Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije, Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije, Lekarniška zbornica Slovenije, Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč, Skupnost socialnih zavodov Slovenije, Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije so na podlagi 63. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo – ZZVZZ-UPB3, 38/06, 114/06, 91/07, 71/08, 76/08, 62/10, 40/11, 87/11 ) dne 6. 10. 2011 in 7.10. 2011 sklenili dogovor, ter na podlagi sklepov arbitraže z dne 8. 11. 2011 in sklepov Vlade Republike Slovenije, z 166. redne seje z dne 29. 12. 2011, s katerim je ta odločila o spornih vprašanjih, določili besedilo Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2012, tako da se glasi:

# SPLOŠNI DOGOVOR ZA POGODBENO LETO 2012

## Splošne določbe

### člen

(1) S Splošnim dogovorom za pogodbeno leto 2012 (v nadaljnjem besedilu: Dogovor 2012) partnerji določijo program zdravstvenih storitev in izhodišča za njegovo izvajanje ter oblikovanje cen v Republiki Sloveniji za pogodbeno leto 2012.

(2) Dogovor 2012 določa:

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

### člen

(1) Partnerji se za pogodbeno leto 2012 dogovorijo, da bodo za uveljavljanje pravičnosti razporejanja sredstev, enako dostopnost za vse državljane, preglednost, čim krajše čakale dobe, kakovost in učinkovitost sistema zdravstvenega varstva upoštevali naslednje usmeritve:

1. Program zdravstvenih storitev bodo prestrukturirali v dejavnostih, v katerih je potrebno zagotoviti skrajšanje čakalnih dob, da se prepreči veliko škodo za zdravje ljudi in so posledica povečane incidence posameznih obolenj oziroma premajhnih zmogljivosti javne zdravstvene službe.
2. Obseg programa zdravstvenih storitev se lahko poveča v okviru razpoložljivih finančnih sredstev. V okviru obstoječega programa zdravstvenih storitev so možna prestrukturiranja med posameznimi dejavnostmi oziroma uvajanje novih programov ob sočasnem opuščanju ali zmanjševanju obstoječih programov. Ob uvajanju novih programov se bo vrednost obračunske enote obstoječih programov ponovno preverila, pri dodatnih nujnih širitvah programov pa se bo upošteval tudi njihov vpliv na rehabilitacijo.
3. Vzpodbudili bodo pripravo nacionalnega programa promocije zdravja, v katerem bo predvidena mreža lokalnih skupin za promocijo zdravja in zagotovljen reden finančni vir.
4. Paliativna oskrba se bo izvajala na vseh ravneh zdravstva v obsegu, ki bo določen po sprejetju Nacionalnega programa za paliativno oskrbo. Izvajalci osnovnih aktivnosti paliativne oskrbe so vsi zdravstveni delavci, ki prihajajo v stik z bolniki. Izvajalci kompleksnejših storitev paliativne oskrbe so timi za paliativno oskrbo v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialnovarstvenih zavodih in hospicih.
5. Izvajalci programov v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih bodo smiselno zmanjšali število kurativnih pregledov na primarni ravni in povečali število preventivnih pregledov ter zmanjšali število napotitev na sekundarno raven.
6. Izvajalci bodo v okviru pogodbeno dogovorjenih sredstev v bolnišnicah prospektivno prenašali program iz bolnišnične dejavnosti v dnevno obravnavo in specialistično ambulantno dejavnost ter razvijali enote dnevne obravnave. Za prvi specialistični ambulantni pregled bodo skrajševali čakalno dobo ter vodili čakalni seznam. Za primere, kjer je to mogoče, pa bodo razvijali obravnavo oziroma zdravljenje bolnikov na domu oziroma zagotavljali zgodnejše pošiljanje bolnikov iz bolnišnic na rehabilitacijo v zdravilišča. Podrobnejša merila za financiranje programov zdravljenja bolnikov na domu partnerji opredelijo v Prilogah II.
7. Razvijali bodo službo nujne medicinske pomoči.
8. Na področju obvladovanja izdatkov za zdravila bodo partnerji uveljavili mehanizme stimuliranja in nadzora izvajalcev za varčnejše predpisovanje in izdajanje zdravil na recepte glede na raven ciljne vrednosti. V ta namen bodo Ministrstvo za zdravje, Agencija RS za zdravila in medicinske pripomočke ter Zavod v okviru sistema razvrščanja zdravil na liste spreminjali oziroma dograjevali pozitivno in vmesno listo zdravil z vključevanjem ali prerazvrščanjem novih in generičnih zdravil, upoštevajoč načela dodane terapevtske vrednosti zdravil, njihove stroškovne učinkovitosti in njihove primerljivosti znotraj izbranih terapevtskih skupin. Dvakrat letno bodo obnavljali Seznam medsebojno zamenljivih zdravil z določeno najvišjo priznano vrednostjo tako, da se bo širil seznam medsebojno zamenljivih zdravil in da se bo najvišja priznana vrednost zdravil določala v okvirih, ki bodo zagotavljali varovanje zdravja na področju zdravil in obvladovanje izdatkov za te namene. Izvajalci zdravstvenih storitev zdravijo bolnike v okviru osnovne, specialstično-ambulante ter bolnišnične zdravstvene dejavnosti z zdravili, ki imajo najboljše razmerje med stroški in učinkovitostjo. Med primernimi zdravili za posameznega bolnika izberejo tista z najnižjo ceno zdravljenja. Novim bolnikom uvajajo cenovno najugodnejša zdravila v farmakološko-terapevtskih skupinah vključno z biološko podobnimi zdravili. Za dražje paralele se odločajo le takrat, ko zaradi kliničnih, preverljivih in dokumentiranih razlogov cenovno najugodnejših zdravil ni več mogoče uporabiti. Pri bolnikih, ki prejemajo zdravila s slabšim razmerjem med stroški in učinkovitostjo, pri vsaki obravnavi preverijo, če za morebitno menjavo ni klinično pomembnih zadržkov. Bolnišnice bodo svoje potrebe po zdravilih koordinirale na nacionalni ravni v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje in v tem okviru zagotavljale podatke o njihovi uporabi.
9. Izvajalci zdravstvenih storitev bodo skupaj z Zdravniško in Lekarniško zbornico Slovenije organizirali najmanj en seminar oziroma učno delavnico v vsaki območni enoti Zavoda s področja farmakoterapije in farmakoekonomike. Za organizacijo le teh je odgovoren Zavod. Zaključke delavnice s strokovnimi priporočili, ki jih pripravita obe zbornici, bo Zavod objavil na svojih spletnih straneh.
10. Sprejeli in izvajali bodo ukrepe za zmanjšanje izdatkov obveznega zdravstvenega zavarovanja za bolezenske odsotnosti (skrajšanje administrativnega staleža zaradi čakanja na postopke obravnav na invalidskih komisijah, zmanjšanje izdatkov zaradi hitrejše zdravstvene obravnave ali posegov).
11. Pri pripravi mreže ambulantne fizioterapije, se izvajanje tega programa lahko prenese iz zdravstvenih domov in bolnišnic v zdravilišča ali obratno, na gravitacijskem območju zdravilišča, in sicer s celotnim timom, ki ga prevzame zdravilišče, zdravstveni dom ali bolnišnica. Preskrbljenost s programom (pregledi in storitve) se določi po območnih enotah Zavoda za vse izvajalce skupaj.
12. Standarde za določanje obsega in vrednotenje programov partnerji natančneje opredelijo v Dogovorutako, da je vrednost posamezne storitve znotraj enakega programa enako ovrednotena.
13. Zavod v skladu s 26. členom ZZVZZ preveri in potrdi ustreznost standardov in normativov. V primeru njihove sprejemljivosti se ti umestijo v okviru razpoložljivih sredstev, s prerazporeditvijo znotraj razpoložljivih sredstev oziroma z opustitvijo ali krčenjem manj prednostnih zdravstvenih programov. Za financiranje spremenjenih ali novih standardov in normativov se ne načrtuje dodatnih sredstev, financiranje se zagotovi v okviru razpoložljivih sredstev, saj v skladu s Paktom o stabilnosti zadolževanje Zavoda ni možno.

Finančni učinki, doseženi z ukrepi za zmanjšanje deleža administrativno tehničnega kadra, obračunom dežurstev, dragimi bolnišničnimi zdravili, področjem psihiatrije ter znižanjem cen dializ iz Aneksa št. 3 k Dogovoru 2011 znašajo v letu 2011 12,2 milijona evrov. Finančni učinki iz ostalih ukrepov v letu 2011 se namenijo za financiranje specialistično ambulantne dejavnosti ter uvajanje novih zdravstvenih tehnologij. Ukrepi, ki se nanašajo na zmanjšanje deleža administrativnega kadra, na plačevanje dragih bolnišničnih zdravil in znižanje cen dializ pomenijo prihranke v vrednosti 12,2 milijona evrov tudi v letu 2012, saj veljajo za celo leto. Finančni učinki, doseženi z ukrepi iz 56. člena tega Dogovora, ki se nanašajo na področje psihiatrije, se v celoti namenijo za financiranje specialistično ambulantne dejavnosti za psihiatrijo in za financiranje skupnostne psihiatrije skladno s pripravljenim akcijskim načrtom uvajanja skupnostne psihiatrije v Sloveniji. Finančni učinki, doseženi z ukrepi, ki se nanašajo na spremenjen način obračuna dežurstev iz 10. člena in Priloge BOL II/b-2a, na neakutno bolnišnično obravnavo iz 9. člena Priloge BOL II/b ter ukrepi, ki se nanašajo na terciar v okviru Priloge BOL II/b-4, se v letu 2012 v celoti namenijo za specialistično ambulantno dejavnost, uvajanje ruralnih in referenčnih ambulant ter za uvajanje novih zdravstvenih tehnologij.

Smernice za prenos iz akutne bolnišnične obravnavne v specialistično ambulantno dejavnost po posameznih letih pripravi Ministrstvo za zdravje. Če se izkaže, da je poslovanje Zavoda boljše od predvidenega v Finančnem načrtu in Rebalansu finančnega načrta za leto 2011, pripravljenem na osnovi Aneksa št. 3 k Dogovoru 2011, se izkazana razlika izvajalcem poračuna v končnem letnem obračunu za leto 2011.

1. Ministrstvo za zdravje skupaj s partnerji po posameznih področjih določi razmejitev dela med primarno, sekundarno in terciarno ravnijo zdravstvenega varstva z opredelitvijo diagnostičnih in terapevtskih postopkov kot osnove za presojo upravičenosti napotitve bolnika z nižje na višjo raven zdravstvene obravnave. Če se bo zaradi nove razmejitve dela ali prenosa programov iz primarne na sekundarno raven in obratno, povečal obseg dela na primarni ali sekundarni ravni, je potrebno zagotoviti ustrezen prenos sredstev.
2. Partnerji soglašajo, da je izdajatelj naloga za patronažno dejavnost dolžan kriti stroške za zdravila, ki se ne predpisujejo na recept, stroške materiala in opreme, potrebne za odvzem in stroške izvedbe laboratorijskih storitev, stroške sodobnih oblog za oskrbo kroničnih ran ter stroške zahtevnejše opreme, če se ne predpisuje na recept (npr. infuzijske sisteme, iv. kanilo in pripomočke za fiksacijo, pripomočke za aplikacijo zdravil v obliki aerosolov: inhalator, venska valvula in ostala sredstva za aplikacijo analgetikov i.v., pripomočki (sistemi) za aplikacijo analgetikov s.c, pripomočki (sistemi) za aplikacijo analgetikov epiduralno, pripomočki (sistemi) za hranjenje bolnikov po sondah, pripomočki za menjavo urinskih katetrov, oksimeter, prenosni ekg, aparat za merjenje PTČ in drugi aparati za opravljanje naročenih preiskav na domovih ipd.). V Prilogi ZD ZAS II/a se lahko še natančneje razmeji kritje stroškov med naročnikom (osebnim zdravnikom) in zasebnim izvajalcem patronažne dejavnosti s koncesijo.
3. Ob povečevanju načrtovanega obsega bolnišničnih programov, za katere se v zdraviliščih izvaja nadaljevanje zdravljenja, je potrebno zagotoviti tudi povečanje programa zdraviliškega zdravljenja.
4. Pri širitvah programa za sekundarno zdravstveno dejavnost je sredstva za povečanje v upravičenih primerih potrebno razdeliti med sekundarno in primarno dejavnost.
5. Uvedli bodo sistem upravljanja celovite kakovosti in izvajali aktivnosti zagotavljanja ter nenehnega izboljševanja kakovosti in varnosti zdravstvene oskrbe v skladu s sprejeto Nacionalno usmeritvijo za razvoj kakovosti v zdravstvu.
6. Partnerji bodo podpirali in dogovorili uvedbo obnovljivega recepta in obnovljive naročilnice za medicinsko tehnične pripomočke.
7. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni upoštevati Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni, področni ali lokalni anesteziji in Obravnavo bolnika pri izbranem zdravniku pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku oziroma seznam preiskav, ki naj jih opravi izbrani - osebni zdravnik v okviru obravnave bolnika pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku. Posodabljanje navodil pripravlja stroka in jih potrdi Razširjeni strokovni kolegij za splošno/družinsko medicino v sodelovanju z drugimi pristojnimi razširjenimi strokovnimi kolegiji. Navodila so v Prilogi IX/a in IX/b tega Dogovora.
8. V skladu s sprejetim Državnim programom za nadzor raka se izvajanje standardne onkološke terapije na področju kirurgije in sistemske terapije pogostih rakov prenese v sekundarne centre za zdravljenje raka v Republiki Sloveniji. Kriteriji za sekundarne centre glede kadrovske in prostorske usposobljenosti ter doseganja strokovnih standardov so opredeljeni v Državnem programu za nadzor raka. Doseganje le teh presoja strokovno telo, ki je pripravilo Državni program za nadzor raka, kar je tudi pogoj za širitev programa v sekundarnih centrih. Redki raki in vsa diferentna, nova sistemska zdravljenja raka pa se uvajajo in izvajajo samo v terciarnih centrih.
9. Izvajalci zdravstvenih storitev morajo pri obravnavi bolnikov z rakom, še posebej z rakom dojke, debelega črevesa in danke, rakom področja urologije in ginekologije, upoštevati predvidene ukrepe, ki so zapisani v Državnem programu obravnave bolnikov z rakom.
10. Ministrstvo za zdravje bo koordiniralo združevanje in izvajanje 24 urnega zdravstvenega varstva s povezovanjem na primarni, sekundarni ravni in med primarno in sekundarno ravnijo ob upoštevanju ustreznih kriterijev. S centralizacijo izvajanja 24 urnega zdravstvenega varstva po posameznih projektno zaključenih enotah bo zagotovljena strokovna, kakovostna, učinkovita ter ekonomična služba nujne medicinske pomoči.
11. Izvajalci za zdravila iz tabele BOL II/b-5 od 1. 4. 2011 naprej ločeno zapisujejo in posredujejo podatke o predpisanih in apliciranih zdravilih po bolniku in zdravniku predpisovalcu v skladu z navodili Zavoda, na podoben način kot se zbirajo in vsebujejo podatki predpisani na recept RP03 ZZZS.
12. Na podlagi Nacionalne strategije kakovosti in varnosti v zdravstvu (2010-2015) in strateškega cilja »razvoj sistematičnega vodenja kakovosti in varnosti« ter sprejetih usmeritev Zdravstvenega sveta glede vzpostavitve sistema akreditacije zdravstvenih ustanov v Sloveniji, si bodo partnerji prizadevali za vzpostavitev sistema akreditacije zdravstvenih zavodov z namenom nadaljnje sistemske ureditve aktivnosti za kakovost in varnost zdravstvenih obravnav na podlagi mednarodno priznanih sistemov vodenja kakovosti.

(2) Strateški cilj partnerjev je vzpostavitev prožnega zdravstvenega sistema, ki bo učinkovito zadovoljeval zdravstvene potrebe državljanov s kakovostnimi in varnimi zdravstvenimi storitvami. Pri tem je potrebno upoštevati naslednje usmeritve:

1. Zagotavljanje geografske dostopnosti do zdravstvenih storitev preko decentralizacije in krepitve regionalizacije ob istočasnem zagotavljanju razvoja strokovnosti ter prenašanju in povezovanju znanja med ravnmi.
2. Zagotavljanje kakovostne dostopnosti preko zagotavljanja kakovostnih in varnih zdravstvenih storitev.
3. Zagotavljanje finančne dostopnosti s strateškim zagotavljanjem storitev posameznim kategorijam prebivalstva preko aktivnega izvajanja nakupne funkcije v skladu z načeli klinične in stroškovne učinkovitosti ob zagotavljanju dolgoročne finančne vzdržnosti zdravstvenega varstva.
4. Sistem zdravstva mora zmanjševati neenakosti v zdravju, hkrati pa mora postati konkurenčen in razvojno naravnan tudi zaradi izzivov, ki jih predenj postavlja skorajšnji prost pretok pacientov znotraj Evropske unije.

Ključna področja aktivnosti partnerjev pri tem so naslednja:

* Prioritetno financiranje preventivnih presejalnih in diagnostičnih programov in sicer na podlagi realizacije (Dora, Svit).
* Nadgradnja pomena učnih in referenčnih ambulant.
* Nadaljnje poudarjanje pomena primarne ravni oziroma osnovne zdravstvene dejavnosti.
* Izvajanje neprekinjenega zdravstvenega varstva v regionalnih centrih na sekundarni ravni, izjemoma na primarni ravni.
* Prestrukturiranje programov znotraj izvajalcev s ciljem uravnoteženja čakalnih dob v okvirih, ki jih določa Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Prioritetno področje povečevanja predstavljajo specialistične ambulantne dejavnosti (znotraj te povečevanje plana prvih pregledov) in specialistične bolnišnične dejavnosti (znotraj te povečevanje prospektivnih akutnih programov).
* Uvajanje dodatnih kazni v primeru neupoštevanja Navodil za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (kot na primer nedopustna sočasna izdaja dveh napotnic za enako zdravstveno storitev, itd.).
* Povečanje pomena ekskluzivnosti izvajalcev.
* Ustrezno vrednotenje predlogov širitev partnerjev oziroma opredelitev novih cen zdravstvenih storitev, ki jih podajajo partnerji, temelji na vnaprej standardiziranem postopku pod okriljem Zavoda.
* Hitra, enostavna in pregledna ureditev plačevanja zdravil za bolnišnično zdravljenje na podlagi vsebine Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo.
* Uvedba vrednotenja zdravstvenih tehnologij razen zdravil na podlagi enotnih kriterijev (HTA).
* Vrednotenje zdravstvenih programov in izvajalcev na podlagi subjektivnega merjenja izidov zdravljenja.
* Priporočilo o postopnem seznanjanju z (mednarodnimi) akreditacijskimi standardi in pridobitvi le teh.
* Ruralna ambulanta (RurA) je naziv za ambulanto družinske medicine, ki deluje na ruralnem področju s priznanim razširjenim vrednotenjem programa in/ali obsegom/timi zdravstvenega osebja. Ruralno področje je področje, ki izpolnjuje kriterije glede na gostoto poseljenosti področja ter oddaljenosti od zdravstvenega centra v razdalji oziroma času. Dodatni kriterij za določitev ruralne ambulante je razpoložljivost zdravnikov družinske medicine. Izvajalcu, ki opravlja dejavnost splošne medicine v ruralnem področju, se prizna razširjeno vrednotenje programa in/ali obseg zdravstvenega osebja. Določanje programa in vrednotenje dela v ruralni ambulanti se razlikuje po opredelitvi osnovnih glavarinskih količnikov, dodatnih vzpodbudah za hišne obiske, dodatnim vrednotenjem malih posegov. Na podlagi navedenih kriterijev Ministrstvo pripravi predlog izvajalcev, ki bodo na podlagi enotnih izhodišč in strokovnih kriterijev ter upoštevajoč javno mrežo primarne zdravstvene dejavnosti ter prepoznane specifičnosti posameznih področij, upravičeni do drugačnega vrednotenja programa. Cilj namenskih dodatnih sredstev je povečanje obstoječe ravni dostopnosti do zdravstvenih storitev na primarni ravni v ruralnih področjih ter poudarek primarni ravni v skladu s sodobnimi smernicami zdravstvene oskrbe.

## Programi zdravstvenih storitev

### 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 tega Dogovora in bo ostal na ravni plana iz pogodb preteklega leta.
      1. Izvajalci bodo preventivni program za otroke, šolsko mladino in odrasle načrtovali ločeno od kurativnega programa, in sicer po kriterijih iz Priloge ZD ZAS II/a.
      2. Izvajalci bodo izven dogovorjenega programa glavarine zagotovili najmanj 5 ur dela zdravniške ekipe (1.514 ur je ena zdravniška ekipa) preračunano na število opredeljenih zavarovanih oseb za v socialnovarstvenem zavodu lečečega zdravnika po zadnjem znanem stanju ob sklepanju pogodb in sicer se upošteva stanje na dan 28.2. ali 31.5. ali 31.8. ali 30.11. Število opredeljenih zavarovanih oseb ne more presegati števila mest iz Priloge SVZ II/e-1. Za izvajalce s povečanimi kapacitetami in z novimi izvajalci pa se za dodatne oziroma nove kapacitete izvede preračun po njihovi polni zasedenosti po takrat zadnjem znanem stanju.Izvajalec programa in socialnovarstveni zavod v posebnem dogovoru natančneje uredita izvajanje tega programa. Skupne osnove dogovora za izvajanje tega programa so določene v Prilogi V. V primeru, ko izvajalec programa ne zagotavlja v pogodbenem obsegu ali ne sklene dogovora o izvajanju programa s socialnovarstvenim zavodom, lahko socialnovarstveni zavod Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije predlaga sklenitev pogodbe z drugim izvajalcem osnovnega zdravstvenega varstva v okviru mreže javne zdravstvene službe. V tem primeru se program odšteje izvajalcu, ki bi sicer moral zagotoviti program splošne ambulante v socialnovarstvenem zavodu. Ob ustanovitvi novega socialnovarstvenega zavoda na določenen področju se izvajalcu dodeli dodaten obseg programa oziroma tima splošne ambulante v skladu z določili tega Dogovora.
      3. Izvajalci ambulantne fizioterapije načrtujejo tudi število primerov na osnovi realizacije v preteklem letu, vendar najmanj 286 primerov na tim.
         1. Ročno limfno drenažo po amputaciji dojke (šifra storitve 94741) lahko izvajajo le ustrezno usposobljeni izvajalci iz seznama, ki ga Zavod objavi na svojih spletnih straneh.
      4. Na področju zagotavljanja zdravstvene oskrbe za obsojence in pripornike bo program opredeljen glede na število obsojencev in pripornikov v skladu z naslednjimi standardi:

- 1 tim splošne ambulante (101 001) na 240 zapornikov,

- 1 tim dispanzerja za otroke in šolarje (101 159) na 240 zapornikov,

- 1 tim psihiatra (201 037) na 1000 zapornikov,

- 1 tim dejavnosti Centra za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (101 057) na 2000 zapornikov,

- 1 tim dispanzerja za žene (101 004) na 2000 zapornic,

- 1 tim zobozdravnika za odrasle (102 008 in 102 009) na 1500 zapornikov,

- 1 tim zobozdravnika za mladino (102 010 in 102 011) na 1200 zapornikov,

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

* + 1. Izvajalci preventivnega zdravstvenega varstva športnikov načrtujejo število pregledov. Podrobnejši kriteriji se opredelijo v Prilogi ZD ZAS II/a po sprejemu ustreznih podzakonskih aktov.

