38
11. PRIPOMOČKI PRI TEŽAVAH Z ODVAJANJEM SEČA		
III. Predloge, plenice in posteljne predloge za nego na domu		
ZA SREDNJO INKONTINENCO		
0903001138	PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO	0,20
0903001183	MOŠKA PREDLOGA ZA SREDNJO INKONTINENCO, vpojnost vsaj 600 ml	0,45
ZA TEŽKO INKONTINENCO		
0903001148	PREDLOGA ZA TEŽKO INKONTINENCO, vpojnost vsaj 1000 ml	0,26
0903001149	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 50-80cm, dnevna	0,33
0903001150	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 80-100cm, dnevna	0,40
0903001151	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 100-150cm, dnevna	0,45
0903001152	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 50-80cm, nočna	0,34
0903001153	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 80-100cm, nočna	0,44
0903001154	PLENICE ZA TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 100-150cm, nočna	0,47
ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO		
0903001155	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 50-80cm, dnevna	0,33
0903001156	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 80-100cm, dnevna	0,40
0903001157	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 100-150cm, dnevna	0,45
0903001158	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 50-80cm, nočna	0,34
0903001159	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 80-100cm, nočna	0,44
0903001160	PLENICE ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO-obseg pasu od 100-150cm, nočna	0,48
0903001184	PREDLOGA ZA ZELO TEŽKO INKONTINENCO, vpojnost vsaj 2500 ml	0,30
DRUGO		
0903001161	PLENICE ZA OTROKE DO 25 KG	0,20
0903001162	POSTELJNE PREDLOGE 60x60 cm	0,20
0903001163	POSTELJNE PREDLOGE 60x90 cm	0,28
0903001164	MREŽASTE HLAČKE	0,36
12. PRIPOMOČKI PRI ZDRAVLJENJU SLADKORNE BOLEZNI		
0324121231	APARAT ZA DOLOČANJE GLUKOZE V KRVI	10,00
0321031233	MEHANSKI INJEKTOR	27,10
0321121234	IGLA ZA MEHANSKI INJEKTOR	0,15
0321121232	DIAGNOSTIČNI TRAKOVI ZA APARAT ZA DOLOČANJE GLUKOZE V KRVI	0,47
0321121240	DIAGNOSTIČNI TRAKOVI ZA OPTIČNO ČITANJE	0,14
0321121235	PROŽILNA NAPRAVA	5,22
0321121236	LANCETA ZA PROŽILNO NAPRAVO	0,09
0321121241	LANCETA NAVADNA	0,03
0321211242	INZULINSKA ČRPALKA DO 18. LETA STAROSTI	1.921,75
0321181243	SET ZA INZULINSKO ČRPALKO	8,53
0321181244	KOMPLET AMPUL OZ. REZERVAR ZA INZULINSKO ČRPALKO	1,77
0321181245	POTISNA PALIČICA Z NAVOJEM ZA INZULINSKO ČRPALKO	29,54
0321211246	INZULINSKA ČRPALKA NAD 18. LET STAROSTI	1.825,04
0321181247	SENZOR ZA KONTINUIRANO MERJENJE GLUKOZE	33,18
0321181248	ODDAJNIK ZA KONTINUIRANO MERJENJE GLUKOZE	507,24

Ukinitev pravice do nadomestila plače za brezposelne osebe

31. 5. 2012 je pričel veljati Zakon za uravnoteženje javnih financ (Uradni list RS, št. 40/12, v nadaljevanju: ZUJF), ki v 90. členu določa, da se v Zakonu o urejanju trga dela (Uradni list RS, št. 80/2010, v nadaljevanju ZUTD) četrti odstavek 9. člena črta, s čemer se ukinja pravica brezposelne osebe do nadomestila plače za čas začasne nezmožnosti za delo.

V primeru, če je bil postopek za uveljavljanje navedene pravice pričeti pred uveljavitvijo ZUJF, to je pred 31. 5. 2012, se bodo pričeti postopki dokončali po dosedanjih predpisih. Pogoj za pridobitev navedene pravice je (poleg ugotovljene začasne nezmožnosti za delo) vložitev zahtevka na ZRSZ najpozneje v 30 dnevnom roku od nastanka bolezni ali poškodbe (9. člen ZUTD). Za vsa nadaljnja izplačila ni potrebno ponovno vložiti zahtevka, temveč zgolj dokazilo o tem, da je pri osebi še nadalje ugotovljena začasna nezmožnost za delo.

Odločanje imenovanih zdravnikov in zdravstvene komisije

Glede na navedeno bodo imenovani zdravniki in zdravstvena komisija odločali o začasni nezmožnosti za delo za brezposelne osebe, ki so prejemnice denarnega nadomestila na ZRSZ (podlaga zavarovanja 028), če gre za naslednje primere:

a. Novi primeri, in sicer so to primeri, ko je bolezen ali poškodba pri brezposelni osebi nastopila pred uveljavitvijo ZUJF (prvi dan začasne nezmožnosti za delo oziroma prvi dan nastopa zavarovanja po zavarovalni podlagi 028 je pred uveljavitvijo ZUJF), in je izbrani osebni zdravnik brezposelne osebe predlagal imenovanemu zdravniku podaljšanje začasne nezmožnosti za delo po preteku prvih 30 dni nezmožnosti za delo.

Pri teh bodo imenovani zdravniki odločali o Predlogu imenovanemu zdravniku (v nadaljevanju Predlog) ne glede na datum njegove izstavitve, torej ne glede na to, ali je datum na Predlogu pred ali po uveljavitvi ZUJF.

Da bi pa lahko imenovani zdravniki odločali o Predlogu je potrebno, da je brezposelna oseba, prejemnica denarnega nadomestila na ZRSZ, vložila zahtevo za uveljavitev pravice iz četrtega odstavka 9. člena ZUTD pred datumom uveljavitve ZUJF. ZRSZ se je obvezal, da bo pripravil seznam teh zavarovancev, tako, da bodo lahko imenovani zdravniki preverili, ali zavarovanec izpolnjuje pogoj vložene zahteve.

V primeru, če imenovani zdravnik ugotovi:

- da je zavarovanec, za katerega je bil vložen Predlog, na seznamu ZRSZ, bo o tem odločal in izdal odločbo.
- da zavarovanec, za katerega je bil vložen Predlog, ni na seznamu ZRSZ, bo izdal sklep, s katerim bo Predlog zavrgel (vzorec sklepa je v aplikaciji ZZSZ Odločanje IZ in ZK)

PRIMER

ZUJF je začel veljati 31. 5. 2012. Iz Predloga je razvidno, da je bil prvi dan zavarovančeve začasne nezmožnosti za delo 20. 4. 2012, zavarovanec pa pred navedenim datumom ni bil obravnavan pri imenovanem zdravniku. Če bo imenovani zdravnik ugotovil, da je zavarovanec na seznamu, ki ga je

posredoval ZRSZ, bo odločal o njegovi začasni nezmožnosti za delo in izdal odločbo. Če s to odločbo začasne nezmožnosti ne bo zaključil, bo lahko še nadalje ugotavljal njegovo začasno nezmožnost za delo, če bo to predlagal zavarovančev izbrani osebni zdravnik. Odločbe bodo lahko izdajali vse dokler to utemeljuje zavarovančovo zdravstveno stanje.

a. Obstoječi primeri, in sicer so to primeri, ko gre za nadaljevanje neprekinjene začasne nezmožnosti za delo, ki je bila zavarovancu odobrena z odločbo imenovanega zdravnika in zdravstvene komisije, izdano pred uveljavitvijo ZUJF.

Podatkov o teh zavarovancih ne bo na seznamu ZRSZ, saj so ti na voljo v aplikaciji ZZSZ Odločanje IZ in ZK (podatek, da gre za osebo, pri kateri je bila že izdana odločba). V teh primerih bodo imenovani zdravniki ZZSZ na podlagi vloženih Predlogov odločali o nadaljnji nezmožnosti za delo, dokler bo zdravstveno stanje zavarovanca to utemeljevalo (ne glede na to, ali se bodo diagnoze v obdobju neprekinjene začasne nezmožnosti za delo spreminjale).

