

OBČASNIK

akti
&
navodila

31. 5. 2004

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK XII.

ŠTEVILKA 3/2004

Iz vsebine:

Akti

- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004..... 2
- Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za leto 2004..... 18

- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč za leto 2004..... 60
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje za leto 2004..... 75

Uvodnik

Dogovor 2004

Tako kot prejšnja leta, so partnerji tudi za leto 2004 pogajanja zaključili ob koncu leta 2003, ter arbitraži predložili v obravnavo 113 spornih vprašanj. O 28 spornih vprašanjih je arbitraža uspela sprejeti soglasno odločitev, 26 spornih vprašanj so partnerji umaknili iz procedure, o preostalih 59 spornih vprašanjih pa je marca 2004 odločila Vlada R Slovenije.

V Dogovoru 2004 so se partnerji dogovorili za povečanje obsega nekaterih prioritarnih programov kot so npr. program srčnih operacij, srčno žilne operacije, operacije sive mreže, ortopedske operacije, preiskave z magnetno resonanco, program centra za obravnavo otrok z motnjami v razvoju, program medicinske genetike in molekularne genetske diagnostike itd. Poleg tega so se partnerji dogovorili, da se v pogodbenem letu 2004 zagotovijo dodatne zaposlitve zdravstvenega osebja, in sicer 20 zdravnikov in 200 diplomiranih medicinskih sester, dodatne zaposlitve in sredstva za posodobitev računalniških programov v lekarnah, za specializacije zdravnikov ipd. Za povečanje obsega in boljše vrednotenje programov bo Zavod v letu 2004 namenil dodatna sredstva v višini 3.502,12 milijona tolarjev. Pomembnejša novost, ki jo prinaša letošnji Splošni dogovor, je tudi ta, da "prelivanje" realizacije programa med strokami in med izvajalci v letošnjem letu ni več možno, ter da sta izvajalec in Zavod o morebitnem prestrukturiranju programa dolžna seznaniti Ministrstvo za zdravje. Prvič letos je določen tudi nov kalkulativen element v cenah zdravstvenih storitev, in sicer premija za dodatno kolektivno pokojninsko zavarovanje ter opredeljena obveznost izvajalcev, da po končanem zdravljenju zavarovani osebi izstavijo specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev. Po določitvi besedila Dogovora 2004 so partnerji začeli pripravljati področne dogovore. Še pred počitnicami so uspeli uskladiti in skleniti Področne dogovore za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost, za dejavnost naravnih zdravilišč ter dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

S Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost so partnerji opredelili regijsko razporeditev novih 20 timov v splošnih ambulantah in 50 timov za nego in patronažo. Spremenili so tudi odstotek plačila preseganja plana količnikov iz obiskov v primeru nedoseganja oziroma preseganja plana količnikov iz glavarine, in sicer s 50 % na 40 %. Poleg tega

je uvedena pravna podlaga za financiranje programa anti-koagulacijskega zdravljenja ter nov model financiranja nenujnih reševalnih prevozov. Namesto kilometrov so za obračunsko enoto uvedene točke in obračun prevozov na osnovi vsakega naloga za prevoz za vsako prevoženo zavarovano osebo. Prvič letos so partnerji začeli z izenačevanjem preskrbljenosti zavarovanih oseb s programom ambulantne fizioterapije.

S Področnim dogovorom za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč so se partnerji dogovorili za metodologijo razporeditve povečanega programa zdraviliškega zdravljenja v skupnem obsegu 4.501 nemedicinski oskrbni dan in 99.022 točk med zdravilišča ter na novo opredelili indikacijska področja oziroma standarde, ki jih lahko opravljajo posamezna zdravilišča.

Poglavitna novost Področnega dogovora za dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje je zagotovljena financiranje novih zmogljivosti, in sicer Doma starejših občanov Ljubljana - Fužine (13.140 dni nege), Talita Kum Postojna GiPit (55.188 dni nege), Dom za starejše Vukovski dol (49.275 dni nege) ter Zavoda Korak, Kranj (3.208 dni nege). Zagotovljena so tudi dodatna finančna sredstva za kadrovske uskladitve v zavodih za usposabljanje in v zavodih za gibalno ovirane ter povečanje kvalifikacijskih količnikov za diplomirane fizioterapevte in delovne terapevte.

V skladu s sklepom Upravnega odbora bo Zavod objavil razpis za zdravstvene programe oziroma dejavnosti, za katere so sklenjeni ustrezni področni dogovori. To pomeni, da bo razpis za bolnišnice in lekarniško dejavnost objavljen po sprejemu ustreznih področnih dogovorov. Tako kot prejšnja leta, bo tudi letos Zavod objavil razpis samo za nove zasebnike s koncesijo in izvajalce, ki želijo pričeti izvajati dejavnost, za katero doslej z Zavodom niso imeli sklenjene pogodbe. Vsem ostalim pogodbenim partnerjem pa bo Zavod ponudil sklenitev nove pogodbe za leto 2004, ki bo usklajena z Dogovorom 2004 in ustreznim področnim dogovorom. Pričakujemo, da bo Zavod v letu 2004 z večino izvajalcev sklenil pogodbo pred poletnimi počitnicami.

Sladjana Jelisavčič, univ. dipl. ekon.

Direktorica področja zdravstvene analitike in ekonomike



Na podlagi določil 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. l. RS, št. 9/92, 13/93, 9/96, 29/98, 6/99, 56/99, 99/01 in 60/02) je arbitraža, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Zdravniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na seji dne 9. 12. 2003 in Vlada Republike Slovenije na seji dne 4. 3. 2004 odločila o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2004

I. Splošne določbe

1. člen

(1) S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2004 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2004) partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za pogodbeno leto 2004.