1. Zobozdravstvena dejavnost:
   1. Program bo v globalu ostal na ravni plana iz pogodb preteklega leta. Program za posameznega izvajalca bo določen v skladu s standardi tega Dogovora.
      1. 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, in sicer v 60 dneh po izteku obdobja.
      2. Zobozdravstvene ambulante pri obravnavi duševno prizadetih oseb lahko povečajo točkovno vrednost za te storitve in za te osebe za 30 %. Dokazila o ustreznosti tovrstnega obračuna mora izvajalec v primeru nadzora ali kontrole predložiti nadzornemu zdravniku Zavoda.
      3. Program zobozdravstvene oskrbe varovancev s posebnimi potrebami (cerebralno, duševno in telesno težje prizadete osebe) bo ostal na ravni plana iz pogodb preteklega leta in se obračunava v pavšalu v skladu s kalkulacijo iz Priloge I. Program se izvaja v splošni anesteziji. Prisotnost ekipe je potrebna ves čas do prebujanja bolnika v operacijski enoti.
      4. V dejavnosti ortodontije bodo izvajalci načrtovali tudi število na novo vključenih oseb v program ortodontskega zdravljenja in število oseb, ki so zdravljenje zaključili. Pri tem bodo izvajalci načrtovali, da se v koledarskem letu, preračunano na en tim, vključi v zdravljenje najmanj 60 novih zavarovanih oseb.
2. Dejavnost reševalne službe in nujne medicinske pomoči:
   1. Program nujne medicinske pomoči z dežurno službo in nujnimi reševalnimi prevozi se oblikuje v skladu s Prilogo ZD ZAS II/a.
   2. Program prevozov s helikopterjem bo Zavod plačeval v skladu s pogodbo med Zavodom in Ministrstvom za notranje zadeve ter Zavodom in Ministrstvom za obrambo. Zdravstveno ekipo za helikoptersko enoto nujne medicinske pomoči zagotavljata Osnovno zdravstvo Gorenjske, ekipo za sekundarne helikopterske prevoze pa zagotavlja UKC Ljubljana. Helikopter zagotavljata Ministrstvo za notranje zadeve in Ministrstvo za obrambo.
   3. Program nenujnih reševalnih prevozov se oblikuje v skladu z mrežo nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem in mrežo sanitetnih prevozov iz Priloge 1 in 2 Pravilnika o prevozih pacientov.
   4. Vsebina in financiranje programa je natančneje določena v Prilogi ZD ZAS II/a.
3. Lekarniška dejavnost:
   1. Planirani program lekarniške dejavnosti za zdravila izdana na recept bo v letu 2012 enak 12.821.941 točk.
4. Specialistična ambulantna dejavnost:
   1. Program bo ostal na ravni plana iz pogodb preteklega leta, povečan na podlagi ugotovitev nadzora neustreznih sprejemov, ter prenosa programa iz bolnišnične dejavnosti. Program bo načrtovan tudi v številu obiskov na tim, razen za dejavnosti RTG, UZ, MR, CT, mamografija in v zdraviliščih. Plan obiskov v posamezni specialistično ambulantni dejavnosti posameznega izvajalca se določi na ravni povprečne realizacije v obdobju 2007-2009 ob upoštevanju sprememb v številu timov. V primeru spremembe števila timov v dejavnostih, v katerih je izvajalec v preteklem letu presegel plan točk, se za določitev plana obiskov upošteva razmerje med planom točk za leto 2012 in količnikom med realiziranim številom točk in realiziranim številom obiskov v letu 2011. V primeru spremembe števila timov v dejavnostih, v katerih izvajalec v preteklem letu ni dosegel plana točk, se plan obiskov določi sorazmerno s spremembo števila timov. Plan obiskov za dejavnosti, ki jih izvajalci niso opravljali v celotnem obdobju treh let, se določi na podlagi podatkov obdobja v okviru treh let, v katerem so se navedene dejavnosti dejansko izvajale. V primeru, ko se posamezna subspecialna dejavnost izloči iz določene druge dejavnosti, se obiski pri posamezni subspecialni dejavnosti planirajo na podlagi izvajalčevih podatkov o realiziranih obiskih. V primeru spremembe števila timov po sklenitvi pogodbe med tekočim pogodbenim letom, se število obiskov določi sorazmerno s spremembo števila timov, ki je opredeljen v pogodbi za posamezno dejavnost.Za nove izvajalce, oziroma v primeru, če izvajalec začne opravljati novo dejavnost, se plan obiskov določi na osnovi realiziranega povprečnega števila obiskov te dejavnosti Zavoda v preteklem letu. Pri tem se za izvajalca, ki pričenja z opravljanjem nove dejavnosti, šteje izvajalec, ki to dejavnost opravlja manj kot 12 mesecev.
      1. Za program mamografije Zavod z izvajalci dogovori tudi plansko število storitev po zeleni knjigi. Ločeno se spremlja realizacija o številu storitev po zeleni knjigi.
      2. Program urgentne specialistične ambulantne dejavnosti bo oblikovan na podlagi plana iz pogodb preteklega leta in meril opredeljenih v Prilogi BOL II/b.
      3. Programi proktoskopije, rektoskopije, sklerozacije in ligature se načrtujejo in obračunavajo v skladu s kalkulacijama v Prilogi I ''Proktoskopija, rektoskopija'' in ''Sklerozacija, ligatura''. Program posameznega izvajalca se za vsako od navedenih proktoloških obravnav opredeli tako, da se realizirano število obravnav v obdobju 1. 7.–31. 12. 2011 podvoji (upošteva se letna raven).
      4. Zavod v pogodbah z izvajalci specialistično ambulantne dejavnosti dogovori planirano število prvih pregledov ter razmerje med prvimi in kontrolnimi pregledi. Podlaga za določitev plana so podatki o realizaciji prvih in kontrolnih pregledov v obdobju od 1. 9. 2010 do 31. 3. 2011 za vsakega izvajalca posebej. Če na novo opredeljeni plan prvih pregledov pomeni slabšo dostopnost za bolnike glede na doseženo v letu 2010, Zavod z izvajalcem dogovori večji plan prvih pregledov, in sicer na ravni dosežene dostopnosti v letu 2010.
5. Dializna dejavnost:
   1. Program posameznih vrst dializ bo določen na podlagi predloga izvajalca, ki ga le-ta posreduje Zavodu v roku 14 dni od objave Dogovora na spletnih straneh Zavoda. V primeru, da izvajalec ne poda predloga v navedenem roku, program posameznih vrst dializ pripravi Zavod, in sicer v skladu s točko 6.1.1.
      1. Program dializ bo enak realizaciji števila dializ v preteklem letu. V primeru novih izvajalcev dializ v območni enoti Zavoda se plan izračuna tako, da se realizacija v preteklem letu razdeli med izvajalce na območju območne enote Zavoda v skladu z deležem števila dializnih mest posameznega izvajalca v območni enoti Zavoda.
6. Specialistična bolnišnična dejavnost:
   1. Programi bolnišnične dejavnosti bodo temeljili na planiranemu programu bolnišnične dejavnosti iz pogodb preteklega leta, ugotovitvah nadzora glede neustreznih sprejemov ter dodatnih sredstvih iz 25. člena tega Dogovora. Izjema so programi specialistične bolnišnične dejavnosti iz sedmega odstavka 40. člena tega Dogovora, ki se plačujejo na podlagi realizacije in za katere se program posameznemu izvajalcu določi na podlagi njegove realizacije preteklega leta.
      1. Planirani obseg programa akutne bolnišnične obravnave bo opredeljen tudi na podlagi posebnega nacionalnega razpisa za izvedbo izbranih programov. Izbrani programi ter metodologija opredelitve planiranega obsega iz naslova nacionalnega razpisa so opredeljeni v 25. členu tega Dogovora.
      2. V akutni bolnišnični obravnavi, ki se izvaja po modelu skupin primerljivih primerov, se del programa načrtuje prospektivno (prednostno), in sicer na podlagi plana preteklega pogodbenega leta. Plan prospektivnega programa predstavlja evidentirane potrebe prebivalcev zaradi dolgih čakalnih dob ter druge programe, ki se izvajajo prednostno. Natančna merila planiranja in evidentiranja so opredeliena v Prilogi BOL II/b.
      3. Formira se Enota za forenzično psihiatrijo. V enoto se iz psihiatričnih bolnišnic postopoma prenesejo osebe, ki jim je bil namesto zapora izrečen ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu. V enoto se bodo namestili tudi novi primeri z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja.
7. Terciarna zdravstvena dejavnost:
   1. Program terciarne dejavnosti bo temeljil na planiranemu programu pretkeklega leta in dodatnih sredstvih iz naslova širitev ter bo oblikovan v skladu z merili opredeljenimi v Prilogi BOL II/b.
8. Zdravstvena dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje:
   1. Skupno število dni zdravstvene nege bo v globalu določeno na ravni realizacije v preteklem letu, popravljeno z oceno letnega obsega programa novih oziroma povečanih zmogljivosti v letu 2012 v novih domovih za starejše. V oskrbovanih stanovanjih in dnevnih centrih za starejše bo določeno skladno z določili Priloge SVZ II/e. V socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje in zavodih za rehabilitacijo po poškodbi glave bo program enak realizaciji zdravstvene nege v preteklem letu, povečan za dogovorjene širitve programa opredeljene v 25. členu tega Dogovora.
      1. Izhodišče za program logopedske, psihološke, defektološke in avdiološke dejavnosti je plan iz pogodb preteklega leta. Posamezen izvajalec bo program načrtoval v skladu s standardi iz Priloge SVZ II/e.
      2. Izhodišče za program zdravstvenih storitev v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju in svetovalnem centru za otroke, mladostnike in starše je plan iz pogodbe v preteklem letu, povečan za dogovorjene širitve programa opredeljene v 25. členu tega Dogovora.
      3. V socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje se omogoči izvajanje logopedske obravnave za zunanje uporabnike v obsegu obstoječega (pogodbenega) programa zdravstvenih storitev.
      4. V dnevnih centrih socialnovarstvenih zavodov za usposabljanje se izvaja program zdravstvenega varstva uporabnikov.
      5. V socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje se v obsegu obstoječega (pogodbenega) programa zdravstvenih storitev omogoča izvajajnje programa obravnave oseb z nezgodno poškodbo glave.
9. Zdraviliška zdravstvena dejavnost:

10.1. Program nemedicinskih oskrbnih dni, dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo enak realizaciji v letu 2009, pri čemer plan ne more biti manjši od 100 nemedicinsko oskrbnih dni.

10.2. Program zdraviliških storitev (točk), dogovorjen za stacionarno zdraviliško zdravljenje, bo določen na podlagi povprečnega števila točk na nemedicinski oskrbni dan v skladu s Prilogo ZDRAV II/d.

10.3. Program teoretično oskrbnih dni za ambulantno zdraviliško zdravljenje bo enak realizaciji v letu 2009, pri čemer plan ne more biti manjši od 100 teoretično oskrbnih dni. Program zdraviliških storitev (točk) za ambulantno zdraviliško zdravljenje bo določen na podlagi povprečnega števila točk na teoretično oskrbni dan v skladu s Prilogo ZDRAV II/d.

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

10.4.2. Nega na negovalnih oddelkih zdravilišč se bo vrednotila po enakih elementih kot to velja za bolnišnice in Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - SOČA. Merila bodo podrobneje opredeljena v Prilogi ZDRAV II/d.

1. Dejavnost zavodov za zdravstveno varstvo (v nadaljnjem besedilu: ZZV):

11.1. Program izvajanja zdravstvenih storitev bo ostal na ravni plana iz pogodb preteklega leta. Program se bo načrtoval v skladu s standardi iz tega Dogovora ter obsega:

* ugotavljanje nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno prijavljanje, ki vključuje epidemiološko poizvedovanje zaradi odkrivanja virov okužbe in poti širjenja nalezljivih bolezni ter mikrobiološko laboratorijsko diagnostiko povzročiteljev;
* izvajanje usmerjenih ukrepov za preprečevanje širjenja ob pojavu posameznih nalezljivih bolezni, izbruhih in epidemijah;
* zdravstveni nadzor oseb v skladu z epidemiološkimi indikacijami ali odločbo zdravstvene inšpekcije;
* varstvo pred steklino in izvajanje določenih cepljenj in zaščite z zdravili skladno z letnim programom;
* zaznavanje prisotnosti in odpornosti povzročiteljev nalezljivih bolezni proti antimikrobnim sredstvom v okviru v državi dogovorjenega programa spremljanja odpornosti.

11.2. ZZV bodo izvajali naloge priprave, koordiniranja, vodenja in evalvacije programov vzgoje za zdravje v okviru primarne zdravstvene dejavnosti. Delo bodo izvajali skupaj z vsemi, ki izvajajo zdravstveno vzgojo na primarni ravni zdravstvenega varstva.

1. Dejavnost Inštituta za varovanje zdravja (v nadaljnjem besedilu:IVZ):

12.1. Program izvajanja zdravstvenih storitev, ki se nanašajo na zagotavljanje neprekinjene preskrbe s cepivi in imunoglobulini v Republiki Sloveniji, in sicer:

* načrtovanje potreb za izvajanje letnega programa cepljenja;
* vrednotenje podatkov v povezavi z epidemiološkimi razmerami in sledenjem imunosti/občutljivosti;
* zbiranje podatkov o uporabi cepiv;
* vključevanje v mednarodni sistem na področju varnega cepljenja;
* povezave s Svetovno zdravstveno organizacijo in sprotno uvajanje novosti v program obveznih in neobveznih cepljenj;
* vodenje registra neželenih škodljivih učinkov po cepljenju in koordinacija nacionalne strokovne skupine za vrednotenje teh podatkov;
* vključitev v mednarodno izmenjavo podatkov, ki zadevajo podatke o farmakovigilanci.

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

12.3. Nabava in distribucija cepiv v skladu s sprejetim letnim programom imunoprofilakse in kemoprofilakse, in sicer:

* zagotovitev sistema sledenja serije;
* zagotovitev hitrega odpoklica serije;
* zagotovitev stalnih evidenc o zalogah in razdeljenih cepivih;
* vodenje podatkov o nepravilnem transportu in shranjevanju, uporabi in ostalih podatkov za varno uporabo cepiv.

12.4. Zagotavljanje stalne pripravljenosti zdravnika specialista s področja epidemiologije (javno zdravje).

12.5. Koordiniranje, vodenje in spremljanje podatkov o dejavnikih tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni in program SVIT, v skladu z določbami Priloge ZD ZAS II/a.

Dejavnost pod točkama 12.1. in 12.2. se opredeli kot terciarno raven.

1. Zdravstveni dom za študente:

13.1. Specifičnost zdravstvenega varstva študentov bo opredeljena v Prilogi ZD ZAS II/a.

(2) Programe iz 1., 2., 5., in 7. točke prvega odstavka tega člena bodo izvajalci načrtovali ločeno po strokah iz šifranta 2 (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3), razen v naslednjih dejavnostih:

* Dejavnosti odraslega in mladinskega zobozdravstva, kjer bodo izvajalci program zdravljenja in protetike načrtovali skupaj.
* Dejavnosti dispanzer za mentalno zdravje in klinična psihologija, kjer bodo izvajalci načrtovali program za vsako dejavnost posebej, v pogodbi pa se dejavnosti obravnavata skupaj. Prav tako se pri obračunu upošteva prelivanje realizacije med dejavnostima.

(3) Če posamezni izvajalec šest mesecev ne zagotavlja 85% dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem začasni prevzem programa in o tem obvesti Ministrstvo za zdravje. Zavod izvaja sprotne analize o (ne) realizaciji posameznih dogovorjenih programov in sicer do 5. oktobra za prvo polovico pogodbenega leta in do 5. aprila za drugo polovico pogodbenega leta ter celotno pogodbeno leto. Če posamezni izvajalec eno leto ne zagotavlja 85 % dogovorjenega programa posamezne stroke, Zavod lahko dogovori z drugim izvajalcem trajni prevzem programa v soglasju z Ministrstvom za zdravje. V specialistično ambulantni dejavnosti se za namen ugotavljanja začasnega oziroma trajnega prevzema programa, realizacija dogovorjenega programa ugotavlja na podlagi realiziranega števila točk v posamezni stroki v primerjavi s planiranim številom točk v tej stroki.

(4) Zavod in izvajalec lahko v skladu s potrebami prebivalstva dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s tem Dogovorom. Dogovorjeno prestrukturiranje programa med dejavnostmi potrdi Ministrstvo za zdravje. Dogovorjeno prestrukturiranje se ne more nanašati na preteklo obdobje, razen v izjemnih primerih. Ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto mora izvajalec, v primeru prestrukturiranja programov glede na predhodno leto, Zavodu posredovati predlog prestrukturiranja v enem mesecu od sprejetja tega Dogovora. Predlog prestrukturiranja ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto da tudi Zavod, pri čemer izhaja iz vsebine 3. člena Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10). Dajanje predlogov prestrukturiranja programov tekom pogodbenega leta ni vezano na časovne roke, razen prej navedenega primera.

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

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

(7) Pri opredelitvi programa posamezne dejavnosti na nacionalni ravni in po posameznih izvajalcih se poleg določil, ki so že navedena v tem členu, upošteva tudi realizacija programa posamezne dejavnosti na nacionalni ravni v preteklem letu. Natančnejša merila partnerji opredelijo v Prilogah II.

### člen

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

(2) Za programe za katere v tem Dogovoru ni posebej opredeljenega obsega programa ali elementov za oblikovanje cen zdravstvenih storitev, se o le-teh dogovorita Zavod in izvajalec s pogodbo.

### člen

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

(2) Plansko predvideni obseg nemedicinsko oskrbnih dni za nadaljevalno in nadomestno zdraviliško zdravljenje, način prednostne obravnave bolnikov nadaljevalnega zdraviliškega zdravljenja (v primeru čakalnih dob) in način obračunavanja realiziranih nemedicinsko oskrbnih dni se določi v Prilogi ZDRAV II/d.

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

## Zmogljivosti, potrebne za izvajanje dogovorjenega programa

### člen

(1) Planirano število delavcev za programe obveznega zdravstvenega zavarovanja se bo v pogodbenem letu 2012 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 2012 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) Posamezen izvajalec bo število delavcev načrtoval v skladu s kalkulacijami iz tega Dogovora.

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

(6) Lekarne bodo število delavcev načrtovale na podlagi določil tega Dogovora in standardov iz Priloge LEK II/c.

(7) Načrtovanje števila timov bo temeljilo na 1.430 urah letnega efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in klinični logoped, na 1.254 urah, če je nosilec programa zdravnik specialist in radiološki inženir v območju sevanja ter na 1.700 urah za ostale nosilce programa.

(8) Za izvajanje programov nujne medicinske pomoči, nujnih, nenujnih reševalnih prevozov in sanitetnih prevozov pacientov izvajalci in Zavod v pogodbah opredelijo zmogljivosti z navedbo:

1. seznama vseh vozil, ki vključuje tip in letnico izdelave vozila, registrsko številko vozila in registrirano število sedežev oziroma ležišč ter navedbo namembnosti vozila (reanimobil, nujno reševalno vozilo, reševalno vozilo, sanitetno vozilo);
2. poimenski seznam vseh voznikov vozil, z navedbo vrste zaposlitve (redno/pogodbeno), letnim fondom ur zaposlitve in vrsto prevozov, ki jih lahko izvaja (nujni, nenujni s spremljevalcem, sanitetni) in podpis voznika.

(9) Planirano število delavcev v socialnovarstvenih zavodih bo, glede na strukturo dni zdravstvene nege, skladno z normativi za delo, dogovorjenimi v Prilogi SVZ II/e. V dejavnostih, ki se v letu 2012 ne standardizirajo, bo ostalo število delavcev v socialnovarstvenih zavodih enako planu iz pogodb preteklega leta.

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

(11) Delež administrativno-tehničnega kadra v kalkulacijah za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev (Priloga I in Priloga I/a) lahko znaša največ 16,77 %.

(12) V skladu z Zakonom o spremembah in dopolnitvah zakona o zdravniški službi (Uradni list RS, št. 58/08), se sredstva za plače in nadomestila zdravnikov pripravnikov in sekundarijev v mreži javne zdravstvene službe, tudi državljanov držav članic Evropske unije oziroma plače in nadomestila pripravnikov drugih zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev s seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe, zagotavljajo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. V skladu z Zakonom o priznavanju poklicnih kvalifikacij zdravnik, zdravnik specialist, doktor dentalne medicine in doktor dentalne medicine specialist (Uradni list RS, št. 107/2010), se plača in nadomestila kandidata, ki opravlja pripravništvo za zaposlitev pri izvajalcu javne zdravstvene službe, prav tako financirajo iz sredstev Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Podatke za povračilo stroškov dela za pripravnike in sekundarije (bruto plače, dodatki po kolektivni pogodbi, povračila za stroške prehrane, povračila za stroške prevoza v višini javnega prevoznega sredstva, sorazmerni delež regresa za letni dopust za čas trajanja pripravništva in sekundarijata, premije za dodatno kolektivno pokojninsko zavarovanje v višini najnižjega razreda po predpisani lestvici) od 1. 3. 2007 zbira Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije za javne zavode in zasebne izvajalce s koncesijo, z izjemo lekarn (javnih lekarniških zavodov in lekarnarjev), za katere podatke zbira Lekarniška zbornica Slovenije. Podatke za povračilo stroškov dela za pripravnike in sekundarije po posameznih izvajalcih Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Lekarniška zbornica Slovenije posredujeta Zavodu četrtletno in sicer do 30. aprila za obdobje januar - marec, do 31. julija za obdobje april - junij, do 31. oktobra za obdobje julij - september in do 20. januarja za obdobje oktober - december. Izvajalci (prejemniki sredstev) so dolžni hraniti vso dokumentacijo na podlagi katere so uveljavljali povračilo stroškov dela za pripravnike in sekundarije in jo na zahtevo kateregakoli partnerja predložiti v roku 7 dni. Zdravniška zbornica Slovenije posreduje podatke o sekundarijih Združenju zdravstvenih zavodov Slovenije.

## Vrednotenje programov in elementi za oblikovanje cen zdravstvenih storitev

### 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.

### člen

(1) Sredstva za plače planiranih delavcev se načrtujejo na podlagi Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in na njegovi podlagi izdanih podzakonskih aktov ter kolekivnih pogodb.

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

1. planirano število delavcev posamezne dejavnosti
2. plačni razred
3. znesek osnovne plače po plačni lestvici
4. dodatek za delovno dobo
5. dodatek za delovno uspešnost
6. drugi dodatki po kolektivni pogodbi

(3) Spremembe višine elementov iz drugega odstavka tega člena, razen točke 3, opredelijo partnerji z aneksom k Dogovoru.

(4) Pri izračunu sredstev za osnovne plače, ki se vračunajo v programe zdravstvenih storitev, se upošteva dinamika uveljavitve novega plačnega sistema. Ob upoštevanju metodologije Ministrstva za javno upravo pri prevedbi plač, se v programe zdravstvenih storitev vračunajo plačni razredi iz 10. člena tega Dogovora zmanjšani za 4 plačne razrede upoštevajoč 1. in 2. uskladitev za odpravo plačnih neosorazmerij. Preostala razlika do plačnih razredov iz 10. člena (3. in 4. uskladitev za odpravo plačnih nesorazmerij) se v programe vkalkulira v skladu z dinamiko, ki bo urejena s predpisi, ki urejajo to področje.

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

(5) Višina sredstev, ki se zaradi odprave nesorazmerij v plačah zaposlenih pri izvajalcih postopoma vkalkulirajo v vrednost programov v skladu s tem Dogovorom ter določbami Zakona o sistemu plač v javnem sektorju in Kolektivne pogodbe za javni sektor, je opredeljena v Prilogi VI.

### člen

(1) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za osnovno zdravstveno dejavnost (101, 102, 106) in specialistično ambulantno dejavnost (201), se upoštevajo naslednji plačni razredi:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - zdravniki specialisti in zobozdravniki specialisti | 53 |
| - zobozdravniki | 47 |
| - diplomirane medicinske sestre | 36 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti | 33 |
| - inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije | 33 |
| - specialist medicinske fizike | 47 |
| - elektroinženir za vzdrževanje obsevalnih aparatur | 41 |
| - psihologi, logopedi, defektologi, elektroniki akustiki, ortopedagogi, surdopedagogi**,** dipl. socialni delavci, socialni delavci, specialisti pedagogi, dipl. fizioterapevti-inštruktorji, dipl. inženirji ortop. tehnike, višji laboratorijski tehniki, govorni terapevti, nevrofizioterapevti | 36 |
| - biokemiki, dipl. biologi, specialisti klinične logopedije | 39 |
| - specialisti klinične psihologije | 47 |
| - inženirji zobne protetike | 31 |
| - zdravstveni tehniki, srednji laboratorijski tehniki | 25 |
| - zobni tehniki | 23 |
| - administrativno tehnični delavci | 24 |
| - reševalna služba (brez administrativno tehničnih delavcev) | 23 |

\* Plačni razred iz tretje alineje velja za višje in diplomirane medicinske sestre.

(2) Izračun sredstev za dežurno službo v zdravstvenih domovih bo temeljil na osnovnih plačah:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - zdravnik | 53 |
| - dipl. medicinska sestra | 36 |
| - zdravnik specialist 2 | 51 |
| - diplomirani zdravstvenik 2 | 34 |

Izračun sredstev za dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti v zdravstvenih domovih bo temeljil na osnovnih plačah:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - zobozdravnik | 47 |
| - zdravstveni delavec s srednjo izobrazbo | 25 |

(3) Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev za transplantacije, podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo, za doječe matere, sobivanje staršev ob hospitaliziranem otroku, spremljanje, za socialnomedicinsko, higiensko in epidemiološko dejavnost (ZZV in IVZ), za izvajanje preskrbe s kisikom v UKC Ljubljana ter izvajanje paranteralne prehrane za osebe s sindromom kratkega črevesja v UKC Ljubljana, se upoštevajo naslednji plačni razredi:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - zdravniki specialisti | 52 |
| - diplomirane medicinske sestre | 35 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni terapevti | 32 |
| - dipl. socialni delavci, socialni delavci | 35 |
| - specialisti klinične psihologije | 47 |
| - zdravstveni tehniki | 24 |
| - administrativno tehnični delavci | 23 |

\* Plačni razred iz druge alineje velja za višje in diplomirane medicinske sestre.

