

OBČASNIK

akti
&
navodila

23. 7. 2003

ZAVODA ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE

LETNIK XI.

ŠTEVILKA 4/2003

Iz vsebine:

Akti

- Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003 1
- Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003 19
- Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost 23
- Aneks št. 1 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost 37
- Področni dogovor za lekarniško dejavnost 62
- Aneks št. 1 k Področnemu dogovoru za lekarniško dejavnost 67

- Aneks št. 2 k Področnemu dogovoru za lekarniško dejavnost 67
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč .. 68
- Področni dogovor za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje 82

Informacije

- Veljavna nova lista zdravil in dopolnjeno navodilo za magistralna zdravila 100

Uvodnik

Dogovor 2003

Pogajanja za Dogovor 2003 so partnerji zaključili decembra 2002. Ker niso uspeli uskladiti vseh določil Dogovora, je januarja 2003 o spornih vprašanih odločala arbitraža. Sestala se je dvakrat in obravnavala 88 spornih vprašanj. Uspešno je uskladila 14 spornih vprašanj, preostala pa so partnerji vključili v aneks 1 k Dogovoru 2003. Tudi o spornih vprašanih aneksa 1 je odločala arbitraža, 3 je uskladila, 34 pa posredovala v odločitev Vladi R Slovenije. Vlada R Slovenije je o teh predlogih odločila šele 5. junija 2003.

V Dogovoru 2003 so se partnerji dogovorili za povečanje obsega nekaterih prioritarnih programov, kot so npr. program zdravljenja kardiovaskularnih obolenj, operacij na odprtem srcu, zdravljenje raka, program gastroenteroloških preiskav, preiskave z računalniško tomografijo, magnetno resonanco, program nujne medicinske pomoči, specializacije zdravnikov itd. Poleg tega so se partnerji dogovorili, da se za obstoječe programe poveča vkalkulirana višina sredstev za plače zaradi rednega napredovanja zaposlenih v zdravstvu in za selektivno povečanje vkalkuliranih materialnih stroškov. Za povečanje obsega in boljše vrednotenje programov bo Zavod v letu 2003 namenil dodatna sredstva v višini 6.768,8 milijona tolarjev in hkrati zmanjšal vrednost obstoječih programov za 3.800 milijonov tolarjev. Na ta način je bil uveljavljen selektivni pristop uskladišne vrednosti programa zdravstvenih storitev z razpoložljivimi sredstvi iz finančnega načrta Zavoda.

Pomembnejše novosti, ki jih prinašajo letošnji Splošni in področni dogovori so, da je v omejitvev "prelivanja" plačevanja programa med dejavnostmi znotraj izvajalca vključena tudi bolnišnična dejavnost, odstotek "prelivanja" med strokami je znižan od 5 % na 3 %, črtana je možnost "prelivanja" programa med izvajalci iste dejavnosti, še vedno pa ostaja možnost začasnega prenosa programa na drugega izvajalca. Plan obiskov za specialistično ambulantno dejavnost bo določen na osnovi realizacije v obdobju 2000 - 2002, na področju bolnišnične dejavnosti pa bo 10 % sredstev med bolnišnice razporejenih na osnovi skupin primerljivih primerov. Priti tem ostaja v veljavi določilo, da lahko posamezna bolnišnica "izgubi" največ 1 % sredstev iz naslova preskrbljenosti, uskladišne cen primerov v indeksnem razponu 95 - 105 in plačila po skupinah primerljivih primerov. S Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost so se partnerji dogovorili za spremeno njeno metodologijo izračuna glavarine z veljavnostjo od 1. 7. 2003

dalje. Količniki iz glavarine se priznajo posameznemu izvajalcu v celoti do 2.250 zanj opredeljenih zavarovanih oseb, nato pa po regresijski formuli (90 % količnikov od 2.250 do 2.500 opredeljenih zavarovanih oseb, 80 % količnikov od 2.500 do 2.750 opredeljenih zavarovanih oseb in 70 % količnikov od 2.750 do 3.000 opredeljenih zavarovanih oseb). Poleg tega je v področni dogovor vključena finančna stimulacija za izvajanje zdravstveno vzgojnih programov za odraslo populacijo (t. i. skupinske učne delavnice). Izvajalcu bodo namreč zagotovljena sredstva za celoten program, če bo realiziral vsaj 40 % s pogodbo dogovorjenega obsega skupinskih učnih delavnic. Področni dogovor uvaja tudi nov način obračunavanja "štartnine" v reševalni službi. Štartnina, ki se obračuna za vsako drugo osebo, ki se hkrati pelje v reševalnem vozilu, bo znašala namreč od 1. 1. 2004 dalje 10 km za mestne prevoze in 20 km za vse ostale prevoze. Zdravilišči se je Zavod dogovorili za 5 % popust na obračunane storitve zdraviliškega zdravljenja v drugem polletju 2003, s Področnim dogovorom za socialnovarstvene zavode pa je na novo urejeno financiranje zdravstvene nege v varovanih stanovanjih in dnevnih centrih. Pomembna novost glede nadzora nad izvajanjem pogodb in obračunavanjem zdravstvenih storitev pa je ukinitvev pogodbenih kazni.

V skladu s sklepom Upravnega odbora bo Zavod objavljial razpise za zdravstvene programe oziroma dejavnosti, za katere bodo sklenjeni ustrezni področni dogovori. Za službo Zavoda je pomembno soglasje partnerjev, da se tudi v letu 2003 izvede razpis samo za nove zasebnike s koncesijo, vsem ostalim pogodbenim partnerjem pa bo Zavod ponudil sklenitev nove pogodbe za leto 2003, ki bo usklajena z Dogovorom 2003 in ustreznim področnim dogovorom. Na ta način bo službi Zavoda znatno olajšano delo, postopek sklepanja pogodb pa bo potekal mnogo hitreje. Poleg tega pa je Zavod že objavil dodatni razpis za zagotovitev skrajšanja čakalnih dob za program operacij na odprtem srcu in zahtevnejših kardiovaskularnih posegov, za programa operacij sive mreže in ortopedskih operacij. Nanj se lahko prijavijo vsi zainteresirani javni zdravstveni zavodi in zasebniki, Zavod pa bo izbral med tistimi, ki bodo ponudili najugodnejšo ceno, seveda ob predložitvi dokazil, da je izvajalec usposobljen za izvedbo programa.

Direktorica področja zdravstvene analitike in ekonomike
Stadjana Jelisivčič, univ. dipl. ekon.

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 zbornica Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, na sejah dne 16. 1. 2003 in 24. 1. 2003 odločila o spornih vprašanjih in se tem določila besedilo:

Splošni dogovor za pogodbeno leto 2003

I. Splošne določbe

1. člen

(1) S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2003 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2003) partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za pogodbeno leto 2003.

(2) Dogovor 2003 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

Partnerji se za pogodbeno leto 2003 dogovorijo za 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,
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 upokojujencev in hospicij,
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 skrajšali čakalno dobo za prvi specialistični ambulantni pregled ter vodili čakalno knjigo. Za primere, kjer je to mogoče, pa bodo razvijali obravnavo oziroma zdravljenje bolnikov na domu. Podrobnejša merila za financiranje programov zdravljenja bolnikov na domu partnerji opredelijo v Dogovoru,
8. uvajali in sofinancirali bodo podaljšano bolnišnično zdravljenje v bolnišnicah. 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 preseganja 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,
11. Ministrstvo za zdravje bo v sodelovanju z Zdravniško zbornico Slovenije, Zavodom, Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije in Lekarniško zbornico Slovenije določilo kriterije za organizacijo dežurne službe v javni zdravstveni mreži,

12. spremljali, nadzirali in analizirali bodo vzroke za čakalne dobe. Za preventivne, diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske posege oziroma storitve, pri katerih se pojavljajo nesprejemljivo dolge čakalne dobe, bodo opredelili potrebno in s pogodbami dogovorjeno število posegov oziroma storitev v skladu z razpoložljivimi sredstvi,
13. na področju obvladovanja izdatkov za zdravila bodo partnerji uveljavili mehanizme stimuliranja in nadzora izvajalcev za varčnejše predpisovanje zdravil na recepte glede na raven ciljne porabe,
14. sprejeli in izvajali bodo ukrepe za zmanjšanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za bolezenske odsotnosti (skrajšanje administrativnega staleža zaradi čakanja na postopke obravnave na invalidskih komisijah, zmanjšanje izdatkov zaradi hitrejših zdravstvenih obravnave ali posegov),
15. 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,
16. 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 2002.

II. Programi zdravstvenih storitev v Republiki Sloveniji v pogodbenem letu 2003

3. člen

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

1. Splošna in dispanzerska dejavnost:

(1) Program bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost. Program bo selektivno povečan na področju strok, za katere so v 25. členu tega Dogovora načrtovana dodatna finančna sredstva, na področju ostalih strok pa bo enak planu iz pogodb 2002.

(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.

(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:

(1) Program bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2002. Program za posameznega izvajalca bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

(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.

(3) Zobozdravstvene ambulante za duševno prizadete osebe lahko povečajo točkovno vrednost storitev za 30%, kar velja za ambulante, ki delajo najmanj dvakrat tedensko za duševno prizadete osebe. Ta dodatek lahko evidentirajo le v ordinacijskem času, ki je v pogodbi med izvajalcem in Zavodom določen za delo z duševno prizadetimi osebami.

(4) Zobozdravstvena oskrba varovancev s posebnimi potrebami (cerebralno, duševno in telesno težje prizadete osebe) se izvaja v splošni anesteziji ob prisotnosti anesteziologa, zdravstvenega tehnika in celotnega zobozdravstvenega tima. Prisotnost ekipe je potrebna ves čas do prebujanja bolnika v operacijski enoti. Merila za financiranje tega programa se dogovorijo v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost v okviru finančnih sredstev, ki se namenjajo za ta program.

3. Dejavnost reševalne službe:

(1) Program nujnih reševalnih prevozov bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

(2) Program nenujnih reševalnih prevozov bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb za leto 2002, razen nenujnih reševalnih prevozov na in iz dialize, ki se načrtujejo na ravni realizacije iz leta 2002.

4. Nujna medicinska pomoč:

(1) Program iz pogodb 2002 bo povečan v skladu z dodatnimi finančnimi sredstvi opredeljenimi v tem Dogovoru. Vsebina programa bo natančneje določena v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

5. Lekarniška dejavnost:

(1) Planirani program bo enak realizaciji v letu 2002.

6. Specialistična ambulantna dejavnost:

(1) Program bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2002 in bo selektivno povečan na področju strok, za katere so v 25. členu tega Dogovora načrtovana dodatna finančna sredstva. Program bo načrtovan tudi v številu prvih in ponovnih obiskov na zdravnika in bo enak realizaciji v obdobju 1997 - 1999 (plan iz pogodb 2002) v posamezni specialistični ambulantni dejavnosti posameznega izvajalca. Ekipa, ki bo opravila načrtovano število obiskov si bo zagotovila plačilo planiranega števila točk, določenega na podlagi kalkulativnega števila 1.430 ur učinkovitega dela ambulante na leto, če je nosilec programa zdravnik.

7. Dializna dejavnost:

(1) Program vseh dializ skupaj bo enak realizaciji v letu 2002, povečan z indeksom rasti števila dializ v letu 2002 v primerjavi z letom 2001.

8. Specialistična bolnišnična dejavnost:

(1) Program števila obravnavanih bolnikov bo v primerjavi s planom iz pogodb 2002 spremenjen v skladu z dodatnimi sredstvi

iz tega Dogovora ter prenosom programa iz bolnišničnega programa v dnevno bolnišnico, ambulantno dejavnost ali obravnavo na domu. Program za posameznega izvajalca bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za bolnišnice.

(2) Program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, program enodnevnih in dnevne bolnišnice ter program skupin primerljivih primerov, ko gre za akutno bolnišnično obravnavo bo določen v skladu z merili, opredeljenimi v Področnem dogovoru za bolnišnice. Skupine primerljivih primerov bodo partnerji uvajali postopno. Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Zavod se zavezujejo, da skupine primerljivih primerov za akutno bolnišnično obravnavo uvedejo s 1.4.2003.

9. Terciarna zdravstvena dejavnost:

(1) Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002. Ministrstvo za zdravje opredeli kriterije za terciarno dejavnost, ki upoštevajo poučevanje, raziskovanje in delež napotitev med bolnišnicami.

10. Zdravstvena dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje:

(1) Skupno število dni zdravstvene nege bo v globalu določeno na ravni realizacije v letu 2002, ki bo popravljena z oceno letnega obsega programa novih kapacitet v letu 2003 v domovih za starejše. V socialno varstvenih zavodih za usposabljanje bo program povečan za 8.591 dni zdravstvene nege in 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 opravita Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije.

(2) Program logopedске, defektološke in avdiološke dejavnosti bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002. Posamezen izvajalec bo program načrtoval v skladu s standardi iz Področnega dogovora za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje.

11. Zdraviliška zdravstvena dejavnost:

(1) Program nemedicinskih oskrbnih dni, dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

(2) Program zdraviliških storitev (točk), dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

(3) Program teoretičnih oskrbnih dni in zdraviliških storitev (točk) za ambulantno zdraviliško zdravljenje bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

(4) Izvajalci bodo posebej planirali program za stacionarno zdraviliško zdravljenje in posebej za ambulantno zdraviliško zdravljenje.

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

(1) Program izvajanja zdravstvenih storitev (epidemiološko raziskovanje, antirabične obravnave, določena cepljenja in zaščito z zdravili skladno z letnim programom) bo ostal na ravni plana iz leta 2002 (izvaja IVZ in ZZV).

13. Zdravstveni dom za študente:

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

(2) Programe iz 1., 2. in 6. točke tega člena bodo izvajalci načrtovali ločeno po strokah iz šifranta 2 (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3), razen v dejavnosti 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. Preklicanje programa med posameznimi strokami je možno največ do 5% na letni ravni. V primeru, da posamezen izvajalec tri mesece ne zagotavlja 85% dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem začasni prevzem programa v obdobju veljavnosti tega Dogovora. V primeru, da partnerji ob koncu leta ugotovijo, da program posamezne dejavnosti na ravni R Slovenije ni bil realiziran, Zavod zagotovi izvajalcem, ki so program presegle, plačilo dela preseženega programa do višine planiranih sredstev za to dejavnost.

(3) Zavod in izvajalec lahko v pogodbi, v skladu s potrebami prebivalstva, dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s tem Dogovorom in ustreznimi Področnimi dogovori.

(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.

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 294.784 dni stacionarnega zdraviliškega zdravljenja. V primeru nedoseganja plansko predvidenega obsega nemedicinskih oskrbnih dni se za polovični odstotek nedoseganja plana poveča cenovni standard za nemedicinski oskrbni dan v naslednjem obdobju. V primeru preseganja plana se cenovni standard v enakem razmerju zniža. V primeru preseganja ali nedoseganja planiranih storitev zdraviliškega zdravljenja (točk) se izračuna nova vrednost točke. Podrobnejši način izračuna se opredeli v Področnem dogovoru za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč.

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. Zmožljivosti, potrebne za izvajanje dogovorjenega programa

6. člen

(1) Planirano število delavcev za programe obveznega zdravstvenega zavarovanja se bo v pogodbenem letu 2003 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 2003 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 2002 oziroma koncesij 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.

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

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

- 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,
- 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 pogodbah v letu 2002. 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 2003 ne standardizirajo, pa bo ostalo število delavcev v socialnovarstvenih zavodih enako planu iz pogodb 2002.

(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 planiranih delavcev

za zdravstvene domove, zasebne izvajalce in specialistično ambulantno dejavnost v bolnišnicah, so:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- splošni zdravniki in specialisti	5,800	5,800	6,060
- specialisti klinične psihologije	5,326	5,326	5,560
- zobozdravniki za mladino	4,900	4,900	5,110
- zobozdravniki za odrasle, biologi	4,700	4,700	4,910
- zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo (logopedi, psihologi, ortopedagogi...)	4,550	4,600	4,750
- zdravstveni delavci z visoko strokovno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre) *	3,400	3,400	3,510
- zdravstveni delavci z višješolsko in visokošolsko izobrazbo	3,270	3,400	3,430
- zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo	2,710	2,710	2,740
- upravno tehnični delavci	2,420	2,710	2,740
- reševalec	2,620	2,620	2,650

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

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

(4) Povprečni kvalifikacijski količnik za bolnišnično dejavnost po skupinah bolnišnic so:

	1. skupina			2. skupina			3. skupina		
	1.1.03	1.4.03	1.5.03	1.1.03	1.4.03	1.5.03	1.1.03	1.4.03	1.5.03
1. kirurgija	3,021	3,038	3,084	3,021	3,038	3,084	3,169	3,186	3,235
2. internistika	3,101	3,116	3,151	3,101	3,116	3,151	3,232	3,249	3,286
3. pediatrija	3,010	3,050	3,081	3,010	3,050	3,081	3,158	3,200	3,232
4. ORL, maks. krg.				3,104	3,127	3,191	3,248	3,281	3,348
5. okulistika				3,062	3,082	3,145	3,202	3,233	3,299
6. ginekologija	2,959	2,964	3,018	2,959	2,964	3,018	3,106	3,108	3,165
7. dermatologija				2,958	3,049	3,111	3,073	3,198	3,263
8. doječe matere	2,109	2,114	2,158	2,109	2,114	2,158	2,109	2,114	2,158
9. dnevna bolnišnica	2,942	2,946	2,997	2,942	2,946	2,997	2,942	2,946	2,997

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
psihiatrija	2,981	2,989	3,040

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
Psihiatrična klinika Lj - bol.dej.	3,245	3,253	3,325

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
Psihiatrična klinika Lj - oskrba	1,946	2,005	2,038

(6) Za program dnevne in enodnevne bolnišnice izvajalci načrtujejo kvalifikacijski količnik v skladu s planirano kadrovske strukturo in standardiziranimi kvalifikacijskimi količniki iz drugega odstavka tega člena.