(2) Dogovor 2004 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 iz obveznega zdravstvenega zavarovanja za financiranje zdravstvenih dejavnosti,
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 2004 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. pri določanju obsega in vsebine programa zdravstvenih storitev, zdravstvenih zmogljivosti in pri določitvi obsega finančnih sredstev bodo partnerji upoštevali postopno uveljavitev določil oziroma usmeritev Nacionalnega programa zdravstvenega varstva R Slovenije - zdravje za vse do leta 2004,
2. program zdravstvenih storitev bodo prestrukturirali v dejavnosti, 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,
3. 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,

4. vzpodbudili bodo pripravo nacionalnega programa promocije zdravja, v katerem bo predvidena mreža lokalnih skupin za promocijo zdravja in zagotovljen reden finančni vir,
5. 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, domovih za upokojujence in hospicijih,
6. 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,
7. 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 oz. zagotavljali zgodnejše pošiljanje bolnikov iz bolnišnic na rehabilitacijo v zdravilišča. Podrobnejša merila za financiranje programov zdravljenja bolnikov na domu partnerji opredelijo v Dogovoru,
8. uvajali in sofinancirali bodo podaljšano bolnišnično zdravljenje v bolnišnicah kot obliko neakutne bolnišnične obravnave. Podrobnejša merila partnerji opredelijo v Področnem dogovoru za bolnišnice,
9. razvijali bodo službo nujne medicinske pomoči,
10. za financiranje najdražjih laboratorijskih preiskav partnerji načrtujejo sredstva posebej, v okviru že načrtovanih sredstev za materialne stroške izvajalcev. V primeru presejanja 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. V letu 2004 partnerji nadaljujejo delo s projektom širitve seznama dragih laboratorijskih preiskav,
11. Ministrstvo za zdravje, Zavod in Zduženje bodo pristopili k projektu Nacionalne čakalne liste za srčno žilna obolenja, ortopedske operacije in operacije sive mreže. Po poenotenju obstoječih čakalnih knjig, izdelavi razvrstitvenih strokovnih kriterijev in informacijske podpore bo uvedena nacionalna

- čakalna lista za navedene specialnosti. Po vzpostavitvi sistema nacionalne čakalne liste bo pogoj za sodelovanje pri razpisih dodatnih programov za navedene specialnosti sodelovanje pri nacionalni čakalni listi,
12. 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 bosta Ministrstvo za zdravje, Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke in Zavod dvakrat letno obnavljala 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,
 13. partnerji soglašajo, da bodo na vsakem območju vsaj enkrat letno organizirali strokovna srečanja na katerih bodo obravnavali najpogostejše nepravilnosti ali pomanjkljivosti pri predpisovanju zdravil ter druga vprašanja s področja farmakoterapije in farmakoekonomike,
 14. 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 obravnave ali posegov),
 15. za materiale, storitve in opremo, ki jih opredeli Ministrstvo za zdravje, se izvajajo centralni javni razpisi preko Ministrstva za zdravje, upoštevaje veljavne predpise,
 16. pri pripravi mreže ambulantne fizioterapije, v skladu z Nacionalnim programom zdravstvenega varstva R Slovenije - zdravje za vse do leta 2004, 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,
 17. standarde za določanje obsega in vrednotenje programov partnerji natančneje opredelijo v Področnih dogovorih. Posamezna bolnišnica ne bo izgubila več kot 3 % sredstev, dogovorjenih v pogodbi 2003,
 18. Ministrstvo za zdravje skupaj s partnerji po posameznih področjih določi razmejitev dela med primarno, sekundarno in terciarno ravni zdravstvenega varstva z opredeljitvijo diagnostičnih in terapevtskih postopkov kot osnove za presojo upravičenosti napotitve bolnika z nižje na višjo raven zdravstvene obravnave.
- dejavnost. Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2003.
- 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. Vrednotenje in minimalne standarde za izvajanje tega programa bodo partnerji opredelili v Področnih dogovorih. Izvajalec programa in socialnovarstveni zavod v posebnem dogovoru natančneje uredita izvajanje tega programa.
2. Zobozdravstvena dejavnost:
- 2.1 Program bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2003. 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 tem osebam 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, tehnika zdravstvene nege 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 nameenjajo 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 2003.
 - 3.2 Program nenujnih reševalnih prevozov bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb za leto 2003, razen nenujnih reševalnih prevozov na in z dialize, ki se načrtujejo po vnaprej pripravljenem poimenskem seznamu bolnikov in številu kilometrov.
 - 3.3 Program nujne medicinske pomoči bo ostal na ravni plana iz pogodb 2003.
 - 3.4 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 bo enak realizaciji v letu 2003, povečan za dodatne naloge, ki so posledica izvajanja novega Pravilnika o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini (Ur.l. RS, št. 59/03) in izvajanje projektov farmacevtske skrbi.

II. Programi zdravstvenih storitev v R Sloveniji v pogodbenem letu 2004

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

5. Specialistična ambulantna dejavnost:

5.1 Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2003 povečan na podlagi ugotovitev nadzora neustreznih sprejemov, prenosa iz dnevne obravnave ter prenosa iz bolnišnične obravnave. Program bo načrtovan tudi v številu prvih in ponovnih obiskov na zdravnika in bo enak planu iz pogodb 2003 v posamezni specialistični ambulantni dejavnosti posameznega izvajalca. Ekipe, ki bo opravila načrtovano število obiskov, si bo zagotovila plačilo planiranega števila točk, določenega na podlagi kalkulativnega števila 1.430 ur učinkovitega dela ambulate na leto, če je nosilec programa zdravnik.

6. Dializna dejavnost:

6.1 Program vseh dializ skupaj bo enak realizaciji v letu 2003, povečan z indeksom rasti števila dializ v letu 2003 v primerjavi z letom 2002.

7. Specialistična bolnišnična dejavnost:

7.1 Programi bolnišnične dejavnosti v letu 2004 bodo temeljili na osnovi plana programov bolnišničnih dejavnosti v letu 2003, ugotovitev nadzora glede neustreznih sprejemov, dodatnih sredstev iz 25. člena Dogovora 2004, prenosa v dnevno obravnavo, specialistično ambulantno obravnavo in zdravljenje na domu. Za akutno bolnišnično obravnavo bo program oblikovan tudi na podlagi skupin primerljivih primerov v skladu s kriteriji iz Področnega dogovora za bolnišnice. Za psihiatrično dejavnost bo program oblikovan tudi na podlagi uvedbe sistema financiranja psihiatrične dejavnosti, ki bo ločil obravnave glede na čas trajanja (akutna obravnava, povprečna obravnava, dolgotrajna obravnava) in omogočil obravnavo na domu. Sistem financiranja bo opredeljen v Področnem dogovoru za bolnišnice.

7.2 Program transplantacij se opredeli v pogodbi med Zavodom in izvajalci tega programa v skladu z načrtovanimi finančnimi sredstvi za ta program.