Za paliativno oskrbo Hospic in za forenzično psihiatrijo se upoštevajo plačni razredi v skladu s Prilogo I.

(4) Povprečni plačni razredi za program akutne bolnišnične obravnave po modelu skupin primerljivih primerov so:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Povprečni  plačni razred  na delavca iz ur |
| - sekundarna dejavnost (brez terciarja) | 32 |
| - terciarna dejavnost | 36 |

(5) Povprečni plačni razred za bolnišnično dejavnost invalidne mladine SB F. Derganca Nova Gorica znaša:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Povprečni  plačni razred |
| - invalidna mladina - SB F. Derganca Nova Gorica | 30 |

(6) Povprečni plačni razred za bolnišnično dejavnost rehabilitacije (brez administrativno tehničnega kadra) za CZBO Šentvid znaša:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Povprečni  plačni razred |
| - rehabilitacija - CZBO Šentvid | 27 |

\* Program se planira v okviru bolnišnične dejavnosti 202 050.

(7) Za bolnišnično dejavnost psihiatrije (vključno z dnevno bolnišnico) izvajalci načrtujejo naslednji plačni razred:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - psihiatrija | 31 |

- Psihiatrična klinika Ljubljana za dejavnost oskrbe v tuji družini načrtuje naslednji plačni razred:

|  | Plačni razred |
| --- | --- |
| - Psihiatrična klinika Ljubljana – oskrba v tuji družini | 37 |

- Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna za program motenj hranjenja in čustvovanja načrtuje naslednja plačna razreda:

|  | Plačni razred |
| --- | --- |
| - program zgodnje obravnave motenj hranjenja in čustvovanja | 31 |
| - pogram reintegracije in rehabilitacije | 31 |

\* Program zgodnje obravnave motenj hranjenja in čustvovanja se planira v okviru bolnišnične dejavnosti 202 050, program reintegracije in rehabilitacije pa v okviru bolnišnične dejavnosti 202 037.

(8) Za specialistično ambulantno dejavnost CZBO Šentvid načrtuje sredstva za plače tako, da upošteva planirano kadrovsko strukturo in standardizirane plačne razrede iz prvega odstavka tega člena.

(9) Onkološki inštitut Ljubljana za programe specialistično ambulantne dejavnosti, kjer so dogovorjene kalkulacije, sredstva za plače planira v skladu s kalkulacijami iz Priloge I, razen v specialistično ambulantni dejavnosti onkologije, kjer načrtuje naslednji plačni razred:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Povprečni  plačni razred |
| - Onkološki inštitut Ljubljana – onkologija v specialistično ambulantni dejavnosti | 37 |

(10) Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - SOČA v specialistični bolnišnični dejavnosti načrtuje naslednji plačni razred:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Povprečni  plačni razred |
| - Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - SOČA | 33 |

(11) Za program zdravstvene nege v socialnovarstvenih zavodih izvajalci načrtujejo naslednje plačne razrede:

|  |  |
| --- | --- |
| tip izvajalca A, B, C | Povprečni  plačni razred |
| - nega I | 21 |
| - nega II | 22 |
| - nega III | 24 |

Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje, zavodih za usposabljanje, zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju, domskem varstvu pri varstveno delovnih centrih, svetovalnih centrih, zavodih za poškodbo glave, zavodih za gibalno ovirane ter centrih za korekcijo sluha in govora se zaradi njihove specifičnosti in napredovanja v nazive upoštevajo naslednji plačni razredi:

|  | Plačni razred |
| --- | --- |
| - zdravniki in zobozdravniki specialisti | 53 |
| - diplomirane medicinske sestre | 36 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti | 36 |
| - psihologi | 36 |
| - delavni terapevti, dipl. delavni terapevti | 36 |
| - logopedi | 37 |
| - specialisti klinične logopedije | 46 |
| - specialisti klinične psihologije | 47 |
| - defektologi, elektro akustiki, ortopedagogi, avdiologi | 38 |
| - zdravstveni tehniki | 25 |
| - administrativno tehnični delavci | 23 |
| - bolničar-negovalec | 19 |
| - strežnica | 14 |

Pri izračunu osnovnih plač načrtovanih delavcev v socialno varstvenem zavodu Hrastovec se upoštevajo plačni razredi iz zgornje tabele.

(12) Izvajalci lekarniške dejavnosti in zdraviliškega zdravljenja načrtujejo za vrednotenje programov naslednje plačne razrede:

|  |  |
| --- | --- |
|  | Plačni razred |
| - lekarniška dejavnost   * farmacevt specialist * farmacevt receptar * farmacevtski tehnik * delavci drugih strok * lekarniški delavec | 43  39  24  27  12 |
| - dejavnost zdraviliškega zdravljenja (točke) | 31 |
| - dejavnost zdraviliškega zdravljenja (nemedicinski oskrbni dan) | 22 |

### člen

(1) Dodatek za delovno dobo znaša v vseh dejavnostih 6, 44 % osnovne plače.

### 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 | 2,50% |
| - v splošni dejavnosti v času dežurstva | 2,00% |
| - v patronažni dejavnosti | 3,20% |
| - v zobozdravstveni dejavnosti | 2,50% |
| - v dejavnosti reševalne službe - nujni reševalni prevozi | 20,20% |
| - v dejavnosti reševalne službe - nenujni reševalni prevozi | 2,50% |
| - v lekarniški dejavnosti | 2,90% |
| - v specialistični ambulantni dejavnosti (vključno s psihiatrijo) | 2,50% |
| - v dializni dejavnosti | 22,50% |
| - v specialistični bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije) \* | 31,20% |
| - v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija\* | 26,50% |
| - v specialistični bolnišnični dejavnosti – doječe matere, spremljanje | 2,50% |
| - v zdravstveni dejavnosti domov za starejše | 11,10% |
| - v zdr. dejavnosti posebnih SVZ za odrasle in enot za posebne oblike varstva v DSO | 25,50% |
| - v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje: Center Dolfke Boštjančič, Zavod dr. M. B. Dornava | 23,90% |
| - v socialnovarstvenih zavodih za usposabljanje: Zavod za delovno usposabljanje Miha Pintar Dobrna, Dom   Matevža Langusa Radovljica ter Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem | 18,40% |
| - v zavodih za usposabljanje, | 16,60% |
| - v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju in svetovalnih centrih | 9,20% |
| - v domskem varstvu varstveno delovnih centrov | 11,00% |
| - v zavodih za poškodbo glave | 12,90% |
| - v centrih za korekcijo sluha in govora | 9,20% |
| - v zdraviliški zdravstveni dejavnosti | 4,50% |
| - za nemedicinski oskrbni dan v zdraviliški zdravstveni dejavnosti | 5,80% |
| - v dejavnosti IVZ in ZZV | 2,50% |

\* V specialistični bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije) bi sredstva za dodatke brez dežurstva znašala 9,6%, v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija pa 10,9%.

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

### člen

(1) Izvajalcem letno pripadajo naslednji dodatki za dvojezičnost[[1]](#footnote-1):

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SB Izola | 254.021,99 | eur | - v akutni bolnišnični obravnavi (pavšal) |
| OBV Valdoltra | 142.398,49 | eur | - v akutni bolnišnični obravnavi (pavšal) |
| ZD Koper | 140.816,68 | eur | - v dejavnosti zdravstvena vzgoja (pavšal) |
| ZD Izola | 27.476,78 | eur | - v dejavnosti zdravstvena vzgoja (pavšal) |
| ZD Piran | 12.740,52 | eur | - v dejavnosti zdravstvena vzgoja (pavšal) |
| ZD Lendava | 47.032,33 | eur | - v dejavnosti zdravstvena vzgoja (pavšal) |
| JZ Obalne lekarne | 27.591,13 | eur | - pavšal |
| JZ Pomurske lekarne | 4.722,16 | eur | - pavšal |
| Lekarna Na Ogrlici | 2.169,81 | eur | - pavšal |
| Lekarna Markovec | 1.447,22 | eur | - pavšal |
| Lekarna Šalara | 3.617,01 | eur | - pavšal |
| Lekarna Škofije | 1.447,22 | eur | - pavšal |
| Lekarna San Simon | 1.808,51 | eur | - pavšal |
| Lekarna Portorož | 1.823,00 | eur | - pavšal |
| Lekarna Gornji Petrovci | 1.518,05 | eur | - pavšal |
| Zavod za zdravstveno varstvo Koper | 6.973,94 | eur | - v dejavnosti zdravstena vzgoja (pavšal) |
| Dom upokojencev Izola | 14.574,00 | eur | - v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije |
| Obalni dom upokojencev Koper | 32.763,00 | eur | - v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije |
| Center za starejše občane Lucija | 14.544,00 | eur | - v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije |
| Dom starejših Lendava | 10.986,00 | eur | - v dejavnosti zdravstvene nege in rehabilitacije |

Sredstva za dodatke za dvojezičnost iz tega člena še ne vključujejo 2,5 % znižanja v skladu z 56. členom tega Dogovora. Dodatki za dvojezičnost se valorizirajo v skladu z rastjo osnovnih plač. Na dodatke za dvojezičnost se dodatno obračunajo sredstva za zakonske obveznosti v skladu s tem Dogovorom.

### člen

(1) Od 1. 4. 2009 se dodatek za delovno uspešnost ne obračuna. V kolikor Vlada Republike Slovenije in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo Aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki bi na novo opredelil dodatek za delovno uspešnost ali v primeru sprememb Zakona o sistemu plač v javnem sektorju oziroma drugega predpisa, ki ureja to področje, se glede dodatka za delovno uspešnost upoštevajo sprejete spremembe.

### člen

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

(2) Vkalkulirani materialni stroški vključujejo tudi sredstva za nezgodno zavarovanje delavcev. Sredstva za materialne stroške vključujejo tudi sredstva za investicijsko vzdrževanje in obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov. Prav tako so sestavni del materialnih stroškov tudi namenska sredstva za informatizacijo, ki se v kalkulacijah prikazujejo ločeno.

(3) Zavod zagotavlja sredstva za financiranje stroškov specializacij za specializante z odločbami o specializaciji, izdanimi po 1. avgustu 2003, v skladu z Letnim načrtom za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške v zvezi s programom specializacij, ki ga sprejmejo Ministrstvo za zdravje, Zdravniška zbornica Slovenije in Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Alokacijo sredstev za specializacije po izvajalcih za pretekli mesec bo Zdravniška zbornica pripravljala mesečno. Navodila za izpolnjevanje zahtevka za povračilo stroškov dela specializantov so objavljena na spletni strani Zdravniške zbornice Slovenije. V primeru, da se pri nadzoru ugotovi, da je izvajalec uveljavljal povračilo stroškov za delo specializantov v previsoki višini, je dolžan preveč izplačana sredstva vrniti za celotno pogodbeno obdobje.

(4) Zdravstvenim domovom in tistim zasebnim izvajalcem, ki izvajajo koordinacijo preventive in nujne medicinske pomoči, se nameni 97,07 evrov[[2]](#footnote-2) za vsak zasebni tim splošnega, otroškega in šolskega zdravnika, splošnega zdravnika v socialnovarstvenem zavodu, zobozdravnika za odrasle, otroškega in mladinskega zobozdravnika ter zobozdravnika za študente v izpostavi (občini). Ta sredstva se vkalkulirajo v materialne stroške programa zdravstvene oziroma zobozdravstvene vzgoje.

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

(6) Izvajalci v breme svojih materialnih stroškov zavarovanim osebam zagotavljajo oskrbo kroničnih ran s sodobnimi oblogami za nego rane.

(7) Izvajalci lahko posebej obračunavajo preparate za fluorizacijo zob v skladu z navodili Zavoda.

(8) Valorizacija materialnih stroškov vkalkuliranih v cene zdravstvenih storitev temelji na povprečni letni stopnji rasti cen življenjskih potrebščin, ki jih objavi UMAR v osnovnih makroekonomskih izhodiščih. V primeru njihove spremembe, se valorizacija materialnih stroškov uskladi s spremenjenimi izhodišči od 1. januarja dalje.

### 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 vtekočih cenah 2012.

### 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.

Izvajalci lahko glede na dejavnost, ki jo opravljajo, posebej zaračunavajo:

1. standardno kovino za izdelavo fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov v zobozdravstvu v količini 2 g kovine po zatičku, prevleki, členu in po standardni ceni, ki jo določi Zavod,
2. diapozitive na področju ortodontije v obsegu največ 600 diapozitivov letno na tim,
3. konfekcijske elemente za fiksne ortodontske aparate,
4. ICT, HBS-Ag, test na toksoplazmozo pri izbranem ginekologu,
5. rhesonativ ali drugi imunoglobulini anti D, preiskava brisov pri ženskah (Papanicolau - kurativa in preventiva) pri izbranem ginekologu,
6. meritev nuhalne svetline in dvojni presejalni test (laboratorijske preiskave PAPP-A in prosti HCG opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14. tedna nosečnosti pri izbranem ginekologu, v primeru, da storitev in preiskavo zagotovi v breme svojih stroškov. Meritev nuhalne svetline lahko kot ločeno zaračunljiv material Zavodu zaračuna tudi izvajalec v javni mreži, ki je storitev dejansko opravil na podlagi napotnice izbranega ginekologa zavarovanke.
7. četverni presejalni test (AFP, hCG.uE3, Inhibin A in BIP) v primeru, ko je prvi obisk nosečnice pri izbranem ginekologu po 14. tednu nosečnosti,
8. cerezyme po predhodnem soglasju Zavoda,
9. faktor VII za hemofilike,
10. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - SOČA – polnjenje baklofenske črpalke, v kolikor se bo v pogodbenem letu pojavila potreba po dodatnih reimplantacijah, bo Zavod vsako nadaljnjo reimplantacijo odobraval na podlagi zahtevka, in sicer isti dan oziroma najkasneje naslednji dan po prejemu zahtevka. Zahtevek in odobritev morata biti podana v pisni obliki.
11. Univerzitetni klinični center Ljubljana – preskrba s kisikom na domu,
12. Bolnišnica Golnik - ampulirana zdravila za ambulantno zdravljenje alergijske astme (IgE-Omalizumab-antigonist protiteles),
13. draga bolnišnična zdravila.

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

1. infuzijske sisteme in zdravila za zdravljenje borelioze (lendacin),
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 Priloge ZD ZAS II/a,
6. mikrobiološke preiskave v skladu z določili Priloge ZD ZAS II/a,
7. citološke preiskave punktata dojke (101 004, 201 030, 201 031 in 201 062),
8. tumorske markerje za dejavnost bolezni dojk (201 030 in 201 062),
9. TSH, FT3 in FT4 (101 001, 101 053, 101 159),
10. določitev PSA v skladu s strokovnimi priporočili. Storitev se obračuna v ustreznem deležu med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem. Preiskavo lahko izvajajo le verificirani laboratoriji iz seznama, ki ga je pripravilo Ministrstvo za zdravje.
11. HPV testiranje v skladu s smernicami za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu v ginekološki dejavnosti (101 004).

Za obračun ločeno zaračunljivih materialov in storitev opredeljenih v Prilogi III/a in III/b tega Dogovora se uporabljajo cene iz teh prilog.

(3) Partnerji tega Dogovora soglašajo, da po sprejetju novega Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo Zavod določi seznam zdravil za bolnišnično zdravljenje in način njihovega financiranja. Poleg tega Zavod opredeli plačevanje bolnišničnih zdravil, ki so v sistem financiranja v preteklosti prišla preko obravnave na Zdravstvenem svetu in nadalje v okviru partnerskega dogovarjanja, na enak način kot bo veljal za nova bolnišnična zdravila, ki bodo obravnavana na podlagi sprejetja novega Pravilnika o razvrščanju zdravil na listo. Temu primerno se prilagodi tudi obseg in vrednost obstoječega pogodbenega programa akutne bolnišnične obravnave izvajalcev, ki imajo namenska sredstva za financiranje bolnišničnih zdravil trenutno vkalkulirana v program akutne bolnišnične obravnave.

(4) Bolnišnice načrtujejo sredstva za patohistološke in citološke preiskave v višini 10 % vkalkuliranih sredstev za materialne stroške v vseh poddejavnostih specialistično ambulantne dejavnosti vključno s funkcionalno diagnostiko, ki se načrtujejo in obračunavajo v točkah, razen v poddejavnosti psihiatrije, pedopsihiatrije, rentgena (RTG), rehabilitacije, invalidne mladine, fiziatrije, mamografije, PET CT, radioterapije in zdravljenja Fabryeve bolezni. Ta sredstva se izločijo iz cene storitev. Bolnišnice jih obračunavajo kot ločeno zaračunljive storitve največ do skupne višine planiranih sredstev za ta namen.

(5) 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.

(6) Lekarne bodo Zavodu posebej zaračunale zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, izdana v lekarnah na recepte, po nabavni ceni. Nabavna cena je cena, oblikovana v skladu z Zakonom o zdravilih (Ur. l. RS št. 31/06 in 45/08) ter Pravilnikom o razvrščanju zdravil in živil za posebne zdravstvene namene na listo (Ur. l. RS št. 126/08) in je določena na podlagi ustrezne knjigovodske listine dobavitelja na dan prejema zdravila v lekarni.

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

(8) 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. IVZ kot ločeno zaračunljiv material Zavodu zaračunava tudi testerje za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu in sredstva za čiščenje črevesja pred kolonskopijo (program SVIT).

(9) Poleg varnostne hospitalizacije, ki je potrebna pri izvajanju nekaterih specialističnih ambulantnih storitev, lahko zdravilišča in zasebni gastroenterologi zaračunajo Zavodu tudi stroške polipektomijskih zank (zanke za endoskopsko operativno odstranjevanje polipov).

(10) Centri Zavodu poročajo o porabi metadona, morfina, buprenorfina ter buprenorfin/naloksona, v skladu z navodili Zavoda enkrat letno, in sicer do 10. januarja za preteklo leto. Centri Zavodu poročajo tudi o številu zdravljenih vzdrževancev. Centri morajo voditi evidence in Zavodu poročati o predpisani in porabljeni količini metadona po vzdrževancu ter o celotni količini predpisanega in porabljenega metadona na način, ki je predpisan za to skupino zdravil.

(11) Cene ločeno zaračunljivih materialov in storitev, ki jih partnerji dogovorijo v tem Dogovoru, veljajo in se uporabljajo v medsebojnih poslovnih odnosih izvajalcev, kakor tudi med izvajalci in Zavodom. Cene ločeno zaračunljivih materialov in storitev se preverijo in uskladijo enkrat letno.

(12) Izvajalci v primeru spremembe cen ločeno zaračunljivih materialov iz Priloge III/a in III/b tega Dogovora lahko obračunavajo ločeno zaračunljiv material z dnem sprejetja Dogovora z možnostjo poračuna z dnem uporabe Dogovora.

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

(14) Za programe, ki jih Zavod plačuje izvajalcem v pavšalu, z izjemo splošnih ambulant v socialno varstvenih zavodih, izvajalci Zavodu ne morejo zaračunavati ločeno zaračunljivega materiala.

### člen

(1) Zavod krije stroške amortizacije do višine, ki je vračunana v cene zdravstvenih storitev v tekočih cenah 2012 in v skladu s kalkulacijami opredeljenimi v tem Dogovoru. Izjema so programi oziroma dejavnosti, za katere so partnerji v 25. členu tega Dogovora opredelili povišanje stroškov amortizacije.

(2) Vkalkulirana sredstva v cenah zdravstvenih storitev za amortizacijo se od 1. 5. 2009 znižajo za 20 %.

(3) Sredstva za amortizacijo in informatizacijo se valorizirajo na enak način kot materialni stroški.

(4) Iz vračunanih sredstev za amortizacijo v cenah zdravstvenih storitev se prioritetno poravnavajo 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.

### člen

(1) Sredstva za zakonske obveznosti izvajalcev se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 16,10 %.

### člen

(1) Sredstva za regres, jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 999,39 evrov letno na planiranega delavca iz delovnih ur oziroma 974,41 evrov ob upoštevanju 56. člena tega Dogovora.

(2) Sredstva za premije kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja se vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 389,50 evrov letno na planiranega delavca iz delovnih ur oziroma 379,76 evrov ob upoštevanju 56. člena tega Dogovora.

### 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 Priloge ZD ZAS II/a oziroma Priloge LEK II/c. Obseg sredstev za izvajanje dežurne službe v lekarniški dejavnosti se določi vsako leto ob upoštevanju plač dogovorjenih v tem Dogovoru in dejanskega števila dni dežurne službe. Sredstva za dežurno in urgentno službo na področju splošne, dispanzerske dejavnosti ter zobozdravstvene dejavnosti se valorizirajo na tekoče cene 2012.

## Določanje cen zdravstvenih storitev

### člen

(1) Po opredelitvi vrednosti programa posameznega izvajalca, ki vključuje tudi morebitne ločeno zaračunljive materiale in storitve, se na podlagi določil tega Dogovora 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, ki se zaokroži na dve decimalni mesti.

(2) Kalkulacije za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev so navedene v Prilogi I in I/a.

### člen

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

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

* količnik za glavarino in količnik za kurativne in preventivne storitve za dejavnost ambulant splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske,
* dodatek za delo referenčnih ambulant,
* visoka cena količnika za ambulanto splošne medicine v socialnovarstvenem zavodu,
* točko v ostalih ožjih dejavnostih.

2. V zobozdravstveni dejavnosti za:

* točko.

3. V dejavnosti reševalne službe za:

* nujne reševalne prevoze: cena za točko za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in medržavnih pogodbah, evidenčna cena točke za poškodbe po tretji osebi itd.,
* nenujne reševalne prevoze: cena za točko,
* uro in minuto letenja s helikopterjem v skladu s sklepom, ki ga sprejme Vlada Republike Slovenije.

4. V lekarniški dejavnosti za:

* točko.

5. V specialistični ambulantni dejavnosti za:

* točke (za storitve, ki bodo izražene v relativnih enotah dela),
* za CT in MR preiskave; klasifikaciji preiskav, cene in način obračunavanja so razvidni iz Prilog BOL II/b-1 in II/b-1a,
* posege, operacije (npr. operacije na venah z lasersko tehnologijo, operacije kile, operacije sive mrene itd.),
* priprava in aplikacija dragih bolnišničnih zdravil.

6. V dializni dejavnosti za:

* dializo I (hemodializa kronična),
* dializo II (hemodializa akutna),
* dializo III (hemofiltracija, biofiltracija, hemodiafiltracija, hemoperfuzija, komplicirana bikarbonatna hemodializa),
* dan dialize IV (peritonealna dializa),
* dan dialize V (peritonealna dializa z uporabo IPD).

7. V specialistični bolnišnični dejavnosti:

7.1 za 1 utež za programe akutne bolnišnične obravnave,

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

* psihiatrična dejavnost,
* rehabilitacijska dejavnost,
* rehabilitacija invalidne mladine,
* motnje hranjenja in čustvovanja,
* nega na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje (BOD),
* zdravstvena nega in paliativna oskrba (BOD),
* nemedicinska oskrba (NOD),
* usposabljanje staršev za kasnejšo rehabilitacijo,
* doječe matere (NOD),
* sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku (NOD),
* za transplantacijo ledvic, srca, kostnega mozga, jeter, roženice, pljuč itd.,
* forenzična psihiatrija (BOD).

7.3. Način obračunavanja storitev, opravljenih na podlagi skupin primerljivih primerov za akutne obravnave, je razviden iz Priloge BOL II/b-2 (Akutna bolnišnična obravnava – SPP).

8. V zdravstveni dejavnosti socialnovarstvenih zavodov za:

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

9. V zdraviliški zdravstveni dejavnosti za:

* nemedicinski oskrbni dan,
* točko zdraviliškega zdravljenja.

10. Dan priprave rizičnih bolnikov na kolonoskopijo za Zdravilišče Rogaško Slatino.

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

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

* primer dnevne obravnave na področju psihiatrije,
* primer oskrbe v tuji družini na področju psihiatrije,
* bolniško oskrbni dan za bolnišnično zdravljenje oseb z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja, ki temelji na izračunu povprečne cene primera posamezne psihiatrične bolnišnice. Zavod bo realizirane bolnišnično oskrbne dneve do vključno 48. dne plačal po polni ceni bolnišnično oskrbnega dneva, če je zdravljenje daljše, pa bo realizirane bolnišnično oskrbne dneve od vključno 49. dne naprej plačal po 50% vrednosti bolnišnično oskrbnega dneva.