PRIMER

Izbrani osebni zdravnik zavarovanca je vložil Predlog, iz aplikacije ZZSZ Odločanje IZ in ZK je razvidno, da je zavarovanec po odločbi imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije začasno nezmožen za delo neprekinjeno od 2. 3. 2012 dalje. V tem primeru bo imenovani zdravnik izdal odločbo, s katero bo odločil, ali je pri zavarovancu začasna nezmožnost za delo še naprej utemeljena. Odločbe bodo lahko izdajali vse dokler to utemeljuje zavarovančovo zdravstveno stanje.

V vseh primerih, kadar niso izpolnjeni zgoraj navedeni pogoji in tako o Predlogu ni mogoče odločati, bodo imenovani zdravniki izdali sklep o zavrnjenju. Vzorec sklepa bo na voljo v aplikaciji ZZSZ Odločanje IZ in ZK.

V kolikor bo pri reševanju Predlogov v dvomu o tem, ali je bila vložena zahteva na ZRSZ po četrtega odstavku 9. člena ZUTD, se lahko imenovani zdravniki obrnejo neposredno na ZRSZ, in sicer na e-naslov: jana.pavlic@ess.gov.si.

b. Izjeme: Ne glede na zgoraj navedeno bo imenovani zdravnik oz. zdravstvena komisija odločal o začasni nezmožnosti za delo v primerih, ko je to naloženo **s pravno močno sodbo sodišča**, ali pa bo ZRSZ naknadno ugotovil, da je bila vloga po četrtem odstavku 9. člena ZUTD pravočasno vložena.

Izstavitve Predloga imenovanemu zdravniku

Izvajalce zdravstvenih storitev oziroma izbrane osebne zdravnike posebej opozarjamo, da lahko "Predlog imenovanemu zdravniku" zaradi obravnave začasne nezmožnosti za delo za brezposelne osebe izstavijo v naslednjih primeru:

- če gre za (neprekinjeno) podaljšanje »bolniškega staleža«, ki je bil zavarovancu predhodno že odobren s strani imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije in
- če gre za nov »bolniški stalež«, pri katerem je prvi dan nezmožnosti za delo nastopil pred uveljavitvijo ZUJF.

Finančno poslovanje Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2012

Skupščina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS) je na svoji seji 7. junija 2012 sprejela finančni načrt ZZS za leto 2012, s katerim načrtuje za 20,351 milijona evrov večje odhodke od načrtovanih prihodkov, ki pa bodo pokriti iz lastnih virov ZZS, to je iz prostih sredstev na računu ZZS, ustvarjenih s presežki prihodkov nad odhodki iz preteklih let (tabela 1).

Finančni načrt ZZS za leto 2012 vključuje tudi naslednje finančne učinke Zakona za uravnoteženje javnih financ (v nadaljevanju ZUJF), katerih skupni učinek znaša v letu 2012 53,22 milijona evrov (v primeru uveljavitve z junijem 2012) in v letu 2013 98,68 milijona evrov (celoletni učinek) (tabela 2). Finančni načrt ZZS za leto 2012 predpostavlja tudi ukrep, da naj bi se z aneksom na Splošni dogovor za leto 2012 še dodatno znižale cene vseh zdravstvenih storitev za 3 % od 1. 5. 2012 dalje, kar zmanjšuje odhodke za zdravstvene storitve v letu 2012 za 29,9 milijona evrov.

ZZS ob koncu leta 2011 ni plačal 41 milijonov evrov zapadlih obveznosti, da ni prišlo do zadolžitve. Te obveznosti je poravnal 3. in 5. januarja 2012. V skladu z računovodskimi predpisi, so zato ta plačila pripoznana kot odhodek v letu 2012.

ZZS mora finančno poslovanje v letu 2012 zaključiti brez zadolževanja. Ker ima ZZS po zaključku leta 2011 še 20,351 milijona evrov sredstev na računu, ki so bila ustvarjena s presežki prihodkov nad odhodki v preteklih letih, lahko načrtuje tekoče poslovanje s primanjkljajem prihodkov nad odhodki največ do te višine, saj se zaradi takšnega primanjkljaja na koncu leta 2012 ne bo zadolžil. In to je v finančnem načrtu ZZS za 2012 tudi predlagano, da bi lahko izpolnili načrtovane obveznosti glede na načrtovane prihodke.

Kljub pozitivnim učinkom ukrepov po ZUJF na finančno poslovanje ZZS pa ZZS za vse obveznosti potrebuje 2.383.321.000 evrov. To je za 29,9 milijona evrov več kot znaša najvišji dopustni znesek za načrtovane odhodke, da ne bi poslovno leto 2012 zaključil z

zadolžitvijo, kljub načrtovani porabi sredstev na računu (20,351 milijonov evrov). Zato, podobno kot je ZZS finančno zaključeval poslovno leto 2011, s finančnim načrtom ZZS predvideva zamik plačila tretjega dela mesečne decembrske akontacije izvajalcem zdravstvenih storitev v znesku 29,9 milijona evrov v januar 2013.

S tem prenosom plačila dela obveznosti v leto 2013 za ta znesek ZZS zmanjšuje načrtovane odhodke v letu 2012 in zagotavlja, da ZZS leta 2012 ne bo zaključil z zadolžitvijo. V kolikor bi bila realizacija ugodnejša od načrtovane po tem finančnem načrtu, bo ZZS temu ustrezno zmanjšal predviden zamik plačila obveznosti za 2012 v leto 2013.

Upravni odbor ZZS bo predložil Skupščini ZZS v sprejem rebalans finančnega načrta, ki mora temeljiti na uravnoteženosti finančnega poslovanja ZZS do konca leta 2012 brez zadolževanja, zlasti v primeru, da bo med koledarskim letom prišlo do takšnih pogojev poslovanja:

- ki ne bodo zagotavljali realizacijo načrtovanih prihodkov ZZS, ali
- ki bodo naložili ZZS obveznosti, ki jih finančni načrt ne vključuje, ali
- da učinki predvidenih ukrepov za uravnoteženje finančnega poslovanja ZZS, vključeni v načrtovane odhodke ZZS po finančnem načrtu ne bodo realizirani v načrtovani višini, ali
- da bodo med letom spremenjeni elementi za oblikovanje cen programov oziroma storitev iz 66. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju glede na predvidene v finančnem načrtu in bodo povečali odhodke ZZS nad načrtovane za leto 2012.

Janko Štok
Damjan Kos

Tabela 1. Najpomembnejši kazalci finančnega načrta ZZS za leto 2012 (v evrih).

		evri
A. Bilanca prihodkov in odhodkov:	Prihodki	2.333.057.038
	Odhodki	2.353.408.031
	Primanjkljaj	-20.350.992
B. Račun finančnih terjatev in naložb:	Prejeta vračila danih posojil in prodaja kap. deležev	0
	Dana posojila in povečanje kapitalskih deležev	0
	Prejeta minus dana posojila in sprememba kap. deležev	0
C. Račun financiranja:	Zadolževanje	0
	Odplačilo dolga	0
	Neto zadolževanje	0
ZMANJŠANJE SREDSTEV NA RAČUNIH		-20.350.992

Tabela 2. Učinki ukrepov po ZUJF na finančno poslovanje ZZS v letu 2012 in na letni ravni.

