

Na podlagi določil 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS 72/06 – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB3) je arbitraža, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na seji dne 20.11.2006 in Vlada republike Slovenije na 110. redni seji dne 22.2.2007 odločila o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

SPLOŠNI DOGOVOR ZA POGODBENO LETO 2007

I. Splošne določbe

1. člen

(1) S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2007 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2007) partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za pogodbeno leto 2007.

(2) Dogovor 2007 določa:

1. program, ki opredeljuje vrsto in obseg programov zdravstvenih dejavnosti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
2. zmogljivosti, potrebne za izvedbo dogovorjenega programa,
3. obseg sredstev za dogovorjene programe,
4. globalno delitev finančnih sredstev po zdravstvenih dejavnostih opredeljenih v tem Dogovoru,
5. izhodišča za oblikovanje vrednosti programa oziroma cen zdravstvenih storitev,
6. druge podlage za sklepanje pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) in javnimi zdravstvenimi zavodi ter drugimi pravnimi in fizičnimi osebami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije (v nadaljnjem besedilu: izvajalci).

2. člen

(1) Partnerji se za pogodbeno leto 2007 dogovorijo, da bodo za uveljavljanje večje pravičnosti razporejanja sredstev, enako dostopnost za vse državljane, večjo preglednost, skrajševanje čakalnih dob, večjo kakovost in učinkovitost sistema zdravstvenega varstva upoštevali naslednje usmeritve:

1. Program zdravstvenih storitev bodo prestrukturirali v dejavnostih, v katerih je potrebno zagotoviti skrajšanje čakalnih dob, da se prepreči veliko škodo za zdravje ljudi in so posledica povečane incidence posameznih obolenj oziroma premajhnih zmogljivosti javne zdravstvene službe.
2. Obseg programa zdravstvenih storitev se lahko poveča v okviru razpoložljivih finančnih sredstev. V okviru obstoječega programa zdravstvenih storitev so možna prestrukturiranja med posameznimi dejavnostmi oziroma uvajanje novih programov ob sočasnem opuščanju ali zmanjševanju obstoječih programov. Ob uvajanju novih programov se bo vrednost obračunske enote obstoječih programov ponovno preverila, pri dodatnih nujnih širitvah programov pa se bo upošteval tudi njihov vpliv na rehabilitacijo.
3. Vzpodbudili bodo pripravo nacionalnega programa promocije zdravja, v katerem bo predvidena mreža lokalnih skupin za promocijo zdravja in zagotovljen reden finančni vir.
4. Paliativna oskrba se bo izvajala na vseh ravneh zdravstva v obsegu, ki bo določen po sprejetju Nacionalnega programa za paliativno oskrbo. Izvajalci osnovnih aktivnosti paliativne oskrbe so vsi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik z bolniki. Izvajalci kompleksnejših storitev paliativne oskrbe so timi za paliativno oskrbo v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnovarstvenih zavodih in hospicijih.

5. Izvajalci programov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih bodo smiselno zmanjšali število kurativnih pregledov na primarni ravni in povečali število preventivnih pregledov ter zmanjšali število napotitev na sekundarno raven.
6. Izvajalci bodo v okviru pogodbeno dogovorjenih sredstev v bolnišnicah prospektivno prenašali program iz bolnišnične dejavnosti v dnevno obravnavo in specialistično ambulantno dejavnost ter razvijali enote dnevne obravnave. Za prvi specialistični ambulantni pregled bodo skrajševali čakalno dobo ter vodili čakalno knjigo. Za primere, kjer je to mogoče, pa bodo razvijali obravnavo oziroma zdravljenje bolnikov na domu oziroma zagotavljali zgodnejše pošiljanje bolnikov iz bolnišnic na rehabilitacijo v zdravilišča. Podrobnejša merila za financiranje programov zdravljenja bolnikov na domu partnerji opredelijo v področnih dogovorih.
7. Razvijali bodo službo nujne medicinske pomoči.
8. Za financiranje najdražjih laboratorijskih preiskav partnerji načrtujejo sredstva posebej, v okviru že načrtovanih sredstev za materialne stroške izvajalcev. V primeru presežanja načrtovanih sredstev za te laboratorijske preiskave prevzamejo kritje za presežena sredstva v eni tretjini naročniki laboratorijskih preiskav, v eni tretjini izvajalci (laboratoriji) in v eni tretjini Zavod. Seznam najdražjih laboratorijskih preiskav iz Priloge IV. se pripravi v okviru obstoječih sredstev za izven bolnišnični program.
9. Izvajali bodo projekt nacionalne čakalne liste za programe, za katere so značilne dolge čakalne dobe, ki zajema upravljanje nacionalne čakalne liste za navedene specialnosti na podlagi poenotenja obstoječih čakalnih knjig, izdelave razvrstitvenih strokovnih kriterijev in informacijske podpore. Pogoji za pridobitev dodatnih sredstev v okviru nujnih širitve programov za specialnosti, za katere je že vzpostavljena nacionalna čakalna lista, je sodelovanje izvajalca v nacionalni čakalni listi.
10. Na področju obvladovanja izdatkov za zdravila bodo partnerji uveljavili mehanizme stimuliranja in nadzora izvajalcev za varčnejše predpisovanje in izdajanje zdravil na recepte glede na raven ciljne vrednosti. V ta namen bodo Ministrstvo za zdravje, Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke ter Zavod v okviru sistema razvrščanja zdravil na liste spreminjali oziroma dograjevali pozitivno in vmesno listo zdravil z vključevanjem ali prerazvrščanjem novih in generičnih zdravil, upoštevajoč načela dodane terapevtske vrednosti zdravil, njihove stroškovne učinkovitosti in njihove primerljivosti znotraj izbranih terapevtskih skupin. Dvakrat letno bodo obnavljali Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z določeno najvišjo priznano vrednostjo tako, da se bo širil seznam medsebojno zamenljivih zdravil in da se bo najvišja priznana vrednost zdravil določala v okvirih, ki bodo zagotavljali varovanje zdravja na področju zdravil in obvladovanje izdatkov za te namene. Pri zdravilih, ki se uporabljajo v bolnišnicah, bodo partnerji skrbeli za njihovo racionalno uporabo z upoštevanjem njihove dodane terapevtske vrednosti in z vključevanjem načel na izsledkih temelječe medicine in farmakoekonomike. Bolnišnice bodo svoje potrebe po zdravilih koordinirale na nacionalni ravni v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in v tem okviru zagotavljale podatke o njihovi uporabi.
11. Izvajalci zdravstvenih storitev bodo skupaj z Zdravniško in Lekarniško zbornico Slovenije organizirali najmanj en seminar oziroma učno delavnico v vsaki območni enoti Zavoda s področja farmakoterapije in farmakoekonomike. Za organizacijo le teh je odgovoren Zavod. Zaključke delavnice s strokovnimi priporočili, ki jih pripravita obe zbornici, bo Zavod objavil na svojih spletnih straneh.
12. Sprejeli in izvajali bodo ukrepe za zmanjšanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za bolezenske odsotnosti (skrajšanje administrativnega staleža zaradi čakanja na postopke obravnav na invalidskih komisijah, zmanjšanje izdatkov zaradi hitrejših zdravstvenih obravnav ali posegov).
13. Za materiale, storitve in opremo, ki jih opredeli Ministrstvo za zdravje, se bodo izvajali centralni javni razpisi preko Ministrstva za zdravje, upoštevaje veljavne predpise. Ministrstvo o tem z dopisom sproti obvešča izvajalce.
14. Pri pripravi mreže ambulantne fizioterapije, se izvajanje tega programa lahko prenese iz zdravstvenih domov in bolnišnic v zdravilišča, na gravitacijskem območju zdravilišča, in sicer s celotnim timom, ki ga prevzame zdravilišče. Preskrbljenost s programom (pregledi in storitve) se določi po območnih enotah Zavoda za vse izvajalce skupaj.
15. Standarde za določanje obsega in vrednotenje programov partnerji natančneje opredelijo v področnih dogovorih. Pri tem posamezna bolnišnica ne bo izgubila več kot 3% sredstev, dogovorjenih v pogodbi 2006.
16. Ministrstvo za zdravje skupaj s partnerji po posameznih področjih določi razmejitve dela med primarno, sekundarno in terciarno ravni zdravstvenega varstva z opredelitvijo diagnostičnih in terapevtskih postopkov kot osnove za presojo upravičenosti napotitve bolnika z nižje na višjo raven zdravstvene obravnave. Če se bo zaradi nove razmejitve dela ali prenosa programov iz primarne na sekundarno raven in obratno, povečal obseg dela na primarni ali sekundarni ravni, je potrebno zagotoviti ustrezen prenos sredstev.

17. Partnerji soglašajo, da je izdajatelj naloga za patronažno dejavnost dolžan kriti stroške za zdravila, ki se ne predpisujejo na recept, stroške materiala in opreme potrebne za odvzem in stroške izvedbe laboratorijskih storitev ter stroške zahtevnejše opreme, če se ne predpisuje na recept (npr. infuzijske sisteme, iv. kanilo in pripomočke za fiksacijo, pripomočke za aplikacijo zdravil v obliki aerosolov: inhalator, venska valvula in ostala sredstva za aplikacijo analgetikov i.v., pripomočki (sistemi) za aplikacijo analgetikov s.c, pripomočki (sistemi) za aplikacijo analgetikov epiduralno, pripomočki (sistemi) za hranjenje bolnikov po sondah, pripomočki za menjavo urinskih katetrov, oksimeter, prenosni ekg, aparat za merjenje PTČ in drugi aparati za opravljanje naročenih preiskav na domovih ipd.). V Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za leto 2007 se lahko še natančneje razmeji kritje stroškov med naročnikom (osebnim zdravnikom) in zasebnim izvajalcem patronažne dejavnosti s koncesijo.
18. Ob povečevanju načrtovanega obsega bolnišničnih programov, za katere se v zdraviliščih izvaja nadaljevanje zdravljenja, je potrebno zagotoviti tudi povečanje programa zdraviliškega zdravljenja.
19. Izvajalec, ki v okviru nujnih širitve programov prvi pridobi dodatna sredstva za uvedbo zdravljenja z inovativnim zdravilom, mora vpeljati listo bolnikov na nacionalni ravni. Seznam izvajalcev, ki vodijo listo bolnikov za posamezna inovativna zdravila, je v Prilogi II tega Dogovora.
20. Uvedli bodo sistem upravljanja celovite kakovosti in izvajali aktivnosti zagotavljanja ter nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe v skladu s sprejeto Nacionalno usmeritvijo za razvoj kakovosti v zdravstvu.

II. Programi zdravstvenih storitev

3. člen

(1) Usmeritve za oblikovanje obsega programov zdravstvenih storitev po posameznih dejavnostih so:

1. Splošna in dispanzerska dejavnost:

- 1.1. Program bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006.
- 1.2. Izvajalci bodo preventivni program za otroke, šolsko mladino in odrasle načrtovali ločeno od kurativnega programa, in sicer po kriterijih iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.
- 1.3. Izvajalci bodo izven dogovorjenega programa glavarine zagotovili najmanj 5 ur dela zdravniške ekipe (1.514 ur je ena zdravniška ekipa) preračunano na vse postelje (kapacitete) na leto v socialnovarstvenem zavodu, razen če imajo zavarovane osebe izbranega osebnega zdravnika drugje. Izvajalec programa in socialnovarstveni zavod v posebnem dogovoru natančneje uredita izvajanje tega programa. Skupne osnove dogovora za izvajanje tega programa določijo Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniška zbornica Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Skupnost socialnih zavodov Slovenije, objavijo pa jih partnerji Splošnega dogovora v svojih glasilih. V primeru, ko izvajalec programa ne zagotavlja v pogodbenem obsegu ali ne sklene dogovora o izvajanju programa s socialnovarstvenim zavodom, lahko socialnovarstveni zavod Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije predlaga sklenitev pogodbe z drugim izvajalcem osnovnega zdravstvenega varstva v okviru mreže javne zdravstvene službe. V tem primeru se program odšteje izvajalcu, ki bi sicer moral zagotoviti program splošne ambulante v socialno varstvenem zavodu.

2. Zobozdravstvena dejavnost:

- 2.1. Program bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2006. Program za posameznega izvajalca bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.
- 2.2. Na področju pedontologije lahko izvajalci načrtujejo največ polovico svojega dela v obliki programa, ki ga bo Zavod plačeval v pavšalu. O izvajanju tega programa so izvajalci dolžni poročati Zavodu ob polletju in na koncu leta.
- 2.3. Zobozdravstvene ambulante določene za delo z duševno prizadetimi osebami lahko povečajo točkovno vrednost za te storitve in za te osebe za 30 %.
- 2.4. Zobozdravstvena oskrba varovancev s posebnimi potrebami (cerebralno, duševno in telesno težje prizadete osebe) se izvaja v splošni anesteziji ob prisotnosti anesteziologa, zdravstvenega tehnika in celotnega zobozdravstvenega tima. Prisotnost ekipe je potrebna ves čas do prebujanja bolnika v operacijski enoti. Merila za financiranje tega programa se dogovorijo v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost v okviru finančnih sredstev, ki se namenjajo za ta program.

3. Dejavnost reševalne službe in nujne medicinske pomoči:
 - 3.1. Program nujnih reševalnih prevozov bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2006.
 - 3.2. Program nenujnih reševalnih prevozov bo skupno ostal na ravni plana iz pogodb v letu 2006, razen nenujnih reševalnih prevozov na in iz dialize, ki se načrtujejo po vnaprej pripravljenem poimenskem seznamu bolnikov in številu kilometrov. Program prevozov onkoloških bolnikov na obsevanja in kemoterapijo na Onkološki inštitut Ljubljana bo enak realizaciji v letu 2006.
 - 3.3. Program prevozov s helikopterjem bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006. Zdravstveno ekipo v primeru prevozov s helikopterjem zagotavlja Klinični center Ljubljana, helikopter pa Ministrstvo za notranje zadeve ali Ministrstvo za obrambo.
 - 3.4. Program nujne medicinske pomoči bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006. Zdravstveno ekipo za helikoptersko enoto nujne medicinske pomoči zagotavlja Osnovno zdravstvo Gorenjske, helikopter pa Ministrstvo za notranje zadeve ali Ministrstvo za obrambo.
 - 3.5. Vsebina programa bo natančneje določena v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost ter Področnem dogovoru za bolnišnice in bo smiselno opredelila financiranje nujne medicinske pomoči, dežurne službe, nujnih reševalnih prevozov in nenujnih reševalnih prevozov.
4. Lekarniška dejavnost:
 - 4.1. Planirani program lekarniške dejavnosti za zdravila izdana na recept bo enak realizaciji v letu 2006.
 - 4.2. Ministrstvo za zdravje bo v letu 2006 predlagalo spremembe in dopolnitve k Pravilniku o določanju cen zdravil z oblikovanjem strukture cene med proizvajalci, veletrgovskimi in lekarnami.
5. Preskrba z medicinskimi (ortopedskimi) in drugimi pripomočki:
 - 5.1. Planirani program preskrbe z medicinskimi (ortopedskimi) in drugimi pripomočki, ki so individualna pravica zavarovanih oseb oziroma so jim zagotovljeni z izposojjo, bo predvidoma ostal na ravni realizacije iz leta 2006.
6. Specialistična ambulantna dejavnost:
 - 6.1. Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006, povečan na podlagi ugotovitev nadzora neustreznih sprejemov, ter prenosa programa iz bolnišnične dejavnosti. Program bo načrtovan tudi v številu prvih in ponovnih obiskov na zdravnika, razen za dejavnosti RTG, UZ, MR in mamografija. Plan obiskov v posamezni specialistični ambulantni dejavnosti posameznega izvajalca se določi na podlagi razmerja med planom točk za leto 2007 in količnikom med realiziranim številom točk v obdobju od leta 2004 do leta 2006 in realiziranim številom obiskov v tem obdobju. Če izvajalec pri posamezni specialistično ambulantni dejavnosti ne doseže planiranega števila točk v obdobju, doseže pa plan obiskov, si zagotovi plačilo planiranega števila točk, določenega na podlagi kalkulativnega števila 1.430 ur učinkovitega dela ambulante na leto, če realizira vsaj 85% planiranih točk in je nosilec programa zdravnik. Če izvajalec ne doseže plana obiskov, se za obračun upošteva indeks doseganja plana točk. Če izvajalec začne opravljati novo dejavnost, se plan obiskov določi na osnovi realiziranega povprečnega števila obiskov te dejavnosti v območni enoti Zavoda v preteklem letu.
 - 6.2. Za programe RTG, UZ in CT Zavod z izvajalci poleg planskega števila točk dogovori tudi plansko število preiskav, in sicer ločeno za omenjene preiskave. Za programe RTG, UZ in CT se ločeno spremljata realizacija in obračun.
 - 6.3. Za program mamografije Zavod z izvajalci dogovori tudi plansko število obiskov in slikanj. Ločeno se spremlja realizacija o številu slikanj.
7. Urgentna specialistična ambulantna dejavnost:
 - 7.1. Program bo oblikovan na podlagi plana v letu 2006 in meril opredeljenih v Področnem dogovoru za bolnišnice.
8. Dializna dejavnost:
 - 8.1. Program dializ I, II, III skupaj bo enak realizaciji števila dializ v letu 2006, povečan z indeksom rasti števila dializ v letu 2006, v primerjavi z letom 2005. Indeks rasti posameznih programov dializ se lahko razlikuje. Program dializ IV, V pa se planira v številu dni, ki bo enak obsegu realizacije v letu 2006 in povečan z indeksom rasti števila dni v letu 2006 v primerjavi z letom 2005.
9. Specialistična bolnišnična dejavnost:
 - 9.1. Programi bolnišnične dejavnosti bodo v letu 2007 temeljili na planiranemu programu bolnišnične dejavnosti v letu 2006, ugotovitvah nadzora glede neustreznih sprejemov, dodatnih sredstev iz 25. člena Dogovora 2007, specialistično ambulantni obravnavi in zdravljenju na domu. Pri tem bo program porodov oblikovan ločeno od ostalega programa akutne bolnišnične obravnave, in sicer v obsegu realizacije števila porodov v letu 2006. Zavod

bo porode plačeval na osnovi realizacije tega programa. Posamezni programi lahko temeljijo tudi na realizaciji leta 2006, o čemer se partnerji dogovorijo v področnih dogovorih.