(4) Cene iz 1. do 10. točke prvega odstavka tega člena, razen cene za nemedicinski oskrbni dan v zdravilišču, se praviloma določijo za šest mesecev vnaprej s poračunom morebitne razlike v ceni v naslednjem šestmesečnem obdobju.

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

(6) Programi, ki niso vklučeni v ceno zdravstvenih storitev iz prvega odstavka tega člena in jih izvajalci obračunavajo Zavodu v pavšalu, so naslednji:

* glavarina za dejavnost ambulant splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za žene, program zdravstvene vzgoje, dežurna služba na primarni ravni, služba nujne medicinske pomoči, razvojne ambulante, program centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, del preventivnih programov Dora in Svit, splošna ambulanta v socialnovarstvenih zavodih,
* zobozdravstvena vzgoja, dežurna služba v zobozdravstvu, program zobozdravstvene oskrbe varovancev s posebnimi potrebami, pedontologija (del programa),
* nujni reševalni prevozi,
* zdravljenje Fabryeve bolezni, medicina dela prometa in športa, program Zora (del programa),
* dežurna služba v lekarniški dejavnosti,
* mesečni pavšal za dejavnost IVZ in ZZV, distribucija cepiv IVZ,
* pavšal za dvojezičnost,
* zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov, ki se pri posameznih ambulantah med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in državnim proračunom za dopolnilno zdravstveno zavarovanje deli v naslednjem razmerju:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | obvezno zdravstveno zavarovanje | državni proračun |
| - splošna ambulanta | 85% | 15% |
| - dispanzer za otroke in šolarje | 100% |  |
| - psihiatrija | 91% | 9% |
| - zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog | 100% |  |
| - dispanzer za žene | 90% | 10% |
| - zobozdravnik za odrasle | 56% | 44% |
| - zobozdravnik za mladino | 100% |  |

### člen

(1) Cene, oblikovane po Dogovoru 2012, in določene s pogodbo med izvajalci in Zavodom, se uporabljajo tudi za izračun doplačil zavarovanih oseb, za obračun zdravstvenih storitev za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in medržavnih pogodbah, za begunce, nezavarovane osebe in za ostale osebe, za katere se stroški zdravljenja krijejo iz državnega proračuna ter za obračun storitev med izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom.

(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 odobraval minister za zdravje. Pri tem bodo upoštevani enaki kalkulativni elementi za oblikovanje cen, kot veljajo za pogodbene izvajalce Zavoda.

(3) Cene presejalnih kolonoskopij, presejalnih terapevtskih kolonoskopij in presejalnih patohistoloških preiskav izvedenih v okviru Državnega programa presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke (v nadaljevanju: Program SVIT) se revalorizirajo z indeksom spreminjanja vrednosti točke za ambulantno dejavnost gastroenterologije in endoskopije iz Priloge I tega Dogovora.

(4) Sredstva za laboratorijske preiskave, ki jih opravlja izvajalec, so vključena v ceno zdravstvenih storitev in se ne obračunavajo posebej. V breme Zavoda je možno obračunati laboratorijske storitve v skladu s 17. členom tega Dogovora. Koncesionarji morajo Zavodu dokazati namenskost porabe sredstev za laboratorij, ki so vkalkulirana v ceno zdravstvenih storitev. V ta namen Zavodu predložijo ustrezna dokazila: kopije računov, ki so jih za opravljene preiskave plačali drugim laboratorijem, kopije računov za porabljene reagente, kopije računov za druge stroške laboratorijskega in drugega materiala, ki se uporablja v laboratorijih, stroške dela v laboratorijih itn. Če so dejansko porabljena sredstva za laboratorij v koledarskem letu nižja od vkalkuliranih sredstev za laboratorij v koledarskem letu, Zavod razliko poračuna pri obračunu za prvo trimesečje naslednjega leta. Dejansko porabljena sredstva za laboratorij v koledarskem letu se ugotavljajo na podlagi predloženih dokazil izvajalca.

(5) Kemične in biokemične laboratorijske storitve si bodo izvajalci med seboj obračunavali po evidenčni ceni točke za laboratorijske storitve, ki je določena v kalkulacijah 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. Število točk na preiskavo si izvajalci med seboj obračunavajo po Enotnem seznamu zdravstvenih storitev – zeleni knjigi.

(6) Preiskave TSH, FT3 in FT4, ki jih Zavod plačuje posebej, bodo izvajalci naročali v laboratorijih, ki jih bo določilo Ministrstvo za zdravje na predlog Razširjenega strokovnega kolegija za laboratorijsko diagnostiko. Seznam laboratorijev Zavod objavi na svoji spletni strani.

(7) Pregledovanje brisov materničnega vratu (CPL) se izvaja v citopatoloških laboratorijih, ki izpolnjujejo pogoje iz Pravilnika (Ur. l. RS št. 68/2001, 128/2004) in imajo odločbo Ministrstva za zdravje za opravljanje dejavnosti. Seznam laboratorijev Zavod objavi na svoji spletni strani.

(8) Preiskave na toksoplazmo, ki jih Zavod plačuje posebej, bodo izvajalci naročali v laboratorijih, ki so določeni v Pravilniku o spremembah in dopolnitvah navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni (Ur. list RS št. 37/2003).

(9) Zavod plačuje ultrazvok ščitnice izvajalcem, ki jih določi Razširjeni strokovni kolegij za nuklearno medicino in so vključeni v Prilogo IV.

## Planska vrednost programov zdravstvenih dejavnosti

### člen

(1) Okvirna vrednost celotnega dogovorjenega programa (obvezno zdravstveno zavarovanje in doplačila) v cenah januar 2012 znaša 1.842.582.553evrov\*. Ta sredstva se razporedijo:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| v EUR | | |
|  | | **Vrednosti v cenah  jan 2012** |
| 1. | Zdravstveni domovi  Od tega  Program nujne medicinske pomoči  Program odvisnosti od drog | 324.283.858    45.026.763  2.573.754 |
| 2. | Bolnišnice  Od tega  Sekundarna raven  Terciarna raven | 1.089.988.891    940.476.750  132.609.494 |
| 3. | Lekarne | 38.347.459 |
| 4. | Zdravilišča | 39.385.373 |
| 5. | Domovi za starejše občane | 101.659.732 |
| 6. | Posebni socialni zavodi | 18.518.379 |
| 7.    7.1.      7.2. | IVZ in ZZV  Od tega  IVZ  Nabava cepiv  Terciarna raven  ZZV | 14.103.409    12.637.827  7.840.920  1.554.278  1.465.582 |
| 8. | Zasebniki  Od tega  Osnovna zdravstvena dejavnost  Specialistična ambulantna in bolnišnična dejavnost  Ostali zasebniki na primarni ravni | 216.295.453    125.128.912  76.013.839  15.152.702 |
|  | SKUPAJ | 1.842.582.553 |

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

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| v EUR | | |
|  | | **Vrednosti v cenah  jan 2012** |
| 1. | Osnovna zdravstvena dejavnost | 477.372.767 |
| 2. | Specialistična ambulantna ter  bolnišnična sekundarna in terciarna dejavnost | 1.179.339.708 |
| 3. | Zdraviliška zdravstvena dejavnost | 27.865.108 |
| 4. | Lekarniška dejavnost | 38.853.789 |
| 5. | Dejavnost socialnovarstvenih zavodov | 119.151.181 |
|  | SKUPAJ | 1.842.582.553 |

\* Vrednosti programov zdravstvenih storitev ne vključujejo nabavne vrednosti zdravil v lekarnah, vrednosti za specializacije, ki jih Zavod plačuje v skladu z Letnim načrtom za opredelitev višine sredstev za plače in nadomestila specializantov in druge stroške v zvezi s programom specializacij ter sredstev za plače pripravnikov s seznama poklicev v zdravstveni dejavnosti, ki jih Zavod plačuje v skladu z 12. odstavkom 7. člena tega Dogovora. Vrednosti programov zdravstvenih storitev iz 1. in 2. odstavka tega člena so prikazane v skladu s 56. členom.

(3) Planska vrednost programov zdravstvenih storitev opredeljena v prvem in drugem odstavku tega člena vključuje vrednosti nujnih širitev programov oziroma uvajanja novih terapij pri zdravljenju iz pogodbenega leta 2011, če ti niso bili enkratni, ter vrednosti programov za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov ter vrednosti za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju iz pogodbenega leta 2012.

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

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

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **P r o g r a m** | **I z v a j a l e c** | **Obseg programa** | **Dodatna sredstva  na letni ravni (v EUR)** | **Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2012 (v EUR)** |
| 1 | Referenčne ambulante splošne medicine |  | 164 | 7.669.264,84 | 3.515.079,72 |
|  | Skupaj 5. odstavek |  |  | 7.669.264,84 | 3.515.079,72 |

\* Vrednosti za boljše vrednotenje programa so prikazane v skladu s 56. členom tega Dogovora, in sicer v cenah januar 2012.

\*\* Dodatna sredstva se zagotovijo skladno s 13. točko prvega odstavka 2. člena tega Dogovora

(6) Za nujne širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju so v okviru prvega in drugega odstavka tega člena načrtovana dodatna sredstva:

|  | **P r o g r a m** | **I z v a j a l e c** | **Obseg programa** | **Dodatna sredstva  na letni ravni (v EUR)** | **Dodatna sredstva 1.1.-31.12.2012 (v EUR)** |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | Forenzična psihiatrija | UKC Maribor | 9.855 BOD | 1.354.865,40 | 1.354.865,40 |
| 2 | Specilastično ambulantna dejavnost pediatrije | UKC Ljubljana, Pediatrična klinika | 2,63 tima | 344.053,39 | 344.053,39 |
|  | Skupaj 6. odstavek |  |  | 1.698.918,79 | 1.698.918,79 |
|  | Skupaj 5. in 6. odstavek |  |  | 9.368.183,63 | 5.213.998,51 |

\* Vrednosti dodatnih programov so prikazane v skladu s 56. členom tega Dogovora, in sicer v cenah januar 2012.

\*\* Dodatna sredstva se zagotovijo skladno s 13. točko prvega odstavka 2. člena tega Dogovora.

Ministrstvo za zdravje pošlje Zavodu širitve programa obstoječih izvajalcev na področju specialistične ambulantne dejavnosti, ki zagotavlja prilagajanje zdravstvenega sistema potrebam bolnikov in pomenijo zmanšanje čakalnih dob, boljšo dostopnost, in sicer v skladu z zagotovljenimi sredstvi na podlagi 13. točke prvega odstavka 2. člena tega Dogovora.

(7) Financiranje novih zdravstvenih programov, ki jih je potrdil Zdravstveni svet, se opredeli v Aneksu št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2012.

(8) Zavod bo do konca leta 2011 izvedel nacionalni razpis za izbor najugodnejših ponudnikov za izvedbo naslednjih programov:

a) operacija hrbtenice

b) ortopedska operacija rame

c) artroskopija

d) odstranitev osteosintetskega materiala

e) lažji posegi ženskega reproduktivnega sistema

f) operacija ženske stresne inkontinence

Nacionalni razpis za zdravstvene programe iz tega odstavka se izvaja ločeno od razpisa iz 29. člena tega Dogovora. Sredstva za izvedbo navedenih zdravstvenih programov iz tega odstavka se zagotovijo tako, da se vsem izvajalcem navedenih zdravstvenih programov s 1. 1. 2012 zniža planirani obseg teh programov za 30%, v skladu s tem pa tudi planirana vrednost teh programov. To se ugotovi na podlagi veljavne cene na podlagi reprezentativnih uteži, navedenih v Prilogi BOL II/b-3 oziroma na podlagi veljavnih cen iz naslova specialističnih ambulantnih standardov. Pri tem se posameznemu izvajalcu celotna sredstva lahko znižajo za največ 3% glede na skupno planirano vrednost akutne bolnišnične obravnave (SPP) na letni ravni po veljavnih cenah oziroma za največ 3% glede na skupno planirano vrednost specialistične ambulantne dejavnosti na letni ravni po veljavnih cenah. Obseg programov iz naslova znižanja se na podlagi nacionalnega razpisa za posamezni program nameni najugodnejšemu ponudniku oziroma ponudnikom, pri čemer se kot merilo upošteva ponujena cena, ki ne sme biti višja od veljavne cene v času razpisa. Izvajalci, izbrani na razpisu, izvedejo program do 31. 12. 2012. Izvajalci v okviru cene primera za programe iz nacionalnega razpisa opravijo tudi ambulantna pregleda pred in po opravljeni operaciji oziroma posegu. Natančno vsebino nacionalnega razpisa opredeli Zavod, pri čemer se lahko glede na podatke o dostopnosti v drugi polovici leta 2011 odloči, da se nacionalni razpis, za katerega od zgoraj navedenih programov ne bo izvedel, saj zato z vidika dostopnosti ne bo potrebe. Vsebina nacionalnega razpisa mora obvezno upoštevati izhodišča, ki so določena v tem odstavku. Poleg obveznih izhodišč lahko Zavod po lastni presoji nadgradi vsebino nacionalnega razpisa. Če nacionalni razpis ne bo uspešen, se izvajalcem planirani obseg programa poveča na raven pred zmanjšanjem. Zavod predstavi rezultate analize nacionalnega razpisa v letu 2012 z vidika dostopnosti do zdravstvenih programov, ki so bili predmet razpisa.

(9) Od 1. novembra 2010 sistemsko zdravljenje raka izvajajo tudi UKC Maribor (350 bolnikov), SB Celje (231 bolnikov) in SB dr. Franca Derganca Nova Gorica (265 bolnikov). Stroški zdravil v okviru navedenega obsega programa po posameznem izvajalcu se krijejo iz naslova obstoječih pogodbenih sredstev Onkološkega inštituta Ljubljana. Morebitno pokritje dodatnih materialnih stroškov, ki jih bodo imeli izvajalci, ki so prevzeli program, temelji na analizi šestmesečnega obdobja izvajanja programa, ki se začne 1. novembra 2010. Analizo izvajanja programa pripravijo izvajalci, ki so prevzeli program, vključevati pa mora natančen prikaz realiziranih dodatnih aktivnosti (laboratorijske preiskave, terapije, ipd.), z navedbami ali so bile te aktivnosti Zavodu obračunane prek veljavnih modelov plačevanja. Primarni vir morebitnih dodatnih sredstev za izvajalce, ki so prevzeli program, predstavljajo prihranki Zavoda iz naslova stroškov prevoza onkoloških bolnikov. Oceno prihrankov šestmesečnega obdobja pripravi Zavod.

(10) Bolnikom z revmatoidnim artritisom se omogoči zdravljenje z enim od bolnišničnih bioloških zdravil z učinkovinami infliksimab ali rituksimab ali tocilizumab. Zdravljenje bolnikov z revmatoidnim artritisom z enim od navedenih bolnišničnih bioloških zdravil se izvaja v UKC Ljubljana, UKC Maribor, SB Murska Sobota, SB Celje, SB Novo mesto ter SB Franca Derganca v Novi Gorici, od 1. 1. 2011 pa le pod pogojem, da zdravniki, ki zdravijo bolnike z revmatoidnim artritisom, pri predpisovanju bioloških zdravil, uporabljajo računalniški program »Evidenca bolnikov z vnetno revmatično boleznijo«.

## Oblikovanje programov po območjih in pri izvajalcih

### člen

(1) Na območjih izpostav Zavoda, ki presegajo povprečno preskrbljenost prebivalstva Slovenije z nosilci timov, se bodo v pogodbenem letu 2012 programi zmanjšali, na območjih izpostav Zavoda, ki so pod povprečjem, pa povečali. Preskrbljenost se bo ugotavljala za dejavnosti, ki jih bodo dogovorili partnerji. 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.

### člen

(1) Za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva Slovenije z zdravstvenimi delavci oziroma programi bodo za določanje gravitacije upoštevani zadnji znani podatki o številu prebivalstva, ki so hkrati zavarovane osebe, korigirani glede na število opredeljenih zavarovanih oseb, kjer je ta korekcija smiselna. Preskrbljenost se bo ugotavljala za naslednje dejavnosti: splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer, dispanzer za ženske, patronaža, nega na domu, fizioterapija in zobozdravstvo.

(2) Dopustna odstopanja od povprečja opredelijo partnerji v Prilogah II.

## Oblikovanje in financiranje programov po posameznih tipih izvajalcev

### člen

(1) Natančnejše opredelitve tega Dogovora po tipih izvajalcev so opredeljene v prilogah k temu Dogovoru, in sicer:

- za primarno dejavnost v Prilogi ZD ZAS II/a,

- za sekundarno in terciarno dejavnost v Prilogi BOL II/b

- za lekarniško dejavnost v Prilogi LEK II/c

- za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč v Prilogi ZDRAV II/d

- za zdravstveno dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje v Prilogi SVZ II/e

Z njimi se opredelijo:

1. merila za določanje zmogljivosti za izvajanje programov,

2. merila za ugotavljanje specifičnosti pri vrednotenju programov,

3. pravice in obveznosti izvajalcev ter Zavoda pri uresničevanju sklenjenih pogodb in izvajanju programov,

4. kriterije za prerazporejanje sredstev med dejavnostmi, ki so med seboj funkcionalno soodvisne.

## Razpis in izbira programov

### člen

(1) Zavod bo v treh mesecih od začetka veljavnosti Dogovora 2012 objavil razpis za izvajalce, ki z Zavodom še nimajo sklenjene pogodbe. Na razpis se morajo prijaviti tudi izvajalci, ki sicer že imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom, če želijo na podlagi razpisa izvajati program, ki ni vključen v obstoječo pogodbo in njihove širitve niso poimensko opredeljene v Dogovoru ali seznamu Ministrstva za zdravje ter izvajalci, ki imajo oziroma bodo z Zavodom sklenili začasno pogodbo (npr. zaradi upokojitve ali smrti drugega koncesionarja, zaradi v Prilogi II dogovorjenega kasnejšega datuma pričetka poslovanja za lekarne in socialnovarstvene zavode ipd.). Ponudniki so svoje prijave dolžni predložiti na obrazcih, ki jih pripravi Zavod. Vsem ostalim izvajalcem, ki so imeli z Zavodom sklenjeno pogodbo že v preteklem letu, bo Zavod ponudil sklenitev pogodbe v kateri bo, v skladu z Dogovorom 2012, opredelil obseg in vrednotenje programa. Pri tem bo Zavod upošteval prenos programa na nove izvajalce ter dogovorjene širitve programa. Zavod bo program opredelil v okviru dogovorjenih sredstev.

(2) Zavod z zasebnimi izvajalci, lekarnami, socialnovarstvenimi zavodi, zavodi za usposabljanje, zavodi za zdravstveno varstvo in zdravilišči lahko sklene pogodbo za dobo petih let. Pri tem vsaka pogodbena stranka v tem obdobju po sklenitvi vsakoletnega Dogovora lahko pisno predlaga sklenitev nove pogodbe. V tem primeru sta pogodbeni stranki dolžni izpeljati postopek sprejema nove pogodbe. Zavod bo izvajalcem zdravstvenih storitev v socialnovarstvenih zavodih in zavodih za usposabljanje po sklenitvi vsakoletnega Dogovora posredoval nove finančne načrte, ki bodo kot priloga postali sestavni del veljavnih pogodb.

(3) Pri izbiri novih izvajalcev bo Zavod upošteval izpolnjevanje zakonskih pogojev, vključno s podelitvijo koncesije za opravljanje zdravstvene dejavnosti kot javne zdravstvene službe in standarde, dogovorjene v tem Dogovoru.

### člen

(1) Ob prijavi na razpis mora izvajalec poleg ponudbe podati tudi svoje pisno soglasje z Dogovorom 2012.

(2) Zavod bo opravil izbiro med ponujenimi programi v roku določenem z razpisom. Zavod lahko zahteva dopolnitev ponudb oziroma jih zavrne. Izvajalci morajo dopolniti ponudbo v roku 7 dni po prejemu zahtevka. Če izvajalci v roku ponudbe ne dopolnijo, se šteje, da so od ponudbe oziroma pogodbe odstopili. 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 ter vso potrebno dokumentacijo, v skladu z razpisnimi pogoji, do datuma, določenega v razpisu ter pričeti z delom v dogovorjenem roku, sicer se šteje, da so od ponudbe oziroma pogodbe odstopile.

### člen

(1) Izvajalec, ki ne bo soglašal s ponujeno pogodbo, mora v roku 7 delovnih 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 2012. Sočasno mora v tej zahtevi podati predlog kandidata za predsednika arbitraže in za dva člana arbitraže. Predlagatelj arbitraže določi svoja predstavnika poimensko in navede naslove, kamor se jim pošlje gradivo za arbitražo.

(2) Če izvajalec ne podpiše ponujene pogodbe in ne predlaga arbitražnega postopka v roku, šteje, da je odstopil od ponudbe in ne želi podpisati pogodbe z Zavodom. Po preteku roka za predlaganje arbitražnega postopka prične teči izvajalcu, ki ima z Zavodom že sklenjeno pogodbo, odpovedni rok po tej pogodbi. Odpovedni rok za pogodbo je enak odpovednemu roku, ki je opredeljen v 54. členu tega Dogovora.

(3) Če izvajalec ne podpiše ponujene pogodbe v roku 7 delovnih dni od prejetja ponudbe in v roku iz prvega odstavka tega člena ne predloži zahteve za arbitražni postopek, lahko zahteva arbitražo Zavod. V tem primeru veljajo za Zavod glede predloga za imenovanje članov in predsednika arbitraže enaka določila kot za izvajalca. Predlog Zavoda arbitraži se v tem primeru lahko nanaša le na to, ali naj arbitraža sprejme odločitev glede utemeljenosti sklenitve pogodbe. Če izvajalec, kljub odločitvi arbitraže, s katero je ta odločila, da naj se pogodba med izvajalcem in Zavodom sklene, noče podpisati pogodbe, se uporabi drugi odstavek tega člena.

(4) Po prejemu pisnega zahtevka za arbitražo s strani izvajalca po prvem odstavku tega člena oziroma po tem, ko je v skladu s prejšnjim odstavkom podal zahtevek za arbitražo Zavod, Zavod prične s sklicem oziroma organizacijo arbitražnega postopka.

(5) Zdravstveni zavod oziroma drug zavod ali organizacija, ki opravlja zdravstveno dejavnost oziroma zasebni zdravstveni delavec, ki na razpisu ni bil izbran, lahko zahteva, da o izbiri odloča arbitraža. Pisno zahtevo za arbitražni postopek mora Zavodu predložiti v roku 7 delovnih dni, ki šteje od dneva prejetja sklepa o izbiri. Arbitraža je v skladu z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju sestavljena iz predstavnikov vseh partnerjev, ki odločajo o spornih vprašanjih na arbitraži za sklepanje Dogovora.

### člen

(1) Arbitražo iz prvega in tretjega odstavka 31. člena tega Dogovora 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 praviloma javen. Zavod je dolžan na zahtevo partnerja le-tega seznaniti z zapisniki arbitraž v zvezi s pogodbami.

### člen

(1) Na začetku arbitražne obravnave predstavi pogodbena stranka, ki je predlagala arbitražni postopek, sporna vprašanja in poda svoje mnenje, v katerih elementih je ponujena pogodba v neskladju z določili Dogovora 2012. Za tem poda svoje stališče druga pogodbena stranka. Ves čas obravnave lahko obe stranki predložita ali zahtevata od druge stranke predložitev dokazov o zadevah, ki so sporne.

(2) O poteku arbitražnega postopka se vodi zapisnik, ki ga po končanem postopku podpišejo vsi člani arbitraže. Vsaka od strank prejme po en izvod zapisnika. V primeru, da član arbitraže, ki zastopa izvajalca, ne želi glasovati ali noče podpisati zapisnika ali predčasno zapusti arbitražo, se šteje, da je izvajalec odstopil od arbitražnega postopka.

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

1. pogodbena stranka od svoje zahteve odstopioziroma umakne predlog za arbitražni postopek,

2. pogodbeni stranki dosežeta sporazum oziroma se pobotata.

(4) V primeru iz 1. točke tretjega odstavka tega člena mora izvajalec podpisati pogodbo v obliki, kot mu je bila prvotno predložena po prvem odstavku 29. člena, sicer se šteje, da je od pogodbe odstopil. V primeru iz druge točke tretjega odstavka tega člena se v pogodbo zapiše dogovorjena vsebina po sporazumu (ali pobotu), izvajalec pa mora pogodbo podpisati v roku 7 delovnih dni od prejema osnutka pogodbe, sicer se šteje, da je izvajalec od pogodbe odstopil. V primeru, ko ne nastopi primer iz prejšnjega odstavka tega člena, 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 delovnih dni od prejema pogodbe, Zavod lahko uvede začasno financiranje izvajalca v višini vrednosti programa, ugotovljenega v skladu z Dogovorom 2012 in sklepom arbitraže. Zavod lahko odpove pogodbo, če izvajalec ne želi skleniti pogodbe na osnovi odločitve arbitraže v 10-ih dneh po prejemu veljavnega zapisnika arbitraže.

