**1.DEL**

**Pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in metode prenosa finančnih sredstev**

**Kazalo**

Uvod

1. Opis pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in uveljavljanje pravic

 1.1. Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene v celoti, brez doplačil

 1.2. Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene v odstotnem deležu

 1.3. Pravice, ki zavarovanim osebam niso zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem

 1.4. Uveljavljanje pravic zdravstvenega zavarovanja

2. Izjeme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja

 2.1. Zavarovane osebe, ki so do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca šolanja postale popolnoma in trajno nezmožne za delo

 2.2. Vojaški, civilni invalidi vojne, žrtve vojnega nasilja in vojni veterani

 2.3. Nujno zdravljenje brez doplačil

 2.4. Nujna medicinska pomoč

 2.5. Neredni plačniki prispevkov

 2.6. Socialno ogroženi

 2.7. Priporniki in obsojenci

 2.8. Tuje zavarovane osebe

 2.8.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih

 2.8.1.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi in posebnih sporazumih (zavarovalna podlaga 077077)

 2.8.1.2. Obmejni delavec (zavarovalna podlaga 090000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 090077)

 2.8.1.3. Zaposlena ali samozaposlena oseba (zavarovalna podlaga 091000) in njeni družinski člani (zavarovalna podlaga 091077)

 2.8.1.4. Vlagatelj zahteve za pridobitev pokojnine v tujini – zakonodaja EU (zavarovalna podlaga 022000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 022077)

 2.8.1.5. Družinski člani brezposelne osebe zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja – zakonodaja EU (zavarovalna podlaga 082000)

 2.8.1.6. Napotitev na delo - zaposlena ali samozaposlena oseba zavarovana pri tujem nosilcu zavarovanja – meddržavna pogodba (zavarovalna podlaga 092000) in njeni družinski člani (zavarovalna podlaga 092077)

 2.8.2. Tuji upokojenci in družinski člani po meddržavni pogodbi

3. Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev

 3.1. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni

 3.1.1. Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji

 3.1.2. Ginekološki dispanzerji

 3.1.3. Ostale ožje dejavnosti osnovnega zdravstva

 3.1.4. Laboratorij

 3.1.5. RTG dejavnost

 3.1.6. Dežurna služba in nujna medicinska pomoč

 3.1.7. Zobozdravstvena dejavnost

 3.1.8. Reševalna služba

 3.1.9. Tuje storitve

 3.1.10. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve

 3.2. Specialistična ambulantna dejavnost

 3.2.1. Kalkulacije za delo ambulant

 3.2.2. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve

 3.2.3. Laboratorij

 3.2.4. Dializna dejavnost

 3.2.5. Tuje storitve

 3.2.6. Medicina dela, prometa in športa

 3.3. Specialistična bolnišnična dejavnost

 3.3.1. Akutna bolnišnična obravnava

 3.3.2. Neakutna bolnišnična obravnava

 3.3.3. Ostale dejavnosti v bolnišnični dejavnosti

 3.3.4. Storitve na terciarni ravni

 3.3.5. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve

 3.3.6. Laboratorij, RTG, fizioterapija, konzultacije

 3.3.7. Tuje storitve

 3.3.8. Dežurna služba in urgentna ambulanta

 3.4. Druga zdravstvena dejavnost

 3.4.1. Lekarniška dejavnost

 3.4.1.1. Izdaja zdravil na recept

 3.4.1.2. Količina zdravil, ki se sme izdati na en recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja

 3.4.1.3. Izdaja zdravila in obračun glede na predpis zdravila (glej tudi Prilogo 8: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o receptih, obračun in arhiviranje receptov)

 3.4.1.4. Nujna izdaja zdravil

 3.4.2. Zdraviliška zdravstvena dejavnost

 3.4.3. Dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje

 3.4.4. Medicinsko-tehnični pripomočki

**Uvod**

Z Zakonom o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 (uradno prečiščeno besedilo - ZZVZZ-UPB3), 91/07, 79/08; v nadaljevanju: Zakon) so določene pravice zavarovanih oseb na področju zdravstvenega zavarovanja. Zakon opredeljuje obvezno zdravstveno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje. Državljani Republike Slovenije oziroma osebe, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje, morajo biti vključene v zavarovanje po kateri od točk 15. člena Zakona in za to zavarovanje plačevati prispevke oziroma zanje prispevke plačuje drug zavezanec za prispevek.

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod) zbere prispevke in izvede financiranje zdravstvenih in drugih dejavnosti v skladu z Zakonom. Pri prenosu tako zbranih finančnih sredstev do izvajalcev zdravstvenih dejavnosti Zavod uporablja različne metode financiranja. Metode se razlikujejo med zdravstvenimi dejavnostmi, med izvajalci znotraj ene dejavnosti pa so kriteriji financiranja enaki.