- 9.1.1. Za akutno bolnišnično obravnavo bo program oblikovan tudi na podlagi skupin primerljivih primerov ter programa za neakutno bolnišnično obravnavo in v skladu z merili opredeljenimi v Področnem dogovoru za bolnišnice.
- 9.1.2. Za psihiatrično dejavnost bo program oblikovan tudi na podlagi uvedbe sistema financiranja psihiatrične dejavnosti, ki bo ločil obravnave na akutne in neakutne in omogočil obravnavo na domu. Sistem financiranja bo opredeljen v Področnem dogovoru za bolnišnice.«
- 9.1.3. Za neakutno bolnišnično obravnavo bo program oblikovan na podlagi programa za akutno bolnišnično obravnavo in v skladu z merili opredeljenimi v Področnem dogovoru za bolnišnice.
- 9.2. Program transplantacij se opredeli v pogodbi med Zavodom in izvajalci tega programa v skladu z načrtovanimi finančnimi sredstvi za ta program.
10. Terciarna zdravstvena dejavnost:
 - 10.1. Program terciarne zdravstvene dejavnosti bo oblikovan v skladu z merili opredeljenimi v Področnem dogovoru za bolnišnice.
11. Zdravstvena dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje:
 - 11.1. Skupno število dni zdravstvene nege bo v globalu določeno na ravni realizacije v letu 2006, popravljeno z oceno letnega obsega programa novih oziroma povečanih zmogljivosti v letu 2007 v novih domovih za starejše, oskrbovanih stanovanjih in dnevnihi centrih za starejše. V socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje in zavodih za rehabilitacijo po poškodbi glave bo program enak realizaciji zdravstvene nege v letu 2006, povečan za dogovorjene širitve programa opredeljene v 25. členu Dogovora 2007.
 - 11.2. Izhodišče za program logopedске, psihološke, defektološke in avdiološke dejavnosti je plan iz pogodb 2006. Posamezen izvajalec bo program načrtoval v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.
 - 11.3. Izhodišče za program zdravstvenih storitev v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju je plan iz pogodbe v letu 2006, povečan za dogovorjene širitve programa opredeljene v 25. členu Dogovora 2007.
 - 11.4. V socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje omogočiti izvajanje logopedске obravnave za zunanje uporabnike v obsegu obstoječega (pogodbenega) programa zdravstvenih storitev.
12. Zdraviliška zdravstvena dejavnost:
 - 12.1. Program nemedicinskih oskrbnih dni, dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006.
 - 12.2. Program zdraviliških storitev (točk), dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006.
 - 12.3. Program teoretičnih oskrbnih dni in zdraviliških storitev (točk) za ambulantno zdraviliško zdravljenje bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2006.
 - 12.4. Izvajalci bodo posebej planirali program za stacionarno zdraviliško zdravljenje in posebej za ambulantno zdraviliško zdravljenje.
13. Dejavnost zavodov za zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: ZZV):
 - 13.1. Program izvajanja zdravstvenih storitev bo ostal na ravni plana iz pogodb 2006. Program se bo načrtoval v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost ter obsega:
 - ugotavljanje nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno prijavljanje, ki vključuje epidemiološko poizvedovanje zaradi odkrivanja virusov okužbe in poti širjenja nalezljivih bolezni ter mikrobiološko laboratorijsko diagnostiko povzročiteljev;
 - izvajanje usmerjenih ukrepov za preprečevanje širjenja ob pojavu posameznih nalezljivih bolezni, izbruhov in epidemijah;
 - zdravstveni nadzor oseb v skladu z epidemiološkimi indikacijami ali odločbo zdravstvene inšpekcije;
 - varstvo pred steklinjo in izvajanje določenih cepljenj in zaščite z zdravili skladno z letnim programom;
 - zgodnje zaznavanje prisotnosti povzročiteljev nalezljivih bolezni in njihove antibiotične odpornosti.
14. Dejavnost Inštituta za varovanje zdravja (v nadaljnjem besedilu: IVZ):
 - 14.1. Program izvajanja zdravstvenih storitev, ki se nanašajo na zagotavljanje neprekinjene preskrbe s cepivi in imunoglobulini v Republiki Sloveniji (načrtovanje potreb za izvajanje letnega programa cepljenja, vrednotenje podatkov v povezavi z epidemiološkimi razmerami in sledenjem imunosti/občutljivosti, zagotovitev sistema sledenja

serije, zagotovitev hitrega odpoklica serije, zbiranje podatkov o uporabi cepiv, zagotovitev stalnih evidenc o zalogah in razdeljenih cepivih, vodenje podatkov o nepravilnem transportu in shranjevanju, uporabi in ostalih podatkov za varno uporabo cepiv, vključevanje v mednarodni sistem na področju varnega cepljenja, povezave s SZO in sprotno uvajanje novosti v program obveznih in neobveznih cepljenj, vodenje registra neželenih škodljivih učinkov po cepljenju in koordinacija nacionalne strokovne skupine za vrednotenje teh podatkov, vključitev v mednarodno izmenjavo podatkov, ki zadevajo podatke o farmakovigilanci), bo ostal na ravni plana za leto 2006 in se ovrednoti z mesečnim pavšalom za leto 2007.

14.2. Subspecialne laboratorijske storitve za zgodnje zaznavanje prisotnosti in značilnosti povzročiteljev nalezljivih bolezni ter sledenje odpornosti za antibiotike.

14.3. Nabava imunoloških zdravil v skladu s sprejetim letnim programom imunoprofilakse in kemoprofilakse.

Dejavnost pod točkama 14.1. in 14.2. se opredeli kot terciarno raven.

15. Zdravstveni dom za študente:

15.1. Specifičnost zdravstvenega varstva študentov bo opredeljena v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

(2) Programe iz 1., 2., 6. in 9. točke prvega odstavka tega člena bodo izvajalci načrtovali ločeno po strokah iz šifrant 2 (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3), razen v dejavnostih odraslega in mladinskega zobozdravstva, kjer bodo izvajalci načrtovali program zdravljenja in protetike skupaj, ter v dejavnosti nege in patronaže, kjer bodo izvajalci načrtovali obe dejavnosti skupaj. Prelivanje programa med skupinami podobnih primerov partnerji dogovorijo v Področnem dogovoru za bolnišnice.

(3) Če posamezni izvajalec šest mesecev ne zagotavlja 85% dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem začasni prevzem programa in o tem obvesti Ministrstvo za zdravje. Zavod izvaja sprotne analize o (ne) realizaciji posameznih dogovorjenih programov in sicer do 5. oktobra za prvo polovico pogodbenega leta in do 5. aprila za drugo polovico pogodbenega leta ter celotno pogodbeno leto. Če posamezni izvajalec eno leto ne zagotavlja 85 % dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem trajni prevzem programa v soglasju z Ministrstvom za zdravje.

(4) Zavod in izvajalec lahko v pogodbi, v skladu s potrebami prebivalstva, dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s tem Dogovorom in ustreznimi Področnimi dogovori. Dogovorjeno prestrukturiranje programa med dejavnostmi potrди Ministrstvo za zdravje.

(5) Programi, dogovorjeni v tem Dogovoru, se ne nanašajo na osebe zavarovane v skladu z evropskim pravnim redom ter bilateralnimi sporazumi o socialni varnosti ter na osebe, ki so prostovoljno zavarovane za pravice do zdravstvenih storitev v obsegu, ki je določen za obvezno zdravstveno zavarovanje.

(6) Ne glede na določbe prvega odstavka partnerji lahko dogovorijo povečanje programa za tiste dejavnosti, za katere v 25. členu tega Dogovora opredelijo dodatna finančna sredstva.

(7) Pri opredelitvi programa posamezne dejavnosti na nacionalni ravni in po posameznih izvajalcih se poleg določil, ki so že navedena v tem členu, upošteva tudi realizacija programa posamezne dejavnosti na nacionalni ravni v preteklem letu. Če je program posamezne dejavnosti na nacionalni ravni presežen, se program v tekočem letu poveča do ravni preseganja v preteklem letu, vendar največ do ravni 1%. Natančnejša merila partnerji opredelijo v področnih dogovorih.

4. člen

(1) Obseg in finančna sredstva za program zdravstvenega letovanja otrok in obnovitvene rehabilitacije se določi v finančnem načrtu Zavoda in s posebnim sklepom, ki ga sprejme Upravni odbor Zavoda. Za program zdravstvenega letovanja otrok in obnovitvene rehabilitacije Zavod objavi razpis po sprejemu ustreznega sklepa na Upravnem odboru Zavoda.

(2) Za programe (npr. preskrba s kisikom na domu, paranteralna prehrana in ostale) za katere v Dogovoru 2007 ali področnih dogovorih ni posebej opredeljenega obsega programa ali elementov za oblikovanje cen zdravstvenih storitev, se o le-teh dogovorita Zavod in izvajalec s pogodbo.

5. člen

(1) Planirane količine storitev za področja zdravstvene dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, lekarniške in zdraviliške zdravstvene dejavnosti so podlaga za izračun cen storitev. Ugotavljanje obveznosti med posameznim izvajalcem in Zavodom bo temeljilo na številu dejansko opravljenih storitev.

(2) Plansko predvideni obseg nemedicinskih oskrbnih dni za nadaljevalno in nadomestno zdraviliško zdravljenje, način prednostne obravnave bolnikov nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja (v primeru čakalnih dob) in način obračunavanja realiziranih nemedicinskih oskrbnih dni, ob upoštevanju omejevanja plačila na ravni skupnega predvidenega obsega nemedicinskih oskrbnih dni, se določi v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč za pogodbeno leto 2007.

6. člen

(1) Program storitev, opredeljen v 3. členu tega Dogovora, se lahko poveča samo v primeru, če med njegovim uresničevanjem pride do nepredvidljivih okoliščin, kot so epidemije ali elementarne nesreče, zavrloj katerih bi se povečal obseg opravljenih storitev na področju posameznih dejavnosti v Sloveniji ali območju.

(2) Če razlogi iz prejšnjega odstavka vplivajo na večji obseg opravljenih storitev, ki posledično povzročijo preseganje plana na letni ravni, Zavod poravna tako utemeljeni del presejanja plana na letni ravni na predlog posameznega partnerja, in sicer primarno iz sredstev svojih rezerv, nato pa v okviru sprejetega finančnega načrta.

III. Zmogljivosti, potrebne za izvajanje dogovorjenega programa

7. člen

(1) Planirano število delavcev za programe obveznega zdravstvenega zavarovanja se bo v pogodbenem letu 2007 v primeru znižanja programov vzporedno znižalo, v primeru povečanja programov pa vzporedno povečalo.

(2) Za že dogovorjene programe v pogodbah med izvajalci in Zavodom se v letu 2007 lahko poveča vkalkulirano število delavcev le v skladu z dodatnimi sredstvi iz 25. člena tega Dogovora.

(3) Za povečanje obsega programov oziroma za dodatne programe iz 25. člena se bo število vkalkuliranih delavcev selektivno povečalo.

(4) Posamezna bolnišnica bo število delavcev načrtovala v skladu s standardi iz področnih dogovorov.

(5) Zdravstveni domovi in zasebni izvajalci bodo število delavcev načrtovali po dejavnostih, na podlagi števila nosilcev timov iz ur iz pogodb 2006 oziroma koncesij ter programa in v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. V splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih se bo preskrbljenost s kadrom ugotavljala glede na število nosilcev timov (zdravnikov) in glede na planirano število vseh delavcev. Pri preskrbljenosti se bodo upoštevali socialno ekonomski in demografski kriteriji.

(6) Lekarne bodo število delavcev načrtovale na podlagi števila delavcev iz pogodb za leto 2006, določil tega Dogovora in standardov iz Področnega dogovora za lekarniško dejavnost.

(7) Načrtovanje števila timov bo temeljilo na 1.430 urah letnega učinkovitega dela ambulate, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in klinični logoped, sicer pa na 1.700 urah.

(8) Za izvajanje programa nenujnih reševalnih prevozov izvajalec in Zavod v pogodbi opredelita zmogljivosti z navedbo:

1. seznama vozil, ki vključuje tip vozila, največje število oseb, ki jih je možno z vozilom prepeljati hkrati (podatek iz prometnega dovoljenja, pri specialnih vozilih pa iz homologacije) ter registrsko številko vozila,

2. poimenski seznam šoferjev, vključno z verodostojnimi podpisi šoferjev in številom vozil. Seznam šoferjev in načrtovano število vozil ne sme presegati s pogodbo dogovorjenega števila timov. Omejitev glede števila šoferjev in števila vozil ne velja za izvajalce, ki imajo v pogodbi z Zavodom dogovorjen program nujnih reševalnih prevozov, prav

tako ne velja za nenujne reševalne prevoze na in iz dialize ter za prevoze onkoloških bolnikov na kemoterapije in obsevanje na Onkološki inštitut Ljubljana in nazaj.

3. Izvajalci, ki opravljajo 24 urno dejavnost reševalnih nujnih in nenujnih prevozov navedejo seznam vseh reševalnih vozil in šoferjev.

(9) Planirano število delavcev v socialnovarstvenih zavodih bo, glede na strukturo dni zdravstvene nege, skladno z normativi za delo, dogovorjenimi v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje. V dejavnostih, ki se v letu 2007 ne standardizirajo, bo ostalo število delavcev v socialnovarstvenih zavodih enako planu iz pogodb 2006.

(10) Podrobna določila glede planiranja števila delavcev za posamezne dejavnosti so opredeljena v področnih dogovorih.

(11) Delež administrativno-tehničnega kadra lahko znaša največ 17, 27%.

8. člen

(1) Kvalifikacijski količniki planiranih delavcev se načrtujejo na podlagi zakona o razmerjih plač v javnih zavodih, državnih organih in organih lokalnih skupnosti, pravilnika o napredovanju delavcev zaposlenih v zdravstvu in socialnem varstvu, določili aneksov h kolektivni pogodbi za negospodarske dejavnosti in h kolektivnim pogodbam na področju zdravstva in sredstvi, načrtovanimi v 25. členu tega Dogovora.

(2) Standardizirani kvalifikacijski količniki načrtovanih delavcev za zdravstvene domove, zasebne izvajalce in specialistično ambulantno dejavnost v bolnišnicah in centre za korekcijo sluha in govora ter Inštitut za varovanje zdravja, so:

- zdravniki splošne medicine in specialisti	6,181
- specialisti klinične psihologije, specialist klinične logopedije	5,671
- zobozdravniki za mladino	5,212
- zobozdravniki za odrasle, biologi	5,008
- zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo (logopedi, psihologi, ortopedagogi...)	4,845
- zdravstveni delavci z visoko strokovno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre)*	3,580
- zdravstveni delavci z višješolsko in visoko strokovno izobrazbo (ing. radiologije, dipl. ing. radiologije, višji fizioterapevti, diplomirani fizioterapevti, višji delavni terapevti, dipl. delavni terapevti itd.)	3,499
- zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo	2,795
- administrativno tehnični delavci	2,795
- reševalec	2,703

* Opomba: Navedeni kvalifikacijski količnik velja za višje in diplomirane medicinske sestre.

(3) Za dejavnosti dispanzerja za mentalno zdravje, dežurne službe v osnovni in zobozdravstveni dejavnosti, zdravstvene in zobozdravstvene vzgoje, razvojnih ambulant, nujne medicinske pomoči, centrov za zdravljenje odvisnosti in nujnih reševalnih prevozov izvajalci načrtujejo kvalifikacijske količnike v skladu z drugim odstavkom tega člena.

(4) Povprečni kvalifikacijski količnik za program akutne bolnišnične obravnave so:

- sekundarna dejavnost (brez terciarja)	3,26
- terciarna dejavnost	3,36

- transplantacija srca	3,452
- transplantacija jeter	3,415
- transplantacija ledvic	3,415
- transplantacija ledvice s trebušno slinavko	3,498
- transplantacija kostnega mozga	3,275
- transplantacija roženice	4,163
- transplantacija pljuč	3,415
- transplantacija hondrocitov	3,553
- gojenje in presaditev kože	3,476

Povprečni kvalifikacijski količniki za podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo, doječe matere in spremljanje ter invalidno mladino so:

	Povprečni kvalifikacijski količnik
Podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstvena nega in paliativna oskrba	3,245
Doječe matere, spremljanje	2,795
Invalidna mladina-SB«F.Derganca«Nova Gorica	2,633

V Področnem dogovoru za bolnišnice se določi način prenosa razlik tako, da se v globalu sredstva za posamezno bolnišnico ne bodo spremenila.

(5) Za bolnišnično dejavnost psihiatrije (vključno z dnevno bolnišnico) izvajalci, z izjemo Psihiatrične klinike Ljubljana, načrtujejo naslednje kvalifikacijske količnike:

Psihiatrija	3,101
-------------	-------

- Psihiatrična klinika Ljubljana načrtuje kvalifikacijski količnik v bolnišnični dejavnosti (vključno z dnevno bolnišnico) v naslednji višini:

Psihiatrična klinika Lj - bol.dej.	3,392
------------------------------------	-------

- Za dejavnost oskrbe v tuji družini načrtuje Psihiatrična klinika Ljubljana kvalifikacijski količnik v naslednji višini:

Psihiatrična klinika Lj – oskrba	2,079
----------------------------------	-------

(6) Bolnišnice, ki niso navedene v prejšnjih odstavkih, ne morejo preseči naslednjih kvalifikacijskih količnikov (vse dejavnosti):

	Povprečni kvalifikacijski količnik
- CZBO Šentvid	2,868

(7) Za specialistično ambulantno dejavnost zgoraj navedene bolnišnice načrtujejo kvalifikacijske količnike v skladu s standardi za delo ambulant. V primeru, da za njihovo dejavnost standard za delo ambulant ni določen, izračunajo kvalifikacijski količnik za specialistično ambulantno dejavnost tako, da upoštevajo planirano kadrovsko strukturo in standardizirane kvalifikacijske količnike iz drugega odstavka tega člena.

(8) Onkološki inštitut Ljubljana, v specialistično ambulantni dejavnosti ne sme preseči naslednjega kvalifikacijskega količnika

	Povprečni kvalifikacijski količnik
Onkološki inštitut Ljubljana	3,987

(9) Inštitut RS za rehabilitacijo načrtuje kvalifikacijski količnik v specialistični bolnišnični dejavnosti v naslednji višini:

	Povprečni kvalifikacijski količnik
Inštitut RS za rehabilitacijo	3,252

(10) Za program zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih izvajalci načrtujejo naslednje kvalifikacijske količnike:

- nega I	2,387
- nega II	2,491
- nega III	2,702

Za dejavnost zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih tipa D, E, F, G in H izvajalci načrtujejo kvalifikacijske količnike tako, da upoštevajo dejansko kadrovsko strukturo in kvalifikacijske količnike iz drugega odstavka tega člena ter kvalifikacijske količnike še za:

- bolničar-negovalec	2,320
- strežnica	1,767

Partnerji za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje se lahko dogovorijo, da se v Področnem dogovoru za pogodbeno leto 2007 posebej dogovorjeni kvalifikacijski količniki za napredovanje v nazive vključijo v povprečni kvalifikacijski količnik za posamezni tip nege.