### člen

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

(2) Če se pogodbeni stranki ne moreta sporazumeti o poslovniku o delu arbitraže, sprejme poslovnik arbitraža sama.

## Standardi ponudbe zdravstvenih storitev

### člen

(1) Izvajalci morajo zavarovanim osebam nuditi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja 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.

### člen

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

1. Zagotavljali nujno medicinsko pomoč in neodložljive medicinske storitve vsem osebam, ne glede na to, kdo je njihov izbrani zdravnik.

2. Opravljali storitve in omogočili zavarovanim osebam uveljavljanje pravic v skladu s Pravili.

3. Na vidnem mestu v čakalnici, hodnikih zdravstvenih zavodov ali ordinacijahobjavili plakate, zloženke ipd. Zavoda, ki se nanašajo na uresničevanje pravic zavarovanih oseb.

4. Na vidnem mestu v čakalnici objavili imena in priimke oseb, ki so dolžne voditi pritožbene postopke pri izvajalcu.

5. 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.

6. Dosledno upoštevali in izvajali Zakon o pacientovih pravicah ter Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (v nadaljevanju: Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah).

7. Na vidnem mestu v čakalnici objavili seznam zdravnikov, ki jih zavarovane osebe lahko izberejo v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, sezname zdravnikov, ki delajo v drugih dejavnostih na primarni ravni, v specialističnih ambulantah in njihov ordinacijski čas. Prav tako bodo izvajalci objavili sezname nosilcev drugih dejavnosti, ki opravljajo storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja in njihove ordinacijske čase. Objavljeni ordinacijski časi morajo biti v skladu z ordinacijskimi časi iz priloge k pogodbi o izvajanju programa zdravstvenih storitev med Zavodom in izvajalcem in se med letom lahko spreminjajo samo s predhodnim pisnim soglasjem obeh pogodbenih strank.

8. Zavod od 1. aprila 2011 v pogodbah z izvajalci dogovoril čakalne dobe v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Čakalne dobe, ki so dogovorjene v pogodbi, se med letom lahko podaljšajo samo s predhodnim pisnim soglasjem Zavoda.

9. Izvajalci poročajo Inštitutu za varovanje zdravja podatke o čakalnih dobah v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah. Seznam zdravstvenih storitev, za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah, je v Prilogi X tega Dogovora.

10. Izvajalci poročajo Zavodu o realiziranih čakalnih dobah in številu čakajočih v skladu z navodili Zavoda vsake štiri mesece, in sicer do 31. maja za stanje na dan 30. april, do 30. septembra za stanje na dan 31. avgust in do 31. januarja za stanje na dan 31. december preteklega leta. Ažurno in točno poročanje podatkov Inštitutu za varovanje zdravja in Zavodu je pogoj za sodelovanje izvajalcev pri razporejanju dodatnih sredstev iz 25. člena tega Dogovora.

11. Pri napotitvah na zdravstveno storitev oziroma ob vpisu bolnikov v čakalni seznam upoštevali usmeritve pristojnih razširjenih strokovnih kolegijev glede strokovnih kriterijev razvrščanja v posamezno stopnjo nujnosti.

12. Med samim zdravljenjem zagotavljali čakalno dobo v skladu z veljavno medicinsko doktrino in določili pogodbe z Zavodom.

13. V splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih izvajali prve preglede brez čakalnih dob.

14. V primeru, da je zavarovana oseba vabljena na preventivni pregled ali preiskavo, je priporočena čakalna doba, ne glede na to, kdo je poslal zavarovani osebi vabilo, izvajalec ali drugi pooblaščeni organ ali služba, en mesec, dovoljena najdaljša čakalna doba pa toliko, kot velja za tiste zdravstvene storitve, ki so po stopnji njunosti označene s "hitro".

15. Nudili zavarovanim osebam storitve v ordinacijskem času, ki je opredeljen v pogodbi z Zavodom in to enakomerno skozi vse leto. Koncesionar med svojo odsotnostjo v okviru svojega ordinacijskega časa zagotovi, da zdravniško službo opravi zdravnik z isto strokovno usposobljenostjo, ki ga nadomešča (v nadaljnjem besedilu: nadomestni zdravnik). Ne glede na to sme biti koncesionar brez nadomestnega zdravnika odsoten skupno največ 14 dni na leto, od tega največ dva delovna dneva zaporedoma. Omejitev ne velja za primer bolniške odsotnosti z dela. O svoji odsotnosti in nadomestnem zdravniku koncesionar ustrezno obvesti bolnike. Izvajalec, ki bo nadomeščal koncesionarja, mora biti s tem seznanjen in mora z nadomeščanjem soglašati.

16. Zagotovili ordinacijski čas za zavarovane osebe Zavoda najmanj v obsegu ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa popoldne od 16. ure dalje.

17. Vsak delovni dan v ordinacijskem času vsaj štiri ure zagotovili zavarovanim osebam naročanje na pregled, poseg oziroma drugo zdravstveno storitev v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).

18. Ortodonti lahko v okviru 32,5 ur efektivnega tedenskega dela ambulante največ 7,5 ur namenijo za načrtovanje ortodontskih aparatov, oziroma največ 8 ur v okviru neefektivnega tedenskega dela ambulante. Preostali čas namenijo ordinacijskemu času za delo s pacienti.

19. Izvajalci bodo v splošnih ambulantah, otroških in šolskih dispanzerjih, v zobozdravstvenih ambulantah, v ambulantah drugih dejavnostih na primarni ravni, kjer se paciente naroča ter v specialistično ambulantnih dejavnostih delo organizirali tako, da zavarovanci naročeni na pregled, preiskavo oziroma poseg praviloma v povprečju ne bodo čakali več kot 20 minut, v kolikor zdravnik ali zobozdravnik ne opravlja nujne medicinske pomoči ob rednem delu.

20. Zagotovili izvajanje s pogodbo dogovorjenega programa enakomerno skozi celo leto.

21. Zagotoviti število delujočih ambulant skladno s pogodbeno dogovorjenimi programi, ki jih izvajajo pogodbeno dogovorjeni timi tako, da bo zagotovljen ordinacijski čas v obsegu 32,5 ur efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, klinični psiholog, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in klinični logoped, ter 28,5 ur efektivnega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik radiolog, ki izvaja RTG dejavnost, sicer pa 35 ur efektivnega dela ambulante na teden. V okviru zagotavljanja zdravstvenega varstva obsojencev in pripornikov bodo izvajalci zagotovili neprekinjeno zdravstveno varstvo, pri čemer je potrebno zagotoviti delo ambulante v zavodu za prestajanje kazni zapora v obsegu, kot je določen v Prilogi VIII tega Dogovora. V preostalem času bodo zdravstveno varstvo zagotavili na klic, s hišnim obiskom ali na lokaciji zdravstvenega doma.

22. Izbrani osebni zdravniki opravili storitve po naročilu imenovanih zdravnikov ali zdravstvene komisije Zavoda ob zglasitvi zavarovane osebe pri zdravniku, pooblaščeni zdravniki pa v roku 14 dni po zglasitvi zavarovane osebe pri zdravniku.

23. 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. Predlog imenovanemu zdravniku ali zdravniški komisiji Zavoda mora biti izpolnjen v celoti, z vsemi zahtevanimi podatki. Zlasti morajo biti utemeljeni strokovnimi razlogi za predlog. Le ti morajo biti v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja. Osebe, zadržane od dela zaradi bolezni ali poškodbe, pri katerih ocenjujejo, da bodo morale biti odsotne z dela tudi po preteku 30 koledarskih dni, so dolžni napotiti k imenovanemu zdravniku ali na zdravstveno komisijo Zavoda vsaj tri dni pred iztekom 30 dnevne zadržanosti od dela.

24. V primeru naročila imenovanega zdravnika, da izbrani osebni zdravnik pripravi predlog za obravnavo na invalidski komisiji, je izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe dolžan vso potrebno dokumentacijo pripraviti in poslati v 30 dneh na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije, in sicer priporočeno s povratnico, ki jo hrani v zdravstveni kartoteki zavarovane osebe.

25. Na področju zobozdravstvene dejavnosti zagotovili zavarovanim osebam standardne materiale in storitve ter realizirali program v razmerjih, ki so določena v Prilogi ZD ZAS II/a.

26. V primeru vgrajevanja različnih materialov v telo, so izvajalci dolžni uporabiti materiale z mednarodnim certifikatom CE.

27. Naročniki nenujnih reševalnih prevozov le te naročali samo pri izvajalcih nenujnih reševalnih prevozov, ki imajo sedež v istem kraju kot naročnik oziroma so najbližji naročniku. To pa ne velja za primere, ko se izvajalec nenujnih reševalnih prevozov vrača na svoj sedež in lahko sočasno zagotovi prevoz novega bolnika, ali izjemoma, če je to bolj racionalno, prevoz izvede izvajalec, ki ima sedež bližje prebivališču zavarovane osebe.

28. Naročniki in izvajalci nenujnih reševalnih prevozov zagotovili racionalno izvajanje prevozov tako, da bo sočasno prepeljano več bolnikov oziroma da bodo vozila opravljala vožnje brez bolnikov v najmanjši možni meri ter v primerih, ko bo to možno, na nalogu za prevoz opredelili, da bo prevoz opravil isti izvajalec v obe smeri.

29. Izvajalci sanitetnih prevozov smejo hkrati prepeljati največ toliko pacientov, kolikor je registriranih sedežev v vozilu, zmanjšano za dva.

30. Omogočili nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom in farmacevtom Zavoda vpogled v dokumentacijo, ki je podlaga za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer je potrebno upoštevati določila Zakona o varstvu osebnih podatkov.

31. Izvajalci bolnišnične dejavnosti najmanj vsake tri mesece pošiljali na IVZ potreben nabor podatkov za razvrstitev obravnav v skupine primerljivih primerov.

32. Zagotovili varno in visoko kakovostno zdravstveno obravnavo vključno z vpeljevanjem kliničnih poti, kazalnikov kakovosti in drugih metod ter orodij kakovosti. Ob tem bodo zagotovili reden notranji nadzor nad varnostjo pacientov in kakovostjo zdravstvene obravnave kot tudi širšo notranjo in zunanjo presojo kakovosti (akreditacija) na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Način vgraditve se opredeli v Prilogi BOL II/b.

33. Po zaključku zdravljenja bodo izvajalci zavarovanim osebam izstavili specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev, skladno z usmeritvami, določenimi v Prilogah ZD ZAS II/a, BOL II/b, ZDRAV II/d ter SVZ II/e.

34. Izvajalci so zavarovanim osebam dolžni zagotoviti čitanje zdravniških izvidov v elektronski obliki brez dodatnega zaračunavanja.

## Obračunavanje zdravstvenih storitev

### člen

(1) Izvajalci bodo za opravljene storitve izstavljali Zavodu račune, zahtevke za plačilo in poročila skladno z navodili Zavoda (Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev; Priročnik št. 3, navodila Zavoda, kjer so opredeljeni odgovori in usmeritve na zastavljena vprašanja glede pravilnosti evidentiranja in obračunavanja zdravstvenih storitev – npr. SPP, neakutna bolnišnična obravnava, specialistična ambulantna dejavnost ipd.). Račune, zahtevke za plačilo in poročila bodo izvajalci dostavili Zavodu najkasneje do 10. v mesecu za pretekli mesec. Socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje bodo lahko račune dostavljali Zavodu tudi dvakrat mesečno, in sicer:

- najkasneje do 25. v mesecu za storitve opravljene od 1. do vključno 15. v tekočem mesecu in

- najkasneje do 10. v mesecu za storitve opravljene od 16. do konca preteklega meseca.

Račune in zahtevke za plačilo, 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 pogodbena partnerja, vendar najpozneje do 31. januarja. 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 pogodbena partnerja, vendar najkasneje do 10. januarja.

(2) Račune, ki jih izvajalci izstavljajo na podlagi obdobnih obračunov, bodo izvajalci dostavili Zavodu v petih dneh po prejemu obvestila Zavoda o višini obračuna za posamezno obračunsko obdobje. Obvestilo o višini obračuna bo Zavod posredoval izvajalcem praviloma v 45 dneh po izteku obdobja, za katerega se pripravlja obračun. V primeru, da bi moral izvajalec izstaviti obračunski račun nižji od 15 evrov (razlika med obveznostjo ugotovljeno na podlagi obračuna in že izstavljenimi računi), se ta vrednost lahko prenese v naslednje obračunsko obdobje oziroma se poračuna pri končnem letnem obračunu. Izvajalcu pri končnem letnem obračunu ni potrebno izstavljati obračunskih računov nižjih od 3 evrov. Nestrinjanje izvajalca z višino obračuna ne zadrži obveznosti izvajalca, da Zavodu izstavi račun v višini navedeni v obvestilu. Sporni del obračuna izvajalec in Zavod rešujeta naknadno. Če izvajalec ne izstavi zahtevanega računa, ima Zavod pravico evidentirati obračunane storitve na podlagi obvestila, ki ga je izstavil izvajalcu.

(3) Dobropise na podlagi končnih in dodatnih obračunov Zavoda za preveč obračunane storitve bodo izvajalci dostavili Zavodu v petih dneh po prejemu obvestila Zavoda.

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

(5) Zavod bo izvajalcem, ki izstavljajo poročila o opravljenem delu, prvi obrok avansa v višini 50 % mesečnega avansa nakazal do 10. v mesecu. Drugi obrok v višini 20 % mesečnega avansa bo Zavod nakazal izvajalcem do 20. v mesecu. Preostala sredstva do višine mesečnega avansa bo Zavod izvajalcem nakazal do konca meseca. Če je zadnji dan zapadlosti plačila sobota, nedelja, dela prost dan v RS ali dela prost dan v plačilnem sistemu Target 2, se plačilo izvede prvi delovni dan po zadnjem dnevu zapadlosti, razen za prvi del mesečnega avansa, ki se izvede zadnji delovni dan pred zadnjim dnevom njegove zapadlosti. Zavod na svoji spletni strani meseca decembra objavi rokovnik za plačilo avansov za naslednje leto. Zavod izvajalce obvešča o metodologiji izračuna avansa.

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

(7) Morebitna dodatna določila o rokih za obračunavanje storitev opredelijo partnerji v Prilogah II.

### člen

(1) Pravilno in pravočasno izstavljene račune in zahtevke za plačilo, ki se vsebinsko in količinsko ujemajo s pogodbo in obvestili o obračunu, bo Zavod poravnal najpozneje v 30 dneh po prejemu popolne dokumentacije. Lekarnam bo Zavod poravnal zahtevke za plačilo 30. dan od prejema popolne dokumentacije. Dokumentacija je popolna, kadar so poslane tudi obvezne elektronske (RIP SBD, RIP AOR) in papirne priloge. Če te obveze ne izpolni, je dolžan izvajalcu plačati zamudne obresti skladno z obrestno mero za sredstva Zavoda pri Banki Slovenije.

(2) Zavod bo izvajalcu v roku 15 dni od prejema popolne dokumentacije zavrnil račune, zahtevke za plačilo in poročila, ki ne bodo sestavljena v skladu z opredelitvami iz prejšnjega člena, ali ne bodo v skladu s pogodbo.

(3) Zavod lahko izvede pobot neplačanih prispevkov izvajalcev zdravstvenih storitev z obveznostmi Zavoda do izvajalcev.

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

### člen

(1) Obračun opravljenih zdravstvenih storitev se izvede na podlagi meril sprejetih v tem Dogovoru ter na podlagi poročila o realizaciji dogovorjenega programa.

(2) Obračun obveznosti med izvajalci in Zavodom se izvaja za prvi in drugi kvartal v letu ter za drugo polletje (končni letni obračun). V obračun za posamezno obdobje se, razen v primerih, kjer je z Dogovorom določeno drugače, vključijo poleg prenosov nedoseženega plana in neplačane realizacije iz preteklega obdobja vse opravljene storitve v tekočem obdobju, vendar največ do plana storitev za to obdobje. Pri tem se upoštevata obdobni 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. Obračun v specialistično ambulantni dejavnosti se izvaja v skladu z naslednjim odstavkom tega člena.

(3) Če izvajalec pri posamezni specialistično ambulantni dejavnosti ne doseže planiranega števila točk v kumulativnem obdobju, doseže pa kumulativni plan obiskov, si zagotovi plačilo kumulativnega plana števila točk (z upoštevanjem že plačanih točk v koledarskem letu), določenega na podlagi kalkulativnega števila 1.430 ur efektivnega dela ambulante na leto, če realizira vsaj 85% planiranih točk v kumulativnem obdobju in je nosilec programa zdravnik. Če izvajalec ne doseže kumulativnega plana obiskov, se za obračun upošteva indeks doseganja plana točk v kumulativnem obdobju.

(4) Za izvajalce, ki izstavljajo račune oziroma zahtevke za plačilo (socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje, zdravilišča za zdraviliško dejavnost, Inštitut za varovanje zdravja, Zavodi za zdravstveno varstvo, za sanitetne prevoze bolnikov na/z dialize, za dežurno službo v lekarniški dejavnosti, za transplantacije, itd.), bo izveden poračun razlike v ceni za posamezno obračunsko obdobje.

(5) Zavod bo tromesečne podatke o realizaciji objavil na svojih spletnih straneh.

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

### člen

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

1. to omogočajo sredstva v okviru letnega finančnega načrta Zavoda,

2. je dejavnost s svojim delom prispevala k zmanjšanju stroškov Zavoda na področju posamezne zdravstvene dejavnosti ali na področjih zdravstvenega zavarovanja,

3. je to v skladu z usmeritvami in cilji Ministrstva za zdravje.

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

(3) Zavod pri končnem letnem obračunu za koledarsko leto 2012 plača izvajalcem operacij za endoproteze kolka in kolena, koronografije, ortopedske operacije rame, operacije hrbtenice, endoproteze gležnja, operacije ušes, nosu, ust in grla, operacije žolčnih kamnov, operacije na ožilju in operacije kile preseganje rednega programa, in sicer v višini do 10 % preseganja pogodbenega plana (seštevek rednega pogodbenega plana in plana po nacionalnem razpisu). S 1. januarjem 2013 se plačevanje preseganja rednega programa zniža na do 5 % preseganja pogodbenega plana. Zavod plača preseganje po ceni iz sedmega odstavka Priloge BOL II/b-2 tega Dogovora, v primeru, da izvajalec program izvaja ambulantno, pa po ceni rednega programa iz končnega letnega obračuna, ki sicer velja za določen program.

(4) Zavod bo pri končnem letnem obračunu plačal do 10 % preseganje pogodbenega plana prvih pregledov v specialistično ambulantni dejavnosti. Pri plačilu bo Zavod upošteval točkovni normativ razširjenega pregleda skupaj z začetno oskrbo (ustrezno upoštevajoč ali gre za oskrbo v operativnih ali neoperativnih strokah) v specialistični dejavnosti (šifra razširjenega pregleda 03004; šifri začetne oskrbe: 11003, 11004), povprečno ceno točke in delež obveznega zdravstvenega zavarovanja za posamezno specialistično ambulantno dejavnost v koledarskem letu.

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

(6) Izvajalci obračunavajo operacije sive mrene po kalkulaciji 201 034 okulistika – operativa iz Priloge I tega Dogovora. Izvajalci (javni zavodi in koncesionarji) operacij sive mrene ne načrtujejo in obračunavajo v okviru akutne bolnišnične obravnave (SPP). Pri vrednotenju kalkulacije 201 034 okulistika – operativa se upošteva povprečna pogodbena cena za operacijo sive mrene, ki jo je Zavod dogovoril z izbranimi ponudniki na podlagi

nacionalnega razpisa v letu 2010.

(7) Zavod bo izvajalcem plačal vse realizirane storitve pri naslednjih programih:

* državna presejalna programa Dora in Svit,
* sanitetni prevozi bolnikov na/z dialize,
* individualne učne delavnice – individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola,
* dialize (število/dnevi),
* radioterapija v specialistično ambulantni dejavnosti,
* specialistično ambulantna dejavnost onkologije (201 036),
* doječe matere (NOD),
* sobivanje staršev ob hospitaliziranem otroku do starosti otroka vključno 5 let (NOD),
* bolnišnično zdravljenje za osebe z izrečenim varnostnim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu (BOD),
* transplantacije,
* porodi v skladu s Prilogo BOL II/b,
* oploditve z biomedicinsko pomočjo v skladu s Prilogo BOL II/b,
* operacije na odprtem srcu v skladu s Prilogo BOL II/b,
* operacije rakavih bolnikov (plačajo se vse realizirane operacije, dokler dosežena čakalna doba ni krajša od enega meseca),
* PTCA – balonska dilatacija koronarnih arterij,
* zdravstvena dejavnost, ki jo opravljajo socialnovarstveni zavodi,
* zdraviliška dejavnost,
* lekarniška dejavnost.

(8) Pri obračunu nege in patronaže se upoštevata plan in realizacija nege in patronaže skupaj.

(9) V primeru, da izvajalec trajno prekine z izvajanjem zdravstvenih programov oziroma prekine pogodbo z Zavodom v času pred končnim letnim obračunom, bo Zavod ob prejemu informacije o trajnem prenehanju izvajanja dejavnosti oziroma prekinitvi pogodbe, za tega izvajalca izvedel izredni končni letni obračun. Izvajalec je dolžan Zavodu vrniti morebiti ugotovljeno preplačilo v roku 7 dni od prejema obvestila Zavoda o višini izvedenega izrednega končnega letnega obračuna. Morebitni kasnejši poračuni za obdobje, ko je bil izvajalec pogodbeno še aktiven, za izvajalce, ki so trajno prekinili pogodbo z Zavodom o izvajanju zdravstvenih storitev in za katere je bil že izveden končni letni obračun, se ne izvedejo. V primeru, da izvajalec menja pravno obliko delovanja, se izredni končni letni obračun ne izvede.

### člen

(1) O alociranju prihrankov, ki nastanejo znotraj finančnega načrta Zavoda, se partnerji dogovarjajo z aneksom k Dogovoru.

(2) Izvajalcem, ki jih Zavod financira na podlagi kombiniranega sistema glavarine in storitev (ambulante splošne in družinske medicine, otroški in šolski dispanzerji), bo Zavod zagotovil plačilo 96% celotne vrednosti programa korigirane z indeksom doseganja količnikov iz glavarine, če bo opravil vsaj 13.000 količnikov iz obiskov na leto. Preostala sredstva do polne vrednosti programa pa bo Zavod zagotovil izvajalcu (razen izvajalcu referenčne ambulante), če bo v celoti opravil dogovorjeni program preventive. Izvajalcu referenčne ambulante bo Zavod zagotovil sredstva do polne vrednosti programa, če bo vodil register obravnave bolnikov pri diplomirani medicinski sestri v skladu s smernicami za bolnike z dejavniki tveganja. Vsem izvajalcem, ki ne bodo dosegli realizacije minimalnega obsega količnikov iz obiskov, se v obračun vključi največ realiziran obseg količnikov.

(3) 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. Preostala sredstva do polne vrednosti programa bo Zavod izvajalcu zagotovil, če bo v celoti opravil zanj načrtovani program preventive. V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi načrtovanega programa preventive, mu bo Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjšal plačilo za 4% celotne vrednosti dogovorjenega programa, če je realiziral vsaj dve tretjini programa preventive, oziroma 8%, če je realiziral manj kot dve tretjini v pogodbi dogovorjenega programa preventive. Ta sredstva se razdelijo izvajalcem, ki so program preventive realizirali v celoti. V primeru, da ima izvajalec v pogodbi z Zavodom dogovorjenih več timov, se vsi parametri predhodnega odstavka preračunajo na tim. Vsem izvajalcem, ki ne bodo dosegli realizacije minimalnega obsega količnikov iz obiskov, se v obračun vključi največ realiziran obseg količnikov.