7.3 Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja kot oblika neakutne bolnišnične obravnave ne bo v globalu presejal programa iz pogodb 2003 in bo oblikovan v skladu z merili, opredeljenimi v Področnem dogovoru za bolnišnice.

8. Terciarna zdravstvena dejavnost:

8.1 Ministrstvo za zdravje opredeli kriterije za terciarno dejavnost, ki upoštevajo poučevanje, raziskovanje in delež napotitev med bolnišnicami.

9. Zdravstvena dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje:

9.1 Skupno število dni zdravstvene nege bo v globalu določeno na ravni realizacije v letu 2003, ki bo popravljena z oceno letnega obsega programa novih zmogljivosti v letu 2004 v domovih za starejše. V socialno varstvenih zavodih za usposabljanje bo program povečan za 8.591 dni zdravstvene nege in domsko varstvo v varstveno delovnih centrih za 10.950 dni zdravstvene nege. Delitev obsega in strukture po zavodih znotraj skupnega obsega in strukture ter sredstev iz 25. člena tega Dogovora opravi Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije.

9.2 Program logopedске, defektološke in avdiološke dejavnosti bo ostal na ravni plana iz pogodb 2003. Posamezen izvajalec bo program načrtoval v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

10. Zdraviliška zdravstvena dejavnost:

10.1 Program nemedicinskih oskrbnih dni, dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo povečan za 4.501 nemedicinsko oskrbnih dni.

10.2 Program zdraviliških storitev (točk), dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo povečan za 99.022 točk.

10.3 Program teoretičnih oskrbnih dni in zdraviliških storitev (točk) za ambulantno zdraviliško zdravljenje bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2003.

10.4 Izvajalci bodo posebej planirali program za stacionarno zdraviliško zdravljenje in posebej za ambulantno zdraviliško zdravljenje.

11. Dejavnost Inštituta za varovanje zdravja in zavodov za zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu IVZ in ZZV):

11.1 Program izvajanja zdravstvenih storitev:

- odkrivanje nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno prijavljanje, ki vključuje epidemiološko poizvedovanje in mikrobiološko laboratorijsko diagnostiko zaradi odkrivanja povzročiteljev, virov okužbe in poti širjenja nalezljivih bolezni;
- zgodnje zaznavanje prisotnosti povzročiteljev nalezljivih bolezni z opozorilnim epidemiološkim poizvedovanjem;
- izvajanje usmerjenih ukrepov za preprečevanje širjenja ob pojavu posameznih nalezljivih bolezni, izbruhov in epidemijah;
- mikrobiološka diagnostika in identifikacija bakterij za ugotavljanje občutljivosti/odpornosti za antibiotike;
- ugotavljanje občutljivosti/imunosti za nalezljive bolezni;
- varstvo pred steklino in določena cepljenja skladno z letnim programom se poveča v primerjavi s planom za leto 2003 in se ovrednoti z mesečnim pavšalom za leto 2004 (izvaja IVZ in ZZV).

11.2 Program izvajanja zdravstvenih storitev, ki se nanašajo na zagotavljanje neprekinjene preskrbe s cepivi in imunoglobulini v RS (načrtovanje potreb za izvajanje letnega programa cepljenja; vrednotenje podatkov v povezavi z epidemiološkimi razmerami, zagotovitev sistema sledenja serije, zagotovitev hitrega odpoklica serije, zbiranje podatkov o uporabi cepiv, zagotovitev stalnih evidenc o zalozah 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) se poveča v primerjavi s planom za leto 2003 in se ovrednoti z mesečnim pavšalom za leto 2004 (izvaja IVZ).

12. Zdravstveni dom za študente:

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

(2) Programe iz 1., 2., 6., in 8. točke tretjega 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. 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. 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.

(3) Zavod in izvajalec lahko v pogodbi, v skladu s potrebnimi prebivalstva, dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s tem Dogovorom in ustreznimi Področnimi dogovori. O prestrukturiranju programa izvajalec in Zavod seznanita Ministrstvo za zdravje.

(4) Programi, dogovorjeni v tem Dogovoru, se ne nanašajo na osebe zavarovane po Videmskem sporazumu, konvencijah z Italijo in na nosilce zavarovanja po konvencijah z ostalimi državami ter na osebe, ki so prostovoljno zavarovane za pravice do zdravstvenih storitev v obsegu, ki je določen za obvezno zdravstveno zavarovanje.

(5) 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.

4. 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 pa bo temeljilo na številu dejansko opravljenih storitev.

(2) Za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč se polletno ugotavlja realizacija nemedicinskih oskrbnih dni glede na plan. Plansko predvideni obseg nemedicinskih oskrbnih dni je 299.285 dni stacionarnega zdraviliškega zdravljenja. 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 2004.

5. 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, zavoljo katerih bi se povečal obseg opravljenih storitev na področju posameznih dejavnosti v Sloveniji ali območju.

(2) V primeru večjega obsega opravljenih storitev v primerjavi s planom iz razlogov iz 1. odstavka tega člena poravnava Zavod te storitve izvajalcem iz sredstev svojih rezerv. O obsegu sredstev odloči Upravni odbor Zavoda, na predlog partnerjev.

III. Zmogljivosti, potrebne za izvajanje dogovorjenega programa

6. člen

(1) Planirano število delavcev za programe obveznega zdravstvenega zavarovanja se bo v pogodbenem letu 2004 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 2004 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 2003 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 ekonomsko demografski kriteriji.

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

(7) 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.

(8) 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. Planirano število delavcev v socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje se glede na pogodbe iz leta 2003 poveča za 8 delavcev. Število delavcev v centrih za korekcijo sluha in govora, v dejavnosti logopedije, defektologije in avdiologije se planira v skladu s standardi iz Področnega dogovora. V dejavnostih, ki se v letu 2004 ne standardizirajo, pa bo ostalo število delavcev v socialnovarstvenih zavodih enako planu iz pogodb 2003.