učinek v milijonih evrov

I. Ukrepi ZUJF	podlaga	na letni ravni	v letu 2012
1. zmanjšanje odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se krijejo iz OZZ za 5 %	ZZVZZ (23. člen), ZUJF (2. in 200. člen)	66,33	35,66
2. oblikovanje terapevtskih skupin zdravil*	ZZVZZ (23. a in 23. c člen), ZUJF (3., 4. in 201. člen)	10,00	0,00
3.a zmanjšanje odstotka nadomestila za čas odsotnosti od dela v breme OZZ do 90 dne za 10 %, razen nege, poškodbe pri delu in poklicne bolezni (upoštevani koledarski dnevi)	ZZVZZ (31. člen), ZUJF (6. člen)	8,00	3,33
3.b zmanjšanje prihodkov od prispevkov zaradi zmanjšanja odstotka nadomestila	ZZVZZ (31. člen), ZUJF (6. člen)	-1,08	-0,54
4. sprememba prispevnih stopenj za brezposelne (12,92 % na 11,92 %)	ZZVZZ (48. člen), ZPSV (11. člen), ZUJF (228. člen)	-2,71	-1,35
5. ukinitev nadomestila plače med začasno zadržanostjo od dela za brezposelne	ZUTD (9. člen), ZUJF (7., 90., 227. in 228. člen)	3,90	1,95
6. ureditev manjkajočih prispevnih stopenj za 23., 24. in 25. točko	ZZVZZ (48., 49. in 55. člen), ZUJF (7., 8. in 9. člen)	0,50	0,25
7. zmanjšanje in odpis dolga iz naslova prispevkov za OZZ ni več mogoč	ZZVZZ (60. člen), ZUJF (10. in 203. člen)	0,20	0,10
8. znižanje cenovnih standardov za MTP	ZZVZZ (25., 63.a, 64. in 79.b člen), ZUJF (5., 16., 17., 18. in 202. člen)	5,70	2,38
9. povišanje pavšalne odškodnine od premije za obvezno avtomobilsko zavarovanje (od 6,5 % na 8,5 %)	Zakon o obveznih zavarovanjih v prometu (18. člen), ZUJF (83. člen)	5,00	2,50
10. zmanjšanje osnove za starševsko nadomestilo za 10 % (razen porodniškega nadomestila) in znižanje najvišjega nadomestila (zmanjšanje prihodkov od prispevkov za OZZ)	Zakon o starševskem varstvu in družinskih prejemkih (43. in 44. člen), ZUJF (145., 146. in 226. člen)	-2,95	-1,48
11. neuskkljevanje pokojnin in drugih transferov	ZPIZ in zakon o usklajevanju transferov, ZUJF (143. in 153. člen)	-	-
I. skupaj (1-11)		92,89	42,80
II. Ukrepi ZUJF na področju plač in drugih osebnih prejemkov	podlaga	na letni ravni	v letu 2012
1. "znižanje osnovnih plač plačnih razredov za 8 % v kalkulativnem elementu cen storitev - učinek na odhodke ZZS"	ZSPJS - priloga 1, ZUJF (236. člen)	82,35	48,04
1.a "znižanje osnovnih plač plačnih razredov za 8 % in odprava plačnih nesorazmerij v celoti v javnem sektorju (za 3,5 % manjše plače) - učinek na prihodek ZZS (manj prispevkov)"	lastni izračuni na osnovi 155., 159. - 163. in 236. člena ZUJF	-15,83	-7,92
2. odprava plačnih nesorazmerij v zdravstvu - 3/4 in 4/4 s 1.6.2012	155. člen ZUJF	-76,25	-44,48
3. "znižanje sredstev skupne porabe v cenah zdravstvenih storitev (regres, jubilejne, solid. pomoč, odpravnine)**"	176. - 178. člen ZUJF	13,77	13,77
4. znižanje plač in drugih osebnih prejemkov in povračil stroškov v zvezi z delom (regres za prehrano, povračilo stroškov prevoza na delo in z dela, stroški na službenem potovanju, jubilejna nagrada, solidarnostna pomoč, odpravnina) - zmanjšanje odhodkov za delo službe ZZS (amandma za vročanje odločb delodajalcem z navadno vročitvijo)	ZUJF (116., 155., 159. - 181. člen, 235. člen), ZZVZZ (85. člen), ZUJF (6. člen)	1,75	1,01
II. skupaj (1-4)		5,79	10,43
III. skupaj učinki ukrepov po predlogu ZUJF in po ZUJF z amandmaji (I.-II.)		98,68	53,22

Opombe:

*učinek bo le v letu 2013 – gre za učinek uvedbe sistema v prvem letu

**ocena znižanja regresa za letni dopust se nanaša le na leto 2012, učinki za leto 2013 niso upoštevani

–ocene ni bilo mogoče podati, v ZUJF pa ni navedena

S 1. 1. 2013 prenovljen način elektronske izmenjave podatkov o opravljenih zdravstvenih storitvah in izdanih materialih v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

1. Sedanje stanje in razlogi za posodobitve

Izmenjava podatkov, ki so potrebni za obračun opravljenih zdravstvenih storitev in izdanih materialov (v nadaljevanju: storitve), poteka med ZZS in izvajalci zdravstvenih storitev ter dobavitelji medicinskih pripomočkov (v nadaljevanju: izvajalci) večinoma elektronsko, a ključni formalno veljavni dokumenti za obračun se še vedno izmenjujejo v papirni obliki. Poleg tega izvajalci za večino dejavnosti posredujejo v elektronski obliki le zbirne podatke, ne pa podrobnih podatkov o opravljenih storitvah, saj dosedanje tehnologije niso omogočale enostavnega prenosa in kontrole tako velikega števila podatkov. Podrobne elektronske podatke posredujejo izvajalci le za bolnišnične obravnave in zdravila, izdana na recept. V drugih dejavnostih ZZS pridobi podrobne podatke le na izrecno zahtevo, a praviloma v papirni obliki.

ZZS tako ne razpolaga z vsemi podrobnimi (administrativnimi) podatki o opravljenih storitvah za posamezno zavarovano osebo, čeprav je večinski plačnik teh storitev. Posledično tudi nima zadostnih podatkov za celovite analize, ki bi omogočale boljše upravljanje in načrtovanje.

2. Cilji prenove

ZZS si zato že dalj časa prizadeva, da bi na enem mestu zagotovil celovite administrativne (torej ne medicinske) podatke o opravljenih storitvah in posodobil tehnologijo izmenjave podatkov. Naloga je zelo kompleksna za vse partnerje v sistemu, saj pomeni nadgradnjo informacijske podpore na internem nivoju vsakega izvajalca kot tudi na področju medsebojne elektronske komunikacije.

Osnovni namen prenove je pridobivanje vseh podrobnih podatkov o opravljenih storitvah, kot to zahtevajo predpisi - detajlna specifikacija za vsako zavarovano osebo in vsako storitev mora biti sestavni del obračunskega dokumenta.

Poleg tega so cilji projekta še vzpostavitev izključne elektronske izmenjave podatkov, prehod na sodobnejše tehnologije, maksimalna avtomatizacija vseh postopkov izmenjave dokumentov ter poenostavitev medsebojne komunikacije med izvajalci in ZZS.

Podatki, ki bodo centralno zbrani na ta način, bodo omogočali analitično obdelavo, ki je nujna za odločanje in strateško načrtovanje tako na nacionalnem nivoju kot na nivoju vsakega izvajalca.

Vzporedno s prenovno izmenjave podatkov, ki jo uvaja ZZS, se bo na nacionalnem nivoju uvedel tudi novi šifrant vrst zdravstvene dejavnosti. Ta šifrant, ki je bil med ključnimi nosilci usklajen v letu 2010, bo omogočal primerljivost podatkov, ki jih zbirajo različne institucije, predvsem ZZS kot plačnik in Inštitut za varovanje zdravja kot skrbnik statističnih podatkov, kar doslej ni bilo mogoče. Novi šifrant vrst zdravstvene dejavnosti temelji na standardni klasifikaciji

dejavnosti in s tem omogoča primerljivost podatkov z državami Evropske unije.

3. Nabor in kontrola podatkov

S prenovno izmenjave obračunskih podatkov ZZS ne uvaja novih obračunskih modelov. Nabor podatkov, ki jih bodo izvajalci posredovali ZZS, ostane povečini enak naboru, ki ga izvajalci že sedaj spremljajo za posamezne storitve in ga posredujejo na zbirnem dokumentu (račun, poročilo, zahtevke za plačilo), na specifikacijah k zbirnemu dokumentu ali pa v kakšni drugi obliki nekajkrat letno (npr. polletno poročilo o opravljenem delu v dejavnostih, ki se plačujejo v pavšalu). Novost za večino izvajalcev predstavlja beleženje podatkov o nabavljenih zdravilih, ki niso ločeno zaračunljiva, razen za bolnišnice, ki že danes poročajo o porabi tovrstnih zdravil. Obseg podatkov se nekoliko poveča tudi v zobozdravstvu.