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- CZBO Šentvid	2,737	2,771	2,812
- Bolnišnica Valdoltra	3,054	3,063	3,118
- Bolnišnica Sežana	2,789	2,890	2,942
- Inštitut RS za rehabilitacijo	3,132	3,142	3,189
- Onkološki inštitut Ljubljana	3,567	3,572	3,670

(8) 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.

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- nega I	2,350	2,357	2,369
- nega II	2,448	2,457	2,470
- nega III	2,638	2,646	2,671

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;

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- lekarniška dejavnost	3,790	3,790	3,828
- dejavnost zdraviliškega zdravljenja (točke)	3,033	3,100	3,150

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 RS 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 2003.

10. člen

(1) Dodatek za delovno dobo znaša v vseh dejavnostih 9 % 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:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- zdravniki in zobozdravniki specialisti	4,880	4,880	5,060
- zobozdravniki	4,564	4,564	4,564
- diplomirane medicinske sestre	1,550	1,550	1,550
- fizioterapevti	1,327	1,455	1,455
- inženirji radiologije	2,276	2,350	2,350
- psihologi, logopedi, defektologi	1,895	1,915	1,915
- biokemiki, biologi, specialisti klinične psihologije, specialisti klinične logopedije	2,390	2,390	2,390
- zdravstveni tehniki	1,225	1,225	1,225
- zobni tehniki	1,145	1,145	1,190
- upravno tehnični delavci	0,890	1,180	1,180
- reševalna služba (brez upravno tehničnega kadra)	1,240	1,240	1,240
- Inštitut za varovanje zdravja - na del. iz ur	1,566	1,527	2,584
- lekarne - na delavca iz ur	1,549	1,549	1,556
- zdravilišča (točke) - na delavca iz ur	1,287	1,306	1,332
- socialnovarstveni zavodi - na delavca iz ur	1,080	1,115	1,144
- 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)	1,609	1,631	1,640

2) Oddelki v bolnišnicah - dodatki na zdravnika:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- kirurgija	6,883	6,883	7,063
- internistika	6,397	6,397	6,577
- pediatrija	6,537	6,537	6,717
- ORL, maksilofacialna kirurgija	6,978	6,978	7,158
- okulistika	6,547	6,547	6,727
- ginekologija in porodništvo	6,144	6,144	6,324
- dermatovenerologija	5,838	5,838	6,018

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- kirurgija	1,104	1,107	1,127
- internistika	1,110	1,118	1,133
- pediatrija	1,125	1,132	1,149
- ORL, maksilofacialna kirurgija	1,129	1,129	1,152
- okulistika	1,137	1,137	1,162
- ginekologija in porodništvo	1,115	1,115	1,138
- dermatovenerologija	1,109	1,109	1,132

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Inštitut RS za rehabilitacijo	1,897	1,994	2,082
- Onkološki inštitut Ljubljana	2,011	2,112	2,119
- Bolnišnica F. Derganca - rehabilitacija invalidne mladine	1,480	1,569	1,670
- Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	1,308	1,397	1,489

5) Dodatki na delavca iz ur v bolnišnični dejavnosti:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Bolnišnica Valdoltra	1,521	1,621	1,690
- Bolnišnica Sežana	1,519	1,645	1,700

6) Psihijatrija - na delavca iz ur:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- bolnišnična dejavnost	1,492	1,584	1,676
- dnevna bolnišnica	1,492	1,584	1,676
- oskrba v tuji družini	1,492	1,584	1,676
- specialistična ambulantna dejavnost v Psihiatrični kliniki Ljubljana	1,492	1,584	1,676

7) Nemedicinski oskrbni dan - na delavca iz ur

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- nemedicinski oskrbni dan	0,613	0,613	0,644

Dodatki so izraženi v vrednosti količnika z 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	
	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03
zdravnik	5,800	6,060	4,700	4,911	4,880	5,060	4,243	4,400
zdrav. tehnik	2,710	2,740	2,466	2,493	1,225	1,225	1,183	1,183

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

	osnovni kvalifikacijski količnik				dodatki v količnikih			
	efektiva		neefektiva		efektiva		neefektiva	
	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03
farmacevt	4,810	4,850	3,850	3,882	1,998	2,003	1,675	1,679

13. člen

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

14. člen

(1) Materialni stroški na enoto storitve oziroma na tim se v globalu vračunajo v vrednost programov, oziroma cene zdravstvenih storitev v enaki višini kot v decembru 2002. Izjema so programi oziroma dejavnosti, za katere so partnerji v 25. členu tega Dogovora opredelili povišanje izhodiščne vrednosti materialnih stroškov. Podrobnejša določila za vračunavanje materialnih stroškov v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev partnerji opredelijo v Področnih dogovorih.

(2) Kalkulirani materialni stroški vključujejo tudi sredstva za nezgodno zavarovanje delavcev.

(3) Za sofinanciranje stroškov specializacij za potrebe osnovne zdravstvene dejavnosti se v letu 2003 planira 442.295.200 SIT (v cenah december 2002). 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.

(4) Zdravstvenim domovom in tistim zasebnim izvajalcem, ki izvajajo koordinacijo preventive in nujne medicinske pomoči, se nameni 19.325 SIT (v cenah december 2002) 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.

(5) V primeru, da se materialni stroški bistveno spremenijo zaradi izvajanja Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, zakonov ali drugih predpisov, lahko partnerji predlagajo aneks k temu Dogovoru.

(6) Sredstva za materialne stroške vključujejo tudi sredstva za investicijsko vzdrževanje in obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov.

(7) Materialni stroški se valorizirajo vsakih šest mesecev v naprej, skladno s povprečno stopnjo rasti cen življenjskih potrebščin, ki je veljala v zadnjih znanih šestih mesecih, s poračunom morebitne razlike v oceni v naslednjem obdobju.

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 2002.

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 zobnoprostetičnih 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 bolezni dojk (bolezn 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.

(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 ter predloge in hlačne predloge (plenice) za inkontinentne varovance v socialnovarstvenih zavodih, 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 2002 in v skladu s standardi opredeljenimi v Področnih dogovorih.

(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 207.465 SIT 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 2002.

21. člen

(1) Po opredelitvi vrednosti programa posameznega izvajalca, ki vključuje tudi morebitne ločeno zaračunljive materiale in storitve, se na podlagi določil Dogovora 2003 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:

1. 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.

2. V zobozdravstveni dejavnosti za:

- točko.

3. 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: praviloma cena za kilometer, izvajalec in Zavod pa se lahko dogovorita tudi za pavšal.

V primeru, da se dogovorita za pavšal, se ohrani evidenčna cena za kilometer. Način izračuna pavšala in cene za kilometer se podrobneje določi v Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost,

- nenujne reševalne prevoze: cena za kilometer za prevoze bolnikov na in iz dialize bo določena v višini 60 % samopostrežne cene 95 oktanskega neosvinčenega bencina. Cena za km za prevoze bolnikov na in iz dialize bo določena za trimesečje, in sicer na podlagi poprečne cene bencina zadnjega trimesečja.

4. V lekarniški dejavnosti za:

- točko.

5. V specialistični ambulantni dejavnosti za:

- preiskave z magnetno resonanco. Ta se določ-i tako, da cena ene preiskave z magnetno resonanco ne bo presegla 77.466 SIT (1 EURO = 229,56 SIT),
- za storitve, ki bodo izražene v relativnih enotah dela.

6. V dializni dejavnosti za:

- dializo I (hemodializa kronič- na),
- 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 in roženice.

(2) Način obračunavanja storitev, opravljenih v dnevni in enodnevni bolnišnici ter skupin primerljivih primerov 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 aydiološke storitve v zavodih za usposabljanje.

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 šifrantu 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 alinee 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 pogodbi določene cene, ki se ne oblikujejo po sprejetih izhodiščih iz Dogovora 2003, 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 EURO.

(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 2003 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 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 in zapornikov v psihiatričnih bolnišnicah se državnemu proračunu zaračuna na podlagi bolnišnično oskrbnih dni. 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

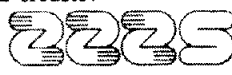
25. člen

(1) Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) znaša v cenah december 2002, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, 276.970.189 tisoč SIT oziroma v tekočih cenah 285.639.424 tisoč SIT. Ta sredstva se razporedijo po tipih izvajalcev:

v tisoč SIT

	cene tekoče (povp.)	
	december 2002	cene 2003
1. zdravstveni domovi	59.300.519	61.303.646
od tega:		
– program NMP	2.190.262	2.261.963
– program odvisnosti od drog	481.761	496.937
2. bolnišnice – skupaj	160.903.062	165.949.585
od tega:		
– sekundarna raven	136.177.297	140.448.327
– terciarna raven	24.630.830	25.404.140
3. lekarnе	6.711.698	6.946.314
4. zdravilišča	6.466.164	6.613.466
5. domovi za starejše občane	12.722.969	13.086.777
6. posebni in vzgojni socialnovarstveni zavodi	4.140.106	4.255.324
7. IVZ	1.300.100	1.335.992
8. zasebni zdravniki - skupaj	23.958.840	24.634.591
od tega:		
– osnovna zdravstvena dejavnost	16.248.967	16.761.259
– specialistična ambulantna dejavnost	7.709.873	7.873.332
9. ostali zasebniki na primarni ravni	1.466.732	1.513.730
SKUPAJ	276.970.189	285.639.424

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



	v tisoč SIT	
	cene tekoče (povp.) december 2002	cene 2003
1. osnovna zdravstvena dejavnost	76.127.361	78.652.177
2. specialistična ambulantna dej. in boln. sekund. in terc. dej.	171.940.358	177.261.762
3. zdraviliška zdravstvena dejavnost	5.327.697	5.437.071
4. lekarniška dejavnost	6.711.698	6.946.314
5. dejavnost socialnovarstv. zav.	16.863.074	17.342.101
SKUPAJ	276.970.189	285.639.424

(3) Vrednosti programov in cene zdravstvenih storitev iz Dogovora 2003 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 mio SIT na letni ravni (tekoče cene 2003)
1. program zdravstvene vzgoje (preventiva)	150,0
2. program nege na domu in v varovanih stanovanjih	178,0
3. zdravljenje raka	330,7
4. program podaljšanega bolnišničnega zdravljenja	115,0
5. program gastroenteroloških preiskav	140,0
6. program CT	45,0
7. program magnetne resonance	36,5
8. selektivno povečanje materialnih stroškov v specialistično ambulantni dejavnosti	58,8
9. selektivno povečanje materialnih stroškov v specialistično bolnišnični dejavnosti	50,0
10. nove kapacitete v VDC in zavodih za usposabljanje	28,0
11. nove kapacitete v domovih za starejše občane	435,0
12. pilotski projekt helikopterskih prevozov	50,0
13. dejavnost Kliničnega inštituta za medicino dela, prometa in športa	50,0
14. program dializ	632,0
15. redno napredovanje zaposlenih delavcev v zdravstvu (znesek je za celo leto, določilo se uporablja od 1. 5. 2003)	4.469,8
SKUPAJ	6.768,8

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

(6) 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 2003 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 31.12.2002, 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 31.12.2002.

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

VIII. Področni dogovori

28. člen

(1) Za natančnejšo opredelitev Dogovora 2003 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.

(2) Za izvajalce, katerih dejavnost ni urejena s Področnim dogovorom, se smiselno uporabljajo določila Dogovora 2003.

(3) Dogovorjeni načini reševanja specifičnih problemov v posameznih dejavnostih, ki so opredeljeni v Področnih dogovorih za leto 2003, se lahko spremenijo z aneksi k Področnim dogovorom za leto 2003.

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-sekundarna raven,
 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 socialninarstvenih zavodov,
 6. Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije za terciarno dejavnost.

(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 2003.
- (2) Področni dogovori se sprejmejo istočasno z Dogovorom 2003 oziroma najpozneje v 35 dneh po njegovem sprejemu ali odločitvi arbitraže ali Vlade R Slovenije o spornih vprašanjih za Dogovor 2003.
- (3) Partner, ki se z vsebino Področnega dogovora ne strinja, zahteva v 60 dneh po začetku veljavnosti Dogovora 2003 presojo spornih vprašanj na arbitraži. Arbitražni postopek lahko zahteva tudi drug partner ki meni, da so z neskenitvijo Področnega dogovora prizadeti njegovi interesi.
- (4) V primeru sporov med udeleženci Področnih dogovorov odloči o spornih vprašanjih arbitraža, ki jo sestavlja enako število, vendar največ po dva predstavnika Ministrstva za zdravje, izvajalcev in Zavoda. Odločitev arbitraže je dokončna, razen pri določilih Področnih dogovorov, ki se nanašajo na standardizacijo bolnišnic. Če o teh spornih vprašanjih arbitraža ne odloči soglasno, se le-ta posredujejo v odločitev Vladi R Slovenije.
- (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 2003 in Področnih dogovorov iz 29. člena. Razpis, ki ga bo objavil Zavod, se bo nanašal le na nove izvajalce. Vsem ostalim izvajalcem, ki so z Zavodom sklenili pogodbo že v letu 2002, pa bo Zavod ponudil sklenitev pogodbe, v kateri bo na novo, v skladu z Dogovorom 2003, 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.

(3) Poleg zgoraj navedenega razpisa bo Zavod objavil razpis za nekatere dodatne programe iz 25. člena tega dogovora. Na ta razpis se bodo lahko prijavi vsi izvajalci, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za opravljanje zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe. Na tem razpisu bodo imeli prednost tisti izvajalci, ki bodo ponudili ugodnejšo ceno. Upravni odbor Zavoda bo poleg cene opredelil še dodatne kriterije za izbiro.

32. člen

- (1) Ob prijavi na razpis mora izvajalec podati poleg ponudbe tudi svoje pisno soglasje z Dogovorom 2003 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 2003 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 2003 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 2003 oziroma Področnega dogovora. Za tem poda svoje stališče druga pogodbeni stranka. Ves čas obravnave lahko obe stranki predložita ali zahtevata od druge stranke predložitve 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 2003 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 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 vsake tri mesece sporočijo tudi na Ministrstvo za zdravje,
6. Zavod bo v pogodbah z izvajalci dogovoril čakalne dobe za prve preglede in preiskave po opravljenem triaznem 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 dejavnostih, kjer je čakalna doba,
7. (1) vodili čakalno knjigo v skladu z navodili Zavoda in spoštovali vrstni red iz čakalne knjige ob istočasnem spoštovanju strokovno upravičene prednosti, če v okviru programa, dogovorjenega z Zavodom, ne morejo zavarovanim osebam nuditi storitev takoj.
(2) 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,
8. ob vpisu zavarovane osebe v čakalno knjigo določili datum in uro pregleda, preiskave ali posega,
9. med samim zdravljenjem zagotavljali čakalno dobo v skladu z veljavno medicinsko doktrino in določili pogodbe z Zavodom,
10. v splošnih ambulantah otroških in šolskih dispanzerjih izvajali prve preglede brez čakalnih dob,
11. nudili zavarovanim osebam storitve v ordinacijskem času, ki je opredeljen v pogodbi z Zavodom in to enakomerno skozi vse leto,
12. 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,
13. zagotovili število delujočih ambulant skladno s številom plačanih timov po pogodbi z Zavodom tako, da bo zagotovljen ordinacijski čas v obsegu 32,5 ur efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog sicer pa 35 ur efektivnega dela ambulante na teden,

14. v ordinacijskem času zagotovili zavarovanim osebam naročanje na pregled oziroma na sprejem v zdravljenje ali terapijo,
15. zagotovili izvajanje s pogodbo dogovorjenega bolnišničnega programa enakomerno skozi celo leto,
16. 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,
17. 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,
18. na področju zobozdravstvene dejavnosti zagotovili zavarovanim osebam standardne materiale in storitve ter realizirali program v razmerjih, ki so določena v Področnih dogovorih,
19. 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,
20. naročniki nenujnih reševalnih prevozov zagotovili racionalno naročanje 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 nalogu za prevoz opredelili, da bo prevoz opravil isti izvajalec v obe smeri,
21. 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,
22. izvajalci bolnišnične dejavnosti vsake tri mesece pošiljali na IVZ potreben nabor podatkov za razvrstitev obravnave v skupine primerljivih primerov.

XI. Obračunavanje zdravstvenih storitev

39. člen

(1) Izvajalci bodo za opravljene storitve izstavljali Zavodu račune, zahteveke za plačilo in poročila skladno z določili (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3, Zavod). Račune, zahteveke za plačilo in poročila bodo izvajalci dostavili Zavodu najkasneje do 10. v mesecu za pretekli mesec.

Račune, zahteveke 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 zahteveke 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 veljavnimi predpisi.

(2) V enakem roku bo Zavod izvajalcu zavrnil račune, zahteveke za plačilo in poročila, ki ne bodo sestavljena v skladu z opredelitvami iz 39. člena Dogovora 2002, 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 2003 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.