(4) Stimulacije in zmanjšanje obveznosti Zavoda, ki temeljijo na določilih tega člena, se izračunajo za ambulante splošne oziroma družinske medicine, otroške dispanzerje, šolske dispanzerje in dispanzerje za ženske ločeno in jih bo Zavod poravnal po polni ceni količnika iz obiskov. V primeru, da izvajalec ne realizira v pogodbi dogovorjenega programa preventive v splošnih, otroških in šolskih ambulantah, mu bo Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjšal plačilo za 2% celotne vrednosti programa, če je realiziral vsaj dve tretjini programa oziroma za 4%, če je realiziral manj kot dve tretjini v pogodbi dogovorjenega programa. Ta sredstva se razporedijo izvajalcem, ki so program preventive realizirali v celoti, po strukturi preseganja dogovorjenega programa preventive. Program preventive je pri posameznem izvajalcu realiziran, če je izvajalec v splošni ambulanti dosegel 90 % pogodbeno dogovorjenega obsega programa preventive, v otroškem in šolskem dispanzerju 90 % pogodbeno dogovorjenega programa preventive ter v dispanzerju za ženske 70 % pogodbeno dogovorjenega programa preventivnih pregledov raka materničnega vratu. Zaradi drugačne narave dela in večjega poudarka preventivi, se v splošnih referenčnih ambulantah zgornji odstotki ne upoštevajo.

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

(6) V primeru, da izvajalec splošne ambulante v socialnovarstvenem zavodu realizira vsaj 95 % planiranega števila količnikov, si zagotovi plačilo celotne vrednosti programa. V primeru, da izvajalec ne doseže 95 % planiranega števila količnikov, prejme plačilo v višini odstotka doseganja plana količnikov vendar ne manj kot 85% vrednosti programa.

(7) Zavod bo spodbujal izvajanje malih, srednjih in velikih posegov ter obsežno delo na primarni ravni. Zavod bo izvajalcem splošne in družinske medicine ter otroških in šolskih dispanzerjev plačal male, srednje in velike posege ter obsežno delo na podlagi realizacije, pri čemer 2/3 sredstev zagotovi Zavod in 1/3 izvajalci primarne ravni. Zavod bo pri obračunu upošteval povprečni delež obveznega zdravstvenega zavarovanja v dejavnosti in nizko ceno količnika. V dejavnosti splošne ambulante v domovih za starejše se upošteva nizka cena količnika v splošni ambulanti.

(8) Zavod bo izvajalcem v dejavnosti ortodontije zagotovil plačilo realizirane vrednosti programa največ do pogodbeno dogovorjene vrednosti programa, če izvajalec v koledarskem letu na novo vključi v zdravljenje vsaj 60 oseb. Pogoj velja za 1 tim in se ustrezno preračuna glede na število timov v pogodbi, razen pri UKC Ljubljana, kjer se pogoj upošteva za 2,70 tima. Če izvajalec ne izpolni pogoja glede vključevanja novih oseb v zdravljenje, se mu pri obračunu za obdobje januar-marec tekočega leta odšteje 4 % obračunane vrednosti za obdobje januar-december preteklega leta. Ta sredstva se razdelijo izvajalcem, ki so v preteklem letu v celoti izpolnili s pogodbo dogovorjeni program (točke) in pogoj glede vključevanja novih oseb v zdravljenje, sorazmerno glede na število timov.

## Nadzor

### člen

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

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

### člen

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

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

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

(3) Zavod kopije zapisnikov nadzorov, ki so bili opravljeni pri članih Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, posreduje Združenju.

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

(5) Ministrstvo za zdravje in Zavod v sodelovanju z Združenjem zdravstvenih zavodov Slovenije enkrat letno (v zadnjem četrtletju obračunskega obdobja) opravijo nadzor o (ne)ustreznosti sprejemov v bolnišnično obravnavo. Neustrezni sprejemi se natančneje opredelijo v Prilogi BOL II/b.

### člen

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

1. krši določila pogodbe z Zavodom, ki se nanašajo na ta Dogovor,

2. krši določila oziroma obveznosti, ki jih opredeljuje 36. člen tega Dogovora,

3. zavarovani osebi omejuje uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih pripadajo,

4. zavarovani osebi omogoči uveljavljanje pravic, ki ji po predpisih ne pripadajo,

5. nepravilno evidentira obravnavo zavarovanih oseb in pri tem povzroči Zavodu finančno škodo,

6. v zdravstveni dokumentaciji ne hrani izjave o skladnosti zobotehničnega pripomočka, skladno s Pravilnikom o medicinskih pripomočkih (Ur. l. RS, št. 71/2003) oziroma pri izvajanju svoje dejavnosti uporablja zobnoprotetične medicinske pripomočke izdelovalcev, ki niso vpisani v register izdelovalcev medicinskih pripomočkov pri Agenciji za zdravila in medicinske pripomočke.

7. ne zagotavlja doslednega evidentiranja vseh primerov obravnave zavarovanih oseb, kjer je opravljena zdravstvena storitev posledica poškodbe izven dela, poškodbe izven dela po tretji osebi, poklicne bolezni in poškodbe pri delu ter ima Zavod na osnovi določil Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju pravico in dolžnost od odgovornih povzročiteljev zahtevati povračilo škode – stroškov zdravljenja,

8. ne napoti ali ne opravi storitev za imenovane zdravnike in zdravstveno komisijo Zavoda v dogovorjenem roku,

9. ne omogoča nadzornim zdravnikom Zavoda vpogleda v tisti del zdravstvene dokumentacije, ki je Zavodu podlaga za ugotovitev realizacije programa oziroma upravičenosti zaračunanih storitev in plačilo izvajalcu, vpogleda v drugo dokumentacijo, ki je podlaga za ugotavljanje drugih pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja ali ne dostavi zahtevanih specifikacij v 14 dneh od prejema zahtevka, pri čemer je potrebno upoštevati določila Zakona o varstvu osebnih podatkov,

10. ne dostavi medicinske dokumentacije na zahtevo izbranega zdravnika ali zdravstvene komisije oziroma je le ta pomanjkljiva,

11. ima daljše čakalne dobe, kot je določeno s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah oziroma s pogodbo z Zavodom,

12. postopa v nasprotju s Pravilnikom o razvrščanju, predpisovanju in izdajanju zdravil za uporabo v humani medicini in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja,

13. postopa v nasprotju s Sklepom o boleznih in zdravstvenih stanjih zavarovancev, pri katerih so le ti upravičeni do predpisanega medicinsko tehničnega pripomočka,

14. pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev ne seznani zavarovane osebe o višini doplačila za posamezno nadstandardno storitev in ne pridobi njenega pisnega soglasja,

15. na vidnem mestu ne objavi čakalnih dob, dogovorjenih s pogodbo,

16. ne uvrsti zavarovanca v čakalni seznam,

17. ne vodi čakalnega seznama v skladu z določbami Zakona o pacientovih pravicah in Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah,

18. nepravilno evidentira napotitve,

19. Zavodu ne izstavi dokumentov (računi, zahtevki za plačilo, poročila, dobropisi) v skladu z roki iz 37. člena tega Dogovora,

20. Zavodu na njegovo posebno zahtevo ne predloži vseh dokumentov drugih izvajalcev zdravstvenih storitev, na podlagi katerih so obračunali posamezne storitve (npr. ločeno zaračunljivi material, stroške tolmača slovenskega znakovnega jezika ipd.),

21. v svojih prostorih ne zagotavlja brezplačne promocije in oglaševanja državnih preventivnih zdravstvenih programov z razpoložljivimi komunikacijskimi gradivi in orodji,

22. dosledno ne vpisuje podatkov o predpisovanju medicinsko tehničnih pripomočkov v sistem on-line,

23. ne naroča preiskav pri pooblaščenih izvajalcih, določenih s tem Dogovorom.

(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 zaračuna bistveno višja doplačila, kot jih določata zakon in sklep skupščine Zavoda,

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

### člen

(1) Izvajalec, ki prekrši pogodbeno obveznost iz prejšnjega člena, z izjemo 5. točke, je dolžan Zavodu povrniti škodo, ki je s kršitvijo nastala in je Zavod dokumentiral finančni izdatek, s katerim je bil zaradi tega obremenjen. Če škode ni mogoče utemeljiti z dokumentiranim finančnim izdatkom, Zavod izvajalcu izreče pogodbeno kazen v višini 400 eurov za vsak primer kršitve. Za vsak primer kršitve iz drugega odstavka prejšnjega člena Zavod zaračuna izvajalcu pogodbeno kazen v višini 1.200 eurov.

(2) Če je v nadzornem zapisniku ugotovljeno, da je izvajalec preveč obračunal zdravstvene storitve, mu Zavod izreče pogodbeno kazen, in sicer:

|  |  |
| --- | --- |
| vrednost nepravilno obračunanih primerov  (v EUR) | pogodbena kazen  za izvajalca  (v EUR) |
| od 101 do 1000 | 500 |
| od 1.001 do 5.000 | 1.000 |
| nad 5.000 | 2.000 |

(3) Sredstva iz naslova pogodbenih kazni bo Zavod namenil za programe za skrajševanje čakalnih dob v zdravstvu.

(4) Kadar Zavod pri nadzoru ugotovi, da je izvajalec Zavodu storitev zaračunal neupravičeno ali v previsokem znesku glede na pravila, ki veljajo na področju obračunavanja zdravstvenih storitev, nepravilni obračun primera zavrne v celoti. Izvajalec je dolžan Zavodu izstaviti storno obračuna.

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

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

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

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

(6) Za dobropise na podlagi ugotovitev nadzora Zavoda veljajo enake določbe kot za dobropise medletnih oziroma končnega letnega obračuna, ki so določeni v tretjem odstavku 37. člena. Izvajalcu ni treba izstavljati dobropisa ali storno poročil za zneske, ki ne presegajo 13 eurov.

### člen

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

1. pri izvajanju pogodbe s posameznim izvajalcem ne spoštuje določil tega Dogovora ali sicer krši določila Dogovora,

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

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

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

### člen

(1) Zavod po postopku, opredeljenem v statutu iz prvega odstavka 42. člena Dogovora, opravlja nadzor nad izdajanjem in zaračunavanjem zdravil in medicinskih pripomočkov, nad uresničevanjem pravic zavarovanih oseb ter nad izvajanjem pogodb v skladu z veljavnimi zakoni in v skladu s tem Dogovorom.

### člen

(1) Zavod se obvezuje, da se bodo spremembe postopkov pri izvajalcih ter spremembe evidentiranja in fakturiranja urejale največ trikrat letno, in da bo seznanil izvajalce najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo. Zavod se tudi obvezuje, da bo zavarovane osebe sproti obveščal o njihovih pravicah in o načinu uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

## Zagotavljanje podatkov za potrebe analiz in planiranja

### 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 elektronskem nosilcu podatkov. 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. V okviru nabora podatkov bodo lekarne Zavodu posredovale tudi številko recepta, opremljeno s črtno kodo.

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 temelji Dogovor morajo biti na zahtevo podpisnikov tega Dogovora dostopni tudi njim. Podatke, ki so določeni kot poslovna skrivnost, morajo prejemniki kot take tudi varovati.

### člen

(1) V letu 2012 bo Zavod na podlagi podatkovne zbirke AOR (Avtomatska obdelava receptov) obdeloval podatke o predpisovanju zdravil na recepte po izvajalcih in območjih ob upoštevanju ciljnih vrednosti po metodologiji STIRA ter o ugotovitvah seznanjal partnerje. Zavod je dolžan posredovati podatke o predpisanih zdravilih izvajalcem četrtletno, najpozneje dva meseca po izteku analiziranega obdobja.

### člen

(1) Partnerji se v Prilogi BOL II/b-8 dogovorijo o kazalnikih poslovne učinkovitosti, ki jih bodo spremljali. Kazalnike za preteklo leto izvajalci objavijo na svojih spletnih straneh do 20. 3. tekočega leta.

## Arbitraža

### člen

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

1. arbitraža je pri svojem delu neodvisna in samostojna;
2. sedež arbitraže je v Ljubljani;
3. arbitraža je ustanovljena za reševanje spornih vprašanj med partnerji, ki so navedeni v 63. členu ZZVZZ;
4. udeleženci arbitraže sami zagotavljajo sredstva za njeno delo;
5. arbitražo sestavlja:

* največ pet arbitrov Ministrstva za zdravje,
* največ pet arbitrov Zavoda,
* 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);
  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 petih dneh od prejema arbitražnega zahtevka pozvati partnerje, da imenujejo arbitre in njihove namestnike. Udeleženec arbitraže pisno sporoči vsem partnerjem ime arbitra in njegovega namestnika, ki ga bo zastopal v postopku, v roku osem dni od poziva vodje pogajalske skupine za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov. Vsak arbiter mora imeti namestnika, ki ima enake pravice in obveznosti kot arbiter.
  2. Vsak udeleženec arbitraže, ki predstavlja izvajalce, se lahko pisno odpove pravici do udeležbe v posameznem arbitražnem postopku v roku za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov.

7.1. Prvi narok arbitraže skliče vodja pogajalske skupine najkasneje v 15 dneh od vložitve zahteve za arbitražno presojo pri vodji pogajalske skupine. V kolikor vsi partnerji soglašajo, se ti roki lahko podaljšajo za največ enkrat. Soglasja za preložitev prvega naroka arbitraže je dolžan pridobiti predlagatelj preložitve in jih najpozneje en dan pred sklicem prvega naroka arbitraže predložiti vodji pogajalske skupine.

7.2. Arbiter in njegov namestnik morata najkasneje na začetku naroka predložiti pooblastila za zastopanje v arbitražnem postopku.

1. Člani arbitraže izmed sebe izvolijo predsednika arbitraže in njegovega namestnika. Namestnik je lahko izvoljen izmed članov ali namestnikov.
2. Predsednik arbitraže vodi delo arbitraže, zagotavlja zakonitost postopka ter pripravi pisni odpravek sporazuma oziroma 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 vsaj po en pooblaščen predstavnik ali namestnik arbitra vsakega partnerja in zapisnikar.
3. 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 pooblaščeni arbiter oziroma njegov namestnik, ki je predstavnik udeleženca arbitraže na strani izvajalcev, ne udeleži prvega naroka arbitraže šteje, da se je odpovedal pravici do udeležbe na arbitraži.

11.2. V primeru, ko arbitraža odloča o neizbiri izvajalca na razpisu programov zdravstvenih storitev, ki ga je objavil Zavod, je arbitraža sklepčna, če sta na seji prisotna vsaj dva arbitra, ki sta bila imenovana s strani Ministrstva za zdravje, vsaj dva arbitra, ki sta bila imenovana s strani Zavoda ter vsaj en arbiter, ki zastopa partnerje s strani izvajalcev.

11.3. 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.

1. Postopek pred arbitražo je javen in mora biti opravljen hitro.

13.1. Arbitraža mora sprejeti svoje odločitve najkasneje na dveh narokih. Drugi narok ne sme biti sklican več kot osem dni po prvem naroku razen, če se arbitraža ne dogovori drugače.

13.2. V kolikor arbitraža v posameznih odločitvah ali v celoti ni dosegla sporazuma, mora Ministrstvo za zdravje sporno vprašanje, ki mu priloži pisno stališče vsakega posameznega udeleženca arbitraže (razen če se udeleženec arbitraže pravici do stališča pisno odpove), predložiti v odločanje Vladi R Slovenije najkasneje v roku 21 dni od prejetega potrjenega zapisnika arbitraže.

1. Na predlog kateregakoli arbitra se seja arbitraže prekine za največ 15 minut.
2. Za pojasnitev posameznih spornih vprašanj ali predložitev dodatnih argumentov lahko vsak arbiter določi katerokoli osebo, ki je od njega povabljena na narok.

## Sklepanje pogodb, odstop od pogodbe in reševanje sporov

### člen

(1) Pri sklepanju pogodb s posameznimi izvajalci se uporabljajo določila tega Dogovora pri tem pa se za posamezno dejavnost uporabljajo tudi določila tiste Priloge II, kjer je dejavnost opredeljena.

(2) Če izvajalec določeno storitev oziroma poseg izvaja v obsegu, ki je na letni ravni manjši od 50, Zavod z izvajalcem ne sme skleniti pogodbe o izvajanju tega posega oziroma storitve. Število posegov na letni ravni, ki je pogoj za sklenitev pogodbe o izvajanju tega posega, se 1. januarja 2012 spremeni na 75 posegov, 1. januarja 2013 pa na 100 posegov. Izjema so ekskluzivni izvajalci na nacionalni ravni. Določba ne velja za posege oziroma storitve, kjer je število posegov oziroma storitev na nacionalni ravni manjše od 100 in te posege oziroma storitve izvajata največ dva izvajalca.

(3) 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.

(4) Pri prenosu programov v dejavnostih, ki se v letu 2012 ne standardizirajo, se prenaša število delavcev iz ur v sorazmerju s prenesenimi programi, z upoštevanjem storilnosti na delavca iz pogodb za leto 2012.

(5) Pogodba, pri kateri kdo v imenu ali na račun druge pogodbene stranke, predstavniku ali posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja obljubi, ponudi ali da kakšno nedovoljeno korist za:

- pridobitev posla ali

- za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali

- za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali

- za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je

omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega

sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku; je nična.

### člen

(1) Zavod ali izvajalec lahko odstopita od pogodbe v primeru, če kljub pisnim opozorilom nasprotna stran nadaljuje s kršitvami obveznosti iz tega Dogovora ali pogodbe, opravlja dejavnost v nasprotju s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja ali v primeru, če ne bi več mogla uresničevati prevzetih obveznosti.

(2) Odpovedni rok za pogodbo pri javnih zdravstvenih zavodih je enak 30 dni, pri zasebnikih s koncesijo pa je enak odpovednemu roku, ki je opredeljen v koncesijski pogodbi in ne more biti krajši od 30 dni.

(3) Do izteka odpovednega roka izvajalec opravlja program storitev v skladu s pogodbo in po cenah storitev veljavnih na dan odpovedi.

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

### člen

(1) Partnerji se obvezujejo, da bodo spore, ki bi nastali pri izvajanju tega Dogovora ali sklenjenih pogodb med izvajalci in Zavodom, reševali sporazumno.

(2) Spore glede izbire izvajalcev in sklepanja pogodb razrešuje arbitraža po določilih zakona in tega Dogovora.

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

## Prehodne in končne določbe

### člen

(1) Vkalkulirana vrednost programov zdravstvenih storitev oziroma cen se od 1. 4. 2009 zmanjša za 2,5 %.

(2) Vkalkulirana vrednost oziroma cene programov paliativne oskrbe Hospic, podaljšanega bolnišničnega zdravljenja ter bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe se od 1. 1. 2011 ne znižajo za 2,5 %.

(3) Izvajalcem specialistične bolnišnične dejavnosti psihiatrije (razen UKC LJ in MKZ Rakitna) se veljavne cene primerov znižajo za toliko, da je znižanje pogodbenih vrednosti na letni ravni enako 1,6 milijonov evrov. Vsem izvajalcem se cene znižajo za enak odstotek. Znižanje cen v letu 2011 mora biti izvedeno tako, da od 1. 11. 2011 pomeni finančni učinek 0,6 milijonov evrov. S 1. 1. 2012 se sredstva, pridobljena z znižanjem pogodbenih vrednosti (1,6 mio EUR) v skladu z dokumenti Ministrstva za zdravje namenijo za širitev specialistično ambulantne dejavnosti psihiatrije in skupnostne psihiatrije.

(4) Planirana sredstva za terciar I iz Tabele 2 Priloge BOL II/b-4 se od 1. 11. 2011 znižajo za 5 %.

(5) Če bo potreben rebalans Finančnega načrta Zavoda za leto 2011 in bodo potrebni varčevalni ukrepi, Zavod zaradi tega ne more enostransko znižati akontacije izvajalcem. Akontacije izvajalcem tekom leta morajo namreč v kar največji možni meri odsevati plačilo za do tedaj realizirani obseg programa (glede na pogodbeno dogovorjeno vrednost programa), kot take se lahko dinamično prilagajajo zgolj realiziranemu obsegu programa posameznega izvajalca glede na pogodbeni obseg programa (ki je opredeljen bodisi v pogodbi med izvajalci in Zavodom bodisi v Dogovoru (na primer: plačevanje do 20 % preseganja planiranega obsega programa)) in posledično vrednosti. Zniževanje akontacij ne more temeljiti zgolj na slabšem finančnem položaju Zavoda. Prav tako Zavod ne more varčevalnih ukrepov uveljaviti s pavšalnim znižanjem vrednosti programov zdravstvenih storitev, temveč te znižuje parcialno, kar pomeni zniževanje cen izbranih zdravstvenih storitev, kjer je to možno brez poseganja v dosedanjo raven kakovostnih obravnav s strokovno medicinskega vidika. Ob tem Zavod varčevalne ukrepe za zagotovitev nadaljnje finančne vzdržnosti prioritetno zagotavlja z obvladovanjem izdatkov za zdravila (tako ambulantna kot bolnišnična), bolniškega staleža, z uravnavanjem plačil z drugimi državami, ki izhajajo iz dogovorjenih pravic in obveznosti na osnovi mednarodnih dogovorov in aktivnostmi, ki znižujejo dolg zavezancev za plačilo prispevkov za obvezno zdravstveno zavarovanje in preostale odprte terjatve.

### člen

(1) Izvajalci si bodo prizadevali zagotoviti ustrezno razpoložljiv, zanesljiv in varen informacijski sistem, ki bo zagotavljal nemoteno delovanje oziroma poslovanje v sistemu »on-line« in izvajanje storitev, ki jih bo omogočil projekt E-Zdravje. Ob začetku projekta IZDATKI bodo izvajalci poročila, zahtevke za plačilo, račune in druge podatke, ki se nanašajo na obračun zdravstvenih storitev, posredovali Zavodu v skladu z navodili, ki jih bo pripravil Zavod. Sredstva za nadgradnjo programske opreme pri izvajalcih so zagotovljena v okviru cen zdravstvenih storitev. Zavod mora pri izvajalcih zdravstvenih storitev spremljati namenskost porabe sredstev za informatizacijo, kot so opredeljena v drugem odstavku 15. člena tega Dogovora.

(2) Izvajalci zdravstvenih storitev zagotovijo prehod na nov šifrant vrst zdravstvenih dejavnosti v skladu s terminskim načrtom in funkcionalnimi zahtevami, ki jih določita Ministrstvo za zdravje in Inštitut za varovanje zdravja. Nov šifrant se uporablja od 1. januarja 2012.

### člen

(1) Če izvajalec Zavodu do roka ne pošlje podatkov, ki bi jih v skladu s tem Dogovorom moral poslati (računi; poročila; zahtevki za plačilo; podatki, potrebni za sklenitev pogodbe kot so npr. planirana čakalna doba, ordinacijski časi, ločeno zaračunljiv material, seznam šoferjev, vozil ipd.; obrazložitev za več kot 10% preseganja plana ločeno zaračunljivega materiala; poročilo o čakalnih dobah in številu čakajočih v skladu z navodili Zavoda; dobropis oziroma storno poročila v skladu z ugotovitvami nadzora, če ni zahteval sodnega varstva), ali če izvajalec ne ravna v skladu z določbami pogodbe o koncesiji oziroma odločbe o podelitvi koncesije, mu Zavod lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo, vse dokler izvajalec ne pošlje podatkov oziroma ne spoštuje določil pogodbe o koncesiji oziroma odločbe o podelitvi koncesije. Zavod lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo tudi, kadar izvajalec Inštitutu za varovanje zdravja ne pošlje podatkov o čakalnih dobah v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah, oziroma ko izvajalec ne spoštuje določb navedenega pravilnika. Ustavitev izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo traja, dokler izvajalec ne pošlje podatkov, ki bi jih sicer moral v skladu s predpisanimi roki. V zvezi z neposredovanjem podatkov, ki bi jih izvajalec moral posredovati do roka, in posledično začasno ustavitvijo izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo, Zavod upošteva tudi objektivne težave izvajalca in morebitno nezmožnost posredovanja podatkov na prvi dan v mesecu, če je ta dan sobota, nedelja ali praznik. V zvezi z začasno ustavitvijo izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo Zavod obravnava vsakega izvajalca posebej.

### člen

(1) Za predpisovanje ortopedskih čevljev po mavčnem odlitku lahko Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije - SOČA obračuna aplikativne točke ob izdaji pripomočka (403 088 aplikacija pripomočka), Univerzitetni klinični center Maribor in Splošna bolnišnica Celje pa obračunata točke v okviru specialistično ambulantne dejavnosti (201 046 fiziatrija).

### člen

(1) Med storitve, ki se obračunavajo Zavodu se vključi storitev, ki se zagotavlja bolniku preko telemedicinskih naprav. Šifra te storitve je: 91101 - kratka kontrolna (ponovna) obravnava v specialistični ambulantni dejavnosti brez prisotnosti bolnika \*\*\* (1 zdravnik in 1 srednja medicinska sestra - 0.63 točke). Pogoji za obračunavanje omenjene storitve so:

* Bolnik ima veljavno napotnico za tega specialista.
* Opravljena telemedicinska storitev je bila načrtovana ob prvem pregledu (npr. kontrolni posvet z bolnikom in nasvet bolniku brez pregleda ali posega), kar mora biti razvidno iz medicinske dokumentacije.
* Datum, vsebina posveta in nasveta so bili zabeleženi v bolnikovi specialistični zdravstveni dokumentaciji in osebni zdravnik je dobil pisni izvid.