ZZS je opredelil pravila za navajanje podatkov ter strukturiranje podatkov v dokumente in pošiljke. Vsak izvajalec pa bo lahko v posamezen dokument združil manjše število podatkov, če bo to potrebno zaradi njegove organizacije dela ali drugih razlogov.

Za zagotavljanje pravilnosti podatkov oziroma za zagotavljanje skladnosti obračuna s postavljenimi pravili je ZZS opredelil številne kontrole, ki jih bo izvajal na teh podatkih. Kontrole bodo potekale avtomatsko, torej z računalniško podporo. Le zelo majhen del kontrol bo potekal ročno (npr. preverjanje dopustnosti naknadnega fakturiranja v izjemnih primerih). Kontrole so objavljene v navodilih, zato jih bodo izvajalci lahko vgradili v svojo programsko podporo in s tem preprečili posredovanje napačnih podatkov.

4. Tehnološke posodobitve

Najpomembnejša tehnološka posodobitev je vzpostavitev izključne elektronske izmenjave obračunskih dokumentov. V enotno shemo bodo združeni vsi dosedanja postopki računalniške izmenjave podatkov (RIP) za vse dejavnosti in vse izvajalce. Papirni dokumenti bodo potrebni le še v redkih izjemnih primerih.

Namesto elektronske pošte, ki se trenutno uporablja za izmenjavo podatkovnih pošiljk, se bodo podatki izmenjevali na dva sodobna načina, ki ju bo lahko izbral vsak izvajalec sam:

- Izmenjava prek on-line sistema bo potekala na podlagi novih funkcij že uveljavljenega on-line sistema. Ta način bo mogoče na strani izvajalcev v celoti avtomatizirati in integrirati v interno programsko rešitev.
- Izmenjava prek portala bo mogoča na podlagi prijave z digitalnim potrdilom. Zagotovljen bo podroben pregled vseh posredovanih in prejetih pošiljk ter enak nivo varnosti, kot je zagotovljen v on-line sistemu.

Vzpostavitev portala bo prinesla nov komunikacijski kanal med izvajalci in ZZS in ga bo mogoče uporabljati tudi za druge namene,

npr. za obveščanje o spremembah beleženja in obračunavanja (okrožnice), za pregled gradiv ZZS, mesto za objavo analitičnih podatkov za izvajalce, mesto za objavo in prevzem cenikov, šifrantov in drugih podatkov.

V sklopu projekta bo ZZS tehnološko posodobil tudi izmenjavo podatkov o tujih zavarovanih osebah, da jih bo pri izvajalcih mogoče obravnavati na enak način, kot velja za slovenske zavarovane osebe: pridobivanje oz. zapis podatkov o zavarovanju prek on-line sistema. Tudi za te zavarovane osebe torej ne bo več potrebna izmenjava papirnih listin oz. obrazcev.

5. Poenostavitev komunikacije med izvajalci in ZZS

Po sedanjih pravilih vsak izvajalec posreduje dokumente za obračun na tisto območno enoto ZZS, v kateri ima zavarovana oseba urejeno zavarovanje. To pomeni, da izvajalec posreduje za vsako obračunsko obdobje dokumente na več lokacij ZZS, s čimer je število papirnih dokumentov veliko.

Po novem bo izvajalec posredoval samo elektronske dokumente na en elektronski naslov. ZZS bo za vsako prejeto pošiljko takoj preveril njeno tehnično ustreznost, z nočnimi obdelavami bo preveril vsebinsko pravilnost in nato dnevno kreiral povratne pošiljke z informacijami o sprejetih, delno zavrženih oz. zavrženih podatkih v dokumentih, ki so bili že obdelani. S tem bo izvajalec informacije o posredovanih podatkih prejel kar najhitreje.

ZZS bo interno organizacijo dela prilagodil tako, da bo za vsakega izvajalca odgovorna le ena območna enota ZZS, s čimer se bo komunikacija med izvajalcem in ZZS bistveno poenostavila.

6. Pridobitve projekta

Prenova izmenjave podatkov bo prinesla pridobitve vsem partnerjem v zdravstvenem sistemu:

Za izvajalce zdravstvenih storitev:

- ukinjanje vseh sedanjih »RIP« izmenjav podatkov in poenotenje struktur, tehnologij in komunikacijskih poti,
- zmanjšanje števila dokumentov,
- brezpapirno poslovanje (tudi za tuje zavarovane osebe),
- komunikacija zgolj z eno območno enoto ZZS,
- opredeljene in avtomatizirane kontrole na podatkih,
- dostop do analitičnih podatkov, potrebnih za načrtovanje in odločanje pri izvajalcu.

Za ZZS:

- izvedba priporočil internih in zunanjih revizij glede kontrole podatkov pred plačilom storitev,
- zagotavljanje racionalnosti porabe sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja in spoštovanje zakona o javnih financah,
- večje možnosti za dolgoročno stabilnost zdravstvene blagajne zaradi preglednih podatkov o opravljenih storitvah.

Nacionalni pomen:

- zagotovljeni podatki za strateško načrtovanje in odločanje,
- primerljivost finančnih (ZZS) in statističnih (IVZ) podatkov, povezava s koncesijami (Ministrstvo za zdravje).

7. Stroški projekta

ZZS je skupaj s ključnimi programskimi hišami izdelal oceno stroškov za nadgradnje programske opreme, ki bodo nastali pri izvajalcih. Skupni stroški ne presegajo oz. so nižji od namenskih sredstev za informatizacijo, ki jih prejmejo izvajalci v okviru cene storitev v letu 2012.

Poleg tega je Ministrstvo za zdravje v okviru projekta eZdravje objavilo javno naročilo »Strateški podatki na področju zdravstva«. Vs ebina in ključni cilj tega naročila je zbiranje in obdelava strateških podatkov o vseh zdravstvenih storitvah, opravljenih v javni zdravstveni mreži. Ker je te podatke potrebno zagotoviti čim prej, bo podprojekt »Strateški podatki na področju zdravstva« izkoristil celovit nabor podatkov in tehnične rešitve (posredovanje podatkov prek portala in on-line sistema), ki jih predvideva projekt prenove elektronske izmenjave podatkov med ZZS in izvajalci. Ministrstvo za zdravje je izvedlo pogajanja s tistimi programskimi hišami, ki so se odzvale na njihovo povabilo in izpolnjujejo pogoje naročila, ter že zaključuje javno naročilo s podpisom pogodb s programskimi hišami.

8. Termini in roki uvedbe

ZZS je objavil gradiva, ki opredeljujejo vsebinske in tehnične spremembe v beleženju in obračunavanju storitev, na običajen način, z okrožnicami. Celotna gradiva so dostopna na spletnem naslovu: <http://www.zzs.si/zzs/info/egradiva.nsf/o/D9E5641A8B66F16AC1257A09002A9FAF?OpenDocument>.

Naspletnistrani ZZS je odprt tudi forum, na katerem ZZS sproti objavlja vprašanja v zvezi z omenjenimi gradivi, ter odgovore na vprašanja <http://www.zzs.si/ZZS/internet/forumizdat.nsf/zadobj?OpenView&count=30>

Vzpostavljeno je tudi testno okolje, prek katerega je že mogoče testirati programsko opremo za pripravo, posredovanje in sprejem podatkov.

Rok za uvedbo prenovljenega načina elektronske izmenjave podatkov je 1. januar 2013 za vse izvajalce in vse dejavnosti. Pri tem terminu bo ZZS dosledno vztrajal.

Anka Bolka

Moje ime je Kartica. Profesionalna Kartica.

In imam dovoljenje za dostop do osebnih podatkov...

Profesionalna kartica je ključ za dostop do podatkov o zavarovanih osebah. Brez profesionalne kartice namreč ni mogoč vstop v informacijski sistem neposrednega (on-line) dostopa do podatkov zdravstvenega zavarovanja, katerega upravljavec je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZS). ZZS zagotavlja največjo stopnjo varnosti osebnih podatkov, ki jih skladno z zakonskimi pooblastili shranjuje v svojih zbirkah podatkov. Samo zdravstveni delavci pa imate s svojimi profesionalnimi karticami pooblastila za dostop do teh podatkov. Zato je pomembno, da se vsak imetnik profesionalne kartice zaveda, kako pomembno je pravilno ravnanje z njimi.