**1. Opis pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in uveljavljanje pravic**

**1.1. Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene v celoti, brez doplačil**

1. sistematični in drugi preventivni pregledi otrok, šolske mladine, študentov do dopolnjenega 26. leta starosti, žensk v zvezi z nosečnostjo in drugih odraslih oseb v skladu s programom, razen pregledov, ki jih na podlagi zakona zagotavljajo delodajalci;

2. preprečevanje, presejanje in zgodnje odkrivanje bolezni, skladno s programom, ki ga sprejme Zdravstveni svet;

3. svetovanje, izobraževanje, usposabljanje in pomoč za spremljanje nezdravega življenjskega sloga;

4. zdravljenje in rehabilitacija otrok, učencev in študentov, ki se redno šolajo in otrok in mladostnikov z motnjami v telesnem in duševnem razvoju ter otrok in mladostnikov z nezgodno poškodbo glave in okvaro možganov;

5. zdravstveno varstvo žensk v zvezi s svetovanjem pri načrtovanju družine, kontracepcijo, nosečnostjo in porodom;

6. preprečevanje, odkrivanje in zdravljenje infekcije HIV in nalezljivih bolezni, za katere je z zakonom določeno izvajanje ukrepov za preprečevanje njihovega širjenja;

7. obvezna cepljenja, imunoprofilaksa in kemoprofilaksa skladno s programom;

8. zdravljenje in rehabilitacija malignih bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih bolezni, paraplegije, tetraplegije, cerebralne paralize, epilepsije, hemofilije, duševnih bolezni, razvitih oblik sladkorne bolezni, multiple skleroze in psoriaze. Za duševne bolezni štejejo le psihoze, ne pa tudi nevroze. Za razvite oblike sladkorne bolezni štejejo vse vrste sladkorne bolezni vključno s sladkorno boleznijo v nosečnosti, ne pa tudi motena toleranca za glukozo. Pri teh boleznih je v obvezno zdravstveno zavarovanje vključeno le njihovo zdravljenje in rehabilitacija, ne pa tudi odkrivanje, razen če je le-to v programu preventivnih ukrepov posebej opredeljeno. V obveznem zdravstvenem zavarovanju tudi niso v celoti zagotovljene storitve zdravljenja posledic teh bolezni. Zakon govori o zdravljenju posamezne bolezni in ne bolnika, ki je v primeru zdravljenja druge bolezni dolžan plačati razliko v vrednosti storitev, če je ta predpisa na, ali se za ta tveganja prostovoljno zavaruje. Poudarjamo, da je ustrezno kodiranje bolezni po MKB klasifikaciji predpogoj za korektno določitev plačnika doplačila;

9. celovita obravnava z zdravljenjem in rehabilitacijo slepote in slabovidnosti v skladu z veljavno klasifikacijo Svetovne zdravstvene organizacije, popolne ali zelo težke okvare sluha po Mednarodni klasifikaciji okvar, invalidnosti in oviranosti Svetovne zdravstvene organizacije (1980), cistične fibroze in avtizma in oseb po nezgodni poškodbi glave in okvari možganov;

10. zdravljenje in rehabilitacija zaradi poklicnih bolezni in poškodb pri delu. Za odkrivanje teh bolezni velja enako pravilo, kot je navedeno v točki 7. Poklicna bolezen mora biti verificirana bodisi z odločbo Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije ali pa z ekspertizo pooblaščenega specialista medicine dela, prometa in športa. Končano zdravljenje mora biti nedvoumno zabeleženo, vsa dokumentacija pa na razpolago v zdravstvenem kartonu. Prav tako velja opozoriti, da gre le za zdravljenje določenih bolezni ali poškodbe in ne vseh bolezni in poškodb, ki jih morebiti ima bolnik;

11. zdravstveno varstvo v zvezi z dajanjem in izmenjavo tkiv in organov za presaditev drugim osebam. Nanaša se na osebe, ki so donatorji organov, ne pa na prejemnike. Za postopke zdravljenja prejemnika krije obvezno zdravstveno zavarovanje 95% cene. Imunosupresivna in druga zdravila, ki se uporabljajo v okviru transplantacijske medicine, niso krita v celoti iz OZZ;

12. nujna medicinska pomoč, vključno z nujnimi reševalnimi prevozi;

13. patronažni obiski, zdravljenje in nega na domu ter v v socialnovarstvenih zavodih. V to skupino spadajo le storitve zdravljenja na domu, ne pa tudi hišni obiski na zahtevo zavarovane osebe ali svojcev.V okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja je oskrbovancem v socialnovarstvenih zavodih v celoti zagotovljeno njihovo zdravljenje v teh zavodih, ne pa uveljavljanje storitev v drugih zavodih oziroma pri drugih izvajalcih.