(11) Izvajalci lekarniške dejavnosti, zdraviliškega zdravljenja in zavodov za zdravstveno varstvo načrtujejo za vrednotenje programov naslednje kvalifikacijske količnike:

- lekarniške dejavnosti	
- farmacevt specialist	5,60
- farmacevt receptar	4,85
- farmacevtski tehnik	2,85
- delavci drugih strok	3,72
- lekarniški delavec	1,56
- dejavnost zdraviliškega zdravljenja (točke)	3,120
- dejavnost zdraviliškega zdravljenja (nemedicinski oskrbni dan)	2,722
- zavodi za zdravstveno varstvo	4,277

IV. Vrednotenje programov in elementi za oblikovanje cen zdravstvenih storitev

9. člen

(1) Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen zdravstvenih storitev se upoštevajo naslednji elementi:

1. plače,
2. materialni stroški,
3. amortizacija,
4. drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi,
5. zakonsko predpisane obveznosti izvajalcev programov.

10. člen

(1) Sredstva za plače se vračunajo v programe oziroma cene zdravstvenih storitev tako, da se pri tem upošteva:

1. planirano število delavcev posamezne dejavnosti,
2. kvalifikacijski količnik,

3. višina izhodiščne plače za 1. tarifni razred, ki je določena z zakonom ali kolektivno pogodbo ali s sklepom Vlade R Slovenije,
4. dodatek za delovno dobo,
5. dodatki po kolektivni pogodbi,
6. dodatek za delovno uspešnost.

(2) Spremembe višine elementov iz predhodnega odstavka, razen izhodiščne plače in dodatkov, ki jih določajo zakonski predpisi, opredelijo partnerji z aneksom k Dogovoru 2007.

11. člen

(1) Dodatek za delovno dobo znaša v vseh dejavnostih 9, 75 % osnovne plače.

12. člen

(1) Sredstva za dodatke po kolektivni pogodbi se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev tako, da se upoštevajo naslednji odstotki:

- v splošni in dispanzerski dejavnosti	5,50
- v patronažni dejavnosti	7,00
- v zobozdravstveni dejavnosti	5,10
- v zobozdravstveni dejavnosti v dežurni službi	197,54
- v dejavnosti reševalne službe - nujni reševalni prevozi	19,40
- v dejavnosti reševalne službe - nenujni reševalni prevozi	5,50
- v lekarniški dejavnosti	5,50
- v specialistični ambulantni dejavnosti (vključno s psihiatrijo)	5,50
- za preiskave z magnetno resonanco	5,50
- v dializni dejavnosti	18,50
- v specialistični bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije)	24,32
- v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija	21,14
- v specialistični bolnišnični dejavnosti – doječe matere, spremljanje	5,50
- v zdravstveni dejavnosti domov za starejše in pri naslednjih izvajalcih: Center za varstvo in delo Golovec, Center za korekcijo sluha in govora Portorož, Zavod za gluhe in naglušne Ljubljana, VDC Tončke Hočevar Ljubljana, VDC Polž Maribor, Sonček – Zveza društev za cerebralno paralizo, VDC Krško – Leskovec, VDC Novo mesto, VDC Murska Sobota, Center za sluh in govor Maribor	13,80
- v socialnovarstvenih zavodih: Center Dolfke Boštjančič, Zavod za duševno in živčno bolne Hrastovec, Zavod dr. M. B. Dornava	23,80
- v zdravstveni dejavnosti posebnih socialnovarstvenih zavodov, enot za posebne oblike varstva v domovih za starejše, zavodov za usposabljanje in Zavoda za usposabljanje invalidnih otrok Janka Premrla Vojka Vipava	18,30
- Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik	16,00
- Zavod za delovno usposabljanje Miha Pintar Dobrna, Dom Matevža Langusa Radovljica, Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem	20,00
- v zdraviliški zdravstveni dejavnosti	9,80
- za nemedicinski oskrbni dan v zdraviliški zdravstveni dejavnosti	12,50
- v dejavnosti IVZ in ZZV	2,50

(2) Podlaga za izračun sredstev za dodatke po kolektivni pogodbi je osnovna plača.

13. člen

(1) Dodatki, ki izhajajo iz aneksov h kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v RS, za dejavnost zdravstva in socialnega varstva ter za zdravstveno nego (Ur. l. RS, št. 19/96, 22/96, 39/98, 46/98, 73/98, 63/99, 97/2000, 101/2000, 102/2000, 62/2001) se vračunajo v cene zdravstvenih storitev v naslednji višini:

1) Ambulantne dejavnosti, lekarniška in zdraviliška zdravstvena dejavnost, dejavnost Inštituta za varovanje zdravja, socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje ter reševalna služba:

- zdravniki in zobozdravniki specialisti		5,161
- zobozdravniki		4,655
- diplomirane medicinske sestre		1,581
- fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti		1,484
- inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije		2,397
- psihologi, logopedi, defektologi		1,953
- biokemiki, biologi, specialisti klinične psihologije, specialisti klinične logopedije		2,438
- zdravstveni tehniki		1,250
- zobni tehniki		1,214
- administrativno tehnični delavci		1,204
- reševalna služba (brez administrativno tehničnih delavcev)		1,265
- Inštitut za varovanje zdravja - na del. iz ur		2,636
- lekarnarje - na delavca iz ur		
- farmacevt specialist	2,270	
- farmacevt receptar	2,003	
- farmacevtski tehnik	1,187	
- delavci drugih strok	1,2855	
- lekarniški delavec	0,560	
- zdravilišča (točke) - na delavca iz ur		1,316
- socialnovarstveni zavodi - na delavca iz ur		1,127
- zavodi za usposabljanje gibalno oviranih oseb - na delavca iz ur (Zavod za usposabljanje invalidne mladine Kamnik in Zavod za usposabljanje invalidnih otrok "Janka Premrla Vojka" Vipava)		1,635

2) Dodatki, izraženi v količnikih na zdravnika iz ur za program akutne bolnišnične obravnave so:

- sekundarna dejavnost (brez terciarja)	7,052
- terciarna dejavnost	7,052

3) Dodatki, izraženi v količnikih na delavca iz ur, za program akutne bolnišnične obravnave, brez zdravnikov so:

- sekundarna dejavnost (brez terciarja)	1,163
- terciarna dejavnost	1,163

- transplantacija srca	1,810
- transplantacija jeter	1,790
- transplantacija ledvic	1,790
- transplantacija ledvice s trebušno slinavko	1,878
- transplantacija kostnega mozga	1,701
- transplantacija roženice	2,752
- transplantacija pljuč	1,790
- transplantacija hondrocitov	2,013
- gojenje in presaditev kože	1,844

4) Bolnišnice in zavodi, ki niso navedeni v prejšnjih odstavkih, ne morejo preseči na delavca iz ur dodatkov, izraženih v količnikih:

- zavodi za zdravstveno varstvo	2,775
- Bolnišnica F.Derganca - rehabilitacija invalidne mladine	1,669
- Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	1,487

5) Onkološki inštitut Ljubljana ne more preseči v specialistični ambulantni dejavnosti, na delavca iz ur, dodatka izraženega v količnikih:

Onkološki inštitut Ljubljana	2,115
------------------------------	-------

6) Inštitut RS za rehabilitacijo v specialistično bolnišnični dejavnosti ne sme preseči dodatka na delavca iz ur izraženega v količnikih:

	Povprečni kvalifikacijski količnik
Inštitut RS za rehabilitacijo	2,481

7) Dodatki izraženi v količnikih za podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo so 1,588.

8) Psihatrija - na delavca iz ur:

- bolnišnična dejavnost	1,710
- dnevna bolnišnica	1,710
- oskrba v tuji družini	1,710

9) Primer - na delavca iz ur:

- doječe matere	1,243
- spremljanje	1,242

10.) Nemedicinski oskrbni dan:

nemedicinsko oskrbni dan	0,625
--------------------------	-------

Dodatki so izraženi v vrednosti količnika za 1. tarifni razred na zdravnika ali delavca iz ur.

V vrednost programov za transplantacije, MR in dialize se od 1.1.2007 vračunajo tudi dodatki, ki izhajajo iz aneksov h kolektivni pogodbi za zdravnike in zobozdravnike v RS, ob sočasnem znižanju števila kadra, in sicer na način, da spremembe ne vplivajo na višino cene.«

(2) Izračun sredstev za dežurno službo v zdravstvenih domovih bo temeljil na kvalifikacijskih količnikih:

	Osnovni kvalifikacijski količnik		Dodatki v količnikih	
	Efektiva	Neefektiva	Efektiva	Neefektiva
Zdravnik	5,904	5,904	4,952	4,952
Zdrav. tehnik	2,722	2,722	1,225	1,225

Izračun sredstev za dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti v zdravstvenih domovih bo temeljil na kvalifikacijskih količnikih:

	Osnovni kvalifikacijski količnik	Dodatki v količnikih
Zobozdravnik	4,784	4,564
Zdr.del.s sred.izobrazbo	2,722	1,225

Izračun sredstev za dežurno službo v lekarnah bo temeljil na kvalifikacijskih količnikih:

	Osnovni kvalifikacijski količnik		Dodatki v količnikih	
	Efektiva	Neefektiva	Efektiva	Neefektiva
Farmacevt	4,826	4,826	2,000	2,000

(3) Dodatek za dvojezičnost načrtujejo v količnikih naslednji izvajalci:

SB Izola	54,70	- v dejavnosti akutne bolnišnične obravnave.
OBV Valdoltra	29,70	- v dejavnosti akutne bolnišnične obravnave.
ZD Koper	25,26	- v dejavnosti zdr. vzgoja (pavšal)
ZD Izola	8,51	- v dejavnosti zdr. vzgoja (pavšal)
ZD Piran	2,85	- v dejavnosti zdr. vzgoja (pavšal)
ZD Lendava	11,80	- v dejavnosti zdr. vzgoja (pavšal)

14. člen

(1) Dodatek za delovno uspešnost znaša 2% in se spreminja v skladu z višino, ki jo določi Vlada R Slovenije. Podlaga za izračun sredstev za delovno uspešnost je osnovna plača, povečana z dodatkom za delovno dobo in dodatki po kolektivnih pogodbah.

15. člen

(1) Materialni stroški na enoto storitve oziroma na tim se v globalu vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev na ravni cen iz pogodb iz leta 2006. Podrobnejša določila za vračunavanje materialnih stroškov v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev partnerji opredelijo v področnih dogovorih.

(2) V kalkulirani materialni stroški vključujejo tudi sredstva za nezgodno zavarovanje delavcev. Sredstva za materialne stroške vključujejo tudi sredstva za investicijsko vzdrževanje in obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov.

(3) Za sofinanciranje stroškov specializacij v osnovnem zdravstvu se za specializante, ki so prejeli odločbo za specializacijo do 1. avgusta 2003, v letu 2007 planira 276.850 EUR (v tekočih cenah 2007). Ta sredstva se vračunajo v materialne stroške na tim za splošne, otroške in šolske zdravnike ter za otroško in mladinsko zobozdravstvo na primarni ravni, ortodontijo, pedontologijo in zobozdravstvo za študente. V kalkulirana sredstva za sofinanciranje specializacij za osnovno zdravstveno dejavnost se namensko združujejo pri Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije ter se nakazujejo zdravstvenim domovom in zasebnikom v skladu s kriteriji, opredeljenimi v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

(4) Za financiranje stroškov specializacij za specializante z odločbami o specializaciji, izdanimi po 1. 8. 2003, se v letu 2007 nameni 22.821.884 EUR v tekočih cenah 2007. Alokacijo sredstev za specializacije po izvajalcih za pretekli mesec bo Zdravniška zbornica pripravljala mesečno.

(5) Zdravstvenim domovom in tistim zasebnim izvajalcem, ki izvajajo koordinacijo preventive in nujne medicinske pomoči, se nameni 92,03 EUR (v tekočih cenah 2007) za vsak zasebni tim splošnega, otroškega in šolskega zdravnika, zobozdravnika za odrasle ter otroškega in mladinskega zobozdravnika v izpostavi (občini). Ta sredstva se vkalkulirajo v materialne stroške programa zdravstvene vzgoje.

(6) Za financiranje dragih laboratorijskih preiskav se v letu 2007 planira 1.865 tisoč EUR (v tekočih cenah 2007). Plan sredstev za drage laboratorijske preiskave po izvajalcih je v Prilogi IV/a in se dokončno oblikuje po sklenitvi pogodb. Seznam dragih laboratorijskih preiskav je v Prilogi IV. Sredstva se valorizirajo kot materialni stroški.

Laboratorijske storitve iz Priloge IV, ki jih izvajalci opravljajo v okviru specialistično ambulantne dejavnosti, izvajalci načrtujejo posebej, količinsko in vrednostno. Ta sredstva se ob sklenitvi pogodbe akontativno vključijo v ceno točke ustrezne stroke specialistično ambulantne dejavnosti največ v višini sredstev iz Priloge IV/a. Razlika med planiranimi in razpoložljivimi sredstvi za tekoče leto, navedenimi v prejšnjem odstavku, se nameni novim izvajalcem oziroma izvajalcem, ki niso navedeni v Prilogi IV/a.

(7) Izvajalci bodo Zavodu posebej poročali o realizaciji laboratorijskih storitev iz Priloge IV. Končni letni obračun Zavod izvede v okviru sredstev, določenih v tem členu in v skladu z usmeritvami 2. člena Dogovora. V primeru, da izvajalec ne

doseže plana sredstev za drage laboratorijske preiskave, vrne razliko v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje. Plan dragih laboratorijskih preiskav se pri posameznem izvajalcu v primeru nedoseganja programa (točk, obiskov) korigira z odstotkom doseganja plana programa v obdobju januar-oktober.

(8) Bolnišnice s psihiatričnimi oddelki se zavezujejo, da bodo atipični dolgodelujoči antipsihotik (Risperdal Consta) za vzdrževalno zdravljenje bolnikov s shizofrenijo zagotavljale v okviru pogodbeno dogovorjenih sredstev za izvajanje programa.

(9) Valorizacija materialnih stroškov temelji na povprečni letni stopnji rasti cen življenjskih potrebščin, opredeljene v osnovnih makroekonomskih izhodiščih za pripravo državnega proračuna (UMAR).

16. člen

(1) Izvajalci, ki prvič ponujajo program za njih nove dejavnosti, lahko v ponudbi načrtujejo materialne stroške največ v višini vračunanih povprečnih materialnih stroškov na enoto storitve v tej dejavnosti v tekočih cenah 2007.

17. člen

(1) Poleg materialnih stroškov, ki so vključeni v ceno zdravstvenih storitev, so sestavni del vrednosti programov materiali in storitve, ki jih bodo izvajalci zaračunavali Zavodu posebej.

Ti materiali in storitve so:

1. interferoni, ki jih izvajalci zagotavljajo zavarovanim osebam po postopku, ki ga predpiše Zavod,
2. standardna kovina za izdelavo fiksnih zobnoprostetičnih nadomestkov v zobozdravstvu v količini 2 g kovine po zatičku, prevleki, členu in po standardni ceni, ki jo določi Zavod,
3. diapozitivi na področju ortodontije v obsegu največ 600 diapozitivov letno na tim,
4. konfekcijski elementi za fiksne ortodontske aparate,
5. ICT, HBS-Ag, test na toksoplazmozo pri izbranem ginekologu,
6. rhogam ali drugi humani imunoglobulini anti - D zoper senzibilizacijo nosečnic, preiskava brisov pri ženskah (Papanicolau - kurativa in preventiva) pri izbranem ginekologu,
7. meritev nuhalne svetline in dvojni presejalni test (laboratorijske preiskave PAPP-A in beta HCG opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14. tedna nosečnosti pri izbranem ginekologu,
8. četverni presejalni test (AFP, hCG.uE3, Inhibin A in BIP) v primeru, ko je prvi obisk nosečnice pri izbranem ginekologu po 14. tednu nosečnosti,
9. cerezyme po predhodnem soglasju Zavoda,
10. faktor VII po predhodnem soglasju Zavoda,
11. Bolnišnica Slovenj Gradec – zdravila za zdravljenje bolnikov s Fabryevo boleznijo,
12. Inštitut RS za rehabilitacijo – polnjenje baklofenske črpalke.
13. Klinični center – preskrba s kisikom na domu,

(2) Zdravstveni domovi, zasebni zdravniki ter izvajalci programa splošnih ambulant in ginekoloških dispanzerjev v bolnišnicah lahko obračunavajo posebej še:

1. infuzijske sisteme in zdravila za zdravljenje borelioze,
2. serološke preiskave na boreliozo,
3. testiranje HIV pri boleznih, ki jih je določilo Ministrstvo za zdravje,
4. histopatološke preiskave,
5. ampulirana zdravila, ki jih predpišejo klinike in jih predhodno odobri Zavod za vsak primer posebej, ko je presežen znesek iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost,
6. citološke preiskave punktata dojke,
7. tumorske markerje za dejavnost boleznij dojke (boleznij dojke iz Šifranta 2 Zavoda: 201 030 in 201 062),
8. TSH, FT3 in FT4 (velja za izvajalce v ambulantah splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjih),
9. testni listič za antikoagulacijsko zdravljenje na primarni ravni.

Za obračun ločeno zaračunljivih materialov in storitev opredeljenih v Prilogi III tega Dogovora se uporabljajo cene iz te priloge.

(3) Socialnovarstveni zavodi lahko posebej zaračunavajo infuzijske sisteme, igle braunile, infuzijske tekočine (glukoza, fiziološka raztopina) in ampulirana zdravila, registrirana v R Sloveniji, ki jih predpiše zdravnik specialist ustrezne stroke, ki dela po pogodbi s socialnovarstvenim zavodom.

(4) Lekarne bodo Zavodu posebej zaračunale zdravila, izdana v lekarnah na recepte, po nabavni ceni. Nabavna cena je cena, oblikovana v skladu s Pravilnikom o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo in o načinu obveščanja o cenah zdravil na debelo (Ur. l. RS, št. 69/2005) in je določena na podlagi ustrezne knjigovodske listine dobavitelja na dan prejema zdravila v lekarni. Zdravila, vključena na seznam Medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, bo Zavod lekarnam plačal po nabavni ceni še največ 14 dni po vsakokratni uveljavitvi novega seznama. Medicinske pripomočke izdane na naročilnico bo Zavod plačeval izvajalcem po dogovorjenih cenah oziroma do višine določene s cenovnimi standardi.

(5) Ločeno zaračunljivi materiali in storitve se načrtujejo količinsko in vrednostno po posameznih dejavnostih oziroma strokah. V kolikor bo realizacija pri posameznem izvajalcu v koledarskem letu za 10% večja od plana, je izvajalec dolžan posredovati Zavodu, v 10 dneh po zaključku koledarskega leta, natančno obrazložitev preseganja plana, dogovorjenega v prilogi k pogodbi.