Grafična podoba sprednje strani profesionalne kartice.

V pogovorih z zdravstvenimi delavci velikokrat zaznamo, da več zdravstvenih delavcev v pisarni, ambulanti ali lekarni uporablja isto profesionalno kartico.

V skladu z Zakonom o varovanju osebnih podatkov je ZZS dolžan beležiti vse vpogled v osebne podatke zavarovanih oseb. Tako imamo zabeležen čas dostopa do podatkov, kdo je dostopal do podatkov ter kateri podatki so bili prikazani. Sistem zabeleži ime tistega, čigar profesionalna kartica je bila uporabljena za dostop do podatkov, in ne tistega, ki je dejansko vpogledoval v podatke. Zato vas pozivamo, da si profesionalnih kartic med seboj ne posojate, četudi vam to olajša delo. Zaščitite sami sebe pred morebitnimi težavami zaradi nepooblaščenega dostopa do osebnih podatkov. Profesionalno kartico naj uporablja le njen dejanski imetnik.

Prav tako naj poudarimo, da so na profesionalnih karticah zapisana vaša osebna digitalna potrdila. Za digitalno potrdilo bi lahko rekli, da je osebna izkaznica v svetu elektronskega poslovanja. In svoje osebne izkaznice tudi ne posojate drugim, mar ne?

Zdravstveni delavci nas prav tako večkrat opozorijo, da je ob menjavi službe delodajalec obdržal njihovo profesionalno kartico, zdravst-

tveni delavec pa si je zato moral naročiti novo. Tu naj opozorimo, da je profesionalna kartica osebna in zato prenosljiva, kar pomeni, da jo zdravstveni delavec uporablja neodvisno od delodajalca in jo npr. ob menjavi službe odnese s sabo. Nekdanji delodajalec namreč osebne profesionalne kartice zdravstvenega delavca ne more in ne sme uporabljati. Delodajalec je zavezan, da dodeli ali odvzame pooblastilo za delo s profesionalno kartico, torej se pred nepooblaščenim vstopom v on-line sistem nekdanjega zaposlenega zaščiti tako, da zdravstvenemu delavcu odvzame pooblastilo za delo.

Profesionalno kartico zdravstveni delavci vsakodnevno uporabljate za vstop v on-line sistem zdravstvenega zavarovanja in dostop do podatkov o zavarovanih osebah. Včasih delo ne poteka brez zapletov, zato vam svetujemo, kako se z njimi spopasti.

Na ZZS prejmemo precej zahtev za izdajo nove profesionalne kartice zaradi okvare. Velikokrat se izkaže, da kartica sploh ni okvarjena, temveč zaklenjena. Trikrat je bil vnesen napačen PIN. Tako kot GSM kartico je mogoče odkleniti tudi profesionalno kartico in naročanje nove ter čakanje nanjo ni potrebno. Kartico lahko odklenete kar sami, in sicer z uporabo orodja za upravljanje kartice. Le-to imate vsi zdravstveni delavci nameščeno na svojih delovnih postajah. Orodje zaženete preko menija »Start – Programi – Gemalto – Classic Client Toolbox«. Za odklepanje PIN-a boste potrebovali tudi PUK geslo, ki ste ga prejeli ob naročilu profesionalne kartice v kuverti z gesli. Podrobna navodila za uporabo aplikacije »Upravljanje kartice« so objavljena na spletni strani ZZS. Če boste pri odklepanju imeli težave, se obrnite na svojo službo za informatiko, ali pa na ZZS službo za poslovanje s karticami. Tudi v ostalih primerih zagat (npr. kartice še niste prejeli, pa je minil že cel mesec od naročila, ali pa ste spremenili priimek in želite zamenjati kartico...) se obrnite na ZZS službo za poslovanje s karticami, ki posluje vsak delovnik med 7. in 17. uro na telefonski številki 01 / 30 77 466.

V primeru izgube ali okvare profesionalne kartice uporabite rezervno kartico. Ravno za ta namen je bila izdelana. Medtem pa si naročite novo. Postopek naročila in ustrezni obrazci so objavljeni v navodilu za profesionalno kartico, ki je objavljeno na spletni strani ZZS.

Dovolite pa nam tudi, da vas zdravnike splošne/družinske medicine povabimo še k uporabi elektronske storitve »Odgovorno predpisovanje zdravil«. Za prijavo v sistem in pregled podatkov o obsegu vašega predpisovanja zdravil ter primerjavo z drugimi zdravniki, boste prav tako potrebovali svojo profesionalno kartico. Storitev je na voljo na naslovu <https://kakovost.zzs.si>.

Martina Zorko Kodelja

Spletna aplikacija Seznam dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov

Julija 2011 je ZZS na spletni strani www.zzs.si (poglavje »Medicinsko-tehnični pripomočki«) objavil novo spletno aplikacijo Seznam dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov ter s tem omogočil svojim strankam enostavnejše iskanje dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov (lekarn, specializiranih prodajaln in izposojevalnic pripomočkov), ki zagotavljajo zavarovanim osebam na podlagi naročilnice pripomočke iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Dobavitelje je možno iskati na 2 načina:

- po nazivu dobavitelja in po območni enoti ZZS, kjer ima dobavitelj svoj sedež,
- po vrstah medicinsko-tehničnih pripomočkov, ki jih dobavitelj izdaja.

Seznam je namenjen zlasti zavarovanim osebam kot pomoč pri uresničevanju pravice do proste izbire dobavitelja, ki na podlagi pogodbe z ZZS zagotavlja pripomočke iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja. Podlaga za izdajo pripomočka je naročilnica, ki jo predpiše zdravnik, v kolikor ugotovi, da so izpolnjeni medicinski kriteriji. V aplikaciji so dostopni podatki o izdajnih mestih vključno s sliko zemljevida in urniki vseh pogodbenih dobaviteljev medicinskih pripomočkov.

Damjan Kos



Slika 2. Seznam optikov v območni enoti Ljubljana.



Slika 1. Uvodna stran spletne aplikacije Seznam dobaviteljev medicinsko-tehničnih pripomočkov.



Slika 3. Prikaz konkretnega optika iz območne enote Ljubljana.

Poročilo iz konference eHealth Week

7.–9. 5. 2012, Bella center, Kopenhagen, Danska

1. O konferenci

V Kopenhagenu je med 7. in 9. majem 2012 potekal eHealth Week (teden eZdravja). To je vsakoletno ključno srečanje in izobraževanje na področju zdravstvene informatike v Evropi. Vsebuje sestanke visokih predstavnikov vseh držav EU (vsaj ranga državnih sekretarjev), sestanke različnih interesnih združenj in bogat izobraževalni program, predvsem namenjen predstavitvi politik, strategij, tehnoloških novosti in dobre prakse.

Dogodek so skupaj organizirali dansko ministrstvo za zdravje, Evropska komisija in organizacija HIMMS, ki so se izkazali z odlično izvedbo in zanimivim programom. Udeležencev je bilo izredno veliko – kar 2.400. Na industrijski razstavi je sodelovalo 80 podjetij in organizacij.

2. Smernice Evropske komisije

Evropska komisija še naprej smatra eZdravje kot enega ključnih področij za uspešno soočenje s prihodnjimi izzivi v zdravstvu, ki so zlasti povezani s pričakovanimi vse večjimi potrebami po zdravstvenih storitvah zaradi staranja prebivalstva. Zaradi omejenih virov, je nujno potrebno zagotoviti učinkovitejšo zdravstveno oskrbo, da bodo zdravstveni sistemi lahko zdržali ob demografskih spremembah in bomo lahko ohranili vsaj enak nivo kakovosti, kar je vitalnega pomena za narodna in celoten evropski gospodarski prostor in s tem standard prebivalstva. Aktivnosti na področjih preventive, zdravljenja in dolgotrajne oskrbe bo potrebno prilagoditi demografskim spremembam in drugim dejavnikom.