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

7. 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, so:

- splošni zdravniki in specialisti	5,904
- specialisti klinične psihologije, specialist klinične logopedije	5,420
- zobozdravniki za mladino	4,984
- zobozdravniki za odrasle, biologi	4,784
- zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo (logopedi, psihologi, ortopedagogi...)	4,660
- zdravstveni delavci z visoko strokovno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre/višje medicinske sestre)	3,444
- zdravstveni delavci z višješolsko in visokošolsko izobrazbo	3,412
- zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo	2,722
- upravno tehnični delavci	2,722
- reševalec	2,632

(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 bolnišnično dejavnost po skupinah bolnišnic so:

	1. skupina	2. skupina	3. skupina
1. kirurgija	3,056	3,056	3,206
2. internistika	3,130	3,130	3,264
3. pediatrija	3,062	3,062	3,213
4. ORL, maks. krg.		3,153	3,308
5. okulistika		3,107	3,259
6. ginekologija	2,986	2,986	3,131
7. dermatologija		3,074	3,224
8. doječe matere	2,132	2,132	2,132
9. dnevna bolnišnica	2,966	2,966	2,966

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

Psihiatrija	3,009
-------------	-------

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

Psihiatrična klinika Ljubljana - bol. dej.	3,282
--	-------

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

Psihiatrična klinika Ljubljana - oskrba	2,018
---	-------

(6) Bolnišnice, ki niso razporejene v nobeno od treh skupin, ne morejo preseči naslednjih kvalifikacijskih količnikov:

	Povprečni KV količnik
- CZBO Šentvid	2,787
- Bolnišnica Valdoitra	3,085
- Bolnišnica Sežana	2,911
- Inštitut RS za rehabilitacijo	3,230
- Onkološki inštitut Ljubljana	3,611

(7) Za specialistično ambulantne 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 kadrovske strukturo in standardizirane kvalifikacijske količnike iz drugega odstavka tega člena.

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

- nega I	2,362
- nega II	2,462
- nega III	2,656

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

(9) Izvajalci lekarniške dejavnosti in zdraviliškega zdravljenja načrtujejo za vrednotenje programov naslednje kvalifikacijske količnike:

- lekarniška dejavnost	3,805
- dejavnost zdraviliškega zdravljenja (točke)	3,120

IV. Vrednotenje programov in elementi za oblikovanje cen zdravstvenih storitev

8. 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.

9. 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 2004.

10. člen

(1) Dodatek za delovno dobo znaša v vseh dejavnostih 9,00 % osnovne plače.

11. 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 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)	21,58 %
- v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija	18,39 %
- 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 %
- v dejavnosti IVZ in ZZV	2,50 %

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

12. 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	4,952
- zobozdravniki	4,564
- diplomirane medicinske sestre/višje medicinske sestre	1,550
- diplomirani fizioterapevti/višji fizioterapevti	1,455
- diplomirani inženirji radiologije/inženirji radiologije	2,350
- psihologi, logopedi, defektologi	1,915
- biokemiki, biologi, specialisti klinične psihologije, specialisti klinične logopedije	2,390
- tehniki zdravstvene nege	1,225
- zobni tehniki	1,163
- upravno tehnični delavci	1,180
- reševalna služba (brez upravno tehničnega kadra)	1,240
- Inštitut za varovanje zdravja - na del. iz ur	2,599
- lekarnar - na delavca iz ur	1,552
- 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) Oddelki v bolnišnicah - dodatki na zdravnika:

- kirurgija	6,955
- internistika	6,469
- pediatrija	6,609
- ORL, maksilofacialna kirurgija	7,050
- okulistika	6,619
- ginekologija in porodništvo	6,216
- dermatovenerologija	5,910

3) Oddelki v bolnišnicah - dodatki na ostale delavce iz ur:

- kirurgija	1,115
- internistika	1,124
- pediatrija	1,139
- ORL, maksilofacialna kirurgija	1,138
- okulistika	1,147
- ginekologija in porodništvo	1,124
- dermatovenerologija	1,118

4) Dodatki na delavca iz ur v specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti:

- Inštitut RS za rehabilitacijo	2,108
- Onkološki inštitut Ljubljana	2,115
- Bolnišnica F.Derganca - rehabilitacija invalidne mladine	1,609
- Center za zdravljenje boleznih otrok Šentvid pri Stični	1,434

5) Dodatki na delavca iz ur v bolnišnični dejavnosti:

- Bolnišnica Valdoltra	1,649
- Bolnišnica Sežana	1,667

6) Psihiatrija - na delavca iz ur:

- bolnišnična dejavnost	1,621
- dnevna bolnišnica	1,621
- oskrba v tuji družini	1,621

7) Nemedicinski oskrbni dan - na delavca iz ur:

- nemedicinski 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, magnetno resonanco in dialize se ti dodatki ne vračunajo.

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	4,784	4,952	4,306
zdrav. tehnik	2,722	2,477	1,225	1,183

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	3,863	2,000	1,677

13. člen

(1) Dodatek za delovno uspešnost znaša 2,00 % 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.

14. 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 2003 (vključno s povišanjem s 1. 1. 2004 skladno s Splošnim dogovorom za leto 2003). Podrobnejša določila za vračunavanje materialnih stroškov v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev partnerji opredelijo v Področnih dogovorih.

(2) V kalkulirani materialni stroški se pri vseh izvajalcih zdravstvene dejavnosti znižajo za 630 milijonov tolarjev v tekočih cenah 2004 (v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje 584 milijonov tolarjev).

(3) 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.

(4) V kalkulirane materialne stroške v socialnovarstvenih zavodih se v letu 2004 vključijo tudi sredstva za predloge in hlačne predloge (plenice) za inkontinentne varovance. Datum in vrednost programa bosta predmet Aneksa k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2004.

(5) Za sofinanciranje stroškov specializacij v osnovnem zdravstvu se za specializante, ki so prejeli odločbo za specializacijo do 1. avgusta 2003, v letu 2004 planira 265.377.120 SIT (v cenah december 2003). 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 in pedontologijo. 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.

(6) Alokacijo sredstev za specializacije iz 25. člena Dogovora 2004 se opredeli s prilogo z aneksom k Dogovoru 2004.

(7) Zdravstvenim domovom in tistim zasebnim izvajalcem, ki izvajajo koordinacijo preventive in nujne medicinske pomoči, se nameni 20.073 SIT (v cenah december 2003) za vsak zasebni tim splošnega, otroškega in šolskega zdravnika, zobozdravnika ter otroškega in mladinskega zobozdravnika v izpostavi (občini). Ta sredstva se vkalkulirajo v materialne stroške programa zdravstvene vzgoje.