42. člen

(1) Ob obdobjem obračunu se lahko pri izvajalcih posameznih dejavnosti, navedenih v 3. členu Dogovora 2003, 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 presegevanja programa iz razlogov iz 5. člena Dogovora 2003 ima prednost pred ostalimi razlogi.
- (3) Pri obdobjih 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 in ne bo imel čakalnih dob.
- (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.
- (4) V primeru, da ima izvajalec v pogodbi z Zavodom dogovorjenih več timov, se vsi parametri predhodnega odstavka preračunajo na tim.
- (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 presegevanju 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.

(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 opravljata Zdravniška ali Lekarniška zbornica Slovenije pa je lahko prisoten zdravnik oziroma nadzornik Zavoda.

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. 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,
 5. pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev ne seznani zavarovane osebe o višini doplačila za posamezno nadstandardno storitev in ne pridobi njenega pisnega soglasja,
 6. zaračuna ločeno zaračunljive materiale mimo dogovorjenih s pogodbo ali v večji količini, kot je bila dejansko porabljena ali po višji ceni od nabavne,
 7. ne napoti ali ne opravi storitev za zdravniške komisije Zavoda v dogovorjenem roku,
 8. 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,

9. na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo,
 10. ne vodi čakalne knjige in ne obvesti zavarovanih oseb o datumu in uri pregleda,
 11. ima neupravičeno daljše čakalne dobe, kot je dogovorjeno s pogodbo in o njih ni obvestil Zavoda.
- (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 izvajalec kljub opozorilu Zavoda krši pogodbene obveznosti iz prejšnjega člena, lahko Zavod uveljavlja kazen v višini 48.400 SIT za vsak primer jasne kršitve, razen za kršitev iz 3. točke 45. člena, ko znaša pogodbeno kazen 500.000 SIT za vsak primer zavrnitve sprejema bolnika v bolnišnico pred koncem koledarskega leta, ki je posledica neenakomerne razporeditve izvajanja pogodbeno dogovorjenega programa. Če izvajalec kljub opozorilu Zavoda krši pravice zavarovanih oseb s ciljem pridobitništva (2. odstavek prejšnjega člena), lahko Zavod uveljavlja kazen v višini 242.000 SIT za vsak primer jasne kršitve. V primeru ponavljanja tovrstnih kršitev pa lahko Zavod z izvajalcem prekine pogodbo in predlaga odvzem koncesije. Za kršitve iz 4. in 6. točke znaša kazen 3-kratno vrednost neupravičeno zaračunanih storitev ali ločeno zaračunljivih materialov in storitev, zdravil izdanih na recepte in medicinskih pripomočkov izdanih na podlagi naročilnice. Za kršitve iz 4. in 6. točke iz področja bolnišnične dejavnosti znaša kazen 1,5-kratno vrednost neupravičeno zaračunanih storitev ali ločeno zaračunljivih materialov. V primeru, da je izvajalec za obračun opravljenega dela uporabil napačno šifro storitve, katere točkovna vrednost je višja od priznane, Zavod zaračuna izvajalcu pogodbeno kazen v višini 3-kratne vrednosti razlike med priznano in dejansko zaračunano vrednostjo storitve.
- (3) Zavod bo zaračunal pogodbeno kazen iz prejšnjega odstavka

le v tistih primerih, ko so predpisi, na podlagi katerih se opravlja evidentiranje opravljenih storitev za obračun nedvoumni in s katerimi so predhodno seznanjeni vsi izvajalci.

- (4) 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) Če Zavod ne plača izvajalcu opravljenega programa v dogovorjenih rokih je dolžan plačati zamudne obresti v skladu z veljavnimi predpisi.
- (2) Če Zavod kljub ponovnemu opozorilu izvajalca krši pogodbene obveznosti iz 1. in 3. točke prejšnjega člena ali ne plača opravljenega programa po dogovorjenih cenah, kljub temu, da so za izvajanje teh obveznosti zagotovljene ustrezne pravne podlage, lahko izvajalec uveljavlja kazen v višini 242.000 SIT za vsak primer (račun oz. poročilo) kršitve.

49. 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 tožbo. 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.

50. člen

- (1) Zavod se obvezuje, da se bodo spremembe postopkov pri izvajanju 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

51. člen

(1) Izvajalci so dolžni zagotavljati podatke o:

1. absentizmu:

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

2. avtomatski obdelavi receptov:

lekarne posredujejo podatke z receptnih obrazcev v predpisani obliki in po dogovorjeni metodologiji Zavodu preko računalniške izmenjave podatkov, na disketah pa je možno posredovanje podatkov Zavodu do 31. 12. 2003,

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.

52. člen

(1) V letu 2003 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

53. 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 presojo lahko poda katerikoli udeleženec postopka po 63. členu ZZVZZ. Arbitražna zahteva se vloži 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.

(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;

(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 arbirer 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.
- (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.
- (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 predložitev dodatnih argumentov lahko vsak arbirer določi katerokoli osebo, ki je od njega povabljen na narok.

XV. Prehodne in končne določbe

54. 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.

55. 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.

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 2003 se uporabljajo od 1. 4. 2003 dalje, razen z novimi zasebniki in novimi izvajalci, ki se uporabljajo od 1. 10. 2003.

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 2003, imajo pravico predlagati spremembo Dogovora 2003.

(2) Za spremembe in dopolnitve Dogovora 2003 velja enak postopek, kot za njegov sprejem.

59. člen

(1) Dogovor 2003 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade R Slovenije, uporablja pa se od 1.4.2003, razen določil o povečanju obsega oziroma vrednosti programa iz 25. člena, ki se uporabljajo od 1. 1. 2003.

(2) Dogovor 2003 velja, dokler partnerji ne sprejmejo novega Dogovora.

60. člen

(1) Partnerji se zavezujejo, da bodo ukrepali v smeri uresničevanja Dogovora 2003 pri svojih članih.

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

Številka: 5102/2003

Datum: 24. 1. 2003

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

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, 99/2001 in 60/2002) je arbitraža, sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Skupnosti socialnih zavodov Slovenije, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: partnerji), z dne 15.5.2003 in Vlada Republike Slovenije na seji dne 5.6.2003 odločila o spornih vprašanih in s tem določila besedilo:

Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2003

1. člen

V 2. člen Dogovora 2003 se doda nova 15. točka, ki se glasi:
Za materiale, storitve in opremo, ki jih opredeli Ministrstvo za zdravje, se izvajajo centralni javni razpisi prek Ministrstva za zdravje, upošteva veljavne predpise.
Ostale točke se preštevilčijo.

2. člen

V 1. odstavku 1. točke 3. člena Dogovora 2003 se sedanji 2. stavek črta in nadomesti s stavkom, ki se glasi:

Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

V 1. odstavku 4. točke 3. člena Dogovora 2003 se sedanji 1. stavek črta in nadomesti s stavkom, ki se glasi:

Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

V 1. odstavku 6. točke 3. člena Dogovora 2003 se sedanji 1. stavek črta in nadomesti s stavkom, ki se glasi:

Program bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

Letnice "1997 - 1999" v 2. stavku 6. točke 3. člena Dogovora 2003 se nadomestijo z "2000 - 2002".

V 1. odstavku 8. točke 3. člena Dogovora 2003 se sedanji 1. stavek črta in nadomesti s stavkom, ki se glasi:

Program števila obravnavanih bolnikov bo ostal na ravni plana iz pogodb 2002.

Za prvim odstavkom 3. člena Dogovora 2003 se doda 2. odstavek, ki se glasi:

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

V 3. členu Dogovora 2003 se spremeni prvi odstavek in doda novi, drugi odstavek 8. točke, ki se glasila:

(1) Program števila obravnavanih bolnikov bo v primerjavi s planom iz pogodb 2002 selektivno zmanjšan v skupni vrednosti znižanih materialnih stroškov za bolnišnično dejavnost iz 14. člena Dogovora 2003. Podrobneje se o tem dogovorijo partnerji Področnega dogovora za bolnišnice. V letu 2003 bodo povečani le tisti programi bolnišnične dejavnosti, za katere so v 25. členu Dogovora 2003 načrtovana dodatna sredstva. Program bolnišnične dejavnosti se lahko spremeni (zmanjša) tudi zaradi prenosa bolnišničnega programa v dnevno oziroma enodnevno bolnišnico, ambulantno dejavnost ali obravnavo na domu. Program za posameznega izvajalca bo določen v skladu s standardi iz Področnega dogovora za bolnišnice.

(2) Program transplantacij bo enak realizaciji v letu 2002.

Sedanji drugi odstavek postane tretji odstavek in se spremeni tako, da se glasi:

(3) Programe iz 1., 2., 6., in 8. točke tretjega odstavka tega člena bodo izvajalci načrtovali ločeno po strokah iz šifrantu 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. Izvajalec lahko preliva program med posameznimi strokami največ do 3 % na letni ravni. V primeru, da posamezni izvajalec tri mesece ne zagotavlja 85 % dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem začasni prevzem programa.

3. člen

Dopolni se 6. člen Dogovora 2003, 6. odstavek, tako, da se glasi: "... Načrtovanje števila timov bo temeljilo na 1430 urah letnega učinkovitega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in klinični logoped, sicer pa...."

4. člen

7. člen Dogovora 2003 se spremeni tako, da se glasi:

(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 planiranih delavcev za zdravstvene domove, zasebne izvajalce in specialistično ambulantno dejavnost v bolnišnicah, so:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- splošni zdravniki in specialisti	5,800	5,800	5,904
- specialisti klinične psihologije	5,326	5,326	5,420
- zobozdravniki za mladino	4,900	4,900	4,984
- zobozdravniki za odrasle, biologi	4,700	4,700	4,784
- zdravstveni delavci z univerzitetno izobrazbo (logopedi, psihologi, ortopedagogi...)	4,550	4,600	4,660
- zdravstveni delavci z visoko strokovno izobrazbo (diplomirane medicinske sestre)*	3,400	3,400	3,444
- zdravstveni delavci z višješolsko in visokošolsko izobrazbo	3,270	3,400	3,412
- zdravstveni delavci s srednješolsko izobrazbo	2,710	2,710	2,722
- upravno tehnični delavci	2,420	2,710	2,722
- reševalec	2,620	2,620	2,632

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

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

(4) Povprečni kvalifikacijski količnik za bolnišnično dejavnost po skupinah bolnišnic so:

	1. skupina			2. skupina			3. skupina		
	1.1.03	1.4.03	1.5.03	1.1.03	1.4.03	1.5.03	1.1.03	1.4.03	1.5.03
1. kirurgija	3,021	3,038	3,066	3,021	3,038	3,056	3,189	3,186	3,206
2. internistika	3,101	3,116	3,130	3,101	3,116	3,130	3,232	3,249	3,264
3. pediatrija	3,010	3,050	3,062	3,010	3,050	3,062	3,158	3,200	3,213
4. ORL, maks.krg.				3,104	3,127	3,153	3,248	3,281	3,308
5. okulistika				3,062	3,082	3,107	3,202	3,233	3,259
6. ginekologija	2,959	2,964	2,986	2,959	2,964	2,986	3,106	3,108	3,131
7. dermatologija				2,958	3,049	3,074	3,073	3,198	3,224
8. doječe matere	2,109	2,114	2,132	2,109	2,114	2,132	2,109	2,114	2,132
9. dnevna bolnišnica	2,942	2,946	2,966	2,942	2,946	2,966	2,942	2,946	2,966

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- psihiatrija	2,981	2,989	3,009

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Psihiatrična klinika Lj - bol.dej.	3,245	3,253	3,282

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Psihiatrična klinika Lj - oskrba	1,946	2,005	2,018

(6) Za program dnevne in enodnevne bolnišnice izvajalci načrtujejo kvalifikacijski količnik v skladu s planirano kadrovsko strukturo in standardiziranimi kvalifikacijskimi količniki iz drugega odstavka tega člena.

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- CZBO Šentvid	2,737	2,771	2,787
- Bolnišnica Valdoltra	3,054	3,063	3,085
- Bolnišnica Sežana	2,789	2,890	2,911
- Inštitut RS za rehabilitacijo	3,132	3,142	3,177
- Onkološki inštitut Ljubljana	3,567	3,572	3,611

(8) 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 kadrovsko strukturo in standardizirane kvalifikacijske količnike iz drugega odstavka tega člena.

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- nega I	2,350	2,357	2,362
- nega II	2,448	2,457	2,462
- nega III	2,638	2,646	2,656

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

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- lekarniška dejavnost	3,790	3,790	3,805
- dejavnost zdraviliškega zdravljenja (točke)	3,033	3,100	3,120

5. člen

12. člen Dogovora 2003 se spremeni tako, da se glasi:

(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:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- zdravniki in zobozdravniki specialisti	4,880	4,880	4,952
- zobozdravniki	4,564	4,564	4,564
- diplomirane medicinske sestre	1,550	1,550	1,550
- fizioterapevti	1,327	1,455	1,455
- inženirji radiologije	2,276	2,350	2,350
- psihologi, logopedi, defektologi	1,895	1,915	1,915
- biokemiki, biologi, specialisti klinične psihologije, specialisti klinične logopedije	2,390	2,390	2,390
- zdravstveni tehniki	1,225	1,225	1,225
- zobni tehniki	1,145	1,145	1,163
- upravno tehnični delavci	0,890	1,180	1,180
- reševalna služba (brez upravno tehničnega kadra)	1,240	1,240	1,240
- Inštitut za varovanje zdravja - na del. iz ur	1,632	2,574	2,599
- lekarne - na delavca iz ur	1,549	1,549	1,552
- zdravilišča (točke) - na delavca iz ur	1,287	1,306	1,316
- socialnovarstveni zavodi - na delavca iz ur	1,080	1,115	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 Vojska" Vipava)	1,609	1,631	1,635

2) Oddelki v bolnišnicah - dodatki na zdravnika:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- kirurgija	6,883	6,883	6,955
- internistika	6,397	6,397	6,469
- pediatrija	6,537	6,537	6,609
- ORL, maksilofacialna kirurgija	6,978	6,978	7,050
- okulistika	6,547	6,547	6,619
- ginekologija in porodništvo	6,144	6,144	6,216
- dermatovenerologija	5,838	5,838	5,910

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- kirurgija	1,104	1,107	1,115
- internistika	1,110	1,118	1,124
- pediatrija	1,125	1,132	1,139
- ORL, maksilofacialna kirurgija	1,129	1,129	1,138
- okulistika	1,137	1,137	1,147
- ginekologija in porodništvo	1,115	1,115	1,124
- dermatovenerologija	1,109	1,109	1,118

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

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Inštitut RS za rehabilitacijo	1,897	1,994	2,029
- Onkološki inštitut Ljubljana	2,011	2,112	2,115
- Bolnišnica F.Derganca - rehabilitacija invalidne mladine	1,480	1,569	1,609
- Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični	1,308	1,397	1,434

5) Dodatki na delavca iz ur v bolnišnični dejavnosti:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- Bolnišnica Valdoltra	1,521	1,621	1,649
- Bolnišnica Sežana	1,519	1,645	1,667

6) Psihatrija - na delavca iz ur:

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- bolnišnična dejavnost	1,492	1,584	1,621
- dnevna bolnišnica	1,492	1,584	1,621
- oskrba v tuji družini	1,492	1,584	1,621

7) Nemedicinski oskrbni dan - na delavca iz ur

	1.1.03	1.4.03	1.5.03
- nemedicinski oskrbni dan	0,613	0,613	0,625

Dodatki so izraženi v vrednosti količnika z 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	efektiva	neefektiva	efektiva	neefektiva
	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03
zdravnik	5,800	5,904	4,700	4,784	4,880	4,952	4,243	4,306
zdrav. tehnik	2,710	2,722	2,466	2,477	1,225	1,225	1,183	1,183

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

	osnovni kvalifikacijski količnik				dodatki v količnikih			
	efektiva	neefektiva	efektiva	neefektiva	efektiva	neefektiva	efektiva	neefektiva
	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03	1.1.03	1.5.03
farmacevt	4,810	4,826	3,850	3,863	1,998	2,000	1,675	1,677

6. člen

V 14. členu Dogovora 2003 se v prvem odstavku spremeni prvi stavek tako, da se glasi:

(1) Materialni stroški na enoto storitve oziroma na tim se v globalu vračunajo v vrednost programov, oziroma cene zdravstvenih storitev

na ravni iz decembra 2002, znižani za 3,19 %.

V 14. členu se doda nov drugi stavek, ki se glasi:

(2) Tako znižani materialni stroški pa se s 1.1.2004 povešajo za 0,79 %.

Prvi stavek 3. odstavka 14. člena Dogovora 2003 se nadomesti z besedilom, ki se glasi:

Za sofinanciranje stroškov specializacij v osnovnem zdravstvu se za specializante, ki so prejeli odločbo za specializacijo do konca leta 2002, v letu 2003 planira 331.721.400 SIT (v cenah december 2001).

Doda se nov 4. odstavek, ki se glasi:

Alokacija sredstev za specializacije se opredeli s priložo k Dogovoru 2003 v skladu z Zakonom o zdravniški službi na predlog imenovane delovne skupine.