Na uvodnem predavanju sta nastopila oba komisarja – ga. Neelie Kroes, podpredsednica Evropske komisije in komisarka za digitalno agendo in g. John Dalli, komisar za zdravje in varstvo potrošnikov in oba poudarila velik pomen informacijskih in telekomunikacijskih orodij za učinkovito preventivo, zdravljenje bolezni in celovito skrb za starejše. Še nekatera druga izpostavljena opozorila:

- zdravstvo je v primerjavi z drugimi sektorji po digitalizaciji desetletja v zaostanku;
- potrebujemo bistveno izboljšanje transparentnosti in kompetentnosti zdravstva;
- uvajanje novih orodij bo prineslo spremembe v organizaciji dela, drugačno razporeditev stroškov in delitev odgovornosti za zdravljenje posameznika;
- zdravniki se čutijo ogrožene ob uvajanju informacijskih orodij, ker je premalo sodelovanja managementa, zdravstvenih delavcev, raziskovalcev, pacientov in industrije, ki morajo v skupnem sodelovanju graditi premišljene rešitve;
- uspešno izvedeni projekti eZdravja prinašajo pridobitve, bistveno večje od stroškov razvoja in obratovanja – nekaj primerov:

telemedicinska oskrba pacientov na domu zmanjšuje število obiskov v bolnišnicah za 20%, vse več držav uporablja elektronske recepte, ki prav tako zmanjšujejo število potrebnih obiskov.

Ključni strateški cilj Evrope je podaljšati zdrava leta življenja za 2 leti do 2020.

Predstavljenih je bilo nekaj novih gradiv in aktivnosti, v katerih sodeluje Evropska komisija. Več o tem je na voljo na spletnih straneh Evropske komisije:

- Strateški implementacijski plan za evropsko inovativno partnerstvo za aktivno in zdravo starost (izdano 17.11.2011).
- Poročilo delovne skupine za eZdravje, ki jo je vodil estonski predsednik: Redizajn zdravstva v Evropi do 2020 (izdano 2012).

3. Strateški pogled na razvoj zdravstva

Evropski observatorij za zdravstvene sisteme in politiko, ki deluje znotraj evropske sekcije Svetovne zdravstvene organizacije in ki izvaja strateške analize s področja zdravstva v Evropi, je opozoril, da se poleg staranja prebivalstva soočamo s pretiranimi pričakovanji občanov po boljši, tudi nepotrebnih zdravstvenih oskrbi in da se soočamo s številnimi ne nujno potrebnimi tehnologijami za zdravstvo (zdravila, postopki, oprema, ...).

Številne države v zadnjih letih zaradi dolžniške krize krčijo zdravstvene proračune, a skupaj s tem je nujno potrebno evropske zdravstvene sisteme tudi OJAČATI za prihodnost. V zdravstvu je potrebno izvesti številne aktualne naloge:

- racionalizirati uporabo specialističnih storitev;
- povečati integrirano oskrbo pacientov;
- ojačiti primarni zdravstveni nivo;
- izboljšati kakovost;
- pripraviti boljše smernice in protokole zdravljenja;
- dosledneje in celoviteje izvajati ocenjevanje zdravstvenih tehnologij pred uvajanjem,
-

Nekateri konkretni primeri izzivov:

Razmerje med številom sester in zdravnikov je v evropskih državah izredno različno. Sestre ponekod predpisujejo zdravila, izvajajo preventivne aktivnosti, celovito skrbijo za kronične bolnike. Med državami so zelo velike razlike v skrbi za res sistematično upravljanje z medicinskimi napakami in poškodbami v bolnišnicah. Dobro prakso bi potrebno razširiti na ostale države, kjer ni prisotna.

Informacijska oprema je pri uresničevanju teh ukrepov v veliko pomoč.

4. Splošno o eZdravju v Evropi – mesto Slovenije

Uporaba rešitev eZdravja se nezadržno širi. Vse več zdravnikov redno uporablja računalnik (od 30-60%). Informacijske rešitve so vse širše prisotne v bolnišnicah. Države vzpostavljajo regionalne in nacionalne infrastrukture in povezane rešitve, ki omogočajo varno in zanesljivo izmenjevanje podatkov med zdravstvenimi delavci oz. izvajalci – predvsem elektronski recept, v določenem obsegu tudi ostali podatki elektronskega zdravstvenega zapisa. Gradijo se rešitve za varen dostop pacientov do lastnih podatkov. Postopoma se uvajajo informacijske rešitve za pomoč kroničnim bolnikom in podporo njihove samooskrbe na domu. Krepijo se aktivnosti vse bolj sprotnega zbiranja in analiziranja vse več podatkov za optimizacijo uporabe virov, obvladovanje kakovosti in varnosti storitev, obvladovanje izdatkov.

eZdravje je najširše zaživelo v skandinavskih državah. Zelo hitro napredujejo Velika Britanija, Španija, Italija. Dobra praksa kaže, da je za uspešno uvajanje rešitev ključnega pomena:

- postaviti in uresničevati jasno vizijo in voditeljstvo;
- učinkovito strateško upravljati s spremembami (medinstitucionalni dogovori, zakonodaja, financiranje, dobro sodelovanje vseh udeležencev, nadzor, ...);
- zagotavljati robustno informacijsko in varnostno infrastrukturo;
- povezovanje pristopov od zgoraj navzdol in od spodaj navzgor (postaviti jasne regionalne, nacionalne, organizacijske načrte in obenem prisluhniti in vključevati pobude iz prakse);
- učinkovito upravljanje s spremembami v medicinskih postopkih (razumeti probleme zdravstvenih delavcev, vključevati strokovnjake z medicinskega, farmacevtskega, ... področja, narediti rešitve prijazne za uporabo, meriti učinke, ...).

Lahko smo ponosni na slovenske rešitve, saj smo vzpostavili in vzpostavljamo rešitve, ki so povsem primerljive z rešitvami v zgoraj navedenih državah (opremljenost slovenskih ambulant, lekarn in bolnišnic, ključne temeljne zbirke podatkov, kartica zdravstvenega zavarovanja, on-line dostopi, dostop pacienta do lastnih podatkov) in smo bistveno boljši od nekaterih držav kot npr. Slovaška, ki je menda porabila že 40 milijonov evrov za eZdravje, pa nima vzpostavljene še niti ene celovitejše aplikacije. Slovenske rešitve so seveda bolj skope od tistih v najbogatejših državah, a imamo trdne temelje in napredujemo v pravi smeri.

5. eZdravje v ZDA – Kaiser Permanente

Kaiser Permanente je ena največjih zdravstvenih organizacij (t. im. healthcare plans) v ZDA in med vodilnimi v uvajanju rešitev eZdravja. Na konferenci je generalni direktor Kaiser Permanente predstavil dosežke in načrte eZdravja v tej veliki ameriški organizaciji, ki vključuje tako zdravstveno zavarovanje kot izvajalce zdravstvenih storitev.

1 % zavarovancev povzroča 30 % stroškov, 5 % zavarovancev povzroča 50 % in 10 % zavarovancev povzroča 80 % stroškov. 75 % izdatkov gre za obravnavo kroničnih bolezni, le 25 % za akutne bolezni. 80 % kroničnih bolnikov ima več kot eno od teh bolezni. Ti pacienti potrebujejo timsko oskrbo.

Za učinkovito oskrbo teh bolnikov so ključnega pomena orodja:

- podatki,

- povezljivost (med izvajalci, med pacientom in zdravstvenimi delavci),
- stalno učenje in prilagajanje procesov,
- razvoj protokolov zdravstvene oskrbe in neposredna orodja za njihovo uresničevanje.

Za razvoj celovitega informacijskega sistema za vodenje podatkov o pacientih, ki so na voljo vsem njihovim zdravnikom, so porabili 4 milijarde ameriških dolarjev, kljub temu imajo enega najnižjih deležev administrativnih stroškov med vsemi »healthcare plani«-i v ZDA. Zvezna administracija ocenjuje health plane (skupaj jih je 459) po 53 kriterijih in jih razvršča v 5 razredov (1-5 zvezdic). Kaiser Permanente ima 5 zvezdic.

Imajo najboljšo elektronsko medicinsko knjižnico. Predpisanih imajo 2.500 protokolov zdravljenja.

Timska oskrba kroničnih bolnikov prinaša velike prihranke – v zadnjih letih 43% manj zlomov kosti, manj smrti povzročenih zaradi HIV, 30% manj smrti zaradi srčnih bolezni.