(6) IVZ bo Zavodu posebej zaračunaval imunološka zdravila v skladu s sprejetim letnim programom imunoprofilakse in kemoprofilakse, in po prijavljenih cenah, ki so oblikovane v skladu s Pravilnikom o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo.

(7) Poleg varnostne hospitalizacije, ki je potrebna pri izvajanju nekaterih specialističnih ambulantnih storitev, lahko zdravilišče zaračuna Zavodu tudi stroške polipektomijskih zank (zanke za endoskopsko operativno odstranjevanje polipov).

(8) Cene ločeno zaračunljivih materialov in storitev, ki jih partnerji dogovorijo s področnimi dogovori, veljajo in se uporabljajo v medsebojnih poslovnih odnosih izvajalcev, kakor tudi med izvajalci in Zavodom.

(9) Stroške v zvezi s tolmačenjem slovenskega znakovnega jezika plača izvajalec Zavod posebej.

(10) V primeru, da izvajalec z dobaviteljem za zdravila, ločeno zaračunljiv material, cepiva, krvne pripravke ipd. dogovori nižje cene, kot so določene v Splošnem ali področnih dogovorih oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah.

18. člen

(1) Zavod krije stroške amortizacije do višine, ki je bila vračunana v cene zdravstvenih storitev v tekočih cenah 2007 in v skladu s standardi opredeljenimi v področnih dogovorih. Izjema so programi oziroma dejavnosti, za katere so partnerji v 25. členu tega Dogovora opredelili povišanje stroškov amortizacije.

(2) Sredstva za amortizacijo se valorizirajo na enak način kot materialni stroški.

(3) Iz vračunanih sredstev za amortizacijo v cenah zdravstvenih storitev se prioriteto poravnava obveznosti iz naslova obveznega združevanja amortizacije po Zakonu o investicijah v javne zdravstvene zavode, katerih ustanovitelj je R Slovenija in so vključene v program investicij po navedenem zakonu.

(4) Obstoječi standard amortizacije se lahko poveča v skladu z dodatnimi sredstvi za informatizacijo, opredeljenimi v 25. členu Dogovora 2007.

19. člen

(1) Sredstva za zakonske obveznosti izvajalcev se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev od 1.1.2007 dalje v višini 20,52%, od 1.1.2008 dalje v višini 19,19% in od 1.1.2009 dalje v višini 16,10%.

20. člen

(1) Sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 940,16 EUR letno na planiranega delavca..

(2) Sredstva za premije kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 385,60 EUR letno na planiranega delavca.

21. člen

(1) Obseg, organizacija in vrednotenje dežurne in urgentne službe na področju splošne in dispanzerske dejavnosti, zobozdravstvene ter lekarniške dejavnosti se določi v skladu s kriteriji iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost oziroma Področnega dogovora za lekarniško dejavnost. Obseg sredstev za izvajanje dežurne in urgentne službe bo ostal realno enak višini, ki je bila načrtovana v cenah april 2006. Ta sredstva se valorizirajo na tekoče cene 2007.

22. člen

(1) Po opredelitvi vrednosti programa posameznega izvajalca, ki vključuje tudi morebitne ločeno zaračunljive materiale in storitve, se na podlagi določil Dogovora 2007 in področnih dogovorov izračunajo cene zdravstvenih storitev. Cene se izračunajo tako, da se od ugotovljene vrednosti programa odšteje predvideni znesek za ločeno zaračunljive materiale in storitve. Preostala sredstva se nato delijo s številom planiranih storitev dejavnosti in tako izračuna njihova cena.

V. Določanje cen zdravstvenih storitev

23. člen

(1) V pogodbah med izvajalci in Zavodom se določijo naslednje cene:

1. V dejavnosti splošne in družinske medicine in dispanzerski dejavnosti za:

- količnik za glavarino in količnik za kurativne in preventivne storitve za dejavnost ambulant splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske,
- pavšal za ambulanto splošne medicine v socialnovarstvenem zavodu in druge programe, ki jih opredelijo partnerji v področnih dogovorih,
- točko v ostalih ožjih dejavnostih.

2. V zobozdravstveni dejavnosti za:

- točko.

3. V dejavnosti reševalne službe za:

- nujne reševalne prevoze: pavšal, cena za točko za konvencije, evidenčna cena točke za poškodbe po tretji osebi itd.,
- nenujne reševalne prevoze: cena za točko,
- nenujne reševalne prevoze bolnikov na in iz dialize in prevoze onkoloških bolnikov na obsevanja in kemoterapijo na Onkološki inštitut Ljubljana: cena kilometra za prevoze bolnikov na in iz dialize bo določena v višini 56% samopostrežne cene 95 oktanskega neosvinčenega bencina. Cena za kilometer bo določena za trimesečje, in sicer na podlagi povprečne cene bencina zadnjega trimesečja. Cena kilometra za prevoze onkoloških bolnikov na obsevanja in kemoterapijo na Onkološki inštitut Ljubljana bo določena v višini cene točke nenujnih reševalnih prevozov. Za prevoze bolnikov na in iz dialize lahko izvajalec zaračuna Zavodu le v pogodbi dogovorjeno število kilometrov za vsako zavarovano osebo od prebivališča do dializnega centra in startnino dogovorjeno v Področnem dogovoru. Določba velja od 1. januarja 2006.
- uro letenja s helikopterjem skladno s sklepom, ki ga sprejme Vlada Republike Slovenije.

4. V lekarniški dejavnosti za:

- točko.

5. V specialistični ambulantni dejavnosti za:

- preiskave z magnetno resonanco. Ta se določi tako, da cena ene preiskave z magnetno resonanco ne bo presegla 271,24 EUR.
- za storitve, ki bodo izražene v relativnih enotah dela.

6. V dializni dejavnosti za:

- dializo I (hemodializa kronična),
- dializo II (hemodializa akutna),

- dializo III (hemofiltracija, biofiltracija, hemodiafiltracija, hemoperfuzija, komplicirana bikarbonatna hemodializa),
- dan dialize IV (peritonealna dializa),
- dan dialize V (peritonealna dializa z uporabo IPD).

7. V specialistični bolnišnični dejavnosti:

7.1 za 1 utež za programe akutne bolnišnične obravnave

7.2. za povprečno ceno primera ali bolnišnični oskrbni dan (v nadaljnjem besedilu BOD):

- psihiatrična dejavnost,
- rehabilitacijska dejavnost,
- rehabilitacija invalidne mladine,
- nega na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje (BOD),
- zdravstvena nega in paliativna oskrba (BOD),
- nemedicinska oskrba (BOD),
- usposabljanje staršev za kasnejšo rehabilitacijo (BOD),
- za transplantacijo ledvic, srca, kostnega mozga, jeter, roženice, pljuč itd.

7.3 Način obračunavanja storitev, opravljenih v dnevni obravnavi ter na podlagi skupin primerljivih primerov za akutne obravnave, dogovorijo partnerji v Področnem dogovoru za bolnišnice.

8. V zdravstveni dejavnosti socialnovarstvenih zavodov za:

- dan najzahtevnejše nege (nega IV), ki ga za vsak primer posebej dogovorita Zavod in izvajalec,
- povprečni dan zdravstvene nege, ki vključuje sredstva za nego I, II, III, zdravstveno rehabilitacijo in specialistične storitve,
- povprečno ceno točke za logopedске, psihološke, defektološke in avdiološke storitve v centrih za korekcijo sluha in govora.

9. V zdraviliški zdravstveni dejavnosti za:

- nemedicinski oskrbni dan,
- točko zdraviliškega zdravljenja.

10. Na področju dejavnosti IVZ in ZZV za:

- mesečni pavšal.

11. Dan priprave rizičnih bolnikov na koloskopijo za Zdravilišče Rogaško Slatino.

(2) Za dejavnosti iz 1., 2., in 5. točke bodo cene določene po strokah iz šifranta 2 (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3, Zavod). Pri določanju cen za dejavnosti, ki so standardizirane, je dopustno 0,1% odstopanje vrednosti programa na letni ravni posameznega standarda glede na vrednost programa, ki je dogovorjena s standardom, oziroma 2,5 % odstopanje pri ceni storitve pod 1 euro, 1 % odstopanje pri ceni storitve od 1 do 2 eura ter 0,5 % odstopanje pri ceni storitve nad 2 eura.

(3) Poleg cen, navedenih v prvem odstavku tega člena, se določijo še cene za:

- primer dnevne obravnave na področju psihiatrije,
- primer oskrbe v tuji družini na področju psihiatrije.

(4) Cene iz 1. do 11. točke, razen tretje alineje tretje točke prvega odstavka in cene za nemedicinski oskrbni dan v zdravilišču, se določijo za šest mesecev vnaprej s poračunom morebitne razlike v oceni v naslednjem šestmesečnem obdobju.

(5) V kolikor so s pogodbami določene cene, ki se ne oblikujejo po sprejetih izhodiščih iz Dogovora 2007, se način njihove valorizacije določi v pogodbi med izvajalcem in Zavodom.

(6) Vrednost programov zdravstvene vzgoje na področju splošne in dispanzerske dejavnosti, zobozdravstvene vzgoje, dežurne službe na primarni ravni, službe nujne medicinske pomoči, vrednost programa razvojnih ambulant in centrov za zdravljenje odvisnosti ter drugih dejavnosti, ki jih opredelijo partnerji v področnih dogovorih, ni vključena v ceno zdravstvenih storitev. Te programe obračunavajo izvajalci Zavodu v pavšalu, po kriterijih tega Dogovora.

24. člen

(1) Cene, oblikovane po Dogovoru 2007, in določene s pogodbo med izvajalci in Zavodom, se uporabljajo tudi za izračun doplačil zavarovanih oseb, za obračun zdravstvenih storitev po konvencijah, za begunce, zapornike, nezavarovane osebe in za ostale osebe, za katere se stroški zdravljenja krijejo iz državnega proračuna ter za obračun storitev med izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom. Zdravljenje pripornikov, zapornikov, oseb, ki jim je bil izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu oziroma obvezno zdravljenje alkoholikov in narkomanov, in nezavarovanih oseb v psihiatričnih bolnišnicah se državnemu proračunu zaračuna na podlagi bolnišnično oskrbnih dni. V primeru, da je zdravljenje daljše od povprečne ležalne dobe za psihiatrijo, se bolnišnično oskrbni dnevi nad povprečno ležalno dobo zaračunajo v višini 50% vrednosti bolnišnično oskrbnega dne. Kemične in biokemične laboratorijske storitve si bodo izvajalci med seboj obračunavali po evidenčni ceni točke za laboratorijske storitve, ki je določena v standardih za delo ambulant, ostale laboratorijske storitve pa po povprečni ceni točke za specialistično ambulantno dejavnost internistike, ki je dogovorjena v pogodbi z Zavodom, razen če se naročnik in izvajalec laboratorijskih storitev ne dogovorita drugače. Storitve zobozdravstvenega rentgena si bodo izvajalci med seboj obračunavali po evidenčni ceni točke, razen če se naročnik in izvajalec teh storitev ne dogovorita drugače.

(2) Cene storitev javnih zavodov in drugih izvajalcev, ki opravljajo zdravstvene storitve za izvajalce, ki se financirajo iz sredstev zdravstvenega zavarovanja, niso pa pogodbeni partnerji Zavoda, bo odobral minister za zdravje. Pri tem bodo upoštevani enaki kalkulativni elementi za oblikovanje cen, kot veljajo za druge izvajalce zdravstvenih storitev.

(3) Preiskave TSH, FT3 in FT4, ki jih Zavod plačuje posebej, bodo izvajalci naročali v laboratorijih, ki jih bo določilo Ministrstvo za zdravje na predlog RSK za laboratorijsko diagnostiko. Določilo velja do uveljavitve novega pravilnika o nadzoru in verifikaciji laboratorijev.

(4) Pregledovanje brisov materničnega vratu (CPL) se izvaja v citopatoloških laboratorijih, ki izpolnjujejo pogoje iz Pravilnika (Ur. l. RS št. 68/2001, 128/2004) in imajo odločbo Ministrstva za zdravje za opravljanje dejavnosti.

VI. Planska vrednost programov zdravstvenih dejavnosti

25. člen

(1) Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila), brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, znaša v tekočih cenah 1.444.316.278 EUR. Ta sredstva se razporedijo:

	Izvajalci	tekoče vrednosti 2007 v EUR
1.	Zdravstveni domovi skupaj	262.386.513
	Od tega	
	Program nujne medicinske pomoči	15.614.021
	Program odvisnosti od drog	2.187.766
2.	Bolnišnice skupaj	832.240.127
	Od tega	
	Sekundarna raven	710.068.999
	Terciarna raven	110.111.850
3.	Lekarne skupaj	33.355.650
4.	Zdravilišča skupaj	32.525.267
5.	Domovi za starejše občane skupaj	69.985.189
6.	Posebni socialni zavodi skupaj	22.810.742
7.	IVZ in ZZV skupaj	7.787.408
	Od tega	
7.1.	IVZ	6.520.505
	Nabava cepiv	4.766.130
	Terciarna raven	1.754.375
7.2.	ZZV skupaj	1.266.903
8.	Zasebniki skupaj	160.403.498
	Od tega	
	Osnovna zdravstvena dejavnost	97.920.352
	Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost	51.527.238
	Ostali zasebniki na primarni ravni	10.955.908
9.	Specializacije zdravnikov	22.821.884
	SKUPAJ	1.444.316.278

(2) Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) se razporedi po posameznih dejavnostih na naslednji način:

	Dejavnost	tekoče vrednosti 2007 v EUR
1	Osnovna zdravstvena dejavnost	376.565.585
2	Specialistična ambulantna ter bolnišnična sekundarna in terciarna dejavnost	916.948.629
3	Zdraviliška zdravstvena dejavnost	24.539.180
4	Lekarniška dejavnost	33.884.936
5	Dejavnost socialnovarstvenih zavodov	92.377.948
	SKUPAJ	1.444.316.278

(3) Planska vrednost programov zdravstvenih storitev opredeljena v prvem in drugem odstavku tega člena vključuje vrednosti nujnih širitvev programov oziroma uvajanja novih terapij pri zdravljenju iz pogodbenega leta 2006, če ti niso bili enkratni, ter vrednosti programov za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov ter vrednosti za nujne širitve programov oz. uvajanje novih terapij pri zdravljenju iz pogodbenega leta 2007.

(4) Vrednosti programov in cene zdravstvenih storitev iz Dogovora 2007 se nanašajo na njihovo celotno vrednost. To pomeni, da vključujejo vrednost storitev, ki je zagotovljena z obveznim zdravstvenim zavarovanjem in vrednost, ki si jo morajo zavarovane osebe zagotoviti z doplačili ali prostovoljnim zavarovanjem za doplačila do polne vrednosti storitev.

(5) Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov so lahko v okviru prvega in drugega odstavka tega člena načrtovana dodatna sredstva:

	P r o g r a m	I z v a j a l e c	Obseg v primerih	Dodatna sredstva na letni ravni	Dodatna sredstva 1.4.- 31.12.07*
1	Informatizacija			1.189.283,93 EUR (285.000.000 SIT)	891.962,94 EUR (213.750.000 SIT)
	Skupaj 5. odstavek			1.189.283,93 EUR (285.000.000 SIT)	891.962,94 EUR (213.750.000 SIT)

(6) Za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju so partnerji v okviru prvega in drugega odstavka tega člena načrtovali za:

	P r o g r a m	I z v a j a l e c	Obseg v primerih	Dodatna sredstva na letni ravni	Dodatna sredstva 1.4.- 31.12.07*
1	Obvezno dodatno testiranje na HIV 1 RNA in HBV DNA vseh enot krvi z metodo NAT (1.10.-31.12.2007)	Zavod za transf. Medicino, LJ	85.000	595.893,84 EUR (142.800.000 SIT)	148.973,46 EUR (35.700.000 SIT)
2	Endoskopski posegi čezmerne debelosti (1.12.-31.12.2007)	KC, SPS Kirurška klinika, Abdominalna kirurgija, LJ	100	727.861,83 EUR (174.424.810 SIT)	60.655,15 EUR (14.535.401 SIT)
3	Neuropsihološki pristopi in postopki obravnave otrok (1.12.-31.12.2007)	KC, Pediatrična Klinika, LJ	30	35.469,87 EUR (8.500.000 SIT)	2.955,82 EUR (708.333 SIT)
4	Hkratna presaditev trebušne slinavke in ledvice (1.10.-31.12.2007)	KC, SPS Kirurška klinika, Abdominalna kirurgija	5	110.999,83 EUR (26.600.000 SIT)	27.749,96 EUR (6.650.000 SIT)
5	Kostno usidrani slušni pripomoček -BAHA, meritve zvočno sevanje ušesa OAE (1.12.-31.12.2007)	KC, SPS Klinika za ORL, LJ in SB Maribor, Odd. za ORL in CFK, Maribor	20	113.895,84 EUR (27.294.000 SIT)	9.491,32 EUR (2.274.500 SIT)
6	Rekonstruktivni posegi medeničnega dna (1.12.-31.12.2007)	KC, SPS Ginekološka klinika, LJ	250	151.224,75 EUR (36.239.500 SIT)	12.602,06 EUR (3.019.958 SIT)
7	Predlog programa presejanja raka debelega črevesa in danke za asptomatično populacijo v starosti 50 - 69 let v dveh pilotnih regijah (1.10.-31.12.2007)	ZD Ljubljana, Enota preventivne - CINDI SLOVENIJA	134.856	873.557,52 EUR (209.339.323 SIT)	218.389,38 EUR (52.334.831 SIT)
8	Predoperativna (indukcijska) ali postoperativna (adjuvantna) kemoterapija (1.10.-31.12.2007)	Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	80	327.862,70 EUR (78.569.018 SIT)	81.965,68 EUR (19.642.255 SIT)
9	Kombinirano zdravljenje s kemoterapijo in obsevanjem za inoperabilni pljučni karcinom (1.10.-31.12.2007)	Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	10	40.982,84 EUR (9.821.127 SIT)	10.245,71 EUR (2.455.282 SIT)
10	Uvedba zdravljenja z gemcitabinom za zdravljenje recidivnih ovarijskih epitelnih tumorjev (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	5	12.583,12 EUR (3.015.420 SIT)	3.145,78 EUR (753.855 SIT)
11	Uvedba citostatikov - docetaksel za zdravljenje metastatskega raka dojke (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	25	141.259,28 EUR (33.851.375 SIT)	35.314,82 EUR (8.462.844 SIT)
12	Uvedba citostatikov - gemcitabin za zdravljenje metastatskega raka dojke (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	5	20.133,32 EUR (4.824.750 SIT)	5.033,33 EUR (1.206.188 SIT)
13	Uvedba zdravljenja s topotekanom za zdravljenje recidivnih ovarijskih epitelnih tumorjev (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	5	23.739,48 EUR (5.688.930 SIT)	5.934,87 EUR (1.422.233 SIT)
14	Uvedba zdravljenja z monoklinalnim protitelesom trastuzumab za zdravljenje raka dojk - zdravljenje primarnega raka (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	50	1.321.271,91 EUR (316.629.600 SIT)	330.317,98 EUR (79.157.400 SIT)