7. člen

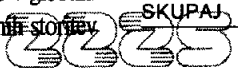
Prvi in drugi odstavek 25. člena Dogovora 2003 se spremenita tako, da se glasita:

(1) Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) znaša v cenah december 2002, brez nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, 274.364.407 tisoč SIT oziroma v tekočih cenah 282.663.424 tisoč SIT. Ta sredstva se razporedijo po tipih izvajalcev:

	cene tekoče (povp.)	
	december 2002	cene 2003
1. zdravstveni domovi	58.358.697	60.331.183
od tega:		
- program NMP	2.161.044	2.231.789
- program odvisnosti od drog	475.334	490.308
2. bolnišnice - skupaj	159.671.491	164.391.596
od tega:		
- sekundarna raven	135.302.142	139.257.838
- terciarna raven	24.369.349	25.133.757
3. lekarne	6.622.164	6.853.650
4. zdravilišča	6.379.905	6.525.242
5. domovi za starejše občane	12.553.244	12.912.199
6. posebni in vzgojni socialnovarstveni zavodi	4.084.877	4.198.558
7. IVZ	1.282.757	1.318.170
8. zasebni zdravniki - skupaj	23.574.243	24.251.333
od tega:		
- osnovna zdravstvena dejavnost	15.978.958	16.537.664
- specialistična ambulantna dejavnost	7.595.285	7.713.669
9. ostali zasebniki na primarni ravni	1.447.166	1.481.494
10. specializacije zdravnikov	389.864	400.000
SKUPAJ	274.364.407	282.663.424

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

	cene tekoče (povp.)	
	december 2002	cene 2003
1. osnovna zdravstvena dejavnost	75.111.822	77.602.957
2. specialistična ambulantna dej. in boln. sekund. in terc. dej.	170.735.675	175.731.520
3. zdraviliška zdravstvena dejavnost	5.256.625	5.364.540
4. lekarniška dejavnost	6.622.164	6.853.650
5. dejavnost socialnovarstv. zav.	16.638.121	17.110.757
SKUPAJ	274.364.407	282.663.424



V 25. členu Dogovora 2003 se spremenijo in dodajo naslednje točke četrtega odstavka, tako da se glasijo:

	v mio SIT na letni ravni (tekoče cene 2002)
8. selektivno povečanje materialnih stroškov v specialistično ambulantni dejavnosti (znesek vključuje zdravilo Cerezyme)	585,8
11. nove kapacitete v domovih za starejše občane od tega:	122,7
– celodnevno varstvo	97,9
– dnevno varstvo	24,8
15. dvig kvalifikacijskih količnikov za plače (znesek je za celo leto, določilo se uporablja od 1.5.2003)	1.650,0
16. program transplantacij	146,0
17. program operacij na odprtem srcu in zdravljenje kardiovaskularnih obolenj	600,0
18. sprememba nazivov za 21 zaposlenih (Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije)	10,0
19. sprememba nazivov za zdravstvene delavce v domovih za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodih (Skupnost socialnih zavodov Slovenije)	32,0
20. za specializacije zdravnikov	400,0
SKUPAJ	6.768,8

8. člen

V 31. členu Dogovora 2003 se 3. odstavek črta.

9. člen

Za 3. točko 45. člena Dogovora 2003 se doda 4. točka, ki se glasi:

4. v zdravstveni dokumentaciji ne vodi ustrezne evidence, s katero utemeljuje nadaljnje uveljavljanje pravic pri drugih izvajalcih, ali pa je ta evidenca pomanjkljiva.

Ostale točke se preštevilčijo.

Za 11. točko se doda nova 12. točka, ki se glasi:

12. postopa v nasprotju s Pravilnikom o natančnejši opredelitvi, načinu razvrščanja, predpisovanja in izdajanja zdravil za uporabo v humani medicini in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja.”

10. člen

Črta se drugi in tretji odstavek 46. člena Dogovora 2003.

11. člen

Doda se nov 56. člen Dogovora 2003, ki se glasi:

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

Sedanji členi od 56. do 60. se ustrezno preštevilčijo.

12. člen

Prvi odstavek 59. člena Dogovora 2003 se spremeni tako, da se glasi:

Aneks št. 1 k Dogovoru 2003 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade, uporablja pa se od 1. 4. 2003 dalje, razen določil o povečanju obsega oziroma vrednosti programa iz 7. člena Aneksa št. 1 k Dogovoru 2003, ki se uporabljajo od 1. 1. 2003.

Številka: 5102/2003-01

Datum: 5. 6. 2003

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

Na podlagi 30. člena Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2003 (v nadaljevanju: Dogovor 2003) je arbitraža sestavljena iz predstavnikov Ministrstva za zdravje, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Zdravniške zbornice Slovenije in Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije na seji dne 16.5.2003 odločila o spornih vprašanjih in s tem določila besedilo:

Področni dogovor za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2003

I. Splošne določbe

1. člen

(1) S Področnim dogovorom za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost (v nadaljnjem besedilu Področni dogovor) partnerji podrobneje opredeljujejo merila in usmeritve iz Dogovora 2003 za sklepanje pogodb med Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu Zavod) in zdravstvenimi domovi ter zasebnimi zdravniki (v nadaljnjem besedilu izvajalci), in sicer:

- merila za določanje kadrovskih zmogljivosti;
- merila za oblikovanje programov;
- merila za ugotavljanje specifičnosti vrednotenja programov;
- sklepanje in izvajanje pogodb ter reševanje sporov.

II. Merila za določanje kadrovskih zmogljivosti

1. nosilci dejavnosti

2. člen

(1) Število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe, korigirano glede na strukturo opredeljenih zavarovanih oseb na dan 30. 11. 2002, na nosilca dejavnosti je naslednje:

	število nosilcev po pogodbah 2002	
- splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji	1.621	1.193,89
- dispanzerji za ženske	6.781	129,40

(2) Število prebivalcev, ki so hkrati zavarovane osebe, na nosilca dejavnosti je naslednje:

	število nosilcev po pogodbah 2002	
- patronažna dejavnost in nega na domu	2.491	774,60
- fizioterapija	4.667	414,79
- ortodontija	6.310	61,84
- zobozdravstvo za odrasle *	2.346	658,76
- zobozdravstvo za mladino *	1.196	326,28

* Število nosilcev zobozdravstva za odrasle vključuje tudi nosilce dejavnosti zobne protetike, ustnih in zobnih bolezni ter oralne in maksilofacialne kirurgije. Število nosilcev zobozdravstva za mladino vključuje tudi nosilce dejavnosti pedontologije.

3. člen

(1) Preskrbljenost prebivalcev posameznega območja s številom nosilcev se bo, v skladu z Dogovorom 2003, ugotavljala za vsako

dejavnost posebej. Pri tem se bodo upoštevale v seštevku dejavnosti splošne medicine, otroškega in šolskega dispanzerja, dejavnosti nege na domu in patronaže ter dejavnost zobozdravstva. Preskrbljenost prebivalcev posameznega območja s številom nosilcev sme odstopati od slovenskega povprečja za največ 10 %.

(2) V pogodbenem letu 2003 se z datumom pričetka izvajanja dejavnosti novih zasebnikov izvede prestrukturiranje števila nosilcev med izpostavami Zavoda v dejavnostih:

- splošnih ambulant, otroških in šolskih dispanzerjev,
- dispanzerjev za ženske,
- nege na domu in patronaže.

(3) Število nosilcev po posameznih dejavnostih in izpostavah Zavoda je v Prilogi III.

(4) Znotraj območne enote Zavoda so možna prestrukturiranja, in sicer v okviru posamezne dejavnosti iz Priloge III in finančnih sredstev, izračunanih v skladu z Dogovorom 2003 in tem Področnim dogovorom.

(5) Če posamezno, v Prilogi III navedeno dejavnost, po pogodbi opravlja več izvajalcev v izpostavi, se pri zmanjšanju oziroma povečanju števila nosilcev pri izvajalcu najprej upošteva kriterij iz 26. člena Dogovora 2003, nato pa kriteriji po naslednjem vrstnem redu:

1. doseganje indeksa količnikov iz glavarine v splošni ambulanti, v otroškem in šolskem dispanzerju in dispanzerju za ženske;
2. dostopnost zdravstvenih storitev zavarovanim osebam (ordinacijski čas, lokacija);
3. realizacija programa v preteklih letih, razen za dejavnosti iz 1. točke.

(6) Če na območju posamezne izpostave Zavoda izvaja dejavnost iz primarne ravni poleg zdravstvenih domov in zasebnikov tudi bolnišnica, se v primeru zmanjšanja števila nosilcev glede na pogodbo 2002 najprej zmanjša število nosilcev za bolnišnico, nato se izvede zmanjšanje števila nosilcev po zgoraj navedenih kriterijih. V primeru povečanja števila nosilcev v primerjavi s pogodbami 2002 pa se najprej poveča število nosilcev v zdravstvenih domovih in pri zasebnikih, nato v bolnišnicah.

(7) Število nosilcev za preventivno dejavnost v otroškem in šolskem dispanzerju skupaj je določeno na podlagi realizacije storitev v letu 2002 (Priloga III).

(8) V ostalih dejavnostih se o prestrukturiranju števila nosilcev med izpostavami Zavoda partnerji dogovorijo v Področnem dogovoru za leto 2004.

4. člen

(1) Kadrovske zmogljivosti standardiziranega tima se izkazujejo s številom delavcev in njihovo kvalifikacijsko strukturo s

kvalifikacijskim količnikom. Določijo se tako, da se posameznemu timu prizna kadrovska sestava, kot jo za posamezne ožje dejavnosti določa Priloga I k Področnemu dogovoru (v nadaljnjem besedilu Priloga I). Drugačna sestava tima se lahko upošteva le, če se dejavnost posameznega tima občutno razlikuje od standardiziranih dejavnosti posameznih strok.

- (2) Sestava tima iz Priloge I vključuje tudi administrativno-tehnični kader, ki znaša največ 17,27 % načrtovanih zdravstvenih delavcev.
- (3) Za dejavnosti, ki se v letu 2003 ne standardizirajo, se kadrovske zmogljivosti določajo v skladu z 32. členom tega dogovora.
- (4) Standardizirani timi po Prilogi I se z nadzori Zavoda preverjajo.

2. nujna medicinska pomoč in dežurna služba

5. člen

- (1) Dežurna služba se v osnovni zdravstveni dejavnosti zagotavlja na območju posamezne izpostave Zavoda po naslednjih kriterijih:
 - do 15.000 prebivalcev: pripravljenost 1 zdravnik (brez zdravstvenega tehnika);
 - od 15.000 do 30.000 prebivalcev: 1 zdravnik in 1 zdravstveni tehnik;
 - od 30.000 do 50.000 prebivalcev: 1,5 zdravnika in 1 zdravstveni tehnik;
 - od 50.000 do 70.000 prebivalcev: 1,75 zdravnika in 1 zdravstveni tehnik;
 - nad 70.000 prebivalcev: 2 zdravnika in 1,5 zdravstvenega tehnika.
- (2) Izjeme zaradi razsežnosti in razgibanosti terena ter drugih specifičnih pogojev so naslednja območja izpostav Zavoda:
 1. Šmarje, Sežana, Radovljica (za Bohinj) in Ravne na Koroškem, kjer se zagotovi dodatno 1 zdravnik v pripravljenosti;
 2. Tolmin, kjer se zagotovi 2 dežurna zdravnika;
 3. Kočevje in Idrija, kjer se zagotovi dodatno 1 dežurni zdravnik v zimskem času;
 4. Ljubljana, Izola, Ilirska Bistrica in Maribor, kjer se v program dežurne službe vračuna število zaposlenih iz pogodb 2002;
 5. Dravograd, Hrastnik, Metlika in Logatec, kjer se poleg pripravljenosti zagotovi ob nedeljah in praznikih še 8 ur dežurstva zdravnika in 12 ur dežurstva zdravstvenega tehnika.

Dežurna služba se izvaja:

- ob delovnikih (vključno s soboto) od 20. ure do 6. ure naslednjega dne,
- ob nedeljah in dela prostih dneh 24 ur.

6. člen

(1) V zagotavljanje nujne medicinske pomoči in dežurne službe so se dolžni enakomerno in enakopravno vključevati vsi izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva, ki opravljajo dejavnost izbranega osebnega zdravnika (v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih). To pomeni zdravstveni domovi in zasebni zdravniki, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo, in sicer po razporedu, ki ga pripravi zdravstveni dom kot organizator te službe in za katerega se dogovorijo izvajalci teh dejavnosti. V spornih primerih razpored vključevanja izvajalcev v dežurno službo in nujno medicinsko pomoč ter lokacijo izvajanja nujne medicinske pomoči določi ustanovitelj. Nujna medicinska pomoč se opravlja praviloma na

matični lokaciji zdravstvenega zavoda. Izjema se prehospitalne enote, ki so lahko locirane v bolnišnici.

(2) Dežurna služba se izvaja v ambulanti zdravstvenega doma in s sredstvi nosilca dežurne službe, ki ima za program dežurne službe sklenjeno pogodbo z Zavodom. Odgovornost za nastanek strokovne napake ali posledično odškodninske odgovornosti v primeru škodnega dogodka prevzema v celoti izvajalec osnovnega zdravstvenega varstva (zdravstveni dom ali zasebni zdravnik), po vsakokratnem razporedu nujne medicinske pomoči in dežurne službe.

(3) Razpored zagotavljanja nujne medicinske pomoči se mora prilagajati razporedu rednega ordinacijskega dela in lokaciji zavoda, ki je v skladu s Pravilnikom o službi nujne medicinske pomoči določen za izvajanje nujne medicinske pomoči na svojem območju. Letni program ordinacijskega časa posameznega izvajalca pa mora biti oblikovan tako, da je možno dogovoriti skupno neprekinjeno nujno medicinsko pomoč.

III. Merila za oblikovanje programov

1. splošno

7. člen

- (1) Izvajalci bodo v letu 2003 načrtovali programe v skladu s 5. odstavkom 6. člena Dogovora 2003 in v skladu s standardi, ki so določeni v Prilogi I.
- (2) V dejavnostih, ki se ne standardizirajo, se program načrtuje v skladu z 32. členom tega dogovora.

8. člen

- (1) Pri prehodu nosilca tima iz javnega zavoda v zasebno koncesijsko dejavnost se ob sklenitvi pogodbe s koncesionarjem preneseta tudi program in pripadajoča ekipa v skladu s Prilogo I in obratno.
- (2) Pri prenosu programov v dejavnostih, ki se v letu 2003 ne standardizirajo, se prenaša število delavcev iz ur v sorazmerju s prenesenimi programi, z upoštevanjem storilnosti na delavca iz pogodb za leto 2002.

2. zdravniki, patronaža in reševalna služba

9. člen

- (1) Programi v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih ter dispanzerjih za ženske se oblikujejo v skladu s 3. členom Področnega dogovora. Letni plani količnikov iz obiskov in iz glavarine so opredeljeni v Prilogi I.
- (2) Programi preventive in kurative se v splošnih ambulantah (razen v splošni ambulanti v socialnovarstvenem zavodu), v otroških in šolskih dispanzerjih ter v dispanzerjih za ženske oblikujejo ločeno.
- (3) Letni program količnikov iz obiskov v splošni ambulanti vključuje preventivo in kurativo. Za posameznega izvajalca bo letni plan količnikov iz obiskov za preventivo v splošni ambulanti načrtovan v višini 18% zanj opredeljenih zavarovanih oseb po stanju 28. 2. 2003 v starostnih skupinah:

- moški od 35 do vključno 65 let,
 - ženske od 45 do vključno 70 let in
 - na podlagi števila posameznikov, ki so družinsko obremenjeni z boleznimi srca in žilja, z družinsko hiperholesterolemijo oziroma dislipidemijo in bolnikov s sladkorno boleznijo ter na podlagi relativne vrednosti preventivnega pregleda odrasle osebe (K0005), ki je 13 količnikov.
- (4) Razliko do letnega plana količnikov iz obiskov v splošni ambulanti pa pri tem izvajalcu predstavlja letni plan količnikov iz obiskov za kurativo.
- (5) Otroški in šolski zdravniki zaradi opredeljevanja ostale populacije ne smejo odklanjati populacije, za katero imajo večinsko koncesijo.
- (6) Letni plan količnikov iz obiskov v dispanzerju za ženske vključuje preventivo in kurativo. Za posameznega izvajalca bo letni plan količnikov iz obiskov za preventivo v dispanzerju za ženske načrtovan v višini 1/3 zanj opredeljenih zavarovanih žensk po stanju 28. 2. 2003 v starostni skupini od 20 - 64 let ter na podlagi relativne vrednosti odvzema brisa na malignost iz preventivnega namena (K1012), ki je 1 količnik.
- (7) Razliko do letnega plana količnikov iz obiskov v dispanzerju za ženske pa pri tem izvajalcu predstavlja letni plan količnikov iz drugih preventivnih obiskov glede na nova navodila in obiskov za kurativo.

10. člen

- (1) Za glavarino v splošnih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih je v Sloveniji možno razporediti 29.629.901 količnikov letno. Za glavarino v ambulantah ginekološke dispanzerske dejavnosti je v Sloveniji možno razporediti 3.789.389 količnikov letno.
- (2) Mesečno število količnikov na opredeljeno zavarovano osebo v splošnih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih ter mesečno število količnikov na opredeljeno zavarovano žensko je po starostnih skupinah opredeljeno v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3).
- (3) Količniki, izračunani na osnovi dejanskega števila opredeljenih zavarovanih oseb oziroma opredeljenih zavarovanih žensk v ginekoloških dispanzerjih, ki se preštevajo 28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra, se pri vsakem nosilcu, v sorazmerju z že opredeljenimi osebami oziroma ženskami, korigirajo navzgor tako, da so razporejeni vsi možni količniki. Tako izračunani količniki so podlaga za obračun obveznosti po tromesečjih.
- (4) Plan količnikov iz glavarine na nosilca, naveden v Prilogi I, je izračunan na osnovi števila nosilcev iz pogodb za leto 2002. V primeru spremembe števila nosilcev, se plan količnikov iz glavarine ustrezno preračuna.