14. zdravila s pozitivne liste, potrebna za zdravljenje oseb in stanj iz četrte do trinajste alinee te točke, medicinski pripomočki v zvezi z zdravljenjem oseb in stanj iz prve do trinajste alinee te točke,

15. zdravila in živila za posebne zdravstvene namene s pozitivne in vmesne liste za otroke, učence, dijake, vajence in študente ter osebe z motnjami v telesnem in duševnem razvoju

16. živila za posebne zdravstvene namene s prilagojeno sestavo hranil za zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove

17. sobivanje enega od staršev v zdravstvenem zavodu z bolnim otrokom do starosti otroka vključno 5 let,

18. predhodni in obdobni zdravstveni pregledi za športnike, ki nastopajo na uradnih tekmovanjih nacionalnih panožnih športnih zvez

Pri predpisovanju zdravil na recept s pozitivne in vmesne liste je potrebno upoštevati podatka ˝tip zavarovane osebe˝ in ˝obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ˝, ki se pridobita iz on-line sistema. Če bo imela zavarovana oseba v podatku ˝tip zavarovane osebe˝ šifro 11 ali 12 in v podatku ˝obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ˝ šifro P, zdravnik na receptu v rubriki ˝4 - način doplačila˝ označi šifro 1 – brez doplačila. V primeru, da so izpolnjeni vsi ti pogoji, zdravnik pa je na receptnem obrazcu označil doplačilo, je lekarna dolžna izdati zdravilo do najvišje priznane vrednosti brez doplačila zavarovane osebe in zdravilo Zavodu ustrezno obračunati.

**1.2. Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene v odstotnem deležu**

V vseh ostalih primerih, ki niso navedeni v točki 1.1., so zdravstvene storitve iz obveznega zdravstvenega zavarovanja zavarovanim osebam zagotovljene le v odstotnem deležu, ki je opredeljen v Sklepu o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 73/95, 2/96, 51/09, 102/09, 20/10). Sklep je naveden v prilogi ‘Sklep o odstotkih’.

Za razliko do polne vrednosti storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se lahko zavarovane osebe prostovoljno zavarujejo in v tem primeru se iz prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za njih plača razliko do polne vrednosti storitev. Osebe, ki niso prostovoljno zavarovane, pa morajo same plačati razliko do polne vrednosti storitev.

**1.3. Pravice, ki zavarovanim osebam niso zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem**

Za višji standard storitev, kot jih zagotavlja obvezno zdravstveno zavarovanje ali za dodatne storitve (pravice), ki niso zajete v obveznem zdravstvenem zavarovanju, se lahko zavarovane osebe prostovoljno zavarujejo in v tem primeru prostovoljno zdravstveno zavarovanje za njih pla ča omenjene storitve. Osebe, ki niso prostovoljno zavarovane za kritje teh storitev, jih morajo v primeru uveljavljanja plačati same.

Kadar izvajalec zavarovani osebi nudi omenjene storitve in materiale, za katere lahko zaračunava plačilo, mora pred nudenjem teh storitev seznaniti zavarovano osebo o višini plačila, pridobiti njeno pisno soglasje in ji izstaviti račun.

**1.4. Uveljavljanje pravic zdravstvenega zavarovanja**

Lastnost zdravstvenega zavarovanja je, da so pravice vsakega posameznika in od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in plačilo ustreznega prispevka. Vključitev v zdravstveno zavarovanje je obvezno, plačilo predpisanega prispevka pa je vezano na vir, ki zavarovancu zagotavlja osnovno socialno varnost (zaposlitev, pokojnina, samostojna dejavnost, invalidnine, lastna sredstva, družbene pomoči). Pri zaposlenih zavarovancih se plačilo prispevka razdeli med delavca in njegovega delodajalca. V primeru, da slovenski državljan nima nobene osnove za zavarovanje, nikogar, ki bi ga bil dolžan preživljati niti nobenih lastnih sredstev, ga mora zavarovati občina, kjer stalno prebiva.

Za pridobitev lastnosti zavarovane osebe je potrebno vložiti prijavo v zavarovanje, na osnovi katere Zavod ugotavlja, če oseba izpolnjuje pogoje za vključitev v obvezno zdravstveno zavarovanje po Zakonu in Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila). Pogoje za vstop v zavarovanje je zavezanec dolžan izkazati z javnimi listinami in drugimi dokumenti. Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo kartice zdravstvenega zavarovanja.

• *Kako se izkazuje veljavno zdravstveno zavarovanje?*

* Vsaka oseba, ki ima urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje v Republiki Sloveniji, prejme kartico zdravstvenega zavarovanja. Pred prejemom kartice zdravstvenega zavarovanja se veljavno zdravstveno zavarovanje izkazuje s Potrdilom o veljavnosti obveznega zdravstvenega zavarovanja.
* Pri obisku zdravnika ali uveljavljanju kakšne druge storitve ali pravice mora zavarovana oseba imeti pri sebi veljavno kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2. Izjeme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja**

Pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja se zavarovane osebe izkazujejo s kartico zdravstvenega zavarovanja, ki jo izda Zavod ob vstopu zavarovane osebe v obvezno zdravstveno zavarovanje (v izjemnih primerih, ko zavarovana oseba še ni dobila kartice zdravstvenega zavarovanja, lahko Zavod izda za časno potrdilo). Izvajalci in delavci Zavoda lahko zaradi preverjanja podatkov zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebno izkaznico ali drug osebni dokument. Izjemoma lahko zavarovana oseba brez kartice zdravstvenega zavarovanja uveljavlja storitve nujne medicinske pomoči. V tem primeru lahko izvajalec zahteva drug dokument, na osnovi katerega je možno ugotoviti istovetnost zavarovane osebe, naknadno pa tudi lastnost zavarovane osebe.