15	Uvedba zdravljenja z monoklonalnim protitelesom trastuzumab za zdravljenje raka dojk - zdravljenje metastatskega raka (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	15	396.381,57 EUR (94.988.880 SIT)	99.095,39 EUR (23.747.220 SIT)
16	Uvedba citostatikov - paklitaksel za zdravljenje metastatskega raka dojk (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	10	75.747,62 EUR (18.152.160 SIT)	18.936,91 EUR (4.538.040 SIT)
17	Uvedba citostatikov - pegilirani liposomalni doksorubicin za zdravljenje metastatskega raka dojk (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	5	72.828,74 EUR (17.452.680 SIT)	18.207,19 EUR (4.363.170 SIT)
18	Uvedba zdravljenja s pegiliranim liposomalnim doksorubicinom za zdravljenje recidivnih ovarijskih epitelnih tumorjev (1.10.-31.12.2007)	SB Maribor, Služba za ginekologijo in perinatologijo	5	72.828,75 EUR (17.452.680 SIT)	18.207,18 EUR (4.363.170 SIT)
19	Dopolnilno zdravljenje raka s taksani - zdravljenje z docetakselom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	50	190.419,69 EUR (45.632.174 SIT)	47.604,92 EUR (11.408.044 SIT)
20	Dopolnilno zdravljenje raka s taksani - Zdravljenje s paklitakselom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	50	459.458,64 EUR (110.104.668 SIT)	114.864,66 EUR (27.526.167 SIT)
21	Prvo zdravljenje CD 20 pozitivnega indolentnega malignega limfoma z rituksimabom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	25	387.869,00 EUR (92.948.926 SIT)	96.967,25 EUR (23.237.232 SIT)
22	Zdravljenje bolnikov z inoperabilnim pleuralnim mezoteliomom, ki predhodno še niso bili zdravljeni s kemoterapijo (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	10	188.783,38 EUR (45.240.049 SIT)	47.195,84 EUR (11.310.012 SIT)
23	Vzdrževalno zdravljenje bolnikov s folikularnim limfomom, ki so se odzvali na indukcijsko zdravljenje z ali brez rituksimaba po neuspehu drugega zdravljenja ali ponovitvi bolezni z rituksimabom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	30	241.418,75 EUR (57.853.590 SIT)	60.354,69 EUR (14.463.398 SIT)
24	Zdravljenje bolnikov z razširjenim karcinomom debelega črevesa in danke z bevacizumabom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	40	655.890,50 EUR (157.177.600 SIT)	163.972,63 EUR (39.294.400 SIT)
25	Zdravljenje metastatskega raka debelega črevesa in danke z oksaliplatinom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	40	428.026,84 EUR (102.572.352 SIT)	107.006,71 EUR (25.643.088 SIT)
26	Zdravljenje metastatskega raka debelega črevesa in danke s cetuksimabom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	20	526.890,80 EUR (126.264.112 SIT)	131.722,70 EUR (31.566.028 SIT)
27	Zdravljenje napredovanega karcinoma pankreasa in biliarnega sistema z gemcitabinom (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	20	137.069,60 EUR (32.847.360 SIT)	34.267,40 EUR (8.211.840 SIT)
28	Zdravljenje bolnikov z agresivnim CD pozitivnim limfomom I.X stadija, ter stadijev II, III in IV, terapija 1. reda v kombinaciji s CHOP (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	20	185.306,96 EUR (44.406.960 SIT)	46.326,74 EUR (11.101.740 SIT)
29	Zdravljenje bolnikov z rituksimabom: agresivni CD20 poz. limfomi, terapija 2. reda ali 3. reda, če bolnik še ni bil zdravljen s kemoterapijo, indolentni CD20 pozitivni limfomi, terapija 2. ali 3. reda, če bolnik še ni bil zdravljen s kemoterapijo in ponovitve agresivnih ali indolentnih CD 20 pozitivnih limfomov v sklopu visokodoznega zdravljenja in presaditve krvotvornih matičnih celic (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	15	232.721,21 EUR (55.769.310 SIT)	58.180,30 EUR (13.942.328 SIT)

30	Zdravljenje s fulvestrantom pri bolnicah s hormonsko odvisnim razsejanim rakom dojke pri pomenopavznih bolnicah po izčrpanem zdravljenju s tamoksifenom in aromataznimi inhibitorji (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	10	54.619,43 EUR (13.089.000 SIT)	13.654,86 EUR (3.272.250 SIT)
31	Zdravljenje bolnic z razsejanim HER2+ rakom dojke s trastuzumabom v monoterapiji ali v kombinaciji s taksani (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	20	723.616,76 EUR (173.407.520 SIT)	180.904,19 EUR (43.351.880 SIT)
32	Zdravljenje karcinoma jajčnikov s paklitakselom: prvo zdravljenje in ponovitev bolezni več kot 12 mesecev po prejšnjem zdravljenju (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	20	191.441,16 EUR (45.876.960 SIT)	47.860,29 EUR (11.469.240 SIT)
33	Zdravljenje bolnikov z redkimi tumorji s paklitakselom: raki ORL področja, sarkomi (zdravljenje 1. reda za angiosarkom), germinalni raki, rak mehurja (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	10	95.720,58 EUR (22.938.480 SIT)	23.930,15 EUR (5.734.620 SIT)
34	Zdravljenje z goserelin acetatom: napred. rak dojke pred menopavzo ali v obd. neposredno pred menop., če se odziva na horm. zdravlje. in kot alternativa kemoterapiji v stand. zdravljenju za ženske pred menop. ali v obd. neposredno pred menop., med njo in po njej pri zgodnjem raku dojke s poz. estrogenskimi receptorji (ER) (1.10.-31.12.2007)	Onkološki inštitut Ljubljana	30	50.092,64 EUR (12.004.200 SIT)	12.523,16 EUR (3.001.050 SIT)
35	Uporaba stentov - opornic pri premostitvi hudih zapor centralnih dihalnih poti zaradi maligne bolezni ali redkeje brazgotniskih (benignih) zožitev (1.12.-31.12.2007)	Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	10	7.511,27 EUR (1.800.000 SIT)	625,94 EUR (150.000 SIT)
36	Zdravljenje alergijske astme z antagonistom protiteles razreda IgE Omalizumabom (1.12.-31.12.2007)	Bolnišnica Golnik, KO za pljučne bolezni in alergijo	10	115.172,76 EUR (27.600.000 SIT)	9.597,73 EUR (2.300.000 SIT)
37	PET CT (1.10.-31.12.2007)		1000	1.001.502,25 EUR (240.000.000 SIT)	250.375,56 EUR (60.000.000 SIT)
38	Prenos vrednosti programov na celoletno raven			33.259.612,04 EUR (7.970.333.429 SIT)	33.259.612,04 EUR (7.970.333.429 SIT)
39	Specializacije			4.236.790,61 EUR (1.015.304.501 SIT)	4.236.790,61 EUR (1.015.304.501 SIT)
40	Povečanje programa zaradi dodatnih kapacitet za 38.395 dni zdrav. nege (1.10.-31.12.2007)			565.829,58 EUR (135.595.400 SIT)	141.457,39 EUR (33.898.850 SIT)
41	Sredstva za povečanje števila delavcev v centrih za sluh in govor – povečanje za zdravnika specialista foniater, za 0,50 defektologa/ logopeda, za 1,50 fizioterapevta, za 1,50 delovnega terapevta, za 1 medicinsko sestro, za 1 administratorja (1.10.-31.12.2007)			210.315,47 EUR (50.400.000 SIT)	52.578,87 EUR (12.600.000 SIT)
42	Sredstva za povečanje števila delavcev v socialnovarstvenih zavodih – povečanje za 1 diplomirano medicinsko sestro, 2 zdravstvenega tehnika, 2 bolničarja - negovalca (1.10.-31.12.2007)			89.300,62 EUR (21.400.000 SIT)	22.325,15 EUR (5.350.000 SIT)
43	Sredstva za povečanje števila delavcev v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju – povečanje za 1 logopeda, 1 bolničarja – negovalca (1.10.-31.12.2007)			76.781,84 EUR (18.400.000 SIT)	19.195,46 EUR (4.600.000 SIT)

44	Sredstva za napredovanje v nazive v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje – 2 logopeda, 2,5 defektologa, 1 diplomirana medicinska sestra, 1 višja medicinska sestra, 1 fizioterapevt, 1 diplomirano delovno terapevtko (1.10.-31.12.2007)			17.526,29 EUR (4.200.000 SIT)	4.381,57 EUR (1.050.000 SIT)
45	Sredstva za napredovanje v nazive v centrih za sluh in govor – 2 specialista klinične logopedije, 1 specialist klinične psihologije (1.10.-31.12.2007)			17.526,29 EUR (4.200.000 SIT)	4.381,57 EUR (1.050.000 SIT)
46	Sredstva za povečanje števila delavcev v zavodih za gibalno ovirane – povečanje kvalifikacijskega količnika za vzdrževalca bazenske tehnike/ reševalca v bazenu (1.10.-31.12.2007)			4.172,93 EUR (1.000.000 SIT)	1.043,23 EUR (250.000 SIT)
47	Sredstva za povečanje števila delavcev v zavodih za gibalno ovirane – povečanje kadra za administratorja v zdravstvu (1.10.-31.12.2007)			2.086,46 EUR (500.000 SIT)	521,62 EUR (125.000 SIT)
48	Povečanje kapacitet in novi izvajalci - Skupnost socialnih zavodov Slovenije (1.10.-31.12.2007)			4.783.725,59 EUR (1.146.372.000 SIT)	69.900,68 EUR (16.751.000 SIT)
	Skupaj 6. odstavek			54.251.722,77 EUR (13.000.882.844 SIT)	40.367.345,91 EUR (9.673.630.773 SIT)

*Vrednosti programov pod zap.št. 1, 4, od 7 do 34, 37, od 40 do 48 se nanašajo na obdobje 1.10.2007 - 31.12.2007, vrednosti programov pod zap.št. 2, 3, 5, 6, 35 in 36 se nanašajo na obdobje 1.12.2007 - 31.12.2007.

Dodatna sredstva za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov ter za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju bodo v letu 2007 opredeljena v Aneksu k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2007, v kolikor bo to dopuščal rezultat poslovanja Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije v letu 2006. Predvidena dodatna sredstva se prioriteto namenijo nadaljevanju izvajanja nerealiziranega in neplačanega enkratnega dodatnega programa iz leta 2006, hitrejšemu financiranju oziroma uvajanju boljšega vrednotenja že dogovorjenih programov ter nujnih širitve programov oziroma uvajanj novih terapij pri zdravljenju, opredeljenih v petem in šestem odstavku tega člena (pri čemer se sredstva prioriteto namenijo hitrejšemu uvajanju novih zdravstvenih programov, ki jih je potrdil Zdravstveni svet, programom, ki jih izvajajo socialnovarstveni zavodi oziroma zavodi za usposabljanje, ter zagotovitvi celotnega obsega sredstev za informatizacijo izvajalcev za leto 2007, opredeljenega v strategiji E-zdravje do leta 2010), uravnavanju pogodbenih vrednosti programa akutnih bolnišničnih obravnav izvajalcev z vrednostmi programov na podlagi SPP (podlago uravnavanju predstavljajo plan in realizacija obsega programa (število primerov in obteženih primerov) v obdobju 2004 - 2006, upoštevajoč poslovanje izvajalcev) ter skrajšanju čakalnih dob in sicer prioriteto za ortopedske programe (endoproteze artroplastike kolka, kolena in gležnja), programe radiološke diagnostike (preiskave s CT in MR) ter preostale bolnišnične in specialistične ambulantne programe. Razporeditev programov za skrajšanje čakalnih dob opredeli Ministrstvo za zdravje na podlagi podatkov o evidentiranih potrebah prebivalcev na dan 31.12.2006 ter zmogljivosti izvajalcev.

VII. Oblikovanje programov po območjih in pri izvajalcih

26. člen

(1) Na območjih izpostav Zavoda, ki presegajo povprečno preskrbljenost prebivalstva Slovenije z nosilci timov, se bodo v pogodbenem letu 2007 programi zmanjšali, na območjih izpostav Zavoda, ki so pod povprečjem, pa povečali. Preskrbljenost se bo ugotavljala za vsako stroko posebej. Zmanjšanje preskrbljenosti za posamezno območje se bo izvedlo najprej v javnih in drugih zavodih s koncesijo, ki imajo po stanju zaposleno manjše število nosilcev timov kot jim jih po pogodbi plača Zavod, preostanek pa pri ostalih izvajalcih sorazmerno z obsegom programa, ki ga imajo dogovorjenega v pogodbi z Zavodom. Povečanje preskrbljenosti za posamezno območje se bo izvedlo najprej v javnih in drugih zavodih s koncesijo, ki imajo po stanju zaposleno večje število nosilcev timov kot jim jih po pogodbi plača Zavod, preostanek pa pri ostalih izvajalcih sorazmerno z obsegom programa, ki ga imajo dogovorjenega v pogodbi z Zavodom.

27. člen

- (1) Za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva Slovenije z zdravstvenimi delavci oziroma programi bodo za določanje gravitacije upoštevani podatki o številu prebivalstva, ki so hkrati zavarovane osebe, na dan 31.12.2006, korigirani glede na število opredeljenih zavarovanih oseb, kjer je ta korekcija smiselna. Preskrbljenost se bo ugotavljala za naslednje dejavnosti: splošne ambulante, otroške in šolske dispanzerje, dispanzerje za ženske, patronažo, nego na domu, fizioterapijo in zobozdravstvo.
- (2) Dopustna odstopanja od povprečja opredelijo partnerji v področnih dogovorih.

VIII. Področni dogovori

28. člen

- (1) Za natančnejšo opredelitev Dogovora 2007 posamezni partnerji sklenejo področne dogovore. Z njimi opredelijo:
1. merila za določanje zmogljivosti za izvajanje programov,
 2. merila za ugotavljanje specifičnosti pri vrednotenju programov,
 3. seznam ločeno zaračunljivih materialov in storitev posameznega ožjega zdravstvenega področja,
 4. pravice in obveznosti izvajalcev ter Zavoda pri uresničevanju sklenjenih pogodb in izvajanju programov,
 5. načine in roke poravnavanja računov za opravljene storitve,
 6. kriterije za prerazporejanje sredstev med dejavnostmi, ki so med seboj funkcionalno soodvisne,
 7. kriterije in merila za razporeditev sredstev za nujno širitev programov opredeljenih v 25. členu Dogovora.
- (2) Za izvajalce, katerih dejavnost ni urejena s področnim dogovorom, se smiselno uporabljajo določila Dogovora 2007.
- (3) Dogovorjeni načini reševanja specifičnih problemov v posameznih dejavnostih, ki so opredeljeni v področnih dogovorih za leto 2007, se lahko spremenijo z aneksi k področnim dogovorom za leto 2007.

29. člen

- (1) Področne dogovore bodo sprejeli Ministrstvo za zdravje in Zavod ter:
1. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost,
 2. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije za bolnišnice,
 3. Lekarniška zbornica Slovenije za področje lekarniške dejavnosti,
 4. Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč,
 5. Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost zavodov za usposabljanje Slovenije za področje zdravstvene dejavnosti socialnovarstvenih zavodov.
- (2) Vsak partner lahko imenuje največ tri člane pogajalske skupine za posamezen področni dogovor. Posamezen član ima lahko namestnika, ki se seje udeleži le ob odsotnosti člana. Izjema je Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije. Sej za pripravo področnih dogovorov, katerih partner je Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, se lahko vedno udeleži tudi direktor(-ica) Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije.
- (3) S Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost se ureja tudi financiranje Inštituta za varovanje zdravja in Zavoda za zdravstveno varstvo.

30. člen

- (1) Področni dogovori ne morejo biti v nasprotju z določili Dogovora 2007.
- (2) Področni dogovori se sprejmejo istočasno z Dogovorom 2007 oziroma najpozneje v 35 dneh po njegovem sprejemu ali odločitvi arbitraže ali Vlade R Slovenije o spornih vprašanjih za Dogovor 2007.

(3) Partner, ki se z vsebino področnega dogovora ne strinja, zahteva v 60 dneh po začetku veljavnosti Dogovora 2007 presojo spornih vprašanj na arbitraži. Arbitražni postopek lahko zahteva tudi drug partner, ki meni, da so z neskenitvijo področnega dogovora prizadeti njegovi interesi.

(4) V primeru sporov med udeleženci področnih dogovorov odloči o spornih vprašanjih arbitraža, ki jo sestavlja enako število, vendar največ po dva predstavnika Ministrstva za zdravje, izvajalcev in Zavoda. Odločitev arbitraže je dokončna.

(5) Če pri glasovanju arbitraže ni dosežena večina glasov, velja odločitev, za katero glasuje predsednik arbitraže.

IX. Razpis in izbira programov

31. člen

(1) Zavod bo objavil razpis programov po sprejemu Dogovora 2007 in področnih dogovorov iz 29. člena. Razpis, ki ga bo objavil Zavod, se bo nanašal le na nove izvajalce in nekatere dodatne programe iz 25. člena Dogovora 2007. Ponudniki so svoje prijave dolžni predložiti na obrazcih, ki jih pripravi Zavod. Vsem ostalim izvajalcem, ki so z Zavodom sklenili pogodbo že v letu 2006, bo Zavod ponudil, po uskladitvi programa z izvajalcem, sklenitev pogodbe, v kateri bo na novo, v skladu z Dogovorom 2007, ustreznim področnim dogovorom in upošteva nove izvajalce, opredelil obseg in vrednotenje programa.

(2) Pri izbiri novih zasebnikov bo Zavod upošteval izpolnjevanje zakonskih pogojev, to je podelitev koncesije za opravljanje zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe in standarde, dogovorjene v tem Dogovoru oziroma ustreznem področnem dogovoru.

32. člen

(1) Ob prijavi na razpis mora izvajalec podati poleg ponudbe tudi svoje pisno soglasje z Dogovorom 2007 in s področnim dogovorom.

(2) Zavod bo opravil izbiro med ponujenimi programi v roku določenem z razpisom. Zavod lahko zahteva dopolnitev ponudb oziroma jih zavrne. Izvajalci morajo dopolniti ponudbo v roku 7 dni po prejemu zahtevka. Po izteku roka za izbiro bo Zavod sklenil pogodbe s posameznimi izvajalci v 30 dneh.