### člen

(1) Vsi bolniki s tuberkulozo se obravnavajo pod okriljem Bolnišnice Golnik, kjer je sedež Nacionalnega programa za tuberkulozo. Sredstva za antituberkulotike, ki se porabijo za ambulantno zdravljenje, se prenesejo v program Bolnišnice Golnik, ki neposredno oskrbuje bolnike z zdravilom. Zdravila plačuje Zavod skladno z obračuni Bolnišnice Golnik. Določba velja do zagotovitve zdravil v prosti prodaji.

### člen

(1) Zavod bo navodila, obvestila o spremembah cen in druga obvestila, okrožnice ter druge dokumente, ki ne zahtevajo odgovora izvajalca, le tem posredoval po elektronski pošti. V ta namen vsi izvajalci ob sklenitvi pogodb za leto 2012 posredujejo svoj elektronski naslov in se zavežejo, da bodo redno pregledovali elektronsko pošto. Zavod in izvajalci se lahko dogovorijo, da si bodo tudi ostale dokumente izmenjevali izključno v elektronski obliki. Izvajalci Zavodu posredujejo tudi elektronski naslov, ki služi za komunikacijo med izvajalci in zavarovanimi osebami.

### člen

(1) Izvajalci morajo imeti vzpostavljeno lastno spletno stran. Novi izvajalci morajo spletno stran vzpostaviti v roku treh mesecev od datuma podpisa pogodbe z Zavodom.

### člen

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

### člen

(1) V primeru, da je izvajalec zavarovani osebi neupravičeno zaračunal opravljene zdravstvene storitve, Zavod neupravičeno zaračunani znesek vrne zavarovani osebi. Pri naslednjem obračunu se neupravičeno zaračunani znesek izvajalcu odšteje.

### člen

(1) Ministrstvo za zdravje, Ministrstvo za delo družino in socialne zadeve, Zavod, Skupnost socialnih zavodov Slovenije in Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije bodo v letu 2012 skupaj proučili spremenjena Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege (v nadaljevanju: Merila).

(2) Vsi socialnovarstveni zavodi in zavodi za usposabljanje bodo v 3-mesečnem testnem obdobju v času od 1.1.2012 do 31.12.2012 vodili dvojno zdravstveno dokumentacijo - po starih in novih Merilih. Na osnovi zaključkov analize bodo dokončno oblikovana Merila, ki bodo osnova za oblikovanje cen in financiranje zdravstvene dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje v letu 2013.

### člen

(1) Ministrstvo za zdravje bo v letu 2010 skupaj z Lekarniško zbornico Slovenije in Zavodom proučilo in oblikovalo nov način oblikovanja cen lekarniških storitev.

### člen

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

### člen

(1) Stroške v zvezi s tolmačenjem slovenskega znakovnega jezika plača izvajalcem Zavod posebej, in sicer v višini v skladu s Tarifo za tolmače slovenskega znakovnega jezika, ki je objavljena v Uradnem listu. Izvajalci Zavodu za te storitve izstavijo račun. Stroški v zvezi s tolmačenjem slovenskega znakovnega jezika se obračunajo v ustreznem deležu med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, in sicer se upoštevajo obračunani deleži za storitve ob katerih je bila storitev tolmačenja opravljena.

### člen

(1) Izbrani osebni zdravnik oziroma izbrani osebni ginekolog, ki žensko napoti na mamografsko preiskavo mora na napotnico ustrezno označiti, ali gre za:

* preventivno (presejalno) mamografijo po kriterijih iz Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju (oznaka na napotnici Z01.6 - rutinski mamogram osebe brez težav ali druge diagnoze )
* mamografsko preiskavo pri simptomatski ženski, torej tisti, ki ima neobičajne tipne spremembe v dojki (oznaka na napotnici D48.6 - neoplazma negotove narave v dojki ali Z03.1 - opazovanje zaradi suma na maligno neoplazmo).

(2) Vsi izvajalci programa mamografije (bolnišnice, zdravstveni domovi in zasebniki) morajo, do vzpostavitve organiziranega presejanja za raka dojk na področju celotne države, voditi poimenski seznam žensk, pri katerih je bila v letu 2012 opravljena mamografija. Seznam mora vsebovati vsaj naslednje podatke: ime in priimek ženske, rojstni datum, datum naročanja na preiskavo, datum opravljene preiskave, podatek o namenu mamografije. Za opredelitev namena mamografije se uporabljajo trije opisi:

1. mamografija, opravljena pri simptomatski ženski (za razjasnitev neobičajnih tipnih ali drugih sprememb v dojki),
2. preventivna (presejalna) mamografija po kriterijih iz Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju,
3. druga mamografija (mamografija ki ne ustreza pogojem iz Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju oziroma ženska nanjo ni bila napotena zaradi neobičajnih tipnih sprememb).

(3) Agregirane podatke za leto 2012 posreduje izvajalec Onkološkemu inštitutu, Epidemiologija in register raka, do 31. 1. 2013. V poročilu mora biti posebej obrazložen razlog za "druge mamografije" iz zgoraj omenjene 3. točke.

### člen

(1) Pogodbe sklenjene med Zavodom in izvajalci za pogodbeno leto 2012 se uporabljajo od 1. 1. 2012 dalje, razen z novimi zasebniki in novimi izvajalci, ki se uporabljajo od 1. 6. 2012. Pogodbe z novimi lekarnami in novimi socialnovarstvenimi zavodi pričnejo veljati od dneva, ko le-ti izpolnjujejo vse pogoje za delovanje.

### člen

(1) Po sprejemu finančnega načrta Zavoda za leto 2012 in sprejemu posebnega sklepa Upravnega odbora Zavoda o obsegu programa zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev in skupinske obnovitvene rehabilitacije lahko Zavod objavi razpis o izbiri organizatorjev zdravstvenega letovanja otrok in skupinske obnovitvene rehabilitacije za dve leti.

### 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 2012, imajo pravico predlagati spremembo Dogovora 2012.

(2) Za spremembe in dopolnitve Dogovora 2012 velja enak postopek, kot za njegov sprejem.

### člen

(1) Skladno s spremembami, dogovorjenimi v aneksih k temu Dogovoru, se ustrezno uskladijo priloge k Dogovoru. Spremembe, dogovorjene z aneksi k temu Dogovoru, veljajo in se uporabljajo tudi v naslednjih Dogovorih, razen v primeru, ko se partnerji z aneksom dogovorijo, da se posamezne določbe upoštevajo le v tekočem pogodbenem letu.

### člen

(1) Dogovor 2012 velja od dneva podpisa vseh partnerjev oziroma odločitve arbitraže ali sklepa Vlade R Slovenije, uporablja pa se od 1. 1. 2012.

(2) Dogovor 2012 velja dokler partnerji ne sprejmejo novega Dogovora.

### člen

(1) Partnerji se zavezujejo, da bodo ukrepali v smeri uresničevanja Dogovora2012 pri svojih članih.

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

|  |  |
| --- | --- |
| Številka: 1720-1/2012  Datum: 29.12. 2011 | Ministrstvo za zdravje  Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije  Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije  Zdravniška zbornica Slovenije  Lekarniška zbornica Slovenije  Skupnost slovenskih naravnih zdravilišč  Skupnost socialnih zavodov Slovenije  Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije |

Priloga I

Kalkulacije za planiranje in financiranje   
programov zdravstvenih storitev

Priloga I/a

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

Priloga II

Oblikovanje in financiranje programov

* na primarni ravni Priloga ZD ZAS II/a
* na sekundarni in terciarni ravni Priloga BOL II/b
* za lekarniško dejavnost Priloga LEK II/c
* za zdravstveno dejavnost naravnih zdravilišč Priloga ZDRAV II/d
* za zdr. dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje Priloga SVZ II/e

Priloga III/a

Cenik ločeno zaračunljivega materiala

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Šifra po šifrantu 16** | **Šifra po šifrantu 15 j** | **Ločeno zaračunljivi materiali in preiskave** | **Merska enota** | **Tekoča cena za  mersko enoto (v EUR)** |
| (1) točka 1 | 0008 | Q0001 | Standardna kovina za izdelavo fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov v zobozdravstvu | gram | po ceni, ki jo določi  UO Zavoda |
| (1) točka 2 | 0008 | Q0002 | diapozitivi na področju ortodontije | kos | 0,55 |
| (1) točka 3 |  | | konfekcijski elementi za fiksne ortodontske aparate: |  | |
| 0008 | Q0003 | vratni teg | kos | 10,56 |
| 0008 | Q0004 | obrazni lok | kos | 13,78 |
| 0008 | Q0005 | titanov lok-okrogli | kos | 3,76 |
| 0008 | Q0006 | titanov lok – oglati | kos | 5,01 |
| 0008 | Q0007 | jekleni lok, tuba (Quad helix) | kos | 6,93 |
| 0008 | Q0008 | palatinalni lok, tuba | kos | 6,68 |
| 0008 | Q0009 | pleteni lok | kos | 5,01 |
| 0008 | Q0010 | kljukica za lok | kos | 2,92 |
| 0008 | Q0011 | obroček za pričvrstitev (s tubo in kaveljčkom, z lingv.cevkami) | kos | 8,76 |
| 0008 | Q0012 | nosilec (Bracket) | kos | 3,51 |
| 0008 | Q0013 | obrazna maska (Delair) | kos | 114,82 |
| (1) točka 4 |  | | ICT, HBS-AG, test na toksoplazmozo |  | |
| 0008 | Q0014 | ICT - indirektni Coombsov test (pri nosečnicah) | preiskava | 17,01 |
| 0008 | Q0015 | Specifikacija / gel (pri nosečnicah) | preiskava | 72,82 |
| 0008 | Q0016 | titri protiteles (pri nosečnicah) | preiskava | 135,01 |
| 0008 | Q0017 | določitev antigena (1x) (pri nosečnicah) | preiskava | 2,94 |
| 0008 | Q0018 | ADCC test (Antibody Dependent Cellular Cytotoxycity) | preiskava | 120,81 |
| 0008 | Q0019 | HBS-Ag (preiskava za dokaz virusnega hepatitisa) | preiskava | 17,16 |
|  | | Test na toksoplazmozo: |  | |
| 0008 | Q0020 | ELISA IgG ali IFT IgG | test | 21,22 |
| 0008 | Q0021 | ELISA IgM | test | 21,22 |
| 0008 | Q0022 | ELISA IgG avidnost | test | 34,47 |
| (1) točka 5 |  | | Rhesonativ ali drugi imunoglobulini anti D, preiskava brisov PAPP in prosti HCG (opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14. tedna nosečnosti |  | |
| 0008 | Q0068 | Rhesonativ 625 i.e. / 1 ml (delovna šifra 007510) | ampula | 23,29 |
| 0008 | Q0069 | Rhesonativ 625 i.e. / 2 ml (delovna šifra 007650) | ampula | 46,14 |
| (1) točka 5+6 | 0008 | Q0024 | preiskava brisov pri ženskah Papanicolau | preiskava | 7,97 |
| (1) točka 6 | 0008 | Q0060 | meritev nuhalne svetline | test | 38,81 |
| 0008 | Q0061 | Dvojni presejalni test (PAPP-A, prosti Hcg) | test | 38,81 |
| (1) točka 7 | 0008 | Q0026 | četverni presajalni test (AFP, hcg.uE3, Inhibin A in BIP) | test | 33,38 |
| (1) točka 11 | 0008 | Q0066 | Preskrba s kisikom | kg | 0,19 |
| (1) točka 12 | 0008 | Q0065 | Ampulirana zdravila za ambulantno zdravljenje alergijske astme (IgE-Omalizumab-antigonist protiteles), 150 mg | ampula | po veljavnem ceniku zdravil |
| (2) točka 1 |  | | infuzijski sistemi in zdravila za zdravljenje borelioze |  | |
| 0008 | Q0027 | zdravilo (Lendacin 2 g) | ampula | po veljavnem ceniku zdravil |
| 0008 | Q0028 | infuzijska tekočina 100 ml (natrii chloridi infundibile 0,9 %) | plastenka | po veljavnem ceniku zdravil |
| 0008 | Q0029 | infuzijski sistem z iglo in nosilcem intravenozne kanile | komplet | 1,64 |
| (2) točka 2 |  | | serološke preiskave na boreliozo |  | |
| 0008 | Q0030 | ugotavljanje protiteles z ELISA metodo ali indirektnim  imunofluorescenčnim testom (IgM ali IgG) | test | 27,37 |
| 0008 | Q0031 | imunoblot (IgM ali IgG) | test | 97,45 |
| (2) točka 3 | 0008 | Q0032 | testiranje HIV | preiskava | 14,86 |
| (2) točka 4 | 0008 | Q0033 | histopatološke preiskave | točka  (po Zeleni knjigi) | 1,74 |
| (2) točka 5 | 0008 | Q0034 | ampulirana zdravila, ki jih predpišejo klinike in predhodno odobri Zavod | ampula | po veljavnem ceniku zdravil |
| (2) točka 7 | 0008 | Q0035 | citološke preiskave punktata dojke | preiskava | 34,13 |
| (2) točka 8 | 0008 | Q0036 | tumorski markerji za dejavnost bolezni dojk | preiskava | 22,12 |
| (2) točka 9 | 0008 | Q0037 | Preiskave: TSH | test | 5,78 |
| 0008 | Q0038 | FT3 | test | 5,78 |
| 0008 | Q0039 | FT4 | test | 5,78 |
| (2) točka 10 | 0008 | Q0048 | Določitev PSA v skladu s strokovnimi priporočili (laboratorijska preiskava + odvzem) | kos | 15,50 |
| (2) točka 11 | 0008 | Q0064 | HPV testiranje v skladu s smernicami za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu | test | 30,00 |
| (2) točka 11 | 0008 | Q0067 | Komplet za odvzem vzorca za test HPV (epruveta za odvzem, pisemska ovojnica, nalepke, poštnina itd.) | komplet | 5,00 |
| (8) | 0008 | Q0098 | Testerji za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu | kos | 6,54 |
| (8) | 0008 | Q0099 | Sredstva za čiščenje črevesja pred kolonskopijo (program SVIT) | kos | 13,64 |
| (9) | 0008 | Q0062 | Polipektomijske zanke (za enkratno uporabo) | kos | 19,32 |
| (9) | 0008 | Q0063 | Polipektomijske zanke za specifične potrebe | kos | Cena po veljavnem ceniku dobavitelja preračunana na primer obravnave bolnika, ki jo izvajalec predloži Zavodu |
| \* cenik velja od 1.1.2012 dalje  \*\* cene vključujejo DDV | | | | | |

Priloga III/b

Cenik ločeno zaračunljivega materiala  
za socialnovarstvene zavode in zavode za usposabljanje

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **Šifra po šifrantu 16** | **Šifra po šifrantu 15 j** | **Ločeno zaračunljivi materiali** | **Merska enota** | **Tekoča cena za  mersko enoto (v EUR)** |
| (4) | 0008 | Q0029 | Infuzijski sistem z iglo in nosilcem intravenozne kanile | komplet | 1,64 |
| (4) | 0008 | Q0028 | Natrii cloridi raztopina za intravensko infudiranje 0,9% 100ml | plastenka | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0049 | Natrii cloridi raztopina za intravensko infudiranje 0,9% 250ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0050 | Natrii cloridi raztopina za intravensko infudiranje 0,9% 500ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0051 | Glukosa raztopina za intravensko infudiranje 5% 250ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0052 | Glukosa raztopina za intravensko infudiranje 5% 500ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0053 | Glukosa raztopina za intravensko infudiranje 10% 500ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0054 | Ringerjeva raztopina za intravensko infundiranje 500ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0055 | Nutriflex peri infuzijska raztopina  1000 ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0056 | Nutriflex peri infuzijska raztopina  2000 ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0057 | Aminosteril N-Hepa 8 %  500 ml | kos | po veljavnem ceniku zdravil |
| (4) | 0008 | Q0058 | Ampulirana zdravila | ampula | po veljavnem ceniku zdravil |

\* Cenik velja od 1. 1. 2012 dalje

\*\* Cene vključujejo DDV.

Priloga IV

Seznam izvajalcev, katerim Zavod plačuje UZ ščitnice

|  |  |
| --- | --- |
| **IZVAJALEC** | |
|  | Univerzitetni klinični center Ljubljana - Klinika za nuklearno medicino |
|  | Univerzitetni klinični center Ljubljana - Oddelek za pediatrijo |
|  | Onkološki inštitut Ljubljana |
|  | Univerzitetni klinični center Maribor - Oddelek za nuklearno medicino |
|  | Bolnišnica Celje - Oddelek za nuklearno medicino |
|  | Bolnišnica Izola - Oddelek za nuklearno medicino |
|  | Bolnišnica Šempeter pri Novi Gorici - Oddelek za nuklearno medicino |
|  | Bolnišnica Slovenj Gradec - Oddelek za nuklearno medicino |
|  | Diagnostični center Vila Bogatin, Bled |
|  | Zasebna ambulanta MDT d.o.o. Andrej Veble, dr. med., Maribor |
|  | Zasebna specialistična ambulanta za bolezni ščitnice in druge notranje bolezni, dr. Bojan Pustovrh, Celje |

Priloga V

S K U P N E O S N O V E

za oblikovanje dogovora socialnovarstvenega zavoda   
z izvajalcem zdravljenja v socialnovarstvenem zavodu

**PRAVNE PODLAGE**

Osnove za zdravljenje stanovalcev domov za starejše in posebnih socialnovarstvenih zavodov urejajo:

* Zakon o zdravstveni dejavnosti
* Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
* Zakon o socialnem varstvu
* Splošni dogovor za pogodbeno leto

**IZHODIŠČA**

1. Delo zdravniške ekipe, ki izvaja zdravljenje v socialnovarstvenem zavodu, se nanaša na delo v ambulanti splošne medicine v socialnovarstvenem zavodu ter na delo ob postelji oskrbovanca v primerih, ko to zahteva sprememba njegovega zdravstvenega stanja.

Na podlagi določil 3. člena tega Dogovora ter v okviru veljavnega standarda (najmanj 5 ur dela zdravniške ekipe na posteljo letno, 1.514 ur letnega efektivnega dela ambulante) zagotavljajo izvajalci zdravljenja ordinacijski čas v socialnovarstvenem zavodu v obsegu 32,5 ur efektivne delovne obveznosti zdravniške ekipe na teden.

Ordinacijski čas je efektivni delovni čas izvajalca zdravljenja, namenjen za potrebe zagotavljanja zdravstvenega varstva oziroma zdravljenja oskrbovancev socialno varstvenega zavoda v okvirih prvega odstavka 1. točke izhodišč ter 2. in 3. točke elementov dogovora iz skupnih osnov.

Storitve dežurne službe in nujne medicinske pomoči so oskrbovancem zavoda zagotovljene na enak način, kot so v skladu z organiziranostjo v lokalnem okolju zagotovljene ostalim prebivalcem.

1. Izvajalec zdravljenja v skladu s svojimi kompetencami in pristojnostmi ter glede na določila Priloge SVZ II/e ne prevzema odgovornosti in obveznosti v zvezi z evidentiranjem sprememb pri razvrščanju oskrbovancev v skupine zahtevnosti zdravstvene nege, ki je v pristojnosti socialnovarstvenega zavoda in vodje zdravstveno-negovalne službe.

**ELEMENTI DOGOVORA**

1. Izvajalec zdravljenja (zdravstveni dom, zasebnik) ....................................…..…………. bo v pogodbenem letu opravil ...............………….. ur efektivnega dela zdravniške ekipe (zdravnika) na posteljo v Domu ……..........................................................………………….., kar znaša letno ..................... ur oziroma najmanj .......................... ur na teden.
2. Delo v ambulanti socialnovarstvenega zavoda in ob postelji oskrbovancev bo predvidoma opravljal zdravnik .........................................……….……... v skladu z določili letne pogodbe izvajalca zdravljenja in ZZZS ter na podlagi mesečnih razporedov, usklajenih za mesec dni v naprej.
3. Izvajalec zdravljenja se zavezuje, da bo v času odsotnosti razporejenega zdravnika zagotovil nadomeščanje.
4. Določilo za primere, ko so ambulantne sestre in drugi izvajalci zdravstvenih storitev iz zdravniške ekipe po normativu ambulante v socialnovarstvenem zavodu delavci socialnovarstvenega zavoda:

* Izvajalec zdravljenja bo za pokrivanje stroškov dela ambulantnega zdravstvenega tehnika (medicinske sestre) in osebja za odvzem materiala za laboratorijske preiskave zagotavljal obračun in plačilo storitev v skladu z Zeleno knjigo in kalkulacijo, določeno v Prilogi I tega Dogovora (101 053 Splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu).
* Izvajalec zdravljenja bo storitve na podlagi izstavljenega računa plačeval mesečno najkasneje v 30 dneh po izstavitvi računa.
* Kalkulativni elementi za vrednotenje storitev ambulantnega zdravstvenega tehnika (medicinske sestre) in osebja za odvzem materiala za laboratorijske preiskave bodo usklajevani skladno z določili tega Dogovora.

1. Opremo in sredstva za delo ambulante v socialnovarstvenem zavodu v skladu z veljavnimi standardi zagotavlja izvajalec zdravljenja.

V primerih, ko opremo in sredstva za delo ambulante zagotavlja socialnovarstveni zavod, izvajalcu zdravljenja zaračunava najemnino.

1. Sredstva za zdravljenje oskrbovancev, ki jih predpiše zdravnik (nosilec ekipe), zagotavlja izvajalec zdravljenja. Sredstva za izvajanje storitev zdravstvene nege in rehabilitacije zagotavlja socialnovarstveni zavod.
2. Izvajalec zdravljenja bo pri urejanju prevoza oskrbovancev dosledno upošteval pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Priloga VI

Osnovne plače

(1) Pri izračunu sredstev za osnovne plače se upošteva dinamika uveljavitve novega plačnega sistema iz četrtega odstavka 9. člena Dogovora.