Izjeme pri uveljavljanju pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so:

**2.1. Zavarovane osebe, ki so do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca šolanja postale popolnoma in trajno nezmožne za delo**

Te osebe so oproščene vseh doplačil do polne vrednosti storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja dokler traja njihova nezmožnost za delo.

• *Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.2. Vojaški, civilni invalidi vojne, žrtve vojnega nasilja in vojni veterani**

Po Zakonu zagotavlja plačilo do polne vrednosti zdravstvenih storitev Republika Slovenija iz proračuna za:

* vojaške vojne invalide
* civilne invalide vojne
* žrtve vojnega nasilja in
* vojne veterane.

Zato je Ministrstvo za delo, družino in socialne zadeve za te zavarovane osebe sklenilo prostovoljno zdravstveno zavarovanje za vsa doplačila.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.3. Nujno zdravljenje brez doplačil**

Poleg zdravstvenih storitev iz 1. točke prvega odstavka 23. člena Zakona, je v celoti zagotovljeno tudi plačilo storitev iz 2., 3. in 4. točke, kadar gre po 25. čl. Zakona za nujno zdravljenje oseb, ki niso prostovoljno zdravstveno zavarovane za razliko do vrednosti teh storitev:

* invalidom in drugim osebam, ki jim je priznana pomoč druge osebe za opravljanje večine ali vseh življenjskih funkcij po posebnih predpisih,
* invalidom, ki imajo najmanj 70% telesno okvaro po predpisih o pokojninskem in invalidskem zavarovanju,
* osebam, starim 75 let in več,
* osebam, ki izpolnjujejo dohodkovni pogoj za pridobitev dajatev po predpisih o socialnem varstvu,
* osebam, ki niso prostovoljno zdravstveno zavarovane, vendar so v tekočem koledarskem letu za doplačila do polne vrednosti storitev že plačale:
* dvakratni znesek letne premije za popolno zdravstveno zavarovanje (če dohodek na družinskega člana ne presega 150 % cenzusa za pridobitev denarnega dodatka)
* trikratni znesek letne premije za popolno zdravstveno zavarovanje (če znaša dohodek na družinskega člana od 150 do 250 % cenzusa za pridobitev denarnega dodatka)
* štirikratni znesek letne premije za popolno zdravstveno zavarovanje (če dohodek na družinskega člana presega 250 % cenzusa za pridobitev denarnega dodatka).

Med zneske plačanih doplačil iz prejšnjega odstavka ne štejejo zneski za doplačilo:

1. prevozov z reševalnimi vozili, ki niso bili nujni,

2. zdraviliškega zdravljenja, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja,

3. zdravil z vmesne liste,

4. zobno protetičnih storitev oziroma pripomočkov,

5. očesnih in slušnih pripomočkov ter pripomočkov iz 75. člena Pravil,

6. storitve opravljene v višjem standardu ali obsegu oziroma po drugačnem postopku kot določajo Pravila ter

7. druge storitve, ki niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

• *Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

V Pravilih je opredeljeno, kaj sodi med “nujno zdravljenje” in postopek uveljavljanja. V Pravilih je tudi opredeljeno, do katerih storitev brez doplačil in pripomočkov imajo pravico osebe, ki jim zakon zagotavlja nujno zdravljenje brez doplačil. Te osebe (vse osebe navedene pod točko “2.3. Nujno zdravljenje brez doplačil”) imajo pravico do nujnega zdravljenja brez doplačil v specialistični ambulantni in specialistični bolnišnični dejavnosti, če ga ni mogoče zagotoviti v osnovni dejavnosti.

**2.4. Nujna medicinska pomoč**

Nujno medicinsko pomoč so izvajalci dolžni nuditi vsaki osebi, ne glede na njeno zavarovanje ali druge posebnosti. Pri nujni medicinski pomoči Zakon ne predpisuje doplačil.

**2.5. Neredni plačniki prispevkov**

Zakon določa, da se zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14., in 20. točke 15. člena Zakona, ki so hkrati zavezanci za prispevek, ter njihovim družinskim članom v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Do takrat lahko uveljavljajo na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le nujno zdravljenje. Obseg pravic do nujnega zdravljenja je opredeljen v Pravilih. Med storitve nujnega zdravljenja se štejejo tudi storitve, ki so z zakonom opredeljene kot obvezne in so opredeljene v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Vse druge pravice so jim zadržane, kar pomeni, da jih morajo plačati sami. Zavod jim stroške povrne, ko poravnajo neplačane prispevke.