(8) Od 1. 1. 2004 se materialni stroški valorizirajo v skladu s povprečno letno stopnjo rasti cen življenjskih potrebščin, opredeljene v osnovnih makroekonomskih izhodiščih za pripravo državnega proračuna in globalnih bilanc javnega financiranja Ministrstva za finance (UMAR), pri čemer se poročna razlika med dejansko in ocenjeno stopnjo rasti cen življenjskih potrebščin v drugem polletju 2003. Od 1. 1. 2005 pa valorizacija materialnih stroškov temelji izključno na povprečni letni stopnji rasti cen življenjskih potrebščin, opredeljene v osnovnih makroekonomskih izhodiščih za pripravo državnega proračuna (UMAR).

15. 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 decembru 2003.

16. 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 zoboprotetičnih nadomestkov v zobozdravstvu v količini 2g kovine po členu in po standardni ceni, ki jo določi Zavod,
3. diapozitivi na področju ortodontije v obsegu največ 600 diapozitivov letno,
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. laboratorijske preiskave PAPP-A in beta HCG (opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14. tedna nosečnosti pri izbranem ginekologu,
8. trojni hormonski test 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. pacemakerji nad 2 mio SIT vrednosti,
12. kohlearni implantati.

(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. tumorski markerji za dejavnost boleznij dojk (boleznij dojk iz Šifranta 2 Zavoda: 201 030),
8. TSH, FT3 in FT4 tako, da izvajalec krije prvih 12 preiskav (za vse tri preiskave skupaj) na 1000 opredeljenih oseb na dan 28. 2. tekočega leta. Izvajalci, ki imajo v pogodbi z Zavodom dogovorjenih več splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev, krijejo iz kalkuliranih materialnih stroškov število preiskav, ki je enaka zmnožku števila vseh opredeljenih oseb in števila 12 deljeno s 1000. To število se natančno opredeli v pogodbi z izvajalcem.

9. testni listič za antikoagulacijsko zdravljenje na primarni ravni.
(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 (Ur. l. RS, št. 67/2002). 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 vrstah. 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.

17. člen

(1) Zavod krije stroške amortizacije do višine, ki je bila vračunana v cene zdravstvenih storitev v mesecu decembru 2003 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.

18. člen

(1) Sredstva za zakonske obveznosti izvajalcev se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 23,00 odstotkov.

19. člen

(1) Sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 214.518 SIT letno na planiranega delavca. Sredstva za premije kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja se od 1. 1. 2004 vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 117.300 SIT letno na planiranega delavca. Navedeni znesek se uskladi glede na določbe 4. člena Aneksa h Kolektivni pogodbi za negospodarske dejavnosti in poveča za minimalni zajamčeni donos za čas zamika v skladu s 6. členom Aneksa h Kolektivni pogodbi za negospodarske dejavnosti. Od 1. 1. 2005 se sredstva za premije kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 90.183 tolarjev letno na planiranega delavca.

20. 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 decembra 2003.

21. člen

(1) Po opredelitvi vrednosti programa posameznega izvajalca, ki vključuje tudi morebitne ločeno zaračunljive materiale in storitve, se na podlagi določil Dogovora 2004 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

22. člen

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

- V splošni in dispanzerski dejavnosti za:
 - količnik za glavarino in količnik za kurativne in preventivne storitve za dejavnost splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske,
 - pavšal za splošno ambulanto v socialnovarstvenem zavodu,
 - točko v ostalih ožjih dejavnostih.
- V zobozdravstveni dejavnosti za:
 - točko.
- V dejavnosti reševalne službe za:
 - nujne reševalne prevoze: pavšal, cena za kilometer za konvencije in evidenčna cena za kilometer za poškodbe po tretji osebi,
 - nenujne reševalne prevoze: cena za kilometer oz. točko v kolikor partnerji Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost dogovorijo drugačen sistem obračunavanja.
 - nenujne reševalne prevoze: cena za kilometer za prevoze bolnikov na in z dialize bo določena v višini 60 % samopostrežne cene 95 oktanskega neosvinčenega bencina. Cena za km za prevoze bolnikov na in z dialize bo določena za trimesečje, in sicer na podlagi poprečne cene bencina zadnjega trimesečja.
- V lekarniški dejavnosti za:
 - točko.
- V specialistični ambulantni dejavnosti za:
 - preiskave z magnetno resonanco. Ta se določi tako, da cena ene preiskave z magnetno resonanco ne bo preseгла 79.411 SIT (1 EURO = 235,6402 SIT),
 - za storitve, ki bodo izražene v relativnih enotah dela.
- 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).
- 7.1 V specialistični bolnišnični dejavnosti za povprečno ceno bolnika in ob upoštevanju uteži skupin primerljivih primerov za akutno bolnišnično obravnavo:
- internistična, nevrološka, infektološka dejavnost,
 - pediatrična dejavnost,
 - kirurška dejavnost (kirurška, travmatološka, urološka, ortopedska dejavnost),
 - ginekološka in porodniška dejavnost,
 - dermatološka dejavnost,
 - okulistična dejavnost,
 - ORL dejavnost in dejavnost maksilofacialne kirurgije,
 - psihiatrična dejavnost,
 - onkološka dejavnost,
 - rehabilitacijska dejavnost,
 - rehabilitacija invalidne mladine,
 - nega na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje,
 - nemedicinska oskrba,
 - usposabljanje staršev za kasnejšo rehabilitacijo,
 - za transplantacijo ledvic, srca, kostnega mozga, jeter, roženice in pljuč.
- 7.2 Način obračunavanja storitev, opravljenih v dnevni obravnavi ter na podlagi skupin primerljivih primerov za akutne obravnave, dogovorijo partnerji v Področnem dogovoru za bolnišnice.
8. 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,
 - povprečna cena točke za logopedске, 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.
- (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 0,1 % odstopanje pri ceni storitve.
- (3) Poleg cen, navedenih v prvem odstavku tega člena, se določijo še cene za:
- primer dnevne bolnišnice na področju psihiatrije,
 - primer psihiatričnih bolnikov pri "tuji družini".
- (4) Cene iz 1. do 10. 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 2004, se način njihove valorizacije določi v pogodbi med izvajalcem in Zavodom.

(6) Cene dializ, transplantacij in preiskav z magnetno resonanco bo Zavod valoriziral skladno z rastjo srednjega tečaja Banke Slovenije za evro.

(7) 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.

23. člen

(1) Cene, oblikovane po Dogovoru 2004, 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 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.