Imajo poseben program za obvladovanje infekcij v bolnišnicah. V ZDA je v letu 2011 takšne infekcije dobilo 1,7 milijona oseb. Vsaka infekcija kar podvaja stroške zdravljenja. Imajo poseben program za obvladovanje sepse, zaradi katere v ZDA umre več bolnikov kot za rakom, srčnimi boleznimi in kapjo.

Vsak mesec objavljajo poročilo BIG Q v katerem predstavljajo kazalnike kakovosti zdravstvene oskrbe.

Imajo spletno stran za paciente (www.kp.org), kjer imajo njihovi zavarovanci vpogled v podatke svojega zdravstvenega kartona, se lahko elektronsko naročijo na obisk pri zdravniku, pošljejo zdravniku elektronsko pismo, lahko naročijo izdajo recepta za naslednje obdobje idr.

Promovirajo zdrav način življenja. 30 minut hoje / 5 dni v tednu, lahko tudi 2x po 15 minut na dan je njihovo osnovno priporočilo. Razvili so mobilno aplikacijo s katero zavarovanci lahko spremljajo svojo fizično aktivnost.

V prihodnje bodo vse procese zdravstvene oskrbe organizirali okrog 4 mest, ki bodo vsa intenzivno podprta z informacijskimi orodji:

- postelja z osebjem (oskrba v bolnišnici),
- osebna obravnava (obisk v ambulanti),
- domača oskrba – večina storitev se bo izvajala tu,
- internet (prenosni EKG, nadzor zdravljenja doma, elektronske konzultacije, neprekinjeno spremljanje vezano na intervencije, sprotni omrežni prenos podatkov o zdravstvenem stanju pacienta, ...).



Pogled na številne udeležence konference eHealth Week, 7.–9. 5. 2012 v Kopenhagenu.

Ključni dejavnik za učinkovito prihodnjo zdravstveno oskrbo vidijo v **neprekinjenem učenju**. Iz podatkov so ugotovili npr. da maternična infekcija v času nosečnosti zelo poveča verjetnost za astmo pri otroku, a to velja le za določene rase. Visok holesterol in hipoglikemični napadi pred 60. letom povečuje tveganje za zgodnejšo pojavitev Alzheimerjeve bolezni. Ugotovili so neželene učinke zdravila Vioxx, ki je bil umaknjen iz tržišča, ...

Pri analiziranju obsežnih podatkov, ki jih zbirajo pri zdravstveni oskrbi sodelujejo z raziskovalnimi ustanovami. 87 % vprašanih zavarovancev se je strinjalo, da se njihovi podatki lahko uporabijo za raziskave za boljše zdravljenje ostalih zavarovancev.

6. Oskrba kroničnih bolnikov

Skrb za kronične bolnike je bila ena od osrednjih tem konference. Predstavljenih je bilo več prispevkov o dobrih praksah in pristopih, kako informacijska orodja lahko pocenijo in izboljšajo storitve za tovrstne bolnike.

Zaradi nezdravega življenjskega sloga se v Evropi povečuje število kroničnih bolnikov. Še posebej hitro se povečuje število diabetikov. Na Danskem se 40 % odraslih sooča z eno od kroničnih bolezni.

Namesto pogostih obiskov v bolnišnici, bolniki sami opravljajo meritve in elektronsko poročajo o svojem zdravstvenem stanju in aktivnostih zdravega načina življenja. Prikazani so bili primeri programov za obvladovanje hipertenzije na Švedskem, kjer se za paciente organizirajo izobraževanja, naredijo individualni plani, se spremlja uresničevanje teh planov. Pacient sam meri krvni pritisk in telesno aktivnost ter podatke s pomočjo spletne aplikacije sporoča timu zdravstvenih delavcev. Občasno se z zdravstvenim delavcem pogovarjata po video konferenci. Le redko pacient obišče zdravstveno ustanovo. Pacienti so bili nad novo storitvijo navdušeni. Sami so investirali v nakup računalnika in merilnikov. Bistveno so zmanjšali število obiskov in hospitalizacij.

V Belgiji so zavarovalnice uvedle posebne programe za diabetike. Pacient, splošni zdravnik in specialist podpišejo pogodbo. Pacient se mora držati pripravljenega plana, zdravnik mora izvajati zdravljenje po natančno predpisanih smernicah, kar je podlaga za plačilo storitev s strani zavarovalnice. Pacient in zdravnik elektronsko poročata o izvajanju programa.

7. Regionalni in nacionalni elektronski zdravstveni kartoni (vključno z rešitvami eRecepta)

Predstavljen je bil celovit zdravstveni informacijski sistem Andaluzije (sistem Diraya), ki ga uporabljajo vsi izvajalci javne zdravstvene mreže v tej regiji (8,4 milijona prebivalcev; 1.500 primarnih zdravstvenih ustanov; 47 bolnišnic; Beveridgev tip sistema). Primarno zdravstvo uporablja sistem Diraya neposredno. Večina bolnišnic ima svoje informacijske sisteme in posreduje podatke v Dirayo. Pacienti imajo pametne kartice, ki imajo vlogo ključa za dostop do podatkov. Sistem obsega številne module – za zdravstveni karton, za laboratorije, za lekarnе, vključen je tudi elektronski recept. V letu 2011 je bilo elektronsko predpisanih 65 % receptov. Z vpeljavo eRecepta se je za 15 % zmanjšalo število obiskov pacientov. Z elektronskim receptom spodbujajo zdravnike, da zdravila predpisujejo z nelastniškim imenom. V letu 2011 je bilo na tak način predpisanih 89% vseh zdravil, kar ocenjujejo da je prineslo 136 milijonov evrov

prihranka. Opravili so celovito analizo stroškov in prihrankov in rezultati kažejo, da prihranki po nekaj letih delovanja že bistveno presegajo stroške investicije in upravljanja. Tudi uporabniki so s sistemom zadovoljni, kar kažejo evalvacije rešitev.

Danska organizacija MedCom je predstavila nacionalni projekt E-Record s katerim so vzpostavili enotno nacionalno zbirko podatkov o bolnišničnih zdravljenjih, do katerih imajo dostop zdravniki drugih bolnišnic, splošni zdravniki in pacienti. Na Danskem vsaka regija organizira »svoje« zdravstvo. S tem projektom so zagotovili združitev podatkov iz vseh regionalnih rešitev na enem mestu. Definiran je bil enoten nabor podatkov. Uporabljen je nacionalni identifikator občana. Definiranih je bilo 12 standardiziranih naborov podatkov, ki se lahko pojavijo pri posamezni epizodi zdravljenja (o hospitalizaciji, o ugotovljeni diagnozi, o izvedenih preiskavah, ...). Pacientu dajo podatke na voljo šele 14 dni po zapisu v centralno zbirko, da v tem času podatke lahko pogleda pacientov splošni zdravnik in ga po potrebi kontaktira. Kot kaže bo sistem E-Record v bližnji prihodnosti dopolnjen tudi s podatki iz primarnega zdravstva, da bodo vsi podatki vseh nivojev za celo državo zbrani na enem mestu.

Države povezane elektronske zdravstvene zapise gradijo v splošnem na dva načina. Kjer obstaja močno centralizirano upravljanje zdravstva (na ravni države ali regije), se uvajajo enotne informacijske rešitve (primeri Singapur, španske regije, Danska). V državah z drugačno organizacijo zdravstva (predvsem sistemi zdravstvenega zavarovanja) se na državnem nivoju pripravijo standardi in osrednji sistemi in zagotovi prenos podatkov iz lokalnih v centralni sistem.