(3) Pravne in fizične osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, morajo predložiti Zavodu odločbo o podelitvi koncesije in pogodbo o koncesiji pred pričetkom dela ter pričeti z delom v dogovorjenem roku, sicer šteje, da so od ponudbe oziroma pogodbe odstopile.

33. člen

(1) Izvajalec, ki ne bo soglašal s ponujeno pogodbo, mora v roku 7 dni, ki šteje od dneva prejetja ponujene pogodbe, predložiti Zavodu pisno zahtevo za arbitražni postopek. V tej zahtevi natančno opredeli določila, za katera meni, da so v predlogu pogodbe v nasprotju z opredelitvami iz Dogovora 2007 oziroma področnega dogovora. Sočasno mora v tej zahtevi podati predlog kandidata za predsednika arbitraže in za dva člana arbitraže. Predlagatelj arbitraže določi svoja predstavnika poimensko in navede naslove kamor se jim pošlje gradivo za arbitražo.

(2) Če izvajalec ne podpiše ponujene pogodbe in ne predlaga arbitražnega postopka v roku, šteje, da je odstopil od ponudbe in ne želi podpisati pogodbe z Zavodom. Po preteku roka za predlaganje arbitražnega postopka prične teči izvajalcu, ki ima z Zavodom že sklenjeno pogodbo, odpovedni rok po tej pogodbi. Odpovedni rok znaša 30 dni.

(3) Če izvajalec ne podpiše ponujene pogodbe v roku 7 dni od prejetja ponudbe, lahko zahteva arbitražo Zavod. V tem primeru veljajo za Zavod enaka določila kot za izvajalca.

34. člen

(1) Arbitražo iz 33. člena Dogovora 2007 sestavljajo:

1. dva predstavnika, imenovana s strani izvajalca ali njuna namestnika,
2. dva predstavnika, imenovana s strani Zavoda ali njuna namestnika,
3. predsednik, ki ga sporazumno določita pogodbeni stranki.

(2) Če pogodbeni stranki ne moreta doseči soglasja o predsedniku arbitraže, ga določi Ministrstvo za zdravje. Predsednik ne more biti delavec ali predstavnik pogodbenih strank, ki sta v arbitražnem sporu.

(3) Arbitraža odloča ob prisotnosti vseh članov ali njihovih namestnikov.

(4) Potek arbitraže je javen.

35. člen

(1) Na začetku arbitražne obravnave predstavi pogodbeni stranka, ki je predlagala arbitražni postopek, sporna vprašanja in poda svoje mnenje, v katerih elementih je ponujena pogodba v neskladju z določili Dogovora 2007 oziroma področnega dogovora. Za tem poda svoje stališče druga pogodbeni stranka. Ves čas obravnave lahko obe stranki predložita ali zahtevata od druge stranke predložitev dokazov o zadevah, ki so sporne.

(2) O poteku arbitražnega postopka se vodi zapisnik, ki ga po končanem postopku podpišejo vsi člani arbitraže. Vsaka od strank prejme po dva izvoda zapisnika.

(3) Med potekom arbitražnega postopka in pred sprejemom odločitve lahko:

1. pogodbeni stranka od svoje zahteve odstopi,
2. pogodbeni stranki dosežeta sporazum oziroma se pobotata.

(4) V kolikor se ne pobotata ali pogodbeni stranka, ki je predlagala arbitražni postopek od svoje zahteve ne odstopi, sprejme arbitraža odločitev. Arbitraža odloči z večino glasov vseh njenih članov. Njena odločitev je dokončna in je podlaga za sklenitev pogodbe med izvajalcem in Zavodom.

(5) Če izvajalec po odločitvi arbitraže ne podpiše pogodbe z Zavodom v roku 7 dni, Zavod lahko uvede začasno financiranje izvajalca v višini vrednosti programa, ugotovljenega v skladu z Dogovorom 2007 in sklepom arbitraže.

36. člen

(1) Pogodbeni stranki pred začetkom arbitražnega postopka sprejmeta poslovnik o delu arbitraže. Z njim morata soglašati obe stranki.

X. Standardi ponudbe zdravstvenih storitev

37. člen

(1) Izvajalci morajo zavarovanim osebam nuditi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v Pravilih in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja. Poleg teh pa jim lahko nudijo tudi nadstandardne storitve in materiale. Za tako izvedene storitve lahko izvajalci zaračunavajo doplačila, vendar morajo pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev seznaniti zavarovano osebo o višini doplačila za storitev (po specifikaciji) in pridobiti njeno pisno soglasje.

38. člen

(1) Izvajalci bodo zavarovanim osebam pri uresničevanju pravic zagotovili standarde v skladu s Pravili. Pri tem bodo:

1. Zagotavljali nujno medicinsko pomoč in neodložljive medicinske storitve vsem osebam, ne glede na to, kdo je njihov izbrani zdravnik.
2. Opravljali storitve in omogočili zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s Pravili.
3. Na vidnem mestu 'v čakalnici, hodnikih zdravstvenih zavodov ali ordinacijah' objavili plakate, zloženke ipd. Zavoda, ki se nanašajo na uresničevanje pravic zavarovanih oseb.
4. Na vidnem mestu objavili imena in priimke oseb, ki so dolžne voditi pritožbene postopke pri izvajalcu.
5. Na vidnem mestu objavili seznam zdravnikov, ki jih zavarovane osebe lahko izberejo v skladu s Pravili, njihov ordinacijski čas in čakalno dobo za izbrane zobozdravnike in ginekologe. Objavili bodo tudi seznam zdravnikov, ki delajo v specialističnih ambulantah, njihov ordinacijski čas in čakalne dobe. O spremembah ordinacijskih časov in čakalnih dob izvajalec sproti obvešča Zavod. Poročilo o čakalnih dobah izvajalci posredujejo vsakih štiri mesece Zavodu in Ministrstvu za zdravje.
6. Zavod bo v pogodbah z izvajalci dogovoril čakalne dobe za prve preglede in preiskave po opravljenem trižnem pregledu v skladu s Pravilnikom o naročanju na specialistični pregled (Ur. l. RS, št.72/2000), kakor tudi čakalne dobe za program bolnišnične in drugih dejavnosti, kjer je čakalna doba. Čakalne dobe morajo biti dogovorjene s ciljem doseganja razumne čakalne dobe glede na nacionalno povprečje.
7. Vodili čakalno knjigo v skladu z navodili Zavoda, spoštovali vrstni red iz čakalne knjige ter zagotovili naročeno obravnavo ob naročenem času ob istočasnem spoštovanju strokovno upravičene prednosti, če v okviru programa, dogovorjenega z Zavodom, ne morejo zavarovanim osebam nuditi storitev takoj.
8. Če zavarovana oseba uveljavlja storitve v samoplačniški ambulanti, mora s tem soglašati in podpisati izjavo, da ne bo od Zavoda zahtevala povračila stroškov. Te storitve lahko izvajalec opravi le izven ordinacijskega časa, opredeljenega v pogodbi z Zavodom. Za samoplačnike mora izvajalec predpisovati zdravila na bele recepte. Zavarovana oseba mora podpisati soglasje tudi v primeru, ko ji izvajalec nudi v okviru ordinacijskega časa, dogovorjenega v pogodbi z Zavodom, nadstandardne materiale ali storitve.
9. Ob vpisu zavarovane osebe v čakalno knjigo, v primerih, ko je to mogoče, določili datum in uro pregleda, preiskave ali posega, v ostalih primerih pa v skladu z navodili Zavoda. Po vzpostavitvi Nacionalne čakalne liste za srčno žilna obolenja, ortopedske operacije in operacije sive mreže bodo izvajalci navedenih dejavnosti po uvrstitvi na nacionalno čakalno listo bolnika seznanili z njegovo pozicijo na nacionalni čakalni listi in možnostih opravljanja posega pri ostalih izvajalcih omenjenih dejavnosti.
10. Za operacije sive mreže vpisovali zavarovane osebe v čakalno knjigo skladno s smernicami Razširjenega strokovnega kolegija za okulistiko.
11. Med samim zdravljenjem zagotavljali čakalno dobo v skladu z veljavno medicinsko doktrino in določili pogodbe z Zavodom.
12. V splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih izvajali prve preglede brez čakalnih dob.

13. Nudili zavarovanim osebam storitve v ordinacijskem času, ki je opredeljen v pogodbi z Zavodom in to enakomerno skozi vse leto. V primeru odsotnosti je izvajalec dolžan zagotoviti nadomestilo ter to objaviti na vidnem mestu.
14. Zagotovili ordinacijski čas za zavarovane osebe Zavoda najmanj v obsegu ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne, ki praviloma velja od 15. ure dalje ali v soboto.
15. Zagotoviti število delujočih ambulant skladno s številom plačanih timov po pogodbi z Zavodom tako, da bo zagotovljen ordinacijski čas v obsegu 32,5 ur efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in klinični logoped, ter 28,5 ur efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik radiolog, sicer pa 35 ur efektivnega dela ambulante na teden.
16. Vsak delovni dan v ordinacijskem času zagotovili zavarovanim osebam naročanje na pregled oziroma na sprejem v zdravljenje ali terapijo.
17. Zagotovili izvajanje s pogodbo dogovorjenega bolnišničnega programa enakomerno skozi celo leto.
18. Izbrani osebni zdravniki opravili storitve po naročilu imenovanih zdravnikov ali zdravstvene komisije Zavoda ob zglasitvi zavarovane osebe pri zdravniku, pooblaščenim zdravnikom pa v roku 14 dni po zglasitvi zavarovane osebe pri zdravniku.
19. Ob napotitvi zavarovane osebe k imenovanemu zdravniku ali na zdravstveno komisijo Zavoda, tej posredovali vso potrebno dokumentacijo, ki je po mnenju imenovanega zdravnika ali zdravstvene komisije Zavoda potrebna za oceno stanja ali upravičenosti zavarovane osebe do posamezne pravice. Osebe, zadržane od dela zaradi bolezni ali poškodbe, pri katerih ocenjujejo, da bodo morale biti odsotne z dela tudi po preteku 30 koledarskih dni, so dolžni napotiti k imenovanemu zdravniku ali na zdravstveno komisijo Zavoda vsaj tri dni pred iztekom 30 dnevne zadržanosti od dela.
20. Na področju zobozdravstvene dejavnosti zagotovili zavarovanim osebam standardne materiale in storitve ter realizirali program v razmerjih, ki so določena v področnih dogovorih.
21. Naročniki nenujnih reševalnih prevozov le te naročali samo pri izvajalcih nenujnih reševalnih prevozov, ki imajo sedež v istem kraju kot naročnik oziroma so najbližji naročniku. To pa ne velja za primere, ko se izvajalec nenujnih reševalnih prevozov vrača na svoj sedež in lahko sočasno zagotovi prevoz novega bolnika, ali izjemoma, če je to bolj racionalno, prevoz izvede izvajalec, ki ima sedež bližje prebivališču zavarovane osebe.
22. Naročniki in izvajalci nenujnih reševalnih prevozov zagotovili racionalno izvajanje prevozov tako, da bo sočasno prepeljano več bolnikov oziroma da bodo vozila opravljala vožnje brez bolnikov v najmanjši možni meri ter v primerih, ko bo to možno, na nalogo za prevoz opredelili, da bo prevoz opravil isti izvajalec v obe smeri.
23. Omogočili nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom in farmacevtom Zavoda vpogled v dokumentacijo, ki je podlaga za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer je potrebno upoštevati določila Zakona o varstvu osebnih podatkov.
24. Redno (mesečno) osveževali in uporabljali seznam neveljavnih kartic.
25. Izvajalci bolnišnične dejavnosti najmanj vsake tri mesece pošiljali na IVZ potreben nabor podatkov za razvrstitev obravnav v skupine primerljivih primerov.
26. Zagotovili varno in visoko kakovostno zdravstveno obravnavo vključno z vpeljevanjem kliničnih poti, kazalnikov kakovosti in drugih metod in orodij kakovosti ter reden notranji nadzor nad varnostjo pacientov in kakovostjo zdravstvene obravnave na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Način vgraditve se opredeli v področnih dogovorih.
27. Po zaključku zdravljenja bodo izvajalci od 1.1.2005 zavarovanim osebam izstavili specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, skladno z usmeritvami, opredeljenimi v področnih dogovorih.

XI. Obračunavanje zdravstvenih storitev

39. člen

(1) Izvajalci bodo za opravljene storitve izstavljali Zavodu račune, zahtevke za plačilo in poročila skladno z navodili Zavoda (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3). Račune, zahtevke za plačilo in poročila bodo izvajalci dostavili Zavodu najkasneje do 10. v mesecu za pretekli mesec. Račune, zahtevke za plačilo in poročila, ki jih bo izvajalec dostavil Zavodu v tekočem mesecu za storitve opravljene pred več kot dvema mesecema, bo Zavod zavrnil, razen v primeru objektivnih razlogov za zamudo, ki jih ugotovita pogodbeni partnerja, vendar najkasneje do zaključka letnega obračuna.

(2) Račune, ki jih izvajalci izstavljajo na podlagi obdobjih obračunov, bodo izvajalci dostavili Zavodu v petih dneh po prejemu obvestila Zavoda o višini obračuna za posamezno trimesečje. Obvestilo o višini obračuna bo Zavod posredoval izvajalcem praviloma v 45 dneh po izteku trimesečja. V primeru, da bi moral izvajalec izstaviti obračunski račun nižji od 12,52 EUR (razlika med obveznostjo ugotovljeno na podlagi obračuna in že izstavljenimi računi), se ta vrednost prenese v naslednje obračunsko obdobje oziroma se poračuna pri končnem letnem obračunu.

(3) Zavod bo izvajalcem, ki izstavljajo poročila o opravljenem delu, prvi obrok avansa v višini 50 % mesečnega avansa nakazal do 10. v mesecu. Drugi obrok v višini 20 % mesečnega avansa bo Zavod nakazal izvajalcem do 20. v mesecu. Preostala sredstva do višine mesečnega avansa bo Zavod izvajalcem nakazal do konca meseca.

(4) Ne glede na določbe prejšnjega odstavka ima Zavod možnost, da posameznim zasebnim izvajalcem nakaže akontacijo le na podlagi dokazil o mesečni realizaciji pogodbeno dogovorjenega programa.

(5) Morebitna dodatna določila o rokih za obračunavanje storitev opredelijo partnerji v področnih dogovorih.

(6) V primeru uvedbe računalniške izmenjave podatkov šteje, da je elektronska dispozicija enakovredna pisnim dokumentom iz prvega odstavka tega člena. Natančneje se o pravicah in obveznostih izmenjave podatkov dogovorita izvajalec in Zavod s posebno pogodbo.

40. člen

(1) Pravilno in pravočasno izstavljene račune in zahtevke za plačilo, ki se vsebinsko in količinsko ujemajo s pogodbo in sklepi o obračunu, bo Zavod poravnal najpozneje v 30 dneh po prejemu popolne dokumentacije. Natančneje rok plačila za zdravilišča in socialnovarstvene zavode ter zavode za usposabljanje, vendar ne daljši od 30 dni po prejemu popolne dokumentacije, partnerji opredelijo v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč in v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje na podlagi podatkov o likvidnostnem stanju ter preteklem poslovanju izvajalcev. Do opredelitve novega roka plačila v področnih dogovorih bo Zavod pravilno in pravočasno izstavljene račune in zahtevke za plačilo, ki se vsebinsko in količinsko ujemajo s pogodbo in sklepi o obračunu, poravnal najpozneje v 15 dneh po prejemu popolne dokumentacije. Lekarnam bo Zavod poravnal zahtevke za plačilo 30. dan od prejema popolne dokumentacije. Dokumentacija je popolna, kadar so poslani tudi obvezne elektronske (RIP SPP, RIP AOR) in papirne priloge. Če te obveze ne izpolni, je dolžan izvajalcu plačati zamudne obresti skladno z obrestno mero za sredstva Zavoda pri Banki Slovenije.

(2) V roku iz prejšnjega odstavka od prejema popolne dokumentacije bo Zavod izvajalcu zavrnil račune, zahtevke za plačilo in poročila, ki ne bodo sestavljena v skladu z opredelitvami iz prejšnjega člena, ali ne bodo v skladu s pogodbo.

(3) Dokumente (seznam in specifikacije poslanih zbirnih računov, poročil ali zahtevkov za plačilo), ki jih morajo izvajalci pošiljati Zavodu na papirju, ko je sicer vzpostavljena računalniška izmenjava podatkov, bodo izvajalci dostavili Zavodu v roku pet dni od dneva elektronsko posredovanih podatkov. V primeru, da predpisane papirne dokumente izvajalci posredujejo Zavodu kasneje, šteje rok za plačilo računa ali zahtevka za plačilo od dneva prejema papirnih dokumentov.

41. člen

(1) V skladu z določili Dogovora 2007 se obračun obveznosti med izvajalci in Zavodom izvaja za prvi in drugi kvartal v letu ter za drugo polletje (končni letni obračun). Pri tem se upoštevata obdobjni plan in realizacija storitev tako, da se preseganje ali nedoseganje realizacije storitev glede na plan v obravnavanem obdobju prenaša v naslednje obračunsko obdobje. Prenosi niso možni iz enega koledarskega leta v drugo.

(2) Merila za obračun storitev za posamezno obdobje sprejmejo partnerji na podlagi poročila o realizaciji dogovorjenega programa.

(3) Za morebitne ugotovljene sistemske nepravilnosti pri končnem obračunu, ki se ugotovijo po zaključku poslovnega leta, partnerji dogovorijo način urejanja obveznosti med izvajalcem in Zavodom.

42. člen

(1) Ob obdobjnem obračunu se lahko pri izvajalcih posameznih dejavnosti, navedenih v 3. členu Dogovora 2007, upošteva tudi večje število opravljenih storitev, kot je plansko predvidenih za to obdobje, če:

1. to omogočajo sredstva v okviru letnega finančnega načrta Zavoda,
2. je dejavnost s svojim delom prispevala k zmanjšanju stroškov Zavoda na področju posamezne zdravstvene dejavnosti ali na področjih zdravstvenega zavarovanja,
3. je to v skladu z usmeritvami in cilji Ministrstva za zdravje.

(2) Ugotavljanje preseganja programa iz razlogov iz 6. člena Dogovora 2007 ima prednost pred ostalimi razlogi.

(3) Pri obdobjnih obračunih je lahko upoštevano večje število bolnikov in kilometrov od plana le v primerih, ki so predvideni v 6. členu tega Dogovora.

(4) V primeru, da izvajalec trajno prekine z izvajanjem zdravstvenih programov v času pred končnim letnim obračunom, bo Zavod ob prejemu informacije o trajnem prenehanju izvajanja dejavnosti za tega izvajalca, izvedel izredni končni letni obračun. Zavod bo obračun izvedel na podlagi zadnjih veljavnih meril za obračun zdravstvenih storitev, ki so jih sprejeli partnerji.