11. člen

- (1) Program zdravstvene vzgoje, vključno s šolo za starše, bo ostal na ravni plana iz pogodb za leto 2002, razen programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. l. RS, št. 67/2001). Zavod bo ta program plačeval v pavšalu, zato izvajalci ne bodo Zavodu posebej zaračunavali storitev, ki se evidentirajo s šiframi 46911, 46912, 46950, 94511, 94720, 94795

in 95197 iz Enotnega seznama zdravstvenih storitev (v nadaljnjem besedilu Zelena knjiga).

(2) Programe zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo bodo izvajalci obračunali Zavodu po cenah iz Priloge I. Individualno zdravstveno-vzgojno svetovanje "Da opuščam kajenje in "Za zmanjšanje tveganega pitja alkohola" lahko izvajajo po pogodbi z Zavodom vsi izvajalci, ki so v skladu z omenjenim Navodilom dolžni izvajati preventivni program. Skupinske zdravstveno vzgojne delavnice pa za vse zavarovance, ne glede na to ali imajo izbranega zdravnika javnega zdravstvenega zavoda ali zasebnika, izvaja zdravstveni dom, ki je pooblaščen zdravstveno vzgojni center iz seznama v Prilogi II/A.

(3) Zavod zagotovi izvajalcem v letu 2003 sredstva za vsa realizirana individualna svetovanja v višini 30.752.320 SIT. V primeru presejanja planiranega števila individualnih svetovanj, opredeljenih v Prilogi I, se ob končnem obračunu za leto 2003 zagotovijo sredstva za preseženo realizacijo individualnih svetovanj iz nerealiziranih sredstev za skupinske zdravstveno vzgojne delavnice. Če so iz kvote za skupinske zdravstveno vzgojne delavnice realizirana vsa sredstva, se cena individualnih svetovanj zniža do sredstev, načrtovanih za izvajanje individualnih svetovanj, to je 30.752.320 SIT.

(4) Ob končnem obračunu za leto 2003 zagotovi Zavod izvajalcu celotna načrtovana sredstva za skupinske zdravstveno vzgojne delavnice iz Priloge II/B, če opravi vsaj 40% načrtovanega števila delavnic iz Priloge II/B. Pri tem mora izvajati vsaj 5 vrst delavnic iz te priloge. V nasprotnem primeru zagotovi Zavod izvajalcu sredstva za realizirano število delavnic, razlika do načrtovanih celotnih sredstev za delavnice pa se razdeli izvajalcem, ki so presegli 50% načrtovanega števila delavnic in pri tem izvajali vsaj 5 vrst delavnic. Sredstva se tem izvajalcem razdelijo v deležu presejanja skupnega načrtovanega števila delavnic iz Priloge II/B.

(5) Izvajalci poročajo Ministrstvu za zdravje in Zavodu o vsebini in obsegu zdravstveno vzgojnih programov za odraslo populacijo ter kadrovske preskrbljenosti za organizirano zdravstveno vzgojno delo za odraslo populacijo dvakrat letno.

(6) Izvajalec za potrebe nadzora Ministrstva za zdravje in Zavoda hrani v svoji evidenci sezname udeležencev posameznih skupinskih delavnic (na dan uvodnega srečanja) skupaj z njihovimi podpisi in sezname udeležencev delavnic individualne obravnave skupaj z datumi posameznih srečanj in podpisom zavarovane osebe iz vsakega srečanja.

(7) Za koordinacijo in vodenje Programa preventive, srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v osnovnem zdravstvu ter spremljanje dejavnikov tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni se na letni ravni nameni 17,7 mio SIT. Dejavnost nacionalnega koordiniranja in vodenja ter spremljanja podatkov o dejavnih tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni opravlja CINDI Slovenija, ki ima sedež v ZD Ljubljana. Sredstva za 11 regijskih koordinatorjev, ki v skupnem obsegu predstavljajo 1,00 zdravnika specialista, se namenijo neposredno tistim zdravstvenim domovom, kjer koordinatorji opravljajo delo. Pri tem se za posamezne regijske koordinatorje (iz Priloge VI), ki opravljajo delo v obsegu 2 dni na mesec, namenijo sredstva za 0,083 zdravnika specialista. Preostala sredstva se nakažejo zdravstvenemu domu Ljubljana, Cindi Slovenija za nacionalno vodenje in koordiniranje

programa ter spremljanje podatkov o dejavnih tveganja in ogroženosti za srčno žilne bolezni.

(8) Za promocijo, spremljanje, vodenje in koordiniranje Programa preventivnega reproduktivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni se na letni ravni nameni 15,5 mio SIT. Dejavnost promocije, spremljanja, vodenja in koordiniranja programa izvaja Inštitut za varovanje zdravja RS. Način promocije, spremljanja, vodenja in koordiniranja programa je določen v Navodilu o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Uradni list RS, št. 33/02). V pogodbi med Inštitutom za varovanje zdravja RS in Zavodom se sredstva za to dejavnost določijo namensko.

(9) Program razvojnih ambulant se od 1. 10. 2003 dalje oblikuje na podlagi Priloge IV, ki vsebuje opredelitev standardiziranega tima in nosilce po izvajalcih. O vsebini in obsegu opravljenega programa bodo izvajalci poročali Zavodu in Ministrstvu za zdravje dvakrat letno.

12. člen

(1) Izvajalci bodo v dejavnosti reševalne službe v pogodbenem letu 2003 načrtovali:

- program nujnih reševalnih prevozov na ravni plana iz pogodb za leto 2002,
- število kilometrov za nenujne prevoze na ravni plana iz pogodb za leto 2002,
- število kilometrov za nenujne prevoze bolnikov na in iz dialize na ravni realizacije iz leta 2002.

(2) Vrednotenje in obračunavanje nujnih in nenujnih reševalnih prevozov ter reševalnih prevozov bolnikov na in iz dialize je opredeljeno v Prilogi V.

13. člen

(1) V primeru, da izvajalec z reševalnim vozilom sočasno pelje več kot enega bolnika, obračuna število dejansko prevoženih kilometrov za celotno prevoženo relacijo vseh oseb, povečanih za štartnino. Štartnina za drugega in vsakega nadaljnjega bolnika, ki se sočasno pelje z reševalnim vozilom, znaša 10 % od števila kilometrov za celotno prevoženo relacijo. To določilo velja od 1.1.2003 dalje. Od 1. 1. 2004 dalje štartnina za drugega in vsakega nadaljnjega bolnika, ki se sočasno pelje z reševalnim vozilom, znaša:

- 10 km za mestne prevoze in
- 20 km za vse ostale prevoze.

(2) Določilo iz prvega odstavka ne velja za prevoze bolnikov na in z dialize.

3. zobozdravniki

14. člen

(1) Program posameznih dejavnosti zobozdravstva se bo praviloma realiziral v razmerju:

- odraslo: do 50 % nega in zdravljenje in do 50 % protetika oziroma po predhodnem soglasju Zavoda največdo 60 % protetike, pri čemer je deležnege 40 %;
- mladinsko: 90 % otroci, 10 % odrasli;
- pedontologija: 90 % otroci, 10 % odrasli;
- zdravljenje zobnih in ustnih bolezni: 80 % paradontologija, 20 % nega in zdravljenje, če ni čakalne dobe;

- stom. protetika: 20 % nega in zdravljenje, 80 % protetika;
- ortodontija: 100 % ortodonske storitve.

(2) Zavod izda soglasje iz prve alineje tega člena za posameznega nosilca tima - zobozdravnika, če ta dosega program zobozdravstvene nege v celoti, če je čakalna doba za zobozdravstveno nego pri njem krajša od 30 dni in če število njegovih opredeljenih zavarovanih oseb presega povprečje na zobozdravnika pri izvajalcih v isti dejavnosti v območni enoti.

(3) V javnih zavodih in pri zasebnikih, ki imajo s pogodbo dogovorjeno več ekip, se za izdajo soglasja iz prejšnjega odstavka upošteva povprečna čakalna doba in povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb v dejavnosti pri posameznem izvajalcu.

15. člen

(1) V dejavnosti mladinskega zobozdravstva in pedontologije se 10 %-ni program za odrasle deli v razmerju: 50 % nega in zdravljenje in 50 % protetika. 10 %-ni program ne zajema storitev opravljenih v urgentni službi.

(2) Program zobozdravstva v Zdravstvenem domu študentov Univerze v Ljubljani se bo praviloma realiziral v razmerju: 85 % nega in zdravljenje in 15 % protetika. Število ekip po pogodbi iz leta 2002 ostane nespremenjeno. Za sestavo ekipe se uporablja kadrovski standard mladinskega zobozdravstva, program pa se opredeli na podlagi standardov, ki veljajo za zobozdravstvo odraslih.

(3) Program za zobozdravstveno oskrbo varovancev s posebnimi potrebami (cerebralno, duševno in telesno težje prizadete osebe), ki se izvaja v splošni anesteziji, Zavod dogovori v pogodbi s Kliničnim centrom Ljubljana in Zdravstvenim domom Maribor. Sredstva za ta program v višini 51 mio SIT za Klinični center Ljubljana in 8 mio SIT za Zdravstveni dom Maribor (cene december 2002) se namenijo za plače anesteziologa, zdravstvenega tehnika in celotnega zobozdravstvenega tima ter za materialne stroške in amortizacijo. Zavod bo program plačeval v pavšalu, zato teh storitev izvajalca ne bosta zaračunavala Zavodu posebej.

16. člen

(1) Program skupinske zobozdravstvene vzgoje in preventive, ki ga izvajajo zdravstveni tehniki, bo ostal na ravni plana iz pogodb za leto 2002 in se oblikuje za naslednje storitve - šifre iz Zelene knjige: 45310, 45315, 46926, 46950, 95195 in 95197. Te storitve bodo izvajalci obračunavali v pavšalu.

(2) Podlaga za določitev programa, ki ga bo Zavod plačeval v pavšalu, je predložen program preventivnega in zdravstveno-vzgojnega dela. O vsebini in obsegu opravljenega programa bodo izvajalci poročali Zavodu dvakrat letno.

17. člen

(1) Izvajalci lahko v okviru dejavnosti pedontologije za skupinsko zobozdravstveno vzgojno delo (šifre iz Zelene knjige: 47201, 47302, 95194, 95196, 97463 in 97464) načrtujejo program, ki ga bo Zavod plačeval v pavšalu, in sicer največ v obsegu polovice programa za to dejavnost. Za ta del programa, vrednotenega v skladu s Prilogo I, se zmanjša obseg programa, ki ga bo izvajalec obračunaval v točkah.

(2) Pogoji in osnova za načrtovanje storitev iz prejšnjega odstavka je predložen program teh storitev.

(3) Če bo storitev 95194 (šifra iz Zelene knjige) opravljal mladinski

zobozdravnik, jih bo obračunal v točkah, v okviru dogovorjenega programa.

18. člen

(1) Dežurna služba v zobozdravstveni dejavnosti bo ostala na ravni plana iz pogodb 2002. Izvajalci bodo opravljali dežurno službo po enakih kriterijih kot v letu 2002, to je v obsegu 45 ur dela v R Sloveniji na dela prosti dan, in sicer na lokacijah, dogovorjenih s pogodbami za leto 2002, in v ordinacijskem času za:

- Ljubljana 8,00 do 16,00;
- Celje in Maribor od 8,00 do 13,00;
- Koper in Piran kombinirano, Slovenj Gradec, Murska Sobota, Nova Gorica in Novo mesto od 8,00 do 12,00.

(2) K navedenemu ordinacijskemu času se vsakemu izvajalcu prizna 1 ura za pripravo.

IV. Merila za ugotavljanje specifičnosti vrednotenja programov

1. splošno

19. člen

(1) Za vrednotenje programov storitev se uporabljajo elementi, ki jih določa 8. člen Dogovora 2003. Višino elementov določajo 9.-13. člen Dogovora 2003, razen materialnih in nematerialnih stroškov (v nadaljnjem besedilu materialni stroški) ter amortizacije, ki so opredeljeni v Prilogi I.

(2) Drugačna višina materialnih stroškov in sredstev za amortizacijo se lahko upošteva le, če se dejavnost posameznega tima občutno razlikuje od standardiziranih dejavnosti posameznih strok iz Priloge I. O tem Zavod seznaniti partnerje. Pri naslednjem področnem dogovoru se dejavnost vključi v Prilogo I.

(3) Materialni stroški in sredstva za amortizacijo, zakonske obveznosti in neposredno skupno porabo se standardiziranim dejavnostim priznavajo v višini, ki je po posameznih ožjih dejavnostih opredeljena v Prilogi I (v cenah december 2002), nestandardiziranim pa v skladu s 32. členom tega dogovora.

20. člen

(1) Drage laboratorijske preiskave iz Priloge VII se financirajo v skladu z 2. členom Dogovora 2003.

2. količniki in glavarina v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih ter dispanzerjih za ženske

21. člen

(1) Cena količnika za glavarino je v Sloveniji enaka.

(2) Posamezni zdravnik za poln program ekipe v splošnih ambulantah, pri izračunu obveznosti po trimesečju, od 1. 10. 2003 dalje lahko preseže sedanje povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika (zavarovane osebe/splošni zdravniki). Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 2.250 opredeljenih zavarovanih oseb, nato pa po regresijski formuli: 90 % količnikov za od 2.250 do 2.500 opredeljenih zavarovanih oseb, 80 % količnikov za od 2.500 do 2.750 opredeljenih zavarovanih oseb, 70 % količnikov za od 2.750 do 3.000 opredeljenih zavarovanih oseb.

opredeljenih zavarovanih oseb in 70 % količnikov za od 2.750 do 3.000 opredeljenih zavarovanih oseb. Izvajalci lahko uveljavljajo celoten program, ki presega sedanje realno povprečje samo s postavitvijo novih timov od 1. 10. 2003 dalje, in sicer v okviru načrtovanih sredstev na ravni Slovenije.

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

(4) V dispanzerjih za ženske posamezni zdravnik za poln program ekipe ne more preseči 2.925 količnikov mesečno.

(5) V primeru preseganja plana količnikov iz obiskov bo plačano le polovično preseganje odstotka prekoračitve plana količnikov iz glavarine. To preseganje se obračuna po polni ceni količnika. Nedoseganje plana količnikov iz glavarine vzporedno niža tudi plačevanje števila količnikov iz obiskov in to za polovični odstotek nedoseganja povprečnih količnikov iz glavarine.

(6) Če ima na področju izpostave Zavoda sedež dejavnosti en sam izvajalec, je dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo.

22. člen

(1) Izvajalci, ki so pričeli z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, prejema prve tri mesece 80 % sredstev za glavarino, izračunanih na podlagi povprečnega števila opredeljenih zavarovanih oseb v R Sloveniji v dejavnosti. Po preteku tega obdobja pa se za obračun glavarine upošteva dejansko stanje števila opredeljenih zavarovanih oseb.

(2) Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

(3) Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 85 odstotkov pogodbeno dogovorjenega obsega programa, v otroškem in šolskem dispanzerju 90 odstotkov pogodbeno dogovorjenega programa preventive, v dispanzerju za ženske pa 70 odstotkov pogodbeno dogovorjenega programa preventivnih pregledov raka materničnega vratu.

(4) Izvajalcem programa v dispanzerjih za ženske bo Zavod zagotovil plačilo 92 % celotne vrednosti programa, korigirane z indeksom doseganja količnikov iz glavarine, če bo opravil vsaj 15.000 količnikov iz obiskov (preventiva in kurativa skupaj), korigiranih z indeksom doseganja količnikov iz glavarine, na leto. Preostala sredstva do polne vrednosti programa pa bo Zavod zagotovil izvajalcu, če bo v celoti opravil dogovorjeni program preventive.

(5) V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi dogovorjenega programa preventive v dispanzerjih za ženske, mu bo Zavod ob letnem obračunu zmanjšal plačilo za 4 % celotne vrednosti dogovorjenega programa, če je realiziral vsaj dve tretjini programa, oziroma 8 %, če je realiziral manj kot dve tretjini v pogodbi dogovorjenega programa. Ta sredstva se razdelijo izvajalcem, ki so program realizirali v celoti. To določilo velja od 1. 1. 2003 dalje.

(6) V primeru, da ima izvajalec v pogodbi z Zavodom dogovorjenih več timov, se vsi parametri predhodnega odstavka preračunajo na tim.

(7) Stimulacije in zmanjšanje obveznosti Zavoda, ki temeljijo na 43. členu Dogovora 2003 in 4.-6. odstavku tega člena Področnega dogovora bo Zavod poravnal po polni ceni količnika iz obiskov.

3. nujna medicinska pomoč in dežurna služba

23. člen

(1) V letu 2003 se za izvajanje projekta nujne medicinske pomoči (v nadaljnjem besedilu: NMP) v skladu s Pravilnikom o službi NMP nameni 2.190.262.000 SIT (iz pogodb za leto 2002) v cenah december 2002. Pregled sredstev na letni ravni iz pogodb za leto 2002 v cenah december 2002 je v Prilogi VIII.