Na razstavi je bil predstavljen pristop Finske pri razvoju nacionalnega zdravstvenega elektronskega zapisa in eRecepta. Pri izvedbi sodelujejo Ministrstvo za zdravje in socialne zadeve (koordinator, zakonodajca), Nacionalni inštitut za zdravje (strukture podatkov, konceptualni modeli, šifranti), Nacionalna nadzorna institucija za zdravstvo in socialo (skrb za bazo podatkov o izvajalcih in šifranti), Register prebivalstva (podatki o občanih, certifikati), Zavod za socialno zavarovanje (baza podatkov o zdravilih, kontrola podatkov, operativna koordinacija izvedbe in tehnične rešitve) in izvajalci zdravstvenih storitev. Prvi korak je uvedba elektronskega recepta. Zavod za socialno zavarovanje skrbi za celotno tehnično infrastrukturo in aplikacije, ki vključujejo eRecept, eDostop (dostop pacienta do lastnih podatkov) in eArhiv (centralni arhiv podatkov in sledi vseh dostopov). eArhiv bo tudi arhiv centralno vodenih ostalih podatkov zdravstvenega kartona. V letu 2011 je bil eRecept uveden pri 1/3 izvajalcev zdravstvenih storitev, uvedba se nadaljuje v letu 2012 in bo predvidoma zaključena do aprila 2014. Lekarne so na elektronski recept v celoti že pripravljene.

Na razstavi so rešitev eRecepta predstavili tudi Norvežani. Projekt vodi Nacionalni direktorat za zdravstvo. Norveška agencija za zdravila skrbi za bazo podatkov o zdravilih, ki je na voljo izvajalcem zdravstvenih storitev. Pacient ob izdaji elektronskega recepta v ambulanti ne dobi papirnega recepta ali kakšnega izpisa. Zavarovalnica dobi podatke za povračilo stroškov lekarnam iz centralnega sistema. V letu 2011 so rešitev uvedli v 2 regijah. Uvedba v preostalih poteka v tem letu in bo predvidoma zaključena sredi 2013.

8. Portali za paciente

V kar nekaj predstavitev na konferenci so bile prikazane rešitve portalov z različnimi funkcionalnostmi za paciente.

Na danskem portalu sundhed.dk so pacientu na voljo ključni podatki zdravstvenega kartona, podatki o izdanih zdravilih v zadnjih 2

letih, napotki, kako najti izvajalca zdravstvenih storitev, napotki za samopomoč in samodiagnostiko ... Na portalu je na voljo rešitev za kronične bolnike, ki doma redno izvajajo antikoagulacijsko terapijo. Načrtujejo naslednje nadaljnje korake:

- izboljšanje dostopa do podatkov elektronskega zdravstvenega kartona,
- elektronska komunikacija med pacienti,
- elektronski vprašalnik pred sprejemom v bolnišnico,
- elektronski koledar pacienta (terapija, aktivnosti), ki je dostopna zdravniku in sorodnikom.

Vzpostavljeni so številni portali, ki pacientom omogočajo izmenjavo informacij, mnenj in izkušenj. Praksa je pokazala, da si ti portali še posebej v pomoč pacientom, ki imajo redke bolezni, da lahko svoje izkušnje delijo z ostalimi – tudi v drugih državah.

9. Analiziranje podatkov

Vse večji pomen imajo rešitve za analiziranje podatkov, ki lahko zlasti pomagajo organizacijam, ki skrbijo za financiranje zdravstva, agencijam, ki delujejo na področju zdravstvene regulative in pri upravljanju zdravstvenih sistemov na regionalni in nacionalni ravni. Zbiranje in analiziranje podatkov je ključnega pomena za uspešno ocenjevanje novih tehnologij v zdravstvu (angl. Health Technology Assessment). Predstavljeni so bili primeri, kako lahko podatki pomagajo pri ocenjevanju učinkovitosti novih zdravil v postopkih pridobivanja dovoljenj (Italijanska agencija za zdravila), določanju cen zdravil in sprejemanja odločitev o kritju določenega zdravila iz javnih sredstev.

Predstavljena je bila dobra praksa skandinavskih držav, kjer so pri nacionalnih institucijah za varovanje zdravja začeli z rednim dvakrat mesečnim spremljanjem ključnih kazalnikov kakovosti v bolnišnicah. Zbrani in objavljeni podatki omogočajo primerjavo in medsebojno učenje med bolnišnicami.

10. Različna informacijska orodja

Mobilne naprave se vse več uporabljajo za komunikacijo med pacientom in zdravstvenim delavcem in za različne aplikacije, ki pomagajo pri preventivi in zdravstveni oskrbi. Npr. igre za otroke s katero se naučijo zdrave prehrane. Razvoj tovrstnih aplikacij financirajo ministrstva in zavarovalnice.

Dansko podjetje Delta je predstavilo majhen priročen senzor, ki ga pacient nosi prilepljenega na prsni in ki mu meri srčni utrip, izvaja meritve EKG, in še nekatere meritve ter zna podatke po brezžični povezavi pošiljati preko mobilnega telefona, ki ga ima pacient pri sebi, v centralni nadzorni center. Podobna rešitev je na voljo za merjenje porabe kalorij.

Microsoft je predstavil uporabo naprav XBOX (igralna konzola) v operacijskih dvoranah, kjer je s pomočjo te naprave, ki ima občutljiv globinski vid, mogoče brez dotikanja naprav upravljati z računalniki – npr. prikazati slike radioloških preiskav. Z istimi napravami v domovih za ostarele skrbijo za rekreacijo in medsebojna tekmovanja starejših v različnih igrah, kar prispeva k boljši fizični kondiciji in mentalnemu zdravju oskrbovancev.

Tomaž Marčun

Spletna aplikacija Seznam elektronskih gradiv ZZZS

ZZZS omogoča strankam (zavarovanim osebam, izvajalcem zdravstvenih storitev, dobaviteljem medicinskih pripomočkov, zavezancem za prispevek, proizvajalcem zdravil...) na spletni strani www.zzs.si/egradiva dostop do gradiv ZZZS tudi v elektronski obliki. Gre za gradiva, kot so izbrani pravni akti, zbirke podatkov, Občasnik Akti & Navodila, bilten Recept, okrožnice in navodila, zloženske, knjižice, priročniki in druga gradiva. Še zlasti pa je pomembno, da so izbrana gradiva objavljena tudi v obliki čistopisov na primer Priročnik št. 3 "Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev" s prilogi, lista zdravil, seznam medicinskih pripomočkov... Elektronska gradiva so objavljena v TEXT formatu, PDF formatu ali drugem ustreznem formatu. Razvrščena in

urejena so v seznamu elektronskih gradiv ZZZS. Izvajalcem zdravstvenih storitev, dobaviteljem medicinskih pripomočkov in drugim strankam priporočamo, da se naročijo na brezplačno avtomatsko elektronsko obveščanje o vseh novostih v elektronskem založništvu ZZZS. Na ta način bo ZZZS na vaš elektronski naslov redno pošiljal obvestila o vseh novih ali posodobljenih elektronskih gradivih ZZZS, ki si bila objavljena na spletnih straneh ZZZS. O vseh novostih boste obveščeni najkasneje v 24 urah od njihove objave na spletnih straneh. Storitev je brezplačna in jo lahko odjavite kadarkoli.

Damjan Kos



Slika 1. Uvodna stran spletne aplikacije Seznam elektronskih gradiv ZZZS.



Slika 2. Seznam splošnih dogovorov in pripadajočih aneksov v spletni aplikaciji Seznam elektronskih gradiv ZZZS.

OBČASNIK akti & navodila

Založnik in izdajatelj:

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije, Miklošičeva cesta 24, Ljubljana

Za izdajatelja:

Samo Fakin, generalni direktor

Uredništvo:

Uršula Jerše Jan, Damjan Kos (urednik), Boris Kramberger, Sladjana Jelisavčić, Janko Štok

Tajništvo uredništva:

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

Prelom:

Danila Perhavec, ZZZS

Tisk:

Littera Picta d. o. o.

OBČASNIK

izhaja po potrebi in občasno v dveh različnih izdajah:

akti & navodila,

ki je namenjena predvsem izvajalcem – javnim zdravstvenim zavodom in zasebnikom

novice & obvestila,

ki je namenjena obveščanju delavcev ZZZS

Vzorčni izvod OBČASNIKA dobivajo vse službe ZZZS in vsi izvajalci brezplačno. Ostale izvode lahko pisno naročite na naslov: ZZZS – za uredništvo, Miklošičeva cesta 24, 1507 Ljubljana

Naklada: 3.100 izvodov, ISSN 1318-8895, Ljubljana, september 2012