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PR** | **Osnovne plače (v eur)** | | |
| **1.1.2011** | **3. uskl.** | **4. uskl.** |
| - zdravniki in zobozdravniki specialisti | **53** | 40.947,18 | 42.549,87 | 44.152,56 |
| - zobozdravniki | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - diplomirane medicinske sestre | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti,   dipl. delavni terapevti | **33** | 18.687,78 | 19.419,21 | 20.150,64 |
| - inženirji radiologije, dipl. inženirji radiologije | **33** | 18.687,78 | 19.419,21 | 20.150,64 |
| - specialisti medicinske fizike | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - elektroinženirji za vzdrževanje obsevalnih aparatur | **41** | 25.575,54 | 26.576,61 | 27.577,68 |
| - psihologi, logopedi, defektologi, elektroniki akustiki,  ortopedagogi | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - biokemiki, dipl. biologi | **39** | 23.646,00 | 24.571,56 | 25.497,12 |
| - specialisti klinične logopedije | **39** | 23.646,00 | 24.571,56 | 25.497,12 |
| - specialisti klinične psihologije | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - zdravstveni tehniki, srednji laboratorijski tehniki | **25** | 13.655,04 | 14.189,46 | 14.723,88 |
| - zobni tehniki | **23** | 12.624,84 | 13.119,00 | 13.613,16 |
| - administrativno tehnični delavci | **24** | 13.129,86 | 13.643,79 | 14.157,72 |
| - reševalna služba (brez adm. tehničnih delavcev) | **23** | 12.624,84 | 13.119,00 | 13.613,16 |
| - dipl. socialni delavci, dipl. fiziatri inštruktorji, dipl. inženirji  ortopedske tehnike, višji laboratorijski tehniki | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - socialni delavci, specialisti pedagogi | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - govorni terapevti, nevrofizioterapevti | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - ingenirji zobne protetike | **31** | 17.277,90 | 17.954,19 | 18.630,48 |
|  | | | | |
| - sekundarna dejavnost brez terciarja (zap. iz ur) | **32** | 17.968,98 | 18.672,27 | 19.375,56 |
| - terciarna dejavnost (zap. iz ur) | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - invalidna mladina - SB F. D. Nova Gorica (zap. iz ur) | **30** | 16.613,46 | 17.263,71 | 17.913,96 |
| - bolnišnična dejavnost CZBO Šentvid (zap. iz ur) | **27** | 14.769,24 | 15.347,28 | 15.925,32 |
| - bolnišnična dejavnost psihiatrije (zap. iz ur) | **31** | 17.277,90 | 17.954,19 | 18.630,48 |
| - oskrba v tuji družini - Psih. kl. Lj. (zap. iz ur) | **37** | 21.862,02 | 22.717,71 | 23.573,40 |
| - zgodnja obravnava motenj hranj. in čustv. - Rakitna (zap. iz ur) | **31** | 17.277,90 | 17.954,19 | 18.630,48 |
| - program reintegracije in rehabilitacije - Rakitna (zap. iz ur) | **31** | 17.277,90 | 17.954,19 | 18.630,48 |
| - onkologija v spec. amb. dej. - Onkološki inštitut Lj. (zap. iz ur) | **37** | 21.862,02 | 22.717,71 | 23.573,40 |
| - spec. boln. dejavnost - URI - SOČA (zap. iz ur) | **33** | 18.687,78 | 19.419,21 | 20.150,64 |
|  | | | | |
| - nega I v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur) | **21** | 11.672,46 | 12.129,33 | 12.586,20 |
| - nega II v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur) | **22** | 12.139,32 | 12.614,46 | 13.089,60 |
| - nega III v socialno varstvenih zavodih tipa A, B, C (zap. iz ur) | **24** | 13.129,86 | 13.643,79 | 14.157,72 |
| - bolničar-negovalec za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H | **19** | 10.791,72 | 11.214,12 | 11.636,52 |
| - strežnica za dej. zdr. nege v SVZ tipa D, E, F, G in H | **14** | 8.870,04 | 9.217,20 | 9.564,36 |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| - farmacevt specialist (lekarniška dejavnost) | **43** | 27.662,52 | 28.745,22 | 29.827,92 |
| - farmacevt receptar (lekarniška dejavnost) | **39** | 23.646,00 | 24.571,56 | 25.497,12 |
| - farmacevtski tehnik (lekarniška dejavnost) | **24** | 13.129,86 | 13.643,79 | 14.157,72 |
| - delavci drugih strok (lekarniška dejavnost) | **27** | 14.769,24 | 15.347,28 | 15.925,32 |
| - lekarniški delavec (lekarniška dejavnost) | **12** | 8.200,80 | 8.521,80 | 8.842,80 |
| - dejavnost zdravil. zdravljenja - točke (zap. iz ur) | **31** | 17.277,90 | 17.954,19 | 18.630,48 |
| - dejavnost zdravil. zdravljenja - nemed. oskrbni dan (zap. iz ur) | **22** | 12.139,32 | 12.614,46 | 13.089,60 |
|  | | | | |
| - zdravnik za dežurno službo v zdravstvenih domovih | **53** | 40.947,18 | 42.549,87 | 44.152,56 |
| - diplomirana medicinska sestra za dežurno službo v ZD | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - zdravnik specialist 2 za dežurno službo v ZD | **51** | 37.858,08 | 39.339,84 | 40.821,60 |
| - diplomirani zdravstvenik 2 za dežurno službo v ZD | **34** | 19.435,32 | 20.196,00 | 20.956,68 |
| - zobozdravnik za dež. službo v zobozdr. dejavnosti v   zdravstvenih domovih | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - zdr.delavec s sr. izobr. v dežurni službi za zobozdravstveno   dejavnost v ZD | **25** | 13.655,04 | 14.189,46 | 14.723,88 |
| - farmacevt v dežurni službi v lekarni | **39** | 23.646,00 | 24.571,56 | 25.497,12 |

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PR** | **Osnovne plače (v eur)** | | |
| **1.1.2011** | **3. uskl.** | **4. uskl.** |
| - zdravniki specialisti | **52** | 39.372,30 | 40.913,37 | 42.454,44 |
| - diplomirane medicinske sestre | **35** | 20.212,68 | 21.003,78 | 21.794,88 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti, delavni terapevti, dipl. delavni   terapevti | **32** | 17.968,98 | 18.672,27 | 19.375,56 |
| - dipl. socialni delavci, socialni delavci | **35** | 20.212,68 | 21.003,78 | 21.794,88 |
| - specialisti klinične psihologije | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - zdravstveni tehniki | **24** | 13.129,86 | 13.643,79 | 14.157,72 |
| - administrativno tehnični delavci | **23** | 12.624,84 | 13.119,00 | 13.613,16 |
| - administrativno tehnični delavci – paliativna oskrba Hospic | **20** | 11.223,42 | 11.662,71 | 12.102,00 |
| - strežnica – paliativna oskrba Hospic | **14** | 8.870,04 | 9.217,20 | 9.564,36 |
| - bolničar – paliativna oskrba Hospic | **20** | 11.223,42 | 11.662,71 | 12.102,00 |
| - muzikoterapevt, kinezioterapevt pri forenzični psihiatriji | **33** | 18.687,78 | 19.419,21 | 20.150,64 |
| - zdravstveni administrator pri forenzični psihiatriji | **24** | 13.129,86 | 13.643,79 | 14.157,72 |

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

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

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **PR** | **O s n o v n e p l a č e ( v e u r )** | | |
| **1.1.2011** | **3. uskl.** | **4. uskl.** |
| - zdravniki in zobozdravniki specialisti | **53** | 40.947,18 | 42.549,87 | 44.152,56 |
| - diplomirane medicinske sestre | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - fizioterapevti, dipl. fizioterapevti | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - psihologi | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - delavni terapevti, dipl. delavni terapevti | **36** | 21.021,18 | 21.843,99 | 22.666,80 |
| - logopedi | **37** | 21.862,02 | 22.717,71 | 23.573,40 |
| - specialisti klinične logopedije | **46** | 31.116,36 | 32.334,30 | 33.552,24 |
| - specialisti klinične psihologije | **47** | 32.361,24 | 33.627,90 | 34.894,56 |
| - defektologi, elektro akustiki, ortopedagogi | **38** | 22.736,52 | 23.626,44 | 24.516,36 |
| - zdravstveni tehniki | **25** | 13.655,04 | 14.189,46 | 14.723,88 |
| - administrativno tehnični delavci | **23** | 12.624,84 | 13.119,00 | 13.613,16 |
| - bolničar-negovalec | **19** | 10.791,72 | 11.214,12 | 11.636,52 |
| - strežnica | **14** | 8.870,04 | 9.217,20 | 9.564,36 |

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

Priloga VII

Seznam izvajalcev, ki vodijo register bolnikov na nacionalni ravni za posamezna inovativna zdravila

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

Priloga VIII

Program zdravstvenih storitev za obsojence in pripornike na primarni ravni

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Zap. št.** | **Zdravstveni dom** | **Število zapornikov** | | **Vrsta tima** | **Št. timov** | | **Vrednost v EUR\*** | **Ordinacijski časi** |
| 1 | **ZD Celje** | | | | **0,730** | | **84.895** |  |
| dejansko število | **115** | | spl.amb. | 0,480 | | 56.003 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,115 | | 11.222 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,060 | | 8.921 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,075 | | 8.749 |  |
| 2 | **ZD Radeče** | | | | **0,555** | | **66.005** |  |
| dejansko število | **82** | | spl.amb.za otroke | 0,340 | | 42.328 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,080 | | 7.807 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,040 | | 5.948 |  |
|  |  | | zobozdr. za mladino | 0,070 | | 6.319 |  |
|  |  | | dispanzer za žene | 0,025 | | 3.603 |  |
| 3 | **ZD Koper** | | | | **0,835** | | **97.020** |  |
| dejansko število | **132** | | spl.amb. | 0,550 | | 64.170 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,130 | | 12.686 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,065 | | 9.665 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,090 | | 10.499 |  |
| 4 | **ZD Ljubljana** |  | |  | **2,490** | | **291.399** |  |
| dejansko število | **381** | | spl.amb. | 1,590 | | 185.509 |  |
| ženske | 95 | | psihiatrija | 0,380 | | 37.082 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,190 | | 28.251 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,255 | | 29.747 |  |
|  |  | | dipanzer za žene | 0,075 | | 10.809 |  |
| 5 | **ZD Maribor** | | | | **1,285** | | **149.210** |  |
| dejansko število | **203** | | spl.amb. | 0,845 | | 98.588 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,205 | | 20.005 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,100 | | 14.869 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,135 | | 15.748 |  |
| 6 | **ZD Murska Sobota** | | | | | **0,315** | **36.597** |  | |
| dejansko število | | **49** | spl.amb. | | 0,205 | 23.918 |  | |
|  | |  | psihiatrija | | 0,050 | 4.879 |  | |
|  | |  | odvisnost od drog | | 0,025 | 3.717 |  | |
|  | |  | zobozdr. za odrasle | | 0,035 | 4.083 |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 7 | **ZD osnovno varstvo Nova Gorica in  ZD zobozdravstveno varstvo Nova Gorica** | | | | | |  |
|  |  | **38** | |  | **0,245** | **28.461** |  |
|  | **ZD osnovno varstvo Nova Gorica** | | | | **0,220** | **25.545** |  |
| dejansko število |  | | spl.amb. | 0,160 | 18.668 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,040 | 3.903 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,020 | 2.974 |  |
|  | **ZD zobozdravstveno varstvo Nova Gorica** | | | | **0,025** | **2.916** |  |
|  |  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,025 | 2.916 |  |
| 8 | **ZD Trebnje** | | | | **3,145** | **365.485** |  |
| dejansko število | **497** | | spl.amb. | 2,070 | 241.512 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,495 | 48.304 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,250 | 37.173 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,330 | 38.496 |  |
| 9 | **ZD Novo mesto** | | | | **0,530** | **61.494** |  |
| dejansko število | **84** | | spl.amb. | 0,350 | 40.835 |  |
|  |  | | psihiatrija | 0,085 | 8.295 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,040 | 5.948 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 0,055 | 6.416 |  |
| 10 | **Skupaj** | | | | **10,130** | **1.180.565** |  |
|  | **1.581** | | spl.amb. | 6,250 | 729.204 |  |
|  |  |  | spl. amb. za otroke | 0,340 | 42.328 |  |
|  |  | | psihiatrija | 1,580 | 154.182 |  |
|  |  | | odvisnost od drog | 0,790 | 117.465 |  |
|  |  | | zobozdr. za odrasle | 1,000 | 116.655 |  |
|  |  |  | zobozdr. za mladino | 0,070 | 6.319 |  |
|  |  | | dipanzer za žene | 0,100 | 14.413 |  |
| \* V skladu s 56. členom tega Dogovora | | | | |  |  |  |

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

Priloga IX/a

Navodila za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni in področni anesteziji

Spoštovana kolegica/kolega

Pri Vašem bolniku bo opravljen kirurški poseg v anesteziji. Prosimo Vas, da nam pomagate pri pripravi bolnika po naših navodilih, ki so bila sprejeta na sestanku anesteziologov in zdravnikov splošne / družinske medicine dne 29. 09. 2008

Navodila upoštevajo starost, spremljajoče bolezni ter dodatno zdravljenje. Izbrani zdravnik opravi dogovorjene preiskave, katerih seznam velja za celotno Slovenijo in ga dopolni, če je to glede na bolnikovo zdravstveno stanje potrebno, anesteziologu pa posreduje kar največ dodatnih informacij, ki jih zabeleži na spremnem dopisu (tu poda tudi komentar preiskav, katerih vrednosti so izven normalnih območij).

**PRILOŽI TUDI VSE IZVIDE DRUGIH OPRAVLJENIH PREISKAV IN PREGLEDOV PRI RAZLIČNIH SPECIALISTIH** (kardiolog, pulmolog, endokrinolog, revmatolog...).

***Če so izvidi normalni in osnovna bolezen stabilna, so lahko Rtg slike pljuč in srca stare do 6 mesecev, EKG do 3 mesece in laboratorijski izvidi do 4 tedne.***

*SEZAM PREISKAV, ki jih opravi osebni zdravnik, osebni pediater ali osebni ginekolog*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Predoperacijsko stanje | Hemo­gram | Krvni sladkor | kreatinin | kalij | ALT, AST alk.fosf., INR | urin | EKG | RTG p/c |

STAROST

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Otroci od 6 M naprej | **+** |  |  |  |  |  |  |  |
| Odrasli pod 40 | **+** |  |  |  |  |  |  |  |
| Odrasli od 40 – 60 let | **+** | **+** | **+** |  |  |  | **+** |  |
| Odrasli nad 60 let | **+** | **+** | **+** | **+** |  |  | **+** | **+** |

SPREMLJAJOČE BOLEZNI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Srčnožilna bolezen, AH\* | **+** |  | **+** | **+** |  |  | **+** | **+** |
| Pljučna bolezen | **+** |  |  |  |  |  | **+** | **+** |
| Sladkorna bolezen | **+** | **+** | **+** | **+** |  |  | **+** |  |
| Jetrna bolezen | **+** |  |  |  | **+** |  |  |  |
| Ledvična bolezen | **+** |  | **+** | **+** |  | **+** |  |  |
| Rakava bolezen\*\* | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** | **+** |

ZDRAVILA

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Diuretiki, digoksin |  |  | **+** | **+** |  |  | **+** |  |
| Steroidi |  | **+** |  | **+** |  |  |  |  |
| Statini |  |  |  |  | **+** |  |  |  |

\* Arterijska hipertenzija \*\* Rakava bolezen -vključeno tudi obsevanje ali kemoterapija

Bolnike, ki jemljejo **kumarine,** izbrani zdravnik 14 dni pred posegom napoti v antikoagulacijsko ambulanto zaradi ukinitve pred velikimi posegi (in morebitnega nadomestnega zdravljenja z nizkomelekularnimi heparini pri bolnikih z zelo velikim tveganjem za trombembolijo) ter prilagoditve odmerka glede na ciljni INR pred majhnimi posegi. Visoko ogroženi bolniki, ki se zdravijo zaradi srčno žilne bolezni (koronarna, karotidna, periferna arterijska bolezen) **Aspirina** pred posegom ne prenehajo jemati (razen pred velikimi posegi, če je tveganje za krvavitev večje kot za dogodek). Če poleg Aspirina jemljejo tudi **klopidogrel**, programsko operacijo, če je le mogoče, odložimo 1. mesec po vstavitvi navadne kovinske žilne opornice (BMS) oziroma 1. leto po vstavitvi prevlečene žilne opornice (DES).

**Bolniki (odrasli ali otroci), ki bodo ob sprejemu v bolnišnico isti dan tudi operirani,** lahko **popijejo** bistro tekočino (tekočina brez delcev ali maščob) do 2 uri pred posegom, čvrsto hrano pa lahko **jedo** do 6 ur pred posegom (to velja tudi za kravje mleko in mleko v prahu). Otroci lahko popijejo do 75 ml vode z zdravili do 1 uro pred uvodom v anestezijo. Dojenje je treba prenehati 4 ure pred uvodom v anestezijo; isto velja za mlečne pripravke za novorojenčke. Odrasli lahko popijejo 150 ml vode 1 uro pred uvodom v anestezijo z zdravili, ki jih sicer redno jemljejo. Žvečilka in tobak se morata prekiniti najkasneje 2 uri pred uvodom v anestezijo.

ZA BOLNIKE Z ZNANO ALI PRIČAKOVANO ZAKASNITVIJO V PRAZNJENJU ŽELODCA TE SMERNICE NE VELJAJO!

**Spoštovana kolegica/kolega**

Prosim, da dopolnite predoperativno diagnostiko. O sposobnosti bolnika za operativni poseg odločata anesteziolog in operater. Osebni zdravnik o tem ne daje mnenj

S kolegialnimi pozdravi!

|  |
| --- |
| **OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE**  Priimek in ime:  Rojen/a: |

|  |
| --- |
| **NAPOTNA DIAGNOZA:** |

|  |
| --- |
| **SPREMLJAJOČE BOLEZNI:** |

|  |
| --- |
| **ZDRAVILA:** |

|  |
| --- |
| **DIETE:** |

|  |
| --- |
| **ALERGIJE:** |

|  |
| --- |
| **RAZVADE:** |

|  |
| --- |
| **PREJŠNJI POSEGI V ANESTEZIJI IN MOREBITNI ZAPLETI:**  Datum in opis |

|  |
| --- |
| **KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:** |

|  |
| --- |
| **OSTALE PRIPOMBE:** |

Žig in podpis

Kraj: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Datum: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ izbranega zdravnika:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Priloga IX/b

**Obravnava bolnika pri izbranem zdravniku**

**pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku**

Odbor za osnovno zdravstvo Zdravniške zbornice Slovenije je novembra 2002 potrdil seznam preiskav, ki naj jih opravi izbrani - osebni zdravnik v okviru obravnave bolnika **pred prvo nenujno napotitvijo** k napotnemu zdravniku. Seznam je junija 2003, po usklajevanju z ostalimi Razširjenimi strokovnimi kolegiji, ki so se odzvali pobudi za usklajevanje, potrdil tudi RSK za splošno/družinsko medicino. Prav tako je seznam potrdil izvršilni odbor Zdravniške zbornice na svoji seji julija 2004.

Izbrani zdravnik se odloči za napotitev na osnovi ugotovitev dotedanje obravnave bolnika. Ob napotitvi opiše problem, ki ga želi rešiti v sodelovanju z napotnim zdravnikom. Navede potrebne storitve in mnenja, ki jih pričakuje od napotnega zdravnika. Priloži izvide vseh do tedaj opravljenih preiskav. Poda komentar preiskav, katerih vrednosti so izven referenčnih območij. Opiše dotedanje zdravljenje.

Seznam preiskav uporabljajo izbrani zdravniki v primeru načrtovanih prvih nenujnih napotitev. V primeru urgentnih stanj in v dežurni službi zdravnik priloži do takrat zbrane izvide in izpolni le obrazec, ki ga priloži napotnici, v kolikor že ni izpolnil protokol NMP.

**Tabela 1:** Obravnava bolnika pred napotitvijo.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **OBRAVANAVA BOLNIKA PRI IZBRANEM ZDRAVNIKU** | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **PRED PRVO NENUJNO NAPOTITVIJO K NAPOTNEMU ZDRAVNIKU** | | | | | | | | | | | | | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bolezen ali** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **AST** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ali** |  |  |  | **hemo-** |  |  |  |  | **krvni** | **bili-** | **ALT** | **seč-** | **krea-** | **sečna** |  |  |  |  | **UZ** |  |  |
| **skupina bolezni** |  | **SR\*** |  | **gram** | **DKS** |  | **urin\*\*** |  | **sladkor** | **rubin** | **gGT** | **nina** | **tinin** | **kislina** | **kalij** | **TG, H** |  | **EKG** | **trebuha** |  | **ostalo** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Bolezni KVS** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  | **+** |  |  |  | **+** | **+** | **+** | **+** |  | **+** |  |  | **rtg pc** |
| **Arterijska hipertenzija** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  | **+** |  |  |  | **+** | **+** | **+** | **+** |  | **+** | **+** |  |  |
| **Sladkorna bolezen** |  |  |  |  |  |  | **+** |  | **+** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  |  |  |  |  |
| **Bolezni prebavil** |  |  |  | **+** |  |  |  |  |  | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  |  | **+** |  | **alkal.f.** |
| **Hematološke bolezni** |  | **+** |  | **+** | **+** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Nefrološke bolezni** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  |  |  |  | **+** | **+** | **+** | **+** |  |  |  | **+** |  |  |
| **Revmatološke bolezni** |  | **+** |  | **+** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **CRP** |
| **Ščitnične bolezni** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **TSH** |
| **Urološke bolezni** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  |  |  |  |  | **+** |  | **\*\*\*PSA** |
| **Ginekološke bolezni** |  |  |  | **+** |  |  | **+** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Infekcijske bolezni** |  | **+** |  | **+** | **+** |  | **+** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | **CRP** |
|  | | | | | \* SR se počasi nadomešča s CRP  \*\* urin - sladkor, BRB, ketoni, spec. teža, kri, pH, proteini, urobil., nitriti, leukociti, sediment.  \*\*\* PSA – v skladu s strokovnimi priporočili | | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Bolezni pri katerih izbrani zdravnik ne opravlja specifičnih preiskav** (ob napotitvi priloži izvide že opravljenih preiskav):   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **Pljučne bolezni** | **Nevrološke bolezni** | **Ortopedske bolezni** | **Bolezni dojk** | | **Dermatološke bolezni** | **Rakave bolezni** | **Očesne bolezni** | **ORL bolezni** | | **Psihiatrične bolezni** |  |  |  | |

Izbrani zdravnik napotnici in izvidom ustreznih preiskav priloži še spremno pismo kolegu napotnemu zdravniku. V njem navede napotno diagnozo in spremljajoče bolezni, opiše problem, ki ga želi rešiti skupaj z napotnim zdravnikom, navede dotedanje postopke in rezultate obravnave bolnika, navede stalno terapijo, opiše bolnikove diete, alergije in razvade, ter poda komentar priloženih izvidov.

Tabela 2 prikazuje spremno pismo kolegu napotnemu zdravniku:

**Tabela 2:** Spremno pismo napotnemu zdravniku

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SPOŠTOVANA KOLEGICA, SPOŠTOVANI KOLEGA!** | | | | | | | |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Pošiljam vam bolnika/bolnico za nadaljnjo diagnostiko in vodenje. | | | | | | |  |  |  |
| Prilagam opis bolezni oz. problema in izvide opravljenih preiskav. | | | | | | |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OSEBNI PODATKI BOLNIKA, BOLNICE:** | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Priimek in ime: | |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Rojen/a: |  |  |  | Naslov: |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **NAPOTNA DIAGNOZA:** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OPIS PROBLEMA IN ŽELENI POSTOPKI PRI VAS:** | | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DOSEDANJI UKREPI IN ZDRAVLJENJE OBRAVNAVANE BOLEZNI OZ. PROBLEMA:** | | | | | | | | |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **SPREMLJAJOČE BOLEZNI:** | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **STALNA TERAPIJA:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **DIETE:** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **ALERGIJE:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **RAZVADE:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **KOMENTAR PRILOŽENIH IZVIDOV:** | | | |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **OSTALE PRIPOMBE:** | |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| S kolegialnimi pozdravi! | | |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  | *Žig in podpis* | |  |  |
| *Kraj:* |  |  | *Datum:* |  |  | *izbranega zdravnika:* | | |  |

Priloga X

**Seznam zdravstvenih storitev**

**za katere izvajalci poročajo podatke o čakalnih dobah**

|  |  |
| --- | --- |
| **Specialistične ambulante** | **Slikovni posegi** |
| Ambulanta za bolezni dojk in mamografija | Ultrazvok dojke |
| Ambulanta za maksilofacialno kirurgijo – pregled | CT glave in vratu |
| Ambulanta za oralno kirurgijo – pregled | CT možganov (vključuje CT hipofize) |
| **Klinični posegi na endokrinološkem sistemu** | CT orbite (in možganov) |
| Operacije ščitnice (tudi obščitnice) | CT srednjega ušesa in temporalke (in možganov) |
| Klinični posegi na očeh | CT obraznih kosti in/ali obnosnih votlin |
| Operacija sive mrene (katarakta) | CT možganov, pljuč in trebuha (sočasno) |
| **Klinični posegi na nosu, ustih in žrelu** | CT prsnega koša (vključuje srce in koronarke) |
| Posegi in operacije nosu in obnosnih votlin | CT prsnega koša trebuha in male medenice (sočasno) |
| Posegi in operacije v ustih, grlu in žrelu | CT trebuha (abdomna) |
| **Klinični posegi na kardiovaskularnem sistemu** | CT trebuha in medenice (sočasno) |
| Operacije na odprtem srcu | CT medenice |
| Posegi na koronarkah (brez PTCA) | CT okončin |
| PTCA | CT angiografije (spiralni CT) |
| Posegi na arterijah (brez PTA) | CT skeleta |
| Posegi na venah (vključuje sklerozacijo krčnih žil) | CT artrografija |
| Operacije krčnih žil | Magnetna resonanca glave in vratu |
| Posegi na perifernem ožilju nespecifično | Magnetna resonanca prsnih organov |
| PTA (perkutana transluminalna angioplastika) | Magnetna resonanca trebušnih organov |
| **Klinični posegi na prebavnem sistemu** | Magnetna resonanca skeleta |
| Operacija žolčnih kamnov | Magnetna resonanca angiografija |
| Operacija kile, odrasli | Magnetna resonanca srca in koronark |
| Operacija kile, otroci | Magnetna resonanca nevrološkega sistema |
| **Klinični posegi mišično-skeletnega sistema** | Magnetna resonanca obraza |
| Posegi in operacije hrbtenice | Magnetna resonanca artrografija |
| Posegi in operacije na medenici (z ali brez kolka), | Magnetna resonanca hrbtenice |
| brez artroplastike | Koronarna angiografija |
| Artroplastika kolka (protetika, endoproteza) | Angiografija (brez koronarne angiografije) |
| Artroplastika kolena |  |
| Artroplastika gležnja |  |

1. Dodatki za dvojezičnost so v cenah januar 2012 [↑](#footnote-ref-1)
2. Znesek še ne vključuje 2,5 % znižanja v skladu s 56. členom tega Dogovora. [↑](#footnote-ref-2)