Preglednica prikazuje dinamiko izvedbe projekta v odstotku od njegove 100 % realizacije.

Enota	tip	% celote
ZD Šentjur pri Celju	1.a	40,8 %
ZD Šmarje - Rogaška Slatina	1.a	46,7 %
ZD Šmarje - Kozje	1.a	46,7 %
ZD Koper	1.a	46,7 %
ZD Piran	1.a	46,7 %
ZD Izola	1.a	40,8 %
ZD Radovljica	1.a	46,7 %
ZD Bohinj (Bled)	1.a	46,7 %
ZD Kranjska Gora	1.a	40,8 %
ZD Grosuplje	1.a	40,8 %
ZD Vrhnika	1.a	46,7 %
ZD Hrastnik	1.a	40,8 %
ZD Metlika	1.a	40,8 %
ZD Dravograd	1.a	40,8 %
ZD Ravne - Črna	1.a	40,8 %
ZD Žalec	1.a	54,3 %
ZD Ormož	1.b	53,4 %
ZD Laško	1.b	46,6 %
ZD Šmarje pri Jelšah	1.b	53,4 %
ZD Slovenske Konjice	1.b	53,4 %
ZD Sežana	1.b	53,4 %
ZD Ilirska Bistrica	1.b	53,4 %
ZD Trzin	1.b	46,6 %
ZD Bled	1.b	59,3 %
ZD Sevnica	1.b	53,4 %
ZD Brežice	1.b	53,4 %
ZD Domžale	1.b	59,3 %
ZD Kamnik	1.b	53,4 %
ZD Litija	1.b	46,6 %
ZD Ajdovščina	1.b	53,4 %
ZD Cerknica	1.b	53,4 %
ZD Logatec	1.b	53,4 %
ZD Ribnica	1.b	53,4 %
ZD Zagorje	1.b	53,4 %
ZD Slovenska Bistrica	1.b	53,4 %
ZD Lenart	1.b	53,4 %
ZD Lendava	1.b	53,4 %
ZD Gornja Radgona	1.b	53,4 %
ZD Ljutomer	1.b	46,6 %
ZD Trebnje	1.b	53,4 %
ZD Črnomelj	1.b	53,4 %
ZD Slovenj Gradec	1.b	53,4 %
ZD Radlje	1.b	53,4 %
ZD Mozirje	1.b	53,4 %
ZD Škofja Loka	1.boj	57,6 %
ZD Idrija	1.boj	45,3 %
ZD Kočevje	1.boj	60,0 %
ZD Tolmin	1.boj	76,2 %
ZD Celje	PHE	84,7 %
ZD Koper - Obala	PHE	90,0 %
ZD Postojna	PHE	49,5 %
ZD Kranj	PHE	84,7 %
ZD Jesenice	PHE	47,7 %
ZD Krško	PHE	58,2 %

ZD Trbovlje	PHE	47,7 %
ZD Maribor	PHE	84,7 %
ZD Ptuj	PHE	47,7 %
ZD Murska Sobota	PHE	56,9 %
ZD Nova Gorica	PHE	68,8 %
ZD Novo mesto	PHE	68,8 %
ZD Koroška	PHE	68,8 %
ZD Velenje	PHE	68,8 %
ZD Ljubljana	PHE	84,7 %
Skupaj		62,2 %

Sredstva so razdeljena na podlagi tipa enote, ki je določena v posameznem zavodu, podatkov o delu, ki jih enote sporočajo mesečno in rezultatov nadzora v skladu s pravilnikom.

(2) V pogodbenem letu 2003 se izvede pilotski projekt NMP s helikopterjem, za kar se Osnovnim zdravstvom Gorenjske nameni 100 mio SIT (v tekočih cenah 2003), in sicer do višine realiziranih sredstev oziroma največ do načrtovanih sredstev za ta program. O razdelitvi morebitnih nerealiziranih sredstev se dogovorijo partnerji ob zadnjem obračunu zdravstvenih storitev.

(3) Sredstva za NMP so namenjena za plače ekip v skladu s Pravilnikom o službi NMP, materialne stroške in amortizacijo.

(4) Gravitacijsko območje PHE določi Ministrstvo za zdravje R Slovenije s posebnim aktom.

(5) Navedene enote NMP so dolžne izvajati projekt NMP po Pravilniku o službi NMP v obsegu dodeljenih sredstev.

(6) Sredstva za NMP bo Zavod plačeval izvajalcem v pavšalu.

(7) Sredstva, namenjena za PHE Ljubljana, se delijo med Zdravstvenim domom Ljubljana in Kliničnim centrom Ljubljana v razmerju 50 : 50.

(8) Sredstva za NMP, namenjena za PHE Obala, se nakažejo Zdravstvenemu domu Koper.

(9) Sredstva za NMP, namenjena Črni na Koroškem, ZD Dravograd, ZD Ravne, ZD Radlje in ZD Slovenj Gradec se nakažejo Reševalni službi Koroške.

24. člen

(1) Dodatna sredstva se namenijo tudi za območja, kjer zaradi turizma število storitev za zavarovane osebe R Slovenije izven območja matične občine in občin, ki nanjo mejijo, v letnem merilu v splošnih, otroških in šolskih ambulantah na območju izpostave Zavoda presega 5 % vseh opravljenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, in sicer: ZD Piran: 4.278.890 SIT.

25. člen

(1) Dežurna služba v osnovni zdravstveni dejavnosti se vrednoti v skladu s kadri, ki jih določa 5. člen Področnega dogovora in v skladu s Kolektivnimi pogodbami, pri čemer je izhodiščni kvalifikacijski količnik za:

- zdravnika v efektivni 5,80 in zdravnika v neefektivni 4,70;
- zdravstvenega tehnika v efektivni 2,71 in zdravstvenega tehnika v neefektivni 2,466.

(2) Na vsakih 7.000 prebivalcev se upošteva 10 % efektivnega delovnega časa na ekipo, kar pomeni pri 70.000 prebivalcih 100 % efektivnega delovnega časa na ekipo.

(3) Pregled sredstev na letni ravni iz pogodb za leto 2002 v cenah december 2002 je v Prilogi VIII.

(4) Storitve opravljene v času dežurne službe se Zavodu ne zaračunavajo.

26. člen

Izhodišča za vrednotenje dežurne službe so:

– izhodiščna plača	50.713	sit
– prispevki	22,88	%
– regresi, jubil. nagrade	202.801	sit
– valorizacija MS	1,07	
– valorizacija AM	1,07	
– upravno teh. kader	17,27	%
– delovna uspešnost	2	%
– delovna doba	9	%

Razdelitev ur: (število količnikov)

	ure	efektiva	neefektiva	prapr.	ostali
del. 20–22 ure	600	1,50	0,90	0,30	
del. 22–6 ure	2.400	2,00	1,17	0,39	
ned. + praz. 6–22 ure	1.040	2,50	1,80	0,60	
ned. + praz. 22–6 ure	520	3,00	2,07	0,69	
SKUPAJ	4.560	2,162	1,381	0,46	1,055

Vrednost ure:

	kval. kol. efektiva	neefektiva	vred. ure efektiva	neefektiva	prapr.
Zdravnik	10,680	8,943	6.865,21	3.670,97	1.223,66
Sestra	3,935	3,649	2.529,46	1.497,86	
up. tehnični kader	3,890		1.329,84		

Upoštevanih je 65 nedelj in praznikov in 300 delovnikov (365 dni).

4. centri za zdravljenje odvisnosti

27. člen

(1) Za delovanje Centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog se nameni 481.761.000 SIT (v cenah december 2002). Delitev sredstev med posamezne centre je naslednja:

centri in ambulate	število vseh obravnavanih v obdobju od 1.1.2003 do 31.1.2003	število vseh vzdrževancev v VMP v obdobju od 1.1.2003 do 31.1.2003	sredstva (cene dec. 2002)
Brežice	85	30	11.931.366
Celje	176	114	32.780.547
Ilirska Bistrica	52	38	10.173.273
Izola	80	53	15.033.837
Koper	235	191	48.153.493
Kranj	96	91	21.510.344
Ljubljana	499	494	117.408.867
Logatec	65	59	14.016.510
Maribor	235	165	45.214.547
Murska Sobota	153	79	25.728.900
Nova Gorica	280	132	42.395.098
Novo mesto	50	42	10.399.346
Piran	130	124	29.334.244
Pivka	30	24	6.103.964
Sežana	52	46	11.077.564
Trbovlje	114	94	23.511.565
Velenje	131	38	16.987.537
Skupaj	2.463	1.814	481.761.000

(2) Kadrovski normativ za 100 oseb vključenih v obravnavo v centrih (prva kolona v tabeli):

– zdravnik specialist 0,52

- psihiater 0,15
- psiholog 0,15
- diplomirana medicinska sestra 0,58
- nosilci laboratorijske medicine 0,23

in pripadajoči upravno administrativni kader v višini 17,27 %

(3) Delež sredstev za posamezni center je določen na osnovi naslednjih kriterijev:

1. izračun sredstev za leto 2003 na podlagi starih kriterijev,
 2. sredstva za kader na podlagi zgoraj navedenega standarda,
 3. delež sredstev za kadre v vseh sredstvih (2 / 1; povprečje v Sloveniji znaša 0,46),
 4. prilagajanje sredstev za kadre na povprečje ob upoštevanju razmika + - 10 %,
 5. število vseh vključenih v obravnavo v centrih v obdobju od 1. 1. 2003 do 31. 1. 2003,
 6. število vseh vzdrževancev v vzdrževalnem metadonskem programu v centrih v obdobju od 1. 1. 2003 do 31. 1. 2003.
- (4) Sredstva so namenjena za plače, materialne stroške in amortizacijo. Sredstva za amortizacijo se pri posameznem izvajalcu načrtujejo v višini 5% načrtovanih sredstev. Preostanek sredstev se načrtuje za materialne stroške.

(5) Zavod bo program plačeval v pavšalu, zato teh storitev izvajalci ne bodo zaračunavali Zavodu posebej. O vsebini in obsegu opravljenega programa bodo izvajalci poročali Zavodu dvakrat letno.

(6) Zavod in izvajalec v pogodbi dogovorita ordinacijski čas Centrov za zdravljenje odvisnosti.

5. splošne ambulate v socialnovarstvenih zavodih

28. člen

(1) Ekipo splošnega zdravnika v ambulanti socialnovarstvenega zavoda bo Zavod plačeval v pavšalu, pri čemer se vrednost programa izračuna na osnovi standarda, ki velja za dejavnost splošne ambulante v socialnovarstvenem zavodu v Prilogi I. V primeru posebnih zavodov za otroke in mladino pa bo Zavod ekipo zdravnika plačeval praviloma na osnovi standarda, ki velja za dispanzer za otroke in šolarje - kurativa.

(2) Pri obračunu glavarine v splošnih ambulantah se količniki iz glavarine za oskrbovance socialnovarstvenih zavodov ne upoštevajo. Izvajalci opravljene storitve v domovih le evidentirajo, ne pa tudi zaračunavajo.

(3) Če si oskrbovanci izberejo osebnega zdravnika izven socialnovarstvenega zavoda, se bo izvajalcu ustrezno znižalo število ur in vrednost pavšalnega zneska.

6. specializacije, izpopolnjevanja in laboratorij

29. člen

(1) Sredstva iz tretjega odstavka 14. člena Dogovora 2003 (sofinanciranje stroškov specializacij) so prejemniki dolžni nakazovati Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije v višini zneska, ki je vkalkuliran v ceno storitve in ga Zavod sporoča izvajalcem in Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije ob obračunih zdravstvenih storitev.

(2) Skladno s kriteriji, ki jih opredelijo Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Zdravniška zbornica

Slovenije, se ta sredstva porazdelijo med izvajalce tako, da se upošteva:

1. Število specializantov po posameznih strokah na primarni ravni v zdravstvenih domovih in pri zasebnih zdravnikih za posamezen mesec v letu;
2. Višina stroškov specializacije glede na:
 - a) vrsto specializacije in nastajajoče stroške glede na program specializacije;
 - b) oddaljenost kraja izvajanja specializacije;
 - c) normalno trajanje specializacije vključno s priznanimi prekinitvami.
- (3) Na podlagi kriterijev iz prejšnjega odstavka se določi delež sofinanciranja stroškov specializacij za posameznega izvajalca.
- (4) Podrobnosti glede načina zbiranja sredstev, posredovanja podatkov, razdelitve in nadzora opredelijo Ministrstvo za zdravje, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Zdravniška zbornica Slovenije v posebnem aktu.
- (5) Izvajalcu, ki ne izpolnjuje obveznosti iz prvega odstavka tega člena, lahko Zavod na predlog Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije zadrži vsa plačila za opravljene storitve do poravnave obveznosti.

30. člen

- (1) Materialni stroški vključujejo tudi sredstva:
- za obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov v višini 25.001 SIT na zdravnika (v cenah dec. 2002);
 - za sofinanciranje stroškov specializacij v višini 279.644 SIT na zdravnika (v cenah dec. 2002) v splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolsko mladino, mladinskem zobozdravstvu, ortodontiji in pedontologiji.

31. člen

- (1) Izvajalci storitev laboratorija ne zaračunavajo posebej, temveč jih le evidentirajo. Izvajalci bodo obračun storitev za realizirane laboratorijske preiskave predložili Zavodu na njegovo posebno zahtevo.
- (2) Storitve zobozdravstvenega rentgena si bodo izvajalci med seboj obračunavali po evidenčni ceni točke, razen, če se naročnik in izvajalec teh storitev ne dogovorita drugače.
- (3) Ultrazvočna storitev je sestavni del programa dispanzerja za ženske. Izvajalec, ki tega ne opravlja sam, bo naročal UZ pri drugem izvajalcu in kot naročnik tudi plačal storitev.

7. dejavnosti, ki se ne standardizirajo

32. člen

- (1) Dejavnosti dispanzerjev za mentalno zdravje, RTG dejavnost ter dejavnost zdravstvene in zobozdravstvene vzgoje ni standardizirana. Če izvajalec v dejavnostih, ki se plačujejo v pavšalu (zdravstvena in zobozdravstvena vzgoja, šola za starše in centri za zdravljenje odvisnosti od drog) ne more zagotoviti realizacije programa iz pogodbe za leto 2002, se vrednost pogodbeno dogovorjenega programa zniža za odstotek nedoseganja programa. Razlika v programu in sredstvih pa se prizna izvajalcem, ki program zagotavljajo v večjem obsegu, kot je dogovorjeno s pogodbo za leto 2002.
- (2) Dispanzerji za mentalno zdravje planirajo obseg programa na ravni planiranega programa v letu 2002. V dispanzerje za mentalno

zdravje ni vključena dejavnost psihiatrije, ki se planira kot specialistična ambulantna dejavnost v skladu s Prilogo I. Ostali izvajalci dejavnosti iz prejšnjega odstavka planirajo obseg programa na osnovi števila in profilov delavcev ter obsega programa iz pogodb za leto 2002.

- (3) Če izvajalec v dispanzerju za mentalno zdravje opravi storitev, ki je, v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, sestavni del sistematičnega preventivnega pregleda otroka oziroma šolarja, izvajalec to storitev zaračuna Zavodu v okviru programa dispanzerja za mentalno zdravje.
- (4) Sredstva za plače, zakonsko predpisane obveznosti in neposredno skupno porabo se izračunajo v skladu z Dogovorom 2003 in z upoštevanjem standardiziranih kvalifikacijskih količnikov, opredeljenih v Prilogi I.
- (5) Amortizacija in materialni stroški se v vrednost programov vračunajo v višini iz pogodb za leto 2002 (v cenah december 2002), administrativno-tehnični kader pa v višini 17,27 % zdravstvenih delavcev.

8. ločeno zaračunljivi materiali

33. člen

- (1) Zavod bo izvajalcu poravnal izdatke za mikrobiološke preiskave samo v znesku, ki presega 10 % celotnih, v ceno vkalkuliranih sredstev za laboratorijske preiskave (mikrobiološke, biokemične in klinične), vendar največ v višini razlike med skupaj realiziranimi stroški laboratorijskih preiskav in vkalkuliranimi sredstvi za laboratorijske preiskave na letni ravni. Med realizirana sredstva laboratorijskih preiskav izvajalec ne sme vključiti preiskav in materialov, ki so posebej zaračunljivi.
- (2) Izvajalec mora utemeljenost zahtevka o realizaciji stroškov laboratorijskih preiskav dokazati z računi in specifikacijami. Če laboratorijske preiskave opravlja sam, utemeljuje preseganje z obračunom storitev po ceni, ki je evidenčno opredeljena v Prilogi I. Laboratorijske preiskave lahko opravlja sam, če ima lasten verificiran laboratorij.
- (3) Zavod bo izvajalcu zagotovil dodatna sredstva za ampulirana zdravila, če bodo stroški za ta zdravila presegli 345.225 SIT na ekipo izvajalca letno. Ta znesek se valorizira z novim področnim dogovorom, glede na rast cen na drobno v predhodnem obdobju.

34. člen

- (1) Cene storitev in pavšalni zneski se izračunajo in valorizirajo v skladu z določili Dogovora 2003, tega Področnega dogovora in Priloge I.