Otroci, ki so zavarovani po staršu ali skrbniku, ki je neredni plačnik prispevkov, pravic nimajo zadržanih. Izvajalec vse storitve obračuna v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

V primeru dojenčka, ki še ni star 60 dni in še nima urejenega zdravstvenega zavarovanja, starš oziroma skrbnik pa je neredni plačnik prispevkov (izvajalec pri branju podatkov starša oz. skrbnika iz On-line sistema prebere šifro 1 – neredno plačevanje prispevkov), dojenček ni samoplačnik, temveč izvajalec vse storitve obračuna v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**2.6. Socialno ogroženi**

Republika Slovenija zagotavlja iz proračunskih sredstev kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev iz 2. do 6. točke 23. člena Zakona za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane iz prvega odstavka 15. člena Zakona pod pogojem, da navedenih pravic nimajo zagotovljenih v celoti iz obveznega zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova in če so upravičeni do denarne socialne pomoči oziroma izpolnjujejo pogoje za pridobitev denarne socialne pomoči.

Izvajalci razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za navedene zavarovane osebe obračunajo Zavodu, ki dobi sredstva povrnjena iz proračuna.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.7. Priporniki in obsojenci**

Po Zakonu zagotavlja kritje razlike do polne vrednosti zdravstvenih storitev Republika Slovenija iz proračuna za:

* pripornike, ki niso zavarovanci iz drugega naslova do trenutka nastopa pripora oziroma jim zavarovanje preneha v času pripora,
* obsojence na prestajanju kazni zapora, mladoletniškega zapora,
* mladoletnike na prestajanju vzgojnega ukrepa oddaje v prevzgojni dom, in
* osebe, ki jim je izrečen varnostni ukrep obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu ter obvezno zdravljenje odvisnosti od alkohola in drog.

Izvajalci razliko do polne vrednosti zdravstvenih storitev za navedene zavarovane osebe obračunajo Zavodu, ki dobi sredstva povrnjena iz proračuna.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.8. Tuje zavarovane osebe**

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi pri izvajalcih. Z vsako od navedenih podlag je določeno, za katere zavarovane osebe se uporablja, kakor tudi obseg pravic do zdravstvenih storitev in način uveljavljanja.

Tuje zavarovane osebe delimo v dve skupini:

1. Tuje osebe iz držav, za katere ne velja zakonodaja EU in meddržavna pogodba. V primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev morajo te osebe same plačati stroške le-teh. Le izjemoma, kadar za nujno zdravstveno varstvo ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev v skladu s 7. členom Zakona, plača te storitve Ministrstvo za zdravje.

2. Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja:

* **zakonodaja EU:**  Avstrija - A (AT), Belgija - B (BE), Bolgarija - BG, Ciper - CY, Češka - CZ, Danska - DK, Estonija - EE, Finska - FIN (FI), Francija - F (FR), Grčija - GR (EL), Irska - IRL (IE), Italija - I (IT), Latvija - LV, Litva - LT, Luksemburg - L (LU), Madžarska - HU, Malta - MT, Nemčija - D (DE), Nizozemska - NL, Poljska - PL, Portugalska - P (PT), Romunija - RO, Slovaška - SK, Španija - E (ES), Švedska - S (SE), Velika Britanija in Severna Irska (Združeno kraljestvo) - GB (UK);

 Islandija - IS, Liechtenstein – FL (LI), Norveška – N (NO);

 Švica – CH

* **meddržavna pogodba:**  Hrvaška, Makedonija, Bosna in Hercegovina, Srbija, Avstralija, Črna gora

**2.8.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi**

***2.8.1.1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi (zavarovalna podlaga 077077***)

Gre za tuje zavarovance in njihove družinske člane, ki začasno prebivajo v Sloveniji (na primer: turisti, študentje, napoteni na delo, napoteni na strokovno izpopolnjevanje, brezposelni iskalci zaposlitve, napoteni na zdravljenje itd).

**- tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU**

• *Kako se izkazujejo in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev*?

Te osebe za čas začasnega bivanja v Sloveniji iz razloga turističnega potovanja, študija, napotitve na delo ali strokovno izpopolnjevanje ter iskanja zaposlitve kot brezposelna oseba uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi naslednjih dokazil o zavarovanju:

**EVROPSKA KARTICA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA** - v nadaljevanju evropska kartica (je v prilogi ‘Vzorci’) Evropska kartica je lahko izdana kot posamična kartica ali pa kot hrbtna stran nacionalne kartice določene države članice. Evropska kartica je osebna kartica tako, da ima vsaka tuja zavarovana oseba svojo kartico, ki ne vsebuje drugih podatkov o tuji zavarovani osebi, ki je imetnik kartice, razen tistih, ki so na kartici vidni. Z evropsko kartico tuja zavarovana oseba izkazuje, da je zavarovana v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je na kartici navedeno.