43. člen

(1) Zavod bo prihranke znotraj sprejetega finančnega načrta, ki bodo posledica racionalnega dela izvajalcev, manjšega trošenja ob enaki ali boljši kvaliteti dela predvsem nosilcev programov (zmanjšani stroški za zdravila, za ortopedske in druge tehnične pripomočke, zmanjšanje odsotnosti z dela in s tem nadomestil za plače, zmanjšanje zdravljenja v tujini in potnih stroškov) namenil za stimulacijo nosilcev programov in za druge namene, s katerimi bi se izboljšala materialna osnova njihovega dela.

(2) Izvajalcem, ki jih Zavod financira na podlagi kombiniranega sistema glavarine in storitev (ambulante splošne in družinske medicine, otroški in šolski dispanzerji), bo Zavod zagotovil plačilo 92% celotne vrednosti programa korigirane z indeksom doseganja količnikov iz glavarine, če bo opravil vsaj 13.000 količnikov iz obiskov (glej opombo *) na leto. Preostala sredstva do polne vrednosti programa pa bo Zavod zagotovil izvajalcu, če bo v celoti opravil dogovorjeni program preventive in po številu napotitev na sekundarno raven ne bo odstopal od povprečja v Republiki Sloveniji za več kot 2 standardni deviaciji.

(3) V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi dogovorjenega programa preventive v splošnih, otroških in šolskih ambulantah, mu bo Zavod ob letnem obračunu zmanjšal plačilo za 2% celotne vrednosti programa, če je realiziral vsaj dve tretjini (2/3) programa oziroma za 4%, če je realiziral manj kot dve tretjini (2/3) v pogodbi dogovorjenega programa. Ta sredstva se razporedijo izvajalcem, ki so program preventive realizirali v celoti, po strukturi presejanja dogovorjenega programa preventive. Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 85 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa, v otroškem in šolskem dispanzerju 90 % pogodbeno dogovorjenega programa preventive, v dispanzerju za ženske pa 70 % pogodbeno dogovorjenega programa preventivnih pregledov raka materničnega vratu.

(4) V primeru, da ima izvajalec v pogodbi z Zavodom dogovorjenih več timov, se vsi parametri predhodnega odstavka preračunajo na tim, zmanjšanje plačila pa se ugotovi v višini 4% nerealiziranega programa preventive.

(5) V primeru, da izvajalec po številu napotitev na sekundarno raven odstopa od državnega povprečja za več kot 2 do 2,5 standardne deviacije, mu Zavod ob letnem obračunu zmanjša plačilo za 2%, ob preseganju za več kot 2,5 standardne deviacije pa za 4% celotne vrednosti programa. Ta sredstva se razporedijo izvajalcem, ki bodo napotili na sekundarno raven manj kot 2 standardni deviaciji glede na državno povprečje, in sicer po strukturi nedoseganja državnega povprečja (povprečnega števila napotitev na korigirano opredeljeno zavarovano osebo).

(6) Pri ugotavljanju odstopanj od povprečja napotitev se bo upoštevala starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb po lestvici:

STAROST	FAKTOR
0 let	1,0
1 – 39 let	0,7
40 - 49 let	1,0
50 - 64 let	1,3
65 in več	1,5

* Opomba: Normativ velja za standard, pri posameznem izvajalcu pa se korigira skladno s številom opredeljenih oseb oziroma količnikov za glavarino.

(7) Število napotitev na tisoč korigiranih zavarovanih oseb se izračuna kot razmerje med številom napotitev v posamezni dejavnosti pomnoženih s tisoč ter korigiranimi zavarovanimi osebami v isti dejavnosti (povprečje štirih stanj med letom). Opredeljene zavarovane osebe se razporedijo v okviru nosilca-zdravnika po dejavnostih, ki jih le-ta opravlja na podlagi starostne strukture (od 0-5 let otroški dispanzer, od 6-18 let šolski dispanzer, od 19 let dalje splošna ambulanta).

(8) Napotitve se beležijo po kriterijih iz Priloge VI, ki je priloga Dogovora.

XII. Nadzor

44. člen

(1) Zavod izvaja nadzor nad izvajanjem pogodb v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju ter v skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti.

(2) Izvajalec, ki krši pogodbene obveznosti, je dolžan Zavodu povrniti škodo, ki je s kršitvijo nastala.

45. člen

(1) V letu 2007 bodo klinike, Ministrstvo za zdravje in Zavod izvedli strokovno inštruktažne nadzore nad pravilnostjo evidentiranja diagnoz in postopkov, ki so podlaga za oblikovanje skupin primerljivih primerov.

46. člen

(1) Zavod opravlja nadzor nad uresničevanjem pravic zavarovanih oseb, nad evidencami in obračunavanjem opravljenih zdravstvenih storitev ter nad izvajanjem pogodb, ki jih izvajalci sklenejo z Zavodom, v skladu z zakoni, s Statutom Zavoda, pogodbo in tem Dogovorom.

(2) Zavod lahko izvede nadzor nad evidencami in obračunavanjem opravljenih zdravstvenih storitev ter nad izvajanjem pogodb tako, da preveri:

- da so zaračunane oziroma obračunane le opravljene in dovoljene storitve in samo v dovoljeni višini,
- da ima vsaka zaračunana oziroma obračunana storitev podlago v verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

(3) Kadar Zavod opravlja nadzor nad evidentiranjem in obračunavanjem opravljenih zdravstvenih storitev in nad izvajanjem pogodb v skladu s tem Dogovorom izdela zapis o nadzoru, na katerega ima izvajalec pravico dati pripombe. Po presoji dobljenih pripomb in dogovoru glede odprave eventualnih pomanjkljivosti izda Zavod končni zapis.

(4) Pri nadzoru zdravnika oziroma zobozdravnika je lahko na predlog nadzorovanega zdravnika prisoten predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije. Pri nadzorih v lekarnah pa je lahko prisoten predstavnik Lekarniške zbornice Slovenije. Pri nadzorih, ki jih opravljata Zdravniška ali Lekarniška zbornica Slovenije pa je lahko prisoten zdravnik oziroma nadzornik Zavoda.

(5) Ministrstvo za zdravje in Zavod v sodelovanju z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije enkrat letno (v zadnjem četrletju obračunskega obdobja) opravijo nadzor o (ne)ustreznosti sprejemov v bolnišnično obravnavo. Neustrezni sprejemi se natančneje opredelijo v Področnem dogovoru za bolnišnice.

47. člen

(1) Za kršitev pogodbene obveznosti šteje, če izvajalec:

1. krši določila pogodbe z Zavodom, ki se nanašajo na Splošni in področni dogovor,
2. krši določila oziroma obveznosti, ki jih opredeljuje 38. člen tega Dogovora,
3. zavarovani osebi omejuje uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih pripadajo,
4. zavarovani osebi omogoči uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih ne pripadajo,
5. nepravilno evidentira obravnavo zavarovanih oseb in pri tem povzroči Zavodu finančno škodo,
6. v zdravstveni dokumentaciji ne hrani izjave o skladnosti zobotehničnega pripomočka, skladno s Pravilnikom o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS, št. 71/2003) oziroma pri izvajanju svoje dejavnosti uporablja zoboprotetične medicinske pripomočke izdelovalcev, ki niso vpisani v register izdelovalcev medicinskih pripomočkov pri Agenciji za zdravila in medicinske pripomočke.
7. ne zagotavlja doslednega evidentiranja vseh primerov obravnave zavarovanih oseb, kjer je opravljena zdravstvena storitev posledica poškodbe izven dela, poškodbe izven dela po tretji osebi, poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter ima Zavod na osnovi določil Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pravico in dolžnost od odgovornih povzročiteljev zahtevati povračilo škode – stroškov zdravljenja,
8. ne napoti ali ne opravi storitev za imenovane zdravnike in zdravstveno komisijo Zavoda v dogovorjenem roku,
9. ne omogoča nadzornim zdravnikom Zavoda vpogleda v tisti del zdravstvene dokumentacije, ki je Zavodu podlaga za ugotovitev realizacije programa oziroma upravičenosti zaračunanih storitev in plačilo izvajalcu, vpogleda v drugo dokumentacijo, ki je podlaga za ugotavljanje drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali ne dostavi zahtevanih specifikacij v 14 dneh od prejema zahtevka, pri čemer je potrebno upoštevati določila Zakona o varstvu osebnih podatkov,
10. ne dostavi medicinske dokumentacije na zahtevo izbranega zdravnika ali zdravstvene komisije oziroma je le ta pomanjkljiva,
11. ima neupravičeno daljše čakalne dobe, kot je dogovorjeno s pogodbo in o njih ni obvestil Zavoda,
12. postopa v nasprotju s pravilnikom o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja,
13. postopa v nasprotju s Sklepom o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovancev, pri katerih so le ti upravičeni do predpisanega medicinsko tehničnega pripomočka
14. pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev ne seznanjajo zavarovane osebe o višini doplačila za posamezno nadstandardno storitev in ne pridobi njenega pisnega soglasja,
15. na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo,
16. ne uvrsti zavarovanca v čakalno knjigo
17. ne vodi čakalne knjige skladno z navodili in ne obvesti zavarovanih oseb o datumu in uri pregleda,
18. nepravilno evidentira napotitve iz petega odstavka 43. člena Dogovora,

(2) Za kršenje pravic zavarovanih oseb pod 3. točko prejšnjega odstavka s ciljem pridobitništva se šteje, če izvajalec:

1. opredeljevanje ali obravnavo zavarovanih oseb pogojuje s posebnimi plačili ali prispevki zavarovanih oseb,
2. nadaljno obravnavo zavarovane osebe pogojuje z obiskom samoplačniške ambulante,
3. zavarovani osebi zaračunava doplačila za storitve, ki jih v skladu z zakonom oziroma dogovorom Zavod plača v celoti ali pa zaračuna bistveno višja doplačila, kot jih določata zakon in sklep skupščine Zavoda,

4. v ordinacijskem času, dogovorjenim s pogodbo, za samoplačnika opravlja storitve, ki so predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja in do katerih je zavarovana oseba pri tem izvajalcu upravičena ali storitve, ki niso predmet obveznega zdravstvenega zavarovanja.

48. člen

(1) Izvajalec, ki krši pogodbeno obveznost iz prejšnjega člena, je dolžan Zavodu povrniti škodo, ki je s kršitvijo nastala in je Zavod dokumentiral finančni izdatek, s katerim je bil zaradi tega obremenjen.

(2) Zavod odkloni plačilo storitev ali materialov, če ob kontroli računov, poročil, zahtevkov za plačila ali kasneje ob nadzoru ugotovi, da izvajalec:

1. ni izvajal ali obračunal storitev na podlagi listin za uresničevanje pravic ali te niso bile izpolnjene skladno z navodili Zavoda,

2. ni ustrezno dokumentiral (zdravstveni karton, elektronski zapis) storitev, ki jih je obračunal Zavodu, ne glede na to, da je bila morda opravljena in utemeljena,

3. zaračuna ločeno zaračunljive materiale ali storitve: ki niso dogovorjene s pogodbo, po večji količini, kot je bila dejansko porabljena ali pa po višji ceni od nabavne ali dogovorjene.

(3) Zavod in izvajalec se lahko dogovorita za poračunavanje pri storitvah, ki so bile preveč ali premalo zaračunane na naslednji način:

1. napačno zaračunan odstotni delež storitve izvajalec poravnava z izstavitvijo dobropisa ali storno poročil oziroma dodatnega obračuna,

2. če je izvajalec za opravljeno delo obračunal šifre previsoko ovrednotenih storitev, izda ustrezen dobropis oziroma storno poročila,

3. če je izvajalec za opravljeno delo obračunal šifre prenizko ovrednotenih storitev, izda dodaten obračun,

4. če je po ugotovitvah nadzornika Zavoda upravičen do plačila storitve, ki jih ni obračunal Zavodu, izda izvajalec dodaten obračun .

Izvajalcu ni potrebno izstavljalati dobropisa ali storno poročil za zneske, ki ne presegajo 12,52 EUR.

49. člen

(1) Za kršitev pogodbene obveznosti šteje, če Zavod:

1. pri izvajanju pogodbe s posameznim izvajalcem ne spoštuje določil Splošnega in področnega dogovora ali sicer krši določila teh dogovorov,

2. izvajalcu ne plača opravljenega dela po cenah in v rokih dogovorjenih s pogodbo oziroma neupravičeno odtegne plačilo za program, ki se opravlja v skladu s pogodbo in s tem Dogovorom,

3. pri opravljanju nadzora prekorači pooblastila, ki mu jih daje zakon in na zakonu temelječi predpisi.

(2) Zavod je dolžan povrniti izvajalcem škodo, ki je nastala zaradi kršitev pogodbenih obveznosti iz prvega odstavka tega člena.

50. člen

(1) Kadar opravlja nadzor Zavod v skladu z veljavnimi zakoni in tem Dogovorom, izdela zapisnik o nadzoru, na katerega ima izvajalec pravico v roku 14 dni podati svoje pripombe. Na podlagi presoje danih pripomb Zavod izda izvajalcu, pri katerem je bil opravljen nadzor končni zapis v roku 14 dni, na katerega ima izvajalec pravico vložitev tožbe. V tem primeru se izvršitev ukrepov nadzora zadrži do končne odločitve sodišča.

(2) Rok za vložitev tožbe je 15 dni od prejema končnega zapisa. O vložitvi tožbe mora izvajalec pisno obvestiti Zavod.

(3) Začasni zapis o nadzoru opravi nadzorni zdravnik na kraju samem. Kopijo proti podpisu izroči nadzorovanemu izvajalcu.

51. člen

(1) Zavod se obvezuje, da se bodo spremembe postopkov pri izvajalcih ter spremembe evidentiranja in fakturiranja urejale največ trikrat letno in da bo seznanil izvajalce najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo. Zavod se tudi obvezuje,

da bo zavarovane osebe sproti obveščal o njihovih pravicah in o načinu uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

XIII. Zagotavljanje podatkov za potrebe analiz in planiranja

52. člen

(1) Izvajalci so dolžni zagotavljati podatke o:

1. Absentizmu:

Izvajalci posredujejo podatke o zdravstveno upravičeni odsotnosti z dela do 10. v mesecu za pretekli mesec območnim ZZV, v predpisani obliki praviloma na disketah. ZZV podatke zajamejo, združijo in obdelajo. Obdelane podatke pošljejo v predpisani obliki na magnetnem mediju IVZ, ki jih obdela in posreduje povratne informacije. Metodologija je predpisana v projektu "Odsotnost z dela zaradi bolezni v R Sloveniji".

2. Avtomatski obdelavi receptov:

Lekarne posredujejo podatke z receptnih obrazcev v predpisani obliki in po dogovorjeni metodologiji Zavodu preko računalniške izmenjave podatkov.

3. Izvajalcih:

Izvajalci posredujejo dogovorjene podatke o zdravstvenih delavcih in organizacijskih enotah območnim ZZV, ki jih posredujejo IVZ za ažuriranje baze podatkov. Metodologija je predpisana s projektom "Baza podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti".

(2) Podatki, na katerih temeljijo Dogovor in področni dogovori morajo biti na zahtevo podpisnikov tega Dogovora in področnih dogovorov dostopni tudi njim. Podatke, ki so določeni kot poslovna skrivnost, morajo prejemniki kot take tudi varovati.

53. člen

(1) V letu 2007 bo Zavod na podlagi podatkovne zbirke AOR (Avtomatska obdelava receptov) obdeloval podatke o predpisovanju zdravil na recepte po izvajalcih in območjih ob upoštevanju ciljnih vrednosti po metodologiji STIRA ter o ugotovitvah seznanjal partnerje. Zavod je dolžan posredovati podatke o predpisanih zdravilih izvajalcem četrtletno, najpozneje dva meseca po izteku analiziranega obdobja.

XIV. Arbitraža

54. člen

(1) Arbitraža, ki odloča na podlagi drugega odstavka 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), uporablja pri svojem delu naslednja določila:

1. arbitraža je pri svojem delu neodvisna in samostojna;

2. sedež arbitraže je v Ljubljani;

3. arbitraža je ustanovljena za reševanje spornih vprašanj med partnerji, ki so navedeni v 63. členu ZZVZZ;

4. udeleženci arbitraže sami zagotavljajo sredstva za njeno delo;

5. arbitražo sestavlja največ po pet arbitrov iz:

- Ministrstva za zdravje,

- Zavoda

- in po en arbiter Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč ter Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije (skupno en arbiter);

- 6.1. zahtevo za arbitražno presojo lahko poda katerikoli udeleženec postopka po 63. členu ZZVZZ. Arbitražna zahteva se vložijo pri vodji pogajalske skupine za Dogovor posameznega leta. Hkrati se posreduje tudi vsem partnerjem. Vodja pogajalske skupine mora najpozneje v petih dneh od prejema arbitražnega zahtevka pozvati partnerje, da imenujejo arbitre in njihove namestnike. Udeleženec arbitraže pisno sporoči vsem partnerjem ime arbitra in njegovega namestnika, ki ga bo zastopal v postopku, v roku osem dni od poziva vodje pogajalske skupine za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov. Vsak arbiter mora imeti namestnika, ki ima enake pravice in obveznosti kot arbiter;
- 6.2. Vsak udeleženec arbitraže, ki predstavlja izvajalce, se lahko pisno odpove pravici do udeležbe v posameznem arbitražnem postopku v roku za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov;
- 7.1. prvi narok arbitraže skliče vodja pogajalske skupine najkasneje v 15 dneh od vložitve zahteve za arbitražno presojo pri vodji pogajalske skupine. V kolikor vsi partnerji soglašajo, se ti roki lahko podaljšajo za največ enkrat. Soglasja za preložitev prvega naroka arbitraže je dolžan pridobiti predlagatelj preložitve in jih najpozneje en dan pred sklicem prvega naroka arbitraže predložiti vodji pogajalske skupine;
- 7.2. arbiter in njegov namestnik morata najkasneje na začetku naroka predložiti pooblastila za zastopanje v arbitražnem postopku;
8. člani arbitraže izmed sebe izvolijo predsednika arbitraže in njegovega namestnika. Namestnik je lahko izvoljen izmed članov ali namestnikov;
9. predsednik arbitraže vodi delo arbitraže, zagotavlja zakonitost postopka ter pripravi pisni odpravek sporazuma oziroma rzsodbe. Arbitraža ima zapisnikarja, ki zapisuje vsa pomembna dejstva in podatke o poteku arbitraže po nareku predsednika arbitraže. V kolikor predsednik arbitraže na zapisnik ne povzame vseh pomembnih dejstev in izjav arbitrov, lahko posamezni arbiter zahteva njihov zapis in jih narekuje zapisnikarju. Na koncu razprave o spornih vprašanjih se izdela zapisnik, ki vsebuje tudi vsebino sporazuma oziroma odločitve. Podpišejo ga vsi arbitri in zapisnikar;
10. arbitraža odloča soglasno. Pri svojem delu poskuša doseči sporazum o spornih vprašanjih;
- 11.1. arbitraža je sklepčna, če so na seji prisotni vsi člani arbitraže ali njihovi namestniki. V kolikor se pooblaščen arbiter oziroma njegov namestnik, ki je predstavnik udeleženca arbitraže na strani izvajalcev, ne udeleži prvega naroka arbitraže šteje, da se je odpovedal pravici do udeležbe na arbitraži;
- 11.2. vsak udeleženec arbitraže lahko povabi na sejo arbitraže pravnega zastopnika, ki ima na podlagi zahteve posameznega arbitra pravico razpravljati o pravnih vidikih spornih vprašanj ali postopkov;
12. postopek pred arbitražo je javen in mora biti opravljen hitro;
- 13.1. arbitraža mora sprejeti svoje odločitve najkasneje na dveh narokih. Drugi narok ne sme biti sklican več kot osem dni po prvem naroku razen, če se arbitraža ne dogovori drugače;
- 13.2. v kolikor arbitraža v posameznih odločitvah ali v celoti ni dosegla sporazuma, mora Ministrstvo za zdravje sporno vprašanje, ki mu priloži pisno stališče vsakega posameznega udeleženca arbitraže (razen če se udeleženec arbitraže pravici do stališča pisno odpove), predložiti v odločanje Vladi R Slovenije najkasneje v roku 21 dni od prejetega potrjenega zapisnika arbitraže;
14. na predlog kateregakoli arbitra se seja arbitraže prekine za največ 15 minut;
15. za pojasnitev posameznih spornih vprašanj ali predložitve dodatnih argumentov lahko vsak arbiter določi katerikoli osebo, ki je od njega povabljen na narok.