V. Sklepanje in izvajanje pogodb ter reševanje sporov

1. sklepanje pogodb

35. člen

- (1) V skladu z Dogovorom 2003 in tem Področnim dogovorom se pogodbe z novimi zasebniki sklepajo na podlagi razpisa programov, obstoječim izvajalcem pa bo Zavod ponudil sklenitev

pogodbe, v kateri bo na novo, v skladu z Dogovorom 2003 in tem Področnim dogovorom ter upoštevaje nove zasebnike s koncesijo, opredelil obseg in vrednotenje programa.

(2) Zasebni izvajalec se lahko prijavi na razpis za opravljanje dejavnosti, za katero ima dovoljenje in koncesijo. Dejavnost, za katero sklene z Zavodom pogodbo, bo opravljal sam.

36. člen

(1) Ob prijavi na razpis je izvajalec dolžan opredeliti:

1. dejavnost, ki jo želi opravljati;
2. količino in vrsto storitev, ki jo ponuja Zavodu; ponudba programov mora vsebovati razmejitev na plan preventivnih in plan kurativnih storitev oziroma pregledov;
3. vrsto in količino ločeno zaračunljivega materiala;
4. kratko pisno predstavitev programa storitev;
5. ordinacijski čas za zavarovane osebe Zavoda;
6. čakalno dobo za posamezne preiskave oziroma storitve, razen zdravnik v ambulanti splošne medicine, otroškem in šolskem dispanzerju, ki ne sme imeti čakalne dobe;
7. zasebni izvajalec pa še: kateri drugi izvajalci ali javni zavodi ga bodo nadomeščali v odsotnosti (dopust, organizirano izobraževanje, bolezen).

37. člen

(1) Količina storitev, ki jo v svoji ponudbi načrtuje izvajalec, znaša na enega nosilca tima praviloma toliko storitev (točk, količnikov, kilometrov), kot jih za posamezne dejavnosti določa Priloga I.

(2) Količina storitev za tim iz Priloge I je predvidena za opravljanje dejavnosti za polni delovni čas. V primeru, da izvajalec za potrebe Zavoda ne bo delal polnega delovnega časa, se njegova planska količina storitev sorazmerno zmanjša.

(3) Zavod ne bo sprejemal ponudb zasebnikov, ki se nanašajo na delo, krajše od polovičnega delovnega časa. En nosilec ekipe lahko ponudi največ tri dejavnosti, pri čemer obseg posamezne dejavnosti ne more biti manjši od 30 % programa za poln delovni čas, razen če je tako opredeljeno že v obstoječi pogodbi z izvajalcem, oziroma če z nižjim deležem posamezne dejavnosti izvajalec prevzame izvajanje celotnega programa dejavnosti na določenem območju.

38. člen

(1) Količina storitev, ki jo v svoji ponudbi načrtujejo pravne osebe (d.o.o.), ki opravljajo zdravstveno dejavnost na podlagi koncesije, se oblikuje tako, da se pri tem upoštevajo samo redno zaposleni nosilci timov dejavnosti, ki so navedeni v odločbi o podelitvi koncesije in ki so dolžni tudi sami izvajati dejavnosti, razen v primeru upravičene odsotnosti.

2. izvajanje pogodb

39. člen

(1) Izvajalec, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo o opravljanju zdravstvenih storitev, je dolžan upoštevati določila 38. člena Dogovora 2003, poleg tega pa tudi:

- zagotavljati laboratorijske in druge diagnostične storitve, ki jih potrebuje v procesu zdravljenja zavarovanih oseb in so vključene v ceno zdravstvene storitve;
- nuditi zavarovanim osebam storitve v ordinacijskem času,

ki je opredeljen v pogodbi, in to enakomerno skozi celo koledarsko leto;

- zagotoviti nadomeščanje nosilca dejavnosti v času njegove odsotnosti, pri čemer je zavarovane osebe dolžan seznaniti z imenom nadomestnega nosilca dejavnosti in s časom nadomeščanja, Zavod pa tudi z vzrokom odsotnosti.

(2) Nadomestni zdravnik sme nadomeščati nosilca dejavnosti le v času odsotnosti zaradi letnega dopusta, organiziranega izobraževanja, bolezni ali odsotnosti po Zakonu o delovnih razmerjih.

40. člen

(1) Če izvajalec ali Zavod ne moreta več uresničevati pogodbenih obveznosti, lahko odpovesta pogodbo. Odpovedni rok znaša 30 dni. Do izteka odpovednega roka bo izvajalec opravljal program v skladu s pogodbo, po cenah storitev veljavnih na dan odpovedi.

41. člen

(1) Zavod lahko odpove pogodbo:

- če izvajalec kljub opozorilom ali predhodno izrečenim pogodbenim kaznim opravlja dejavnost v nasprotju s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja, določili tega Področnega dogovora in Dogovora 2003;
- če izvajalec ne želi skleniti pogodbe na osnovi odločitve arbitraže v 10-ih dneh po prejemu veljavnega zapisnika arbitraže.

(2) Odpovedni rok znaša 30 dni.

(3) Storitve, opravljene v odpovednem roku, bo izvajalec zaračunaval Zavodu po ceni, veljavni na dan odpovedi.

(4) Pogodba preneha veljati tudi po izteku zadnjega dne naslednjega razpisnega roka, če se izvajalec ne prijavi na razpis.

(5) V primeru zasebnega izvajalca preneha veljati pogodba tudi, če je zasebnemu izvajalcu odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti ali koncesija, in sicer z dnem odvzema.

3. reševanje sporov

42. člen

(1) Partnerji se obvezujejo, da bodo spore, ki bi nastali pri izvajanju tega Področnega dogovora ali sklenjenih pogodb med izvajalcem in Zavodom, skušali reševati sporazumno.

43. člen

(1) Spore glede izbire in sklepanja pogodb med izvajalcem in Zavodom razrešuje arbitraža po določilih Dogovora 2003.

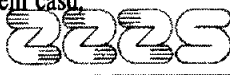
44. člen

(1) Pogodbene stranke imajo pravico s tožbo na pristojnem sodišču uveljavljati pravice, ki izhajajo iz sklenjene pogodbe o izvajanju dejavnosti.

VI. Prehodne in končne določbe

45. člen

(1) Za zadeve, ki niso urejene s Področnim dogovorom, se uporabljajo neposredno določila Dogovora 2003.



46. člen

(1) Za razpis programov, pripravo ponudb ter aneksov k pogodbam izvajalcev in izbiro izvajalcev veljajo določila Dogovora 2003.

47. člen

(1) Ta področni dogovor velja od dneva, ko ga podpišejo vsi partnerji oziroma od dneva odločitve arbitraže, uporablja pa se od 1. 4. 2003 dalje, za nove zasebnike pa v skladu z določili Dogovora 2003.

48. člen

(1) Vsak partner ima pravico predlagati spremembe Področnega dogovora, ki niso v nasprotju s Splošnim dogovorom.

(2) Spremembe Področnega dogovora se urejajo z aneksom. Valorizacije posameznih elementov kalkulacije cene zdravstvenih storitev se ne štejejo za spremembo Področnega dogovora.

Številka: 5102-01/2003

Datum: 16. 5. 2003

Ministrstvo za zdravje
Zdravniška zbornica Slovenije
Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije
Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Priloga I**Kalkulacije za ambulantno dejavnost v cenah XII 2002**

Kalkulacije za ambulantno dejavnost objavljamo v prilogi Ia Aneksa št. 1. k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2003.

Priloga II/a**Zdravstveno vzgojni centri za izvajanje skupinskih delavnic programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo**

1	Zdravstveni dom Ajdovščina	31	Zdravstveni dom Medvode
2	Zdravstveni dom Bled	32	Zdravstveni dom Mozirje
3	Zdravstveni dom Bohinj	33	Zdravstveni dom Murska Sobota
4	Zdravstveni dom Brežice	34	Zdravstveni dom Nova Gorica
5	Zdravstveni dom Celje	35	Zdravstveni dom Novo mesto
6	Zdravstveni dom Cerknica - Loška dolina	36	Zdravstveni dom Ormož
7	Zdravstveni dom Črnomelj	37	Zdravstveni dom Postojna
8	Zdravstveni dom Dr. Tineta Zajca Domžale	38	Zdravstveni dom Ptuj
9	Zdravstveni dom Dravograd	39	Zdravstveni dom Radeče
10	Zdravstveni dom Gornja Radgona	40	Zdravstveni dom Radlje
11	Zdravstveni dom Grosuplje	41	Zdravstveni dom Radovljica
12	Zdravstveni dom Hrastnik	42	Zdravstveni dom Ravne na Koroškem
13	Zdravstveni dom Idrija	43	Zdravstveni dom Ribnica
14	Zdravstveni dom Ilirska Bistrica	44	Zdravstveni dom Sevnica
15	Zdravstveni dom Ivančna Gorica	45	Zdravstveni dom Sežana
16	Zdravstveni dom Izola	46	Zdravstveni dom Slovenj Gradec
17	Zdravstveni dom Jesenice	47	Zdravstveni dom Slovenska Bistrica
18	Zdravstveni dom Kamnik	48	Zdravstveni dom Šentjur
19	Zdravstveni dom Kočevje	49	Zdravstveni dom Škofja Loka
20	Zdravstveni dom Koper	50	Zdravstveni dom Šmarje pri Jelšah
21	Zdravstveni dom Kranj	51	Zdravstveni dom Tolmin
22	Zdravstveni dom Krško	52	Zdravstveni dom Trbovlje
23	Zdravstveni dom Laško	53	Zdravstveni dom Trebnje
24	Zdravstveni dom Lenart	54	Zdravstveni dom Tržič
25	Zdravstveni dom Lendava	55	Zdravstveni dom Velenje
26	Zdravstveni dom Litija	56	Zdravstveni dom Vrhnika
27	Zdravstveni dom Ljubljana	57	Zdravstveni dom za študente Univerze Ljubljana
28	Zdravstveni dom Ljutomer	58	Zdravstveni dom Zagorje
29	Zdravstveni dom Logatec	59	Zdravstveni dom Žalec
30	Zdravstveni dom Maribor	60	Zdravstveni dom Slovenske Konjice

Priloga II/b

Število skupinskih delavnic programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo in sredstva v cenah december 2002 po izpostavah Zavoda

območna enota izpostava	št. opred. 20-70let	delež	sredstva za ZV delavnice	kader							št. delavnic		
				zdr. spec.	dipl. ms oz. prof.	dipl. fiziot.	zdravo hujšanje	zdr. prehrana	telesna dejavn.	opušč. kajenja	krajša 1 živ. slog.	krajša 2 test h. 1x	krajša 3 dej. tveg.
Slovenija skupaj	1.312.416	100,0%	269.247.680	3,00	40,00	10,00	319	384	363	150	1.280	1.408	1.280
OE Celje	127.038	9,7%	26.062.382	0,29	3,87	0,97	31	37	35	15	124	136	124
Celje-Sedež	46.862	3,6%	9.613.937	0,11	1,43	0,36	11	14	13	5	46	50	46
Laško	10.271	0,8%	2.107.139	0,02	0,31	0,08	2	3	3	1	10	11	10
Slovenske Konjice	14.462	1,1%	2.966.940	0,03	0,44	0,11	4	4	4	2	14	16	14
Šentjur pri Celju	12.391	0,9%	2.542.066	0,03	0,38	0,09	3	4	3	1	12	13	12
Šmarje pri Jelšah	19.814	1,5%	4.064.926	0,05	0,60	0,15	5	6	5	2	19	21	19
Žalec	23.238	1,8%	4.787.374	0,05	0,71	0,18	6	7	6	3	23	25	23
OE Koper	90.283	6,9%	18.521.938	0,21	2,75	0,69	22	26	25	10	88	97	88
Koper-Sedež	33.984	2,6%	6.971.961	0,08	1,04	0,26	8	10	9	4	33	36	33
Ilirska Bistrica	9.134	0,7%	1.873.879	0,02	0,28	0,07	2	3	3	1	9	10	9
Izola	9.425	0,7%	1.933.579	0,02	0,29	0,07	2	3	3	1	9	10	9
Piran	10.754	0,8%	2.206.228	0,02	0,33	0,08	3	3	3	1	10	12	10
Postojna	13.357	1,0%	2.740.245	0,03	0,41	0,10	3	4	4	2	13	14	13
Sežana	13.629	1,0%	2.796.047	0,03	0,42	0,10	3	4	4	2	13	15	13
OE Kranj	125.637	9,6%	25.774.961	0,29	3,83	0,96	31	37	35	14	123	135	123
Kranj-Sedež	49.092	3,7%	10.071.431	0,11	1,50	0,37	12	14	14	6	48	53	48
Jesenice	19.268	1,5%	3.952.911	0,04	0,59	0,15	5	6	5	2	19	21	19
Radovljica	21.386	1,6%	4.387.428	0,05	0,65	0,16	5	6	6	2	21	23	21
Škofja Loka	26.185	2,0%	5.371.963	0,06	0,80	0,20	6	8	7	3	26	28	26
Trzin	9.706	0,7%	1.991.227	0,02	0,30	0,07	2	3	3	1	9	10	9
OE Krško	43.717	3,3%	8.968.727	0,10	1,33	0,33	11	13	12	5	43	47	43
Krško-Sedež	18.141	1,4%	3.721.703	0,04	0,55	0,14	4	5	5	2	18	19	18
Brežice	14.736	1,1%	3.023.153	0,03	0,45	0,11	4	4	4	2	14	16	14
Sevnica	10.840	0,8%	2.223.872	0,02	0,33	0,08	3	3	3	1	11	12	11
OE Ljubljana	417.240	31,8%	85.598.546	0,95	12,72	3,18	101	122	115	48	407	448	407
Ljubljana-Sedež	249.186	19,0%	51.121.559	0,57	7,59	1,90	61	73	69	28	243	267	243
Cerklja	9.513	0,7%	1.951.632	0,02	0,29	0,07	2	3	3	1	9	10	9
Domžale	30.265	2,3%	6.208.992	0,07	0,92	0,23	7	9	8	3	30	32	30
Grosuplje	18.139	1,4%	3.721.292	0,04	0,55	0,14	4	5	5	2	18	19	18
Hrastnik	6.508	0,5%	1.335.144	0,01	0,20	0,05	2	2	2	1	6	7	6
Idrija	10.604	0,8%	2.175.455	0,02	0,32	0,08	3	3	3	1	10	11	10
Kamnik	19.961	1,5%	4.095.083	0,05	0,61	0,15	5	6	6	2	19	21	19
Kočevje	11.581	0,9%	2.375.891	0,03	0,35	0,09	3	3	3	1	11	12	11
Litija	11.694	0,9%	2.399.073	0,03	0,36	0,09	3	3	3	1	11	13	11
Logatec	6.545	0,5%	1.342.734	0,01	0,20	0,05	2	2	2	1	6	7	6
Ribnica	7.612	0,6%	1.561.634	0,02	0,23	0,06	2	2	2	1	7	8	7
Trbovlje	11.984	0,9%	2.458.568	0,03	0,37	0,09	3	4	3	1	12	13	12
Vrhnika	12.784	1,0%	2.622.692	0,03	0,39	0,10	3	4	4	1	12	14	12
Zagorje	10.864	0,8%	2.228.795	0,02	0,33	0,08	3	3	3	1	11	12	11
OE Maribor	208.522	15,9%	42.779.168	0,48	6,36	1,59	51	61	58	24	203	224	203
Maribor-Sedež	126.688	9,7%	25.990.578	0,29	3,86	0,97	31	37	35	14	124	136	124
Lenart	11.388	0,9%	2.335.296	0,03	0,35	0,09	3	3	3	1	11	12	11
Ormož	10.000	0,8%	2.051.542	0,02	0,30	0,08	2	3	3	1	10	11	10
Ptuj	39.614	3,0%	8.126.979	0,09	1,21	0,30	10	12	11	5	39	42	39
Slov. Bistrica	20.832	1,6%	4.273.773	0,05	0,63	0,16	5	6	6	2	20	22	20
OE Murska Sobota	76.894	5,9%	15.775.129	0,18	2,34	0,59	19	22	21	9	75	82	75
Murska Sobota-Sedež	38.670	2,9%	7.933.314	0,09	1,18	0,29	9	11	11	4	38	41	38
Gornja Radgona	12.736	1,0%	2.612.844	0,03	0,39	0,10	3	4	4	1	12	14	12
Lendava	14.081	1,1%	2.888.777	0,03	0,43	0,11	3	4	4	2	14	15	14
Ljutomer	11.407	0,9%	2.340.194	0,03	0,35	0,09	3	3	3	1	11	12	11
OE Nova Gorica	64.975	5,0%	13.329.895	0,15	1,98	0,50	16	19	18	7	63	70	63
Nova Gorica-Sedež	37.862	2,9%	7.767.549	0,09	1,15	0,29	9	11	10	4	37	41	37
Ajdovščina	15.090	1,1%	3.095.777	0,03	0,46	0,11	4	4	4	2	15	16	15
Tolmin	12.023	0,9%	2.466.569	0,03	0,37	0,09	3	4	3	1	12	13	12
OE Novo mesto	67.342	5,1%	13.815.495	0,15	2,05	0,51	16	20	19	8	66	72	66
Novo mesto-Sedež	39.274	3,0%	8.057.227	0,09	1,20	0,30	10	11	11	4	38	42	38
Črnomelj	11.694	0,9%	2.399.073	0,03	0,36	0,09	3	3	3	1	11	13	11
Metlika	5.833	0,4%	1.196.665	0,01	0,18	0,04	1	2	2	1	6	6	6
Trebnje	10.541	0,8%	2.162.531	0,02	0,32	0,08	3	3	3	1	10	11	10
OE Ravne	90.768	6,9%	18.621.438	0,21	2,77	0,69	22	27	25	10	89	97	89
Ravne na Koroškem-Sedež	23.799	1,8%	4.882.465	0,05	0,73	0,18	6	7	7	3	23	26	23
Mozirje	10.195	0,8%	2.091.547	0,02	0,31	0,08	2	3	3	1	10	11	10
Radlje ob Dravi	10.372	0,8%	2.127.860	0,02	0,32	0,08	3	3	3	1	10	11	10
Slovenj Gradec	13.265	1,0%	2.721.371	0,03	0,40	0,10	3	4	4	2	13	14	13
Velenje	33.137	2,5%	6.798.195	0,08	1,01	0,25	8	10	9	4	32	36	32