Na evropski kartici so navedeni naslednji podatki:

* zgoraj napis v jeziku države, ki kartico izdaja: evropska kartica zdravstvenega zavarovanja,
* v krogu, katerega tvori 12 zvezdic oznaka države, ki je kartico izdala,
* priimek tuje zavarovane osebe,
* ime tuje zavarovane osebe,
* datum rojstva,
* identifikacijska številka osebe,
* identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja,
* identifikacijska številka kartice,
* veljavnost z navedbo datuma, do kdaj kartica velja.

Z evropsko kartico uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja zakonodaja EU (točka 2. poglavje 2.8.).

Avstrija je evropsko kartico dodala na hrbtno stran svoje nacionalne zdravstvene kartice, vendar gre pri tem za dve popolnoma ločeni in neodvisni dokazili o pravicah. Na podlagi avstrijskih pravnih predpisov sicer prejmejo v Avstriji nacionalno zdravstveno kartico vse osebe, ki so upravičene do zdravstvenega zavarovanja, kar pa ne pomeni, da imajo samodejno tudi pravico do evropske kartice. Če v času izstavitve nacionalne kartice pravica do evropske kartice še ni določena, morajo biti podatkovna polja na evropski kartici, razen polja 8 (registrska številka kartice), označena z zvezdicami. Slovenski izvajalec zdravstvenih storitev naj v primeru, ko avstrijski zavarovanec ob uveljavljanju zdravstvenih storitev predloži nacionalno kartico, na kateri so podatkovna polja za evropsko kartico označena z zvezdicami (razen polja 8), o tem takoj obvesti pristojno območno enoto oziroma izpostavo Zavoda, ki od pristojnega avstrijskega nosilca zdravstvenega zavarovanja pridobi certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico. V primeru, da certifikat ni izdan, je avstrijski zavarovanec obravnavan kot samoplačnik.

**CERTIFIKAT** (je v prilogi ‘Vzorci’) začasno nadomešča evropsko kartico in je v papirni obliki. S certifikatom uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja zakonodaja EU (točka 2. poglavje 2.8.).

Na certifikatu, ki je enojezičen in napisan v jeziku države, ki ga izdaja, so navedeni naslednji podatki:

1. naziv obrazca - zapis podatka ni obvezen,

2. država članica, izdajateljica - oznaka države, ki izdaja certifikat,

- podatki o tuji zavarovani osebi:

3. priimek,

4. ime,

5. datum rojstva,

6. identifikacijska številka osebe,

- podatki o pristojnem nosilcu:

7. identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja,

- podatki o kartici:

8. identifikacijska številka kartice,

9. veljavnost, (certifikat je veljaven tudi, če 8. in 9. točka nista izpolnjeni)

- datum veljavnosti certifikata:

a) od dne,

b) do dne,

- datum izstavitve certifikata:

c)

- podpis in žig nosilca:

d)

Certifikat, ki ga predloži tuja zavarovana oseba, mora obvezno vsebovati podatke v točkah 2., 3., 4., 5., 6., 7. ter točke a), b), c) in d). V primeru kakršnekoli pomanjkljivosti (na primer ni navedeno obdobje veljavnosti, ni naveden nosilec zavarovanja, manjka podpis ali žig nosilca) oziroma netočnosti podatkov na certifikatu tuja zavarovana oseba lahko uveljavlja nujne zdravstvene storitve, katere pa mora plačati sama, dokler ne predloži certifikata z vsemi zahtevanimi podatki. Za izstavitev certifikata z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali pristojna po sedežu izvajalca.

**Z evropsko kartico ali certifikatom uveljavljajo tuje zavarovane osebe, kadar tako zahteva zdravstveno stanje, zdravstvene storitve, ki so potrebne iz medicinskih razlogov, upoštevajoč vrsto storitev in pričakovano dolžino začasnega bivanja v Sloveniji.**

Temeljni kriteriji za presojo potrebnih zdravstvenih storitev so:

1. da je storitev potrebna iz zdravstvenih razlogov oziroma poslabšanja zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe, ki je nastalo med začasnim bivanjem v Sloveniji;

2. da je pri tem treba upoštevati predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji;

3. vrsto zdravstvenih storitev.

Med potrebne zdravstvene storitve sodijo, glede na zdravstveno stanje tuje zavarovane osebe, storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči, kot to določajo Pravila. Glede na dolžino bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji, bo moral zdravnik odločiti o nadaljnem poteku zdravljenja in pri tem oceniti, katere zdravstvene storitve so še potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje zavarovane osebe v svojo državo oziroma katere storitve ji je glede na začasnost bivanja v Sloveniji še potrebno zagotoviti.

Določene dodatne ali dolgotrajnejše preiskave običajno lahko počakajo, da se tuja zavarovana oseba vrne v svojo državo, nekaterih pa zaradi začasnosti bivanja ali predvidenega odhoda domov tudi ni mogoče izvesti. Če bo šlo za zdravljenje tuje zavarovane osebe, ki bo v Sloveniji ostala dalj časa (na primer napoteni na delo, študenti in druge osebe), jim bo potrebno glede na njihovo zdravstveno stanje, potrebe zdravljenja in trajanje bivanja v Sloveniji zagotoviti tudi druge storitve, da se jim samo zaradi zdravljenja ne bo potrebno vrniti v svojo državo še pred koncem načrtovanega bivanja v Sloveniji.