24. člen

(1) Zdravilišče lahko zdravstvenemu domu ali zasebnemu zdravniku zaračuna opravljene storitve ambulantne fizioterapije, kadar zdravstveni dom ali zdravnik zasebnik, ki ima na voljo zmogljivosti za izvajanje zdravstvene fizioterapije na območju izpostave Zavoda, kjer ima sedež, pošlje zavarovano osebo na ambulantno fizioterapijo v zdravilišče in program za zavarovane

osebe teh izpostav ni določen v pogodbi med zdraviliščem in Zavodom.

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 306.056.723 SIT. Ta sredstva se razporedijo po tipih izvajalcev:

v tisoč SIT	
	tekoče (povp.) cene 2004
1. zdravstveni domovi	62.661.325
od tega:	
– program NMP	2.321.290
– program odvisnosti od drog	518.221
2. bolnišnice – skupaj	176.764.359
od tega:	
– sekundarna raven	150.105.100
– terciarna raven	26.659.259
3. lekarne	7.629.471
4. zdravilišča	7.018.505
5. domovi za starejše občane	15.023.432
6. posebni in vzgojni socialnovarstveni zavodi	4.924.587
7. IVZ	1.526.606
8. zasebni zdravniki – skupaj	26.905.088
od tega:	
– osnovna zdravstvena dejavnost	19.358.961
– specialistična ambulantna dejavnost	7.546.126
9. ostali zasebniki na primarni ravni	1.627.391
10. specializacije zdravnikov	1.971.325
SKUPAJ	306.052.088

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

v tisoč SIT	
	tekoče (povp.) cene 2004
1. osnovna zdravstvena dejavnost	84.972.954
2. specialistična ambulantna dej. in boln. sekund. in terc. dej.	187.910.642
3. zdraviliška zdravstvena dejavnost	5.732.377
4. lekarniška dejavnost	7.629.471
5. dejavnost socialnovarstv. zav.	19.806.644
SKUPAJ	306.052.088

(3) Vrednosti programov in cene zdravstvenih storitev iz Dogovora 2004 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.

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

	v milijonih tolarjev (tekoče cene 2004)	
	znesek na letni ravni	znesek od 1. 4. 2004 dalje
1. operacije na odprtem srcu	560,00	420,00
2. ortopedske operacije	420,00	315,00
3. operacije sive mreže	307,00	230,90

4. srčno žilne operacije	140,00	105,00
5. program preiskav z magnetno resonanco	210,00	157,50
6. TVT operacije	84,00	63,00
7. nadaljnja uporaba zdravila Remicade	97,75	73,30
8. sredstva za dopolnitev kadrov za delovanje Centra za obravnavo otrok z motnjami v razvoju	55,90	41,90
9. širjenje dejavnosti na področju ginekologije v službi za medicinsko genetiko za povečan obseg molekularne genetske diagnostike	34,50	25,90
10. širjenje dejavnosti na področju ginekologije v službi za medicinsko genetiko za predimplatacijsko genetsko diagnostiko	19,55	14,70
11. za prilagoditev cene za membransko plazmaferozo, LDL aferezo in imunsko absorbcijo (obračunane kot akutna dializa)	133,50	100,10
12. dodatne zaposlitve zdravstvenega osebja (50 diplomiranih medicinskih sester/višjih medicinskih sester na primarni ravni zdr. dej. za potrebe patrinažne dejavnosti, 70 diplomiranih medicinskih sester/višjih medicinskih sester za potrebe negovalnih oddelkov, 80 diplomiranih medicinskih sester/višjih medicinskih sester za potrebe sekundarne in terciarne ravni zdravstvene dejavnosti, 20 zdravnikov na primarni ravni zdr. dej.)*	915,90	457,90
13. specializacije zdravnikov	1321,20	596,30
14. stacionarno zdraviliško zdravljenje (NOD)	38,90	29,20
15. stacionarno zdraviliško zdravljenje (točke)	49,50	37,10
16. Psihiatrična klinika Ljubljana - program zdravljenja odvisnih od prepovedanih drog	133,33	100,00
17. sredstva za dejavnost Inštituta za varovanje zdravja in zavodov za zdravstveno varstvo (področje preskrbe s cepivi in imunoglobulini, področje varstva pred nalezljivimi boleznimi)	133,33	100,00
18. posodobitev računalniških programov v lekarnah zaradi uvedbe projekta najvišjih priznanih vrednosti in načrtovanega sočasnega pošiljanja podatkov za avtomatsko obdelavo receptov in zahtevkov za plačilo Zavodu ter dodatne zaposlitve v lekarniški dejavnosti*	133,33	100,00
19. nove zmogljivosti v domovih za starejše za obdobje od 1. 4. 2004 - 31. 12. 2004 (SSZS)	617,76	463,32
20. zdravstvene storitve za pripornike (300 obiskov)	5,80	4,40
21. nove in dodatne zmogljivosti v socialno varstvenih zavodih za usposabljanje in varstveno delovnih centrah	37,30	28,00
22. postopna kadrovska uskladitev v Zavodih za usposabljanje	21,00	15,80
23. dodatni delavci v zavodih za usposabljanje gibalno oviranih	25,00	18,80
24. povečanje kvalifikacijskega količnika za diplomirane fizioterapevte in diplomirane delovne terapevte v Zavodih za usposabljanje	6,50	4,90
Skupaj:	5.501,05	3.502,12

* Sredstva pod 12. in 18. točko (dodatne zaposlitve) se bodo realizirala v skladu s predvideno dinamiko zaposlovanja t.j. od 1. 7. 2004 dalje.

(5) Na podlagi prenosa zdravljenja iz tujine v Slovenijo se bodo v letu 2004 izvajali še naslednji dodatni programi:

	v milijonih tolarjev	
	cene dec. 2003	tekoče cene
1. zdravljenje z vsaditvijo vzpodbujevalnika vagusnega živca (VVVŽ)	17,10	17,50
2. pozitronska izsevalna tomografija	5,60	5,80
SKUPAJ	22,70	23,30

(6) Natančni kriteriji in merila za delitev sredstev iz tega člena se opredelijo v področnih dogovorih.

(7) Onkološkemu inštitutu Ljubljana se za pokrivanje dodatnih stroškov dela na več lokacijah nameni 180 milijonov tolarjev. Določilo velja za koledarsko leto 2004.

(8) V primeru neopravljenega programa iz četrtega odstavka partnerji ponovno odločajo o razporeditvi sredstev za druge programe.