55. člen

Pri sklepanju pogodb s posameznimi izvajalci se uporabljajo za posamezno dejavnost določila tistega področnega dogovora, kjer je dejavnost opredeljena.

XV. Prehodne in končne določbe

56. člen

(1) Partnerji Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost lahko dogovorijo načrtovanje in plačevanje programa zobozdravstvene dejavnosti v odvisnosti od števila in strukture opredeljenih zavarovanih oseb upoštevajoč strokovna merila. Podrobnejša merila partnerji opredelijo v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

57. člen

(1) Če izvajalec Zavodu do roka ne pošlje podatkov, ki bi jih v skladu s Splošnim dogovorom ali področnimi dogovori moral poslati (računi; poročila; zahtevki za plačilo; podatki, potrebni za sklenitev pogodbe kot so npr. planirana čakalna doba, ordinacijski časi, ločeno zaračunljiv material, drage laboratorijske preiskave, seznam šoferjev, vozil ipd.; obrazložitev za več kot 10% preseganja plana ločeno zaračunljivega materiala; poročilo o čakalnih dobah in številu čakajočih v skladu z navodili Zavoda; dobropis oziroma storno poročila v skladu z ugotovitvami nadzora, če ni zahteval sodnega varstva), mu Zavod lahko ustavi izplačilo akontacije vse dokler izvajalec ne pošlje navedenih podatkov. Če izvajalec terciarne dejavnosti ne odda letnega poročila o realizaciji terciarnega programa v predpisanem roku, mu bo Zavod začasno znižal akontacijo za terciarni del programa.

58. člen

(1) Izvajalci, ki opravljajo dejavnost ortodontije so dolžni spremljati podatke o številu na novo vključenih zavarovanih oseb v program ortodontskega zdravljenja in število zavarovanih oseb, ki so zdravljenje zaključili. Izvajalci do 15.1.2008 podatke za koledarsko leto 2007 posredujejo Zavodu.

59. člen

(1) V tem Dogovoru so opredeljeni kalkulativni elementi za določitev finančnega načrta izvajalcev in izračun cen zdravstvenih storitev oziroma programov.

60. člen

(1) Zavod bo navodila, obvestila o spremembah cen in druga obvestila, okrožnice ter druge dokumente, ki ne zahtevajo odgovora izvajalca, le tem posredoval po elektronski pošti. V ta namen vsi izvajalci ob sklenitvi pogodb za leto 2007 posredujejo svoj elektronski naslov in se zavežejo, da bodo redno pregledovali elektronsko pošto. Zavod in izvajalci se lahko dogovorijo, da si bodo tudi ostale dokumente izmenjevali izključno v elektronski obliki.

61. člen

(1) Če je izvajalec zavarovano osebo uvrstil na čakalni seznam in mu s tem po mnenju pristojnega konzilija glede na njegovo zdravstveno stanje določil predolgo čakalno dobo, zavarovanec pa zato pri Zavodu zaradi zdravljenja v tujini zahteva povrnitev stroškov, se izvajalcu zmanjša vrednost programa za odobreni znesek povrnitve stroškov zavarovani osebi.

62. člen

(1) Ministrstvo za zdravje bo v letu 2007 skupaj z Lekarniško zbornico Slovenije in Zavodom proučilo in oblikovalo nov način oblikovanja cen lekarniških storitev, ki bo zagotovil diferencirano vrednotenje storitev glede na lokacijo lekarne in obseg prometa v obveznem zdravstvenem zavarovanju.

63. člen

(1) Izvajalec lahko spremeni pravni status z dnem, ko se prične novo obračunsko obdobje.

64. člen

(1) Pogodbe sklenjene med Zavodom in izvajalci za pogodbeno leto 2007 se uporabljajo od 1.4.2007 dalje, razen z novimi zasebniki in novimi izvajalci, ki se uporabljajo od 1.10.2007. Pogodbe z novimi socialnovarstvenimi zavodi, za katere so načrtovana dodatna sredstva v tem Dogovoru, pričnejo veljati z dnem, ki ga v pogodbi dogovorita izvajalec in Zavod.

(2) V primeru, da posamezni področni dogovori ne bodo sklenjeni do 1.10.2007, partnerji v področnem dogovoru opredelijo datum veljavnosti pogodb z novimi izvajalci.

65. člen

(1) Po sprejemu finančnega načrta Zavoda za leto 2008 in sprejemu posebnega sklepa Upravnega odbora Zavoda o obsegu programa zdravstvenega letovanja otrok in obnovitvene rehabilitacije lahko Zavod objavi razpis o izbiri organizatorjev zdravstvenega letovanja otrok in obnovitvene rehabilitacije za leto 2008.

66. člen

(1) V primeru, da prispevne stopnje ne zagotavljajo potrebnih sredstev ali pride do drugih nepredvidenih stanj, zaradi katerih partnerji ne bi mogli več izpolnjevati svojih pravic in obveznosti iz Dogovora 2007, imajo pravico predlagati spremembo Dogovora 2007.

(2) Za spremembe in dopolnitve Dogovora 2007 velja enak postopek, kot za njegov sprejem.

67. člen

(1) Partnerji soglašajo z navodili izvajalcem za vodenje čakalne knjige v bolnišnični in izven bolnišnični dejavnosti, ki jih je Zavod izdal junija 2006 in so objavljena na spletnih straneh Zavoda.

68. člen

(1) Dogovor 2007 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade R Slovenije, uporablja pa se od 1. 4. 2007.

(2) Dogovor 2007 velja dokler partnerji ne sprejmejo novega Dogovora.

69. člen

(1) Partnerji se zavezujejo, da bodo ukrepali v smeri uresničevanja Dogovora 2007 pri svojih članih.

(2) Za njegovo dosledno uresničevanje si bodo partnerji izmenjavali podatke in informacije.

Številka: 1720-1/2007

Datum: 22.2.2007

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 Slovenije

Standardi za ambulantno dejavnost

***Standardi za diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske
postopke (funkcionalna diagnostika) v bolnišnicah***

**Seznam izvajalcev, ki vodijo listo bolnikov
za posamezna inovativna zdravila**

IZVAJALEC	INOVATIVNO ZDRAVILO
1. Splošna bolnišnica Slovenj Gradec	- Replagal, - Fabrazyme

Cenik ločeno zaračunljivega materiala*

	Šifra po šifrantu 16	Šifra po šifrantu 15 j	Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave	Merska enota	Tekoča cena za mersko enoto (v EUR)
(1) točka 1	0050		Interferoni		po veljavnem ceniku zdravil
(1) točka 2	0008	Q0001	Standardna kovina za izdelavo fiksnih zobnoprostetičnih nadomestkov v zobozdravstvu	gram	po ceni, ki jo določi UO Zavoda
(1) točka 3	0008	Q0002	diapozitivi na področju ortodontije	kos	0,55
(1) točka 4			konfekcijski elementi za fiksne ortodontske aparate:		
	0008	Q0003	vratni teg	kos	10,56
	0008	Q0004	obrazni lok	kos	13,78
	0008	Q0005	titanov lok-okrogli	kos	3,76
	0008	Q0006	titanov lok – oglati		5,01
	0008	Q0007	jekleni lok, tuba (Quad helix)	kos	6,93
	0008	Q0008	palatinalni lok, tuba		6,68
	0008	Q0009	pleteni lok	kos	5,01
	0008	Q0010	kljukica za lok	kos	2,92
	0008	Q0011	obroček za pričvrstitev (s tubo in kaveljčkom, z lingv.cevkami)	kos	8,76
	0008	Q0012	nosilec (Bracket)	kos	3,51
	0008	Q0013	obrazna maska (Delair)	kos	114,82
(1) točka 5			ICT, HBS-AG, test na toksoplazmozo		
	0008	Q0014	ICT - indirektni Coombsov test (pri nosečnicah)	preiskava	17,01
	0008	Q0015	Specifikacija / gel (pri nosečnicah)	preiskava	72,82
	0008	Q0016	titri protiteles (pri nosečnicah)	preiskava	135,01
	0008	Q0017	določitev antigena (1x) (pri nosečnicah)	preiskava	2,94
	0008	Q0018	ADCC test (Antibody Dependent Cellular Cytotoxicity)	preiskava	120,81
	0008	Q0019	HBS-Ag (preiskava za dokaz virusnega hepatitisa)	preiskava	16,21
			Test na toksoplazmozo:		
	0008	Q0020	ELISA IgG ali IFT IgG	test	20,02
	0008	Q0021	ELISA IgM	test	20,02
	0008	Q0022	ELISA IgG avidnost	test	32,52
(1) točka 6			Rhogam ali drugi humani imunoglobulini anti - D zoper senzibilizacijo nočečnic, presikava brisov PAPP in beta HCG (opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14.tedna nosečnosti		
	0008	Q0023	Rhogam ali drugi humani imunoglobulini anti – D zoper senzib. nosečnic	cepivo	65,48
(1) točka 6+7	0008	Q0024	preiskava brisov pri ženskah Papanicolau	preiskava	7,97
(1) točka 7	0008	Q0025	meritev nuhalne svetline in dvojni presejalni test (PAPP-A, prosti hCG)	test	38,81
(1) točka 8	0008	Q0026	četverni presajalni test (AFP, hcg.ue3, Inhibin A in BIP)	test	33,38
(2) točka 1			infuzijski sistemi in zdravila za zdravljenje borelioze		
	0008	Q0027	zdravilo (Lendacin 2 g)	ampula	po veljavnem ceniku zdravil
	0008	Q0028	infuzijska tekočina 100 ml (natrii chloridi infundibile 0,9 %)	plastenka	po veljavnem ceniku zdravil
	0008	Q0029	infuzijski sistem z iglo in nosilcem intravenozne kanile	komplet	1,64
(2) točka 2			serološke preiskave na boreliozo		
	0008	Q0030	ugotavljanje protiteles z ELISA metodo ali indirektnim imunofluorescenčnim testom (IgM ali IgG)	test	25,83
	0008	Q0031	imunoblot (IgM ali IgG)	test	91,93

(2) točka 3	0008	Q0032	testiranje HIV	preiskava	14,02
(2) točka 4	0008	Q0033	histopatološke preiskave	točka (po Zeleni knjigi)	1,74
(2) točka 5	0008	Q0034	ampulirana zdravila, ki jih predpišejo klinike in predhodno odobri Zavod	ampula	po veljavnem ceniku zdravil
(2) točka 6	0008	Q0035	citološke preiskave punktata dojke	preiskava	34,13
(2) točka 7	0008	Q0036	tumorski markerji za dejavnost boleznij dojke	preiskava	22,12
(2) točka 8	0008	Q0037	Preiskave: TSH	test	5,78
	0008	Q0038	FT3	test	5,78
	0008	Q0039	FT4	test	5,78
(2) točka 9	0008	Q0040	testni lističi za antikoagulacijsko zdravljenje na primarni ravni	kos	4,17

* cenik velja od 1.10.2005 dalje

Seznam dragih laboratorijskih preiskav

ŠIFRA	PREISKAVA	CENA* (v EUR)
21001	S,U,L-Aminokislina - kvantitativno	71,10
21607	1,25-(OH)2-D3	66,80
21740	U-Organske kisline – GCMS	99,60
22223	dU-MPS elektroforeza	144,10
26603	ANA titer - titer protiteles proti znotrajcelični antigenom	64,30
26605	ENA-protitelesa proti nekaterim specifičnim jedrnim in citoplazemskim antigenom (U1 RNP, Sm, Ro, La, PCNA, SL, Scl-70, Jo-1, PM/Sci)	73,90
26610	Hep- 2 protitelesa proti znotrajceličnim antigenom (poz/neg., titer, tip imunofluorescence jeder, centromer-ACMA, citoplazme AMA+, gladke mišice-AsmA)	52,80
26611	aCL - Antikardiolipinska protitelesa razredov IgG in IgM	73,90
26612	AMA (PDH)* - Antimitohondrijska protitelesa (protitelesa proti piruvat-dehidrogenaznemu kompleksu)	73,90
26613	Anti-β GPI - protitelesa proti β2 glikoproteinu I (IgG, IgM, IgA)	105,60
26909	S-Protein IgE inhalacijski screening - MATRIX	58,80
28001	PKM-Diferenc. in ocena	91,80
28405	Določanje protiteles proti trombocitom-direktna metoda	83,80
28406	Določanje protiteles proti trombocitom- indirektna metoda	83,80
28407	Preiskava za potrditev PNH	81,80
28631	Faktor II (F II)	51,20
28632	Faktor V (F V)	51,20
28633	Faktor VII (FVII)	51,20
28636	Faktor X (F X)	51,20
28637	Faktor XI (FXI)	121,40
28638	Faktor XII (FXII)	121,40
28641	vWF-antigen, ELISA	52,80
28663	Agregacija trombocitov (AD,; Kolag., Epi, Arah. k.)	63,30
28696	Protein C	44,10
28805	Trombopoetin EIA	52,80
29037	Prikaz encimske aktivnosti oksidoreduktaz (NADPM, NADPH, SDH, LDH itd.)	45,50
29524	Acetilholinski receptorji (S)	91,80
35587	Dopamin	62,60
35588	Vasopresin	41,70

* Opomba: Cena je določena za izvid.

Priloga IV/a

Plan sredstev za drage laboratorijske preiskave

v EUR

IZVAJALEC	PLAN 2007 (cene april 2007)
1 SB Brežice	4.986
2 SB Celje	224.430
3 Dermatološka ambulanta Vok Marko	140
4 SB Izola	18.047
5 SB Jesenice	8.354
6 B Golnik	15.294
7 Dr. Kalač Pandurovič	701
8 SB Maribor	162.454
9 Dr. Kavalar alergološka ambulanta	1.062
10 SB Murska Sobota	16.024
11 ZD Murska Sobota	1.240
12 SB Novo mesto	69.400
13 SB Nova Gorica	41.062
14 Klinični center	1.227.882
15 Onkološki inštitut	20.085
16 ZD Zagorje	2.494
17 SB Slovenj Gradec	7.286
18 Bolnišnica Topolšica	1.848
19 ZD Velenje	3.701
SKUPAJ	1.826.490

Seznam izvajalcev, katerim Zavod plačuje UZ ščitnice

IZVAJALEC
1. Klinični center Ljubljana - Klinika za nuklearno medicino
2. Klinični center Ljubljana - Oddelek za pediatrijo
3. Onkološki inštitut Ljubljana
4. Bolnišnica Maribor - Oddelek za nuklearno medicino
5. Bolnišnica Celje - Oddelek za nuklearno medicino
6. Bolnišnica Izola - Oddelek za nuklearno medicino
7. Bolnišnica Šempeter pri Novi Gorici - Oddelek za nuklearno medicino
8. Bolnišnica Slovenj Gradec - Oddelek za nuklearno medicino
9. Diagnostični center Vila Bogatin, Bled
10. Zasebna ambulanta MDT d.o.o. Andrej Veble, dr. med., Maribor
11. Zasebna specialistična ambulanta za bolezni ščitnice in druge notranje bolezni, dr. Bojan Pustovrh, Celje

Napotitev

1. Napotnica:
 - a. Je dokument ZZS
 - i. Vsebuje naslednje podatke:
 1. podatke po o zavarovancu in zdravniku, ki napotuje bolnika na sekundarno raven
 2. oznako ali je bolnik napoten:
 - a. zaradi bolezni
 - b. zaradi preiskave
 3. napotnega specialista (specialnost zdravnika, h kateremu je bolnik napoten)
 4. razlog napotitve opisno s podatki, zakaj je bolnik napoten, lahko napotna diagnoza (lahko MKB klasifikacija diagnoz):
 - a. prvič napoten zaradi problema ali napotne diagnoze (DA/NE)
 - b. bolnik napoten na predlog napotnega ali drugega specialista (DA/NE)
 - i. tip specialista iz šifranta (v primeru, da napotitev predlaga specialist)
2. Napotnice se izpisuje le z računalnikom.
 - a. Izpisuje se na neoštevilčen formular in informacijski sistem določi številko izpisa vezano na zdravnika, ki napotuje.

Na ta način dobimo pravilne podatke izdanih napotitev in možno posredovanje v elektronski obliki za vse napotitve, ki so napravljene v rednem delovnem času izbranega zdravnika.

Napotitve izdane v dežurstvu v izpisu vsebujejo dodatno oznako, razvidno da gre za dežurno službo.

Napotitev napravljene na terenu, ki jih ne napravi PHE:

V tem primeru pa se izdajo napotnice, ki imajo dodatno oznako in številko. Te napotnice pridobijo zdravniki na primarni ravni, vsak svoje napotnice. Tako se iz števila izdanih napotnic ugotovi število napotitev.

Iz poročanja o napotitvah se ne upoštevajo napotitve vezane na poškodbe. Šifre iz MKB klasifikacije, ki začnejo s črko S.