Tuje zavarovane osebe so torej upravičene do tistih storitev, ki omogočajo, da oseba nadaljuje svoje načrtovano bivanje v Sloveniji in da se ji samo zaradi tega, da bi se ustrezno zdravila v svoji državi, ni potrebno predčasno vrniti.

Za tuje zavarovane osebe veljajo enaki pogoji in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev kot za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

**Z nobenim od navedenih dokazil o zavarovanju tuja zavarovana oseba ne more uveljavljati zdravstvenih storitev, če je prišla v Slovenijo z namenom, da se tukaj zdravi oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.**

**Na podlagi evropske kartice ali certifikata tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v navedenem obsegu neposredno pri izvajalcih s predložitvijo enega od navedenih dokazil o zavarovanju. Dokazilo o zavarovanju se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.**

Zaradi zagotovitve podatkov o tuji zavarovani osebi, nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana, obdobja veljavnosti izdanega dokazila ter predvidene dobe bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji mora izvajalec ob prvem obisku tuje zavarovane osebe zagotoviti izpolnitev obrazca **“POTRDILO O PODATKIH ZAVAROVANE OSEBE IZ DRŽAV EVROPSKE UNIJE IN EVROPSKEGA GOSPODARSKEGA PROSTORA TER ŠVICE, KI UVELJAVLJAJO ZDRAVSTVENE STORITVE MED ZAČASNIM BIVANJEM V REPUBLIKI SLOVENIJI”** (je v prilogi ‘Vzorci’).

V obrazec se vpišejo naslednji podatki:

1. dokazila o zavarovanju

 - izpolni se okvirček pred navedbo dokazila o zavarovanju:

 evropska kartica zdravstvenega zavarovanja

 certifikat,

2. oznaka države, ki je izdala dokazilo o zavarovanju,

3. podatki o tuji zavarovani osebi:

 3.1. priimek,

 3.2. ime,

 3.3. datum rojstva,

 3.4. identifikacijska številka osebe,

4. podatki o pristojnem nosilcu:

 4.1. identifikacijska številka nosilca,

5. podatki o kartici:

 5.1. identifikacijska številka kartice,

6. podatki o veljavnosti:

 6.1. datum veljavnosti,

7. preverjanje identitete tuje zavarovane osebe

 - označi se okvirček pred:

 potni list

 osebna izkaznica

 vozniško dovoljenje,

8.1 izjava tuje zavarovane osebe o obdobju nameravanega bivanja v Sloveniji

 (vpiše se datum do kdaj namerava tuja zavarovana oseba bivati v Sloveniji),

8.2. zapis, da je identiteta osebe preverjena,

8.3. storitve, opravljene zaradi zdravstvenih težav osebe, so v okviru navedenega trajanja bivanja medicinsko nujne oziroma potrebne,

8.4. datum,

8.5. žig in podpis izvajalca.

Izpolnitev obrazca zagotovi izvajalec, ki prvi sprejme tujo zavarovano osebo, največkrat bo to zdravnik v osnovni zdravstveni dejavnosti, v nujnih primerih (poškodbe, nenadna obolenja) pa tudi pristojna služba ob sprejemu tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. Izvajalec pošlje potrdilo območni enoti Zavoda, pristojni po kraju sedeža izvajalca, najkasneje ob izstavitvi računa za tujo zavarovano osebo.

Razen navedenih dokazil o zavarovanju navajamo še dva obrazca v papirnati obliki, s katerima lahko tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev: obrazec E 112 in obrazec E 123.

**OBRAZEC E 112** - Potrdilo o pravici do storitev in dajatev v primeru bolezni in materinstva po nastanku zavarovalnega primera. Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru bivanja v Sloveniji ali kadar je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje v Slovenijo. Obrazec se uporablja tudi za odobritev analiz in pošiljanje bioloških vzorcev za te stiranje. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom bivanja in v tej zvezi uveljavljanja zdravstvenih storitev, se mora taka oseba oglasiti na območni enoti ali izpostavi Zavoda, kjer prebiva, katera izda Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane. Z navedenim potrdilom tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v obsegu, ki je na potrdilu naveden. V primeru, da je tuji zavarovani osebi izdan obrazec z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo ali da je obrazec poslan skupaj z biološkimi vzorci, ga mora izvajalec poslati območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane.

**OBRAZEC E 123** - Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za nesreče pri delu in poklicne bolezni. Z navedenim obrazcem so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve s soglasjem nosilca zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni z namenom bivanja v Sloveniji ali napotitve na zdravljenje. Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca E 112 za namen bivanja oziroma napotitve na zdravljenje.