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 2004 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. 2003, 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) Za izračun preskrbljenosti prebivalstva s programi bolnišnične dejavnosti se bodo tudi uporabili podatki o številu prebivalstva, ki so hkrati zavarovane osebe, na dan 31. 12. 2003.

(3) Dopustna odstopanja od povprečja opredelijo partnerji v Področnih dogovorih.

VIII. Področni dogovori

28. člen

(1) Za natančnejšo opredelitev Dogovora 2004 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 prerezporejanje 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 2004.

(3) Dogovorjeni načini reševanja specifičnih problemov v posameznih dejavnostih, ki so opredeljeni v Področnih dogovorih za leto 2004, se lahko spremenijo z aneksi k Področnim dogovorom za leto 2004.

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 za področje zdravstvene dejavnosti socialno-varstvenih 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.

30. člen

(1) Področni dogovori ne morejo biti v nasprotju z določili Dogovora 2004.

(2) Področni dogovori se sprejmejo istočasno z Dogovorom 2004 oziroma najpozneje v 35 dneh po njegovem sprejemu ali odločitvi arbitraže ali Vlade R Slovenije o spornih vprašanjih za Dogovor 2004.

(3) Partner, ki se z vsebino Področnega dogovora ne strinja, zahteva v 60 dneh po začetku veljavnosti Dogovora 2004 presojo spornih vprašanj na arbitraži. Arbitražni postopek lahko zahteva tudi drug partner ki meni, da so z nesklentvijo Področnega dogovora prizadeti njegovi interesi.

(4) V primeru sporov med udeleženci Področnih dogovorov odloči o spornih vprašanjih arbitraž, ki jo sestavlja enako število, vendar največ po dva predstavnik 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 2004 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 2004. Vsem ostalim izvajalcem,

ki so z Zavodom sklenili pogodbo že v letu 2003, pa bo Zavod ponudil sklenitev pogodbe, v kateri bo na novo, v skladu z Dogovorom 2004, ustreznim Področnim dogovorom in upoštevaje 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 2004 in s Področnim dogovorom.

(2) Zavod bo opravil izbiro med ponujenimi programi najpozneje v 45 dneh po izteku razpisnega roka. 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 do konca razpisnega roka 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 2004 oziroma Področnega dogovora. Sočasno mora v tej zahtevi podati predlog kandidata za predsednika arbitraže in za dva člana arbitraže.

(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 2004 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 2004 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 2004 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 pregled gibanja čakalnih dob po dejavnostih, ki se ažurirajo enkrat na tri mesece. Gibanje čakalnih dob izvajalci vsakih šest mesecev obvezno sporočijo tudi na Ministrstvo za zdravje,
6. Zavod bo v pogodbah z izvajalci dogovoril čakalne dobe za prve preglede in preiskave po opravljenem triažnem pregledu v skladu s Pravilnikom o naročanju na specialistični pregled (Ur. l. RS, št. 72/2000), kakor tudi čakalne dobe za program bolnišničnih 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 določili datum in uro pregleda, preiskave ali posega. 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,
 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. zagotovili število delujočih ambulant skladno s številom plačanih timov po pogodbi z Zavodom tako, da bo zagotovljen ordinacijski čas v obsegu 32,5 ur učinkovitega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog sicer pa 35 ur učinkovitega dela ambulante na teden,
 16. 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 3 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 prepeljana 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 Zavodu 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. izvajalci bolnišnične dejavnosti najmanj vsake tri mesece pošiljali na IVZ potreben nabor podatkov za razvrstitev obravnave v skupine primerljivih primerov,
 25. zagotovili vpeljavanje kliničnih poti in indikatorjev kakovosti na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Način vgraditve se opredeli v Področnih dogovorih,
 26. po zaključku zdravljenja bodo izvajalci od 1. 1. 2005 zavarovanim osebam izstavili specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, skladno z usmeritvami, opredeljenih 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 določili (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3, Zavod). 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 obdobjnih obračunov, bodo izvajalci dostavili Zavodu v 5 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.

(3) Zavod bo izvajalcem, ki izstavljajo poročila o opravljenem delu nakazal prvi obrok avansa do 10. v mesecu oziroma po prejemu poročil o opravljenem delu za pretekli mesec. Drugi obrok avansa bo Zavod nakazal izvajalcem do 16. v mesecu, največ v višini 20 % mesečnega avansa. Preostala sredstva do višine mesečnega avansa bo Zavod izvajalcem nakazal do konca meseca.

(4) Morebitna dodatna določila o rokih za obračunavanje storitev opredelijo partnerji v Področnih dogovorih.

(5) V primeru uvedbe računalniške izmenjave podatkov šteje, da je elektronska dispozicija enakovredna pisnim dokumentom iz 1. odstavka tega člena. Natančneje se o pravicah in obveznostih izmenjave podatkov dogovorita izvajalec in Zavod s 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 15 dneh po prejemu. Če te obveze ne izpolni, je dolžan izvajalcu plačati zamudne obresti skladno z obrestno mero za sredstva Zavoda pri Banki Slovenije.

(2) V enakem roku bo Zavod izvajalcu zavrnil račune, zahtevke za plačilo in poročila, ki ne bodo sestavljena v skladu z opredeljitvami iz 39. člena Dogovora 2004, 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 5 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 2004 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, ločeno za redni in dodatni program. Zavod bo partnerjem posredoval tromesečne podatke o realizaciji dodatnega programa v tridesetih dneh po oddaji poročil s strani izvajalcev.

42. člen

(1) Ob obdobjnem obračunu se lahko pri izvajalcih posameznih dejavnosti, navedenih v 3. členu Dogovora 2004, 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 5. člena Dogovora 2004 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 5. členu tega dogovora.

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 (splošne ambulante, 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, po številu napotitev na sekundarno raven ne bo odstopal od povprečja v R Slovenije za več kot 2 standardni deviaciji.

(3) V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi dogovorjenega programa preventive 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 preseganja 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:

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.

44. 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) 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 opravlja Zdravniška ali Lekarniška zbornica Slovenije pa je lahko prisoten zdravnik oziroma nadzornik Zavoda.