Priloga III

Število nosilcev iz ur po dejavnostih in izpostavah Zavoda

	spl. otr. in šol. *	disp. za ženske	patr. in nega	preventiva OD in ŠD.
VSI SKUPAJ	1.193,89	129,80	774,60	79,29
OE CELJE	117,57	11,31	77,50	7,32
Celje-sedež	43,47	5,31	26,20	3,19
Laško	10,40	0,90	7,30	0,45
Slovenske Konjice	13,20	1,00	8,60	0,90
Šentjur	10,50	0,90	7,60	0,69
Šmarje	19,30	1,20	12,20	0,92
Žalec	20,70	2,00	15,60	1,16
OE KOPER	82,81	8,60	53,10	4,81
Ilirska Bistrica	8,70	0,90	5,70	0,37
Izola	8,10	2,50	5,60	0,37
Koper-sedež	29,30	2,00	18,40	1,69
Piran	10,30	0,90	6,60	0,79
Postojna	13,41	1,30	7,90	0,95
Sežana	13,00	1,00	8,90	0,64
OE KRANJ	113,60	11,60	74,90	7,35
Jesenice	19,20	2,00	11,70	1,07
Kranj-sedež	41,70	4,80	28,70	2,85
Radovljica	21,25	1,80	13,00	1,11
Škofja Loka	22,45	2,40	15,70	1,83
Tržič	9,00	0,60	5,80	0,48
OE KRŠKO	39,95	3,70	26,30	2,21
Brežice	12,35	1,70	8,80	0,75
Krško-sedež	16,30	1,00	10,80	0,90
Sevnica	11,30	1,00	6,70	0,55
OE LJUBLJANA	367,79	43,80	231,70	26,52
Cerknica	8,70	0,60	6,30	0,52
Domžale	26,00	2,80	19,20	1,94
Grosuplje	16,10	1,50	12,60	1,25
Hrastnik	6,40	0,80	4,10	0,29
Idrija	9,90	0,80	6,60	0,63
Kamnik	17,60	2,00	11,80	1,27
Kočevje	10,70	1,00	7,00	0,65

	spl. otr. in šol. *	disp. za ženske	patr. in nega	preventiva OD in ŠD.
Litija	11,50	1,10	7,40	0,68
Lj.-sedež	214,49	28,40	124,80	16,36
Logatec	6,60	0,50	4,30	0,43
Ribnica	7,20	0,60	5,10	0,46
Trbovlje	11,20	1,70	7,70	0,69
Vrhnika	11,50	1,00	8,20	0,69
Zagorje	9,90	1,00	6,60	0,66
OE MARIBOR	190,67	20,16	130,50	13,46
Lenart	11,70	0,90	7,00	0,67
Maribor-sedež	116,60	11,56	77,50	8,44
Ormož	9,40	0,80	6,90	0,54
Ptuj	35,62	4,90	25,30	2,60
Slovenska Bistrica	17,35	2,00	13,80	1,20
OE MURSKA SOBOTA	74,00	8,10	47,80	4,38
Gornja Radgona	11,90	1,20	8,00	0,61
Lendava	12,90	1,40	9,50	0,79
Ljutomer	11,30	1,00	6,90	0,67
Murska Sobota-sedež	37,90	4,50	23,40	2,31
OE NOVA GORICA	60,70	6,90	38,90	3,60
Ajdovščina	13,40	1,00	8,90	0,91
Nova Gorica-sedež	34,60	4,40	22,30	2,06
Tolmin	12,70	1,50	7,70	0,63
OE NOVO MESTO	61,60	6,30	41,20	4,67
Črnomelj	11,10	1,00	7,10	0,68
Metlika	5,00	0,30	3,30	0,24
Novo mesto-sedež	35,50	4,20	23,60	3,03
Trebnje	10,00	0,80	7,20	0,71
OE RAVNE	85,20	9,33	52,70	4,99
Mozirje	9,60	0,50	6,40	0,51
Radlje	9,90	1,00	6,40	0,55
Ravne-sedež	22,40	1,90	14,00	1,31
Slovenj Gradec	11,30	2,00	8,50	0,98
Velenje	32,00	3,93	17,40	1,63

Priloga IV

Načrtovanje, vrednotenje in obračunavanje programa razvojnih ambulant

(1) Za delovanje razvojnih ambulant se v pogodbenem letu 2003 nameni 634.125.433 SIT (v cenah december 2002).

(2) Program razvojnih ambulant bodo izvajalci v obdobju od 1. 4. 2003 do 30. 9. 2003 načrtovali na osnovi kadra in v višini sredstev iz pogodb za pogodbeno leto 2002. Od 1. 10. 2003 pa bodo program in sredstva načrtovali v številu timov in deležu financiranja iz spodnje tabele ter v skladu s standardom iz Priloge I:

Izvajalec	Število timov	% financiranja
ZD Celje	2	79
ZD Koper	0,7	94
ZD Postojna	0,3	92
OZG Kranj	1,83	119
Pediatrična ordinacija Aleš Paternoster d.o.o.	0,17	48
ZD Krško	0,6	

ZD Ljubljana	4,7	60
ZD Domžale	0,8	97
ZD Kamnik	0,2	84
ZD Trbovlje	0,4	129
ZD Idrija	0,1	130
ZD Maribor	2	118
ZD Slov. Bistrica	0,3	199
SB Ptuj	1	158
SB Murska Sobota	1,2	45
ZD Novo mesto	1,2	145
ZD Velenje	0,6	132
SB Slovenj Gradec	0,8	22
SB "Dr. Franc Derganc" Nova Gorica,		
ZD Nova Gorica	1	94
skupaj	19,9	94



(3) Delež sredstev za posamezno razvojno ambulanto je določen na osnovi naslednjih kriterijev:

- višina sredstev za leto 2003 na podlagi pogodb za leto 2002,
- izračun odstotka financiranja glede na standardiziran tim,
- izhodišče je standardizirani tim.

(4) Kadrovski normativ je:

- 1 zdravnik specialist pediater z znanji otroške in razvojne nevrologije, razvojne psihologije in razvojno nevrološke obravnave, vodja/ nosilec tima,
- 2 nevrofizioterapevta,
- 1 diplomirana medicinska sestra,
- 0,5 govornega terapevta,

- 0,5 delovnega terapevta,
- administrativno-tehnični kader v obsegu 17,27 % načrtovanih zdravstvenih delavcev.

Zunanji strokovni sodelavci tima razvojnih ambulant so: 0,5 kliničnega psihologa, po 0,5 logopeda, specialnega pedagoga ter socialnega delavca.

(5) Standardizacija se bo izvedla postopoma v skladu z dinamiko povečevanja finančnih sredstev za to dejavnost, opredeljeno v Splošnem dogovoru ter s postopnim zmanjševanjem v okoljih, kjer je preskrbljenost previsoka.

(6) Zavod bo program plačeval v pavšalu, zato teh storitev izvajalci ne bodo zaračunavali Zavodu posebej.

Priloga V

Vrednotenje in obračunavanje nujnih in nenujnih reševalnih prevozov ter reševalnih prevozov bolnikov na in z dialize

(1) Če izvajalec prevoza ugotovi, da naročnik prevoza na nalogu za prevoz ni opredelil najbližjega ustreznega izvajalca, rešujejo spor izvajalec prevoza, naročnik prevoza in plačnik. V primeru kršitve plača razliko do cene prevoza od najbližjega do izbranega izvajalca naročnik prevoza. To določilo velja od 1. 1. 2003.

(2) Nenujne reševalne prevoze bodo izvajalci načrtovali in obračunavali v skladu s Prilogo I. Metodologija izračuna števila ekip in vrednosti programa nenujnih reševalnih prevozov velja tudi v primeru, da se izvajalec in Zavod dogovorita za obračunavanje v pavšalnih mesečnih zneskih. V tem primeru se delež za obvezno zdravstveno zavarovanje izračuna po ceni za kilometer pri nenujnih reševalnih prevozih iz Priloge I.

(3) Nujne prevoze bo izvajalec obračunaval v pavšalu. Za opravljene nujne reševalne prevoze v primerih poškodb po tretji osebi, poklicnih boleznih in poškodb pri delu bo izvajalec Zavodu izstavil tudi evidenčni obračun po ceni, ki predstavlja 2,5-kratno ceno kilometra za nenujne reševalne prevoze, določeno v Prilogi I.

(4) Po tej ceni bo izvajalec obračunaval tudi nujne reševalne prevoze za osebe, zavarovane po konvencijah.

(5) Zavod ne bo sklepal pogodb za nenujne reševalne prevoze z novimi izvajalci, če bi bilo s tem ogroženo zagotavljanje nujnih reševalnih prevozov.

(6) Obračunani kilometri za prevoz na relaciji med dvema krajema lahko izjemoma od normalne razdalje po avtokarti odstopajo največ do 10 kilometrov.

(7) Število kilometrov za nenujne reševalne prevoze bolnikov na in iz dialize bo izvajalec načrtoval in obračunaval ločeno od ostalih nenujnih reševalnih prevozov, in sicer po vnaprej pripravljenem poimenskem seznamu bolnikov in številu kilometrov, ki jih lahko za vsakega bolnika oziroma skupino obračuna Zavodu.

(8) Izvajalec bo program izvajal tako, da bo pripeljal bolnika na dializo 15 minut pred pričetkom dialize in ga praviloma odpeljal 30 minut po zaključku dialize. Če bo izvajalec sočasno peljal na dializo več kot enega bolnika, bo za vsakega obračunal Zavodu ustrezen del razdalje, dogovorjene v pogodbi.

(9) Vse spremembe seznama bolnikov med letom, ki vplivajo na spremembe razdalje za obračun prevoženih kilometrov, je dolžan izvajalec sproti sporočiti Zavodu.

(10) Če se na razpis programov nenujnih reševalnih prevozov bolnikov na in z dialize za isto območje izpostavi prijavi več ponudnikov, ki izpolnjujejo razpisne pogoje, bo Zavod med njimi izbral tistega, ki bo ponudil najracionalnejše prevoze, to je najmanjše skupno število kilometrov za določeno število bolnikov.

Priloga VI

Sredstva za koordinatorje programirane zdravstvene vzgoje za odraslo populacijo (7. odstavek 11. člena Področnega dogovora)

ZDRAVSTVENI DOM	sredstva v SIT (cene dec. 2002)
ZD Celje	749.062
ZD Koper	749.062
ZD Radovljica	749.062
ZD Ljubljana	9.460.318
ZD Cerknica	749.062
ZD Zagorje	749.062

ZDRAVSTVENI DOM	sredstva v SIT (cene dec. 2002)
ZD Maribor	749.062
ZD Ptuj	749.062
ZD Murska Sobota	749.062
ZD Nova Gorica	749.062
ZD Novo mesto	749.062
Zd Slovenj Gradec	749.062
SKUPAJ	17.700.000

Priloga VII

Seznam dragih laboratorijskih preiskav

Šifra	PREISKAVA	Cena *
21001	S,U,L-Aminokislina - kvantitativno	17.050
21607	1,25-(OH) ₂ -D ₃	16.000
21740	U-Organske kisline – GCMS	23.870
22223	dU-MPS elektroforeza	34.540
26603	ANA titer - titer protiteles proti znotrajcelični antigenom	15.400
26605	ENA - protitelesa proti nekaterim specifičnim jedrim in citoplazemskim antigenom: U1RNP,Sm,Ro,La,PCNA,SL,Scl-70,Jo-1,PM/Scl	17.709
26610	Hep-2 protitelesa proti znotrajceličnim antigenom (poz/neg., titer, tip imunofluorescence jeder, centromer -ACMA, citoplazme AMA*,gladke mišice-AsmA)	12.649
26611	aCL - Antikardioliopinska protitelesa razredov IgG in IgM	17.710
26612	AMA (PDH)* - Antimitohondrijska protitelesa (protitelesa proti piruvat-dehidrogenaznemu kompleksu)	17.711
26613	Anti-β2 GPI - protitelesa proti β2 glikoproteinu I (IgG,IgM,IgA)	25.300
26909	S-Protein IgE inhalacijski screening - MATRIX	14.080
28001	PKM-Diferenc. In ocena	22.000

Šifra	PREISKAVA	Cena *
28405	Določanje protiteles proti trombocitom-direktna metoda	20.086
28406	Določanje protiteles proti trombocitom- indirektna metoda	20.086
28407	Preiskava za potrditev PNH	19.602
28631	Faktor II (F II)	12.265
28632	Faktor V (F V)	12.265
28633	Faktor VII (FVII)	12.265
28636	Faktor X (F X)	12.265
28637	Faktor XI (FXI)	29.095
28638	Faktor XII (FXII)	29.095
28641	vWF-antigen, ELISA	12.650
28663	Agregacija trombocitov (AD.; Kolag., Epi, Arah. k.)	15.180
28696	Protein C	10.560
28805	Trombopoetin EIA	12.650
29037	Prikaz encimske aktivnosti oksidoreduktaz: NADPM, NADPH, SDH, LDH itd.	10.896
29524	Acetilholinski receptorji (S)	22.000
35587	Dopamin	15.000
35588	Vasopresin	10.000

*Opomba: Cenaje določena za izvid.

Priloga VIII

Sredstva za nujno medicinsko pomoč in dežurno službo v osnovni dejavnosti iz pogodb za leto 2002 v cenah dec. 2002

Izvajalec	Sredstva za NMP	Sredstva za dežurno službo
ZD Celje	118.544.599	79.659.644
ZD Laško	14.514.524	44.896.805
ZD Slovenske Konjice	19.635.753	46.164.513
ZD Šentjur	13.761.846	45.086.403
ZD Šmarje	51.926.878	71.749.112
ZD Žalec	14.465.675	64.919.761
ZD Koper	91.439.124	67.163.330
ZD Izola	10.994.802	42.984.868
ZD Piran	12.563.914	44.231.419
ZD Postojna	59.118.827	45.043.695
ZD Ilirska Bistrica	16.647.437	43.055.916
ZD Sežana	19.712.437	56.328.426
Osnovno zdravstvo Gorenjske	218.283.779	339.065.531
ZD Brežice	16.757.155	47.052.226
ZD Sevnica	19.763.719	44.763.090
ZD Krško	55.065.608	60.705.184
ZD Ljubljana	154.062.788	405.167.899
ZD Grosuplje	13.548.905	61.495.349
ZD Domžale	21.459.229	67.305.663
ZD Litija	19.404.520	44.796.619
ZD Dr. Julija Polca Kamnik	21.378.553	59.409.201
ZD Vrhnika	13.782.512	45.114.744
ZD Cerknica - Loška dolina	19.672.632	43.421.539
ZD Idrija	20.888.098	56.477.033
ZD Logatec	19.643.358	20.489.470
ZD Kočevje	22.224.014	57.098.821
ZD Dr. Janeza Oražma Ribnica	19.523.408	43.248.307
ZD Trbovlje	41.159.694	44.807.396

Izvajalec	Sredstva za NMP	Sredstva za dežurno službo
ZD Hrastnik	10.807.456	20.867.522
ZD Zagorje	19.522.622	44.051.800
ZD Maribor + ŽZD	156.927.936	211.980.047
ZD Lenart	19.518.400	44.289.296
ZD Slovenska Bistrica	19.504.041	62.520.289
ZD Ptuj	44.841.687	81.560.659
ZD Ormož	21.308.635	44.383.895
ZD Murska Sobota	50.189.679	79.294.889
ZD Gornja Radgona	19.860.775	45.888.300
ZD Lendava	21.677.177	47.646.167
ZD Ljutomer	14.480.420	44.803.005
ZD Ajdovščina	19.879.269	46.336.147
ZD Nova Gorica	76.327.250	77.847.312
ZD Tolmin	29.584.280	70.344.474
ZD Črnomelj	19.862.555	44.656.117
ZD Metlika	13.965.396	20.738.942
ZD Novo mesto	75.549.450	78.136.972
ZD Trebnje	19.991.340	44.412.634
ZD Dravograd	0	19.596.051
ZD Radlje	0	44.134.825
ZD Ravne	0	58.850.688
ZD Slovenj Gradec	0	45.786.516
Reševalna Koroške	134.421.495	0
ZD Velenje	75.608.691	65.898.847
Zgornjesavinjski ZD Mozirje	16.871.142	43.944.828
KC - Reševalna Postaja Ljubljana	157.319.747	0
MOTOR (Pilotni Projekt) MB	2.302.080	
Helikopter GRS Kr	9.996.691	
Skupaj	2.190.262.000	3.479.672.188