Tujim zavarovanim osebam, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 ali E 123 so izvajalci zdravstvenih storitev dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

**-** **tuje zavarovane osebe po meddržavni pogodbi**

• *Kako se izkazujejo in način uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev?*

Tuje zavarovane osebe iz Hrvaške, Makedonije, Bosne in Hercegovine, Srbije in Črne gore praviloma uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi **“POTRDILA O PRAVICI DO ZDRAVSTVENIH STORITEV ZA TUJEGA ZAVAROVANCA IN NJEGOVE DRUŽINSKE ČLANE”** (v nadaljevanju potrdilo in je v prilogi ‘Vzorci’). To potrdilo tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe, na podlagi dokazila o zavarovanju, ki ga je izdal pristojni nosilec zdravstvenega zavarovanja v državi, v kateri je oseba zdravstveno zavarovana ali na podlagi drugega dokazila, kot je dogovorjeno z meddržavno pogodbo. V večini primerov imajo ti zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da je po meddržavni pogodbi in p osebnih sporazumih določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz potrdila.

V primeru, da tuja zavarovana oseba nima potrdila, potrebuje pa storitve nujnega zdravljenja, je izvajalec dolžan zagotoviti zdravstvene storitve že na podlagi dokazila o zavarovanju. Fotokopijo dokazila o zavarovanju izvajalec pošlje pristojni območni enoti Zavoda. Dokazila o zavarovanju so naslednja:

**za Hrvaško:** dvojezični obrazci HR/SLO 3, HR/SLO 4, HR/SLO 5

Na podlagi obrazca HR/SLO 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Republike Hrvaške pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

**za Makedonijo:** dvojezični obrazci RM/SI 3, RM/SI 4, RM/SI 5

Na podlagi obrazca RM/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Republike Makedonije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo V zakonodaji Republike Makedonije velja pravilo, da morajo zavarovane osebe same stopiti v stik s posameznimi izvajalci države, v kateri želijo uveljaviti načrtovane zdravstvene storitve ter hkrati priskrbeti predračun za zdravstvene storitve, kar je podlaga za morebitno odobritev zdravljenja. Izvajalec, ki prejme zaprosilo makedonske zavarovne osebe za izstavitev predračuna naj zagotovi izstavitev le tega. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem

**za Bosno in Hercegovino:** dvojezični obrazec BIH/SI 3, BIH/SI 4, BIH/SI 5

Na podlagi obrazca BIH/SI 4 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Bosne in Hercegovine pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Originalni obrazec pošlje pristojni nosilec Bosne in Hercegovine izvajalcu zdravstvenih storitev, kjer se zavarovanec zdravi ali pa ga izroči zavarovancu, ki ga je dolžan predložiti ob sprejemu na zdravljenje. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem

**za Srbijo:** dvojezični obrazec SRB/SI 03, SRB/SI 04, SRB/SI 05

Na podlagi obrazca SRB/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Srbije pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem

za Črno goro: dvojezični obrazec MNE/SI 03, MNE/SI 04, MNE/SI 04A, MNE/SI 05

Na podlagi obrazca MNE/SI 04 uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Črne gore pravico do načrtovanih zdravstvenih storitev v primeru napotitve na zdravljenje v Republiko Slovenijo. Izvajalci zdravstvenih storitev so dolžni zagotoviti zdravstvene storitve na način in v skladu s postopki, ki veljajo za slovenske zavarovane osebe, vključno s čakalnimi dobami in storitve obračunati v skladu s pogodbenimi cenami ter doplačilom razlike do polne vrednosti za tiste zdravstvene storitve, ki niso v celoti zagotovljene z obveznim zdravstvenim zavarovanjem.

Na podlagi obrazca MNE/SI 04A uveljavljajo tuje zavarovane osebe iz Črne gore pravico do zdravstvenih storitev na podlagi soglasja črnogorskega nosilca zavarovanja, pri čemer gre za storitve oziroma zdravljenje, ki se je začelo v Črni gori, oseba pa potrebuje zdravljenje oziroma določene storitve med začasnim bivanjem v Sloveniji ( na primer: dializa)

**Tuje zavarovane osebe iz Avstralije** imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljene pravice do storitev nujnega zdravljenje in nujne medicinske pomoči. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo neposredno pri izvajalcih s predložitvijo kartice avstralskega nosilca zavarovanja »Medicare« in potnega lista, s katerim se preveri identiteta tuje zavarovane osebe. Kartica avstralskega nosilca zavarovanja (v nadaljevanju: kartica Medicare je v prilogi »Vzorci«). vsebuje identifikacijsko številko osebe, ime in priimek ter datum do katerega kartica velja. Na kartici je lahko navedena več kot ena zavarovana oseba.

**S kartico Medicare tuja zavarovana oseba ne more uveljavljati zdravstvenih storitev, če je prišla v Slovenijo z namenom, da se tukaj zdravi oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.**

Izvajalec pošlje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca fotokopijo kartice Medicare, najkasneje ob izstavitvi računa.

V kolikor tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi nima dokazila o zavarovanju, mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje lahko pristojna območna enota Zavoda zaprosi tujega nosilca zavarovanja za naknadno izdajo dokazila