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

45. člen

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

1. krši določila 38. člena tega dogovora ali določila pogodbe z Zavodom, ki je sklenjena v skladu s Splošnim in Področnim dogovorom,
2. zavarovani osebi omogoči v breme Zavoda uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih ne pripadajo,
3. zavarovani osebi omejuje uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih pripadajo,
4. v zdravstveni dokumentaciji ne vodi ustrezne evidence, s katero utemeljuje nadaljnje uveljavljanje pravic pri drugih izvajalcih, ali pa je ta evidenca pomanjkljiva,
5. uveljavljanje pravic zdravstvenih oseb ali obračun storitev Zavodu se lahko izvede le na podlagi listin izpolnjenih skladno z navodili Zavoda,
6. v zdravstveni dokumentaciji ne hrani izjave o skladnosti zobnoprotetičnega pripomočka, skladno s Pravilnikom o medicinskih pripomočkih (Ur.l. RS, št. 71/2003),
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. Zavodu zaračuna storitev v napačnem odstotnem deležu, storitev, ki je ni opravil oziroma evidentiral v svoji dokumentaciji ali pa je storitev istočasno zaračunal tudi zavarovani osebi. V primeru, da je izvajalec za obračun opravljenega dela uporabil napačno šifro storitve, katere točkovna vrednost je višja od priznane, izstavi izvajalec Zavodu za preveč zaračunane storitve ustrezen dobropis oziroma storno poročila do 10. 1. za preteklo leto. Če je točkovna vrednost napačne šifre storitve nižja od priznane, lahko izstavi izvajalec Zavodu za premalo zaračunane storitve dodaten obračun do 10. 1. za preteklo leto,
9. pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev ne seznanj zavarovane osebe o višini doplačila za posamezno nadstandardno storitev in ne pridobi njenega pisnega soglasja,
10. zaračuna ločeno zaračunljive materiale mimo dogovorjenih s pogodbo ali v večji količini, kot je bila dejansko porabljena ali po višji ceni od nabavne,
11. ne napoti ali ne opravi storitev za imenovane zdravnike in zdravstveno komisijo Zavoda v dogovorjenem roku,
12. ne omogoča nadzornim zdravnikom Zavoda vpogleda v tisti del medicinske 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,
13. na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo,
14. ne vodi čakalne knjige in ne obvesti zavarovanih oseb o datumu in uri pregleda,
15. ima neupravičeno daljše čakalne dobe, kot je dogovorjeno s pogodbo in o njih ni obvestil Zavoda.
16. postopa v nasprotju s Pravilnikom o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(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. nadaljnjo 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 zaračunava 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.

46. člen

(1) Izvajalec, ki krši pogodbeno obveznost iz prejšnjega člena, je dolžan Zavodu povrniti škodo, ki je s kršitvijo nastala.

(2) Če škoda, ki je s kršitvijo nastala ne presega 3.000 SIT, Zavod od izvajalca ne zahteva povračila škode in ne zaračuna pogodbene kazni.

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

48. 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 vložiti 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.

49. 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

50. 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:

lekarnе posredujejo podatke z receptnih obrazcev v predpisani obliki in po dogovorjeni metodologiji Zavodu preko računalniške izmenjave podatkov, na disketah pa je možno posredovanje podatkov Zavodu do 31. 12. 2004,

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 Splošni dogovor in Področni dogovori morajo biti na zahtevo podpisnikov tega Dogovora in Področnih dogovorov dostopni tudi njim. Podatke, ki so določeni kot poslovna skrivnost, jih morajo prejemniki kot take tudi varovati.

51. člen

(1) V letu 2004 bo Zavod zbiral in obdeloval podatke o predpisovanju zdravil na recepte po izvajalcih in na tej podlagi testiral model stimulacij za racionalno predpisovanje zdravil na recepte na celotnem območju R Slovenije ter o ugotovitvah seznanil partnerje. Izvajalci se obvezujejo, da bodo Zavodu sporočali podatke o številu zdravnikov, ki predpisujejo zdravila na recepte v rokih in v skladu z navodili Zavoda. Testiranje modela spremlja delovna skupina, ki jo vodi Zdravniška zbornica Slovenije. Zavod je dolžan posredovati podatke o predpisanih zdravilih izvajalcem 2 krat letno, najmanj dva meseca po izteku analiziranega obdobja.

XIV. Arbitraža

52. člen

(1) Arbitraža, ki odloča na podlagi drugega odstavka 62. 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 62. 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 presajo 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 5 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 8 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 preložitve prvega naroka arbitraže je dolžan pridobiti predlagatelj preložitve in jih najpozneje 1 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 oz. razsodbe. 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 8 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 8 dni od zaključka 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 katerokoli osebo, ki je od njega povabljen na narok.

XV. Prehodne in končne določbe

53. člen

- (1) V primeru, da izvajalec pri posamezni specialistično ambulantni dejavnosti ne doseže letnega planiranega števila točk, Zavod za obračun upošteva indeks doseganja plana obiskov. Določilo velja

do uvedbe novega obračunskega modela na področju specialistično ambulantne dejavnosti.

54. člen

- (1) Seznam, načrtovanje potrebnih sredstev in financiranje, vključno s končnim letnim obračunom, najdražjih laboratorijskih preiskav partnerji podrobneje dogovorijo v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost ter v Področnem dogovoru za bolnišnice.

55. člen

- (1) V področnih dogovorih lahko partnerji dogovorijo diferenciran pristop zniževanja vrednosti programov zdravstvenih storitev (materialni stroški) po posameznih ožjih dejavnostih.

56. člen

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

57. člen

- (1) Pogodbe sklenjene med Zavodom in izvajalci za pogodbeno leto 2004 se uporabljajo od 1. 4. 2004 dalje, razen z novimi zasebniki in novimi izvajalci, ki se uporabljajo od 1. 10. 2004.

58. 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 2004, imajo pravico predlagati spremembo Dogovora 2004.
- (2) Za spremembe in dopolnitve Dogovora 2004 velja enak postopek, kot za njegov sprejem.

59. člen

- (1) Dogovor 2004 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade R Slovenije, uporablja pa se od 1. 4. 2004.
- (2) Dogovor 2004 velja dokler partnerji ne sprejmejo novega Dogovora.

60. člen

- (1) Partnerji se zavezujejo, da bodo ukrepali v smeri uresničevanja Dogovora 2004 pri svojih članih.
- (2) Za njegovo dosledno uresničevanje si bodo partnerji izmenjavali podatke in informacije.

Številka: 5102/2004

Datum: 4. 3. 2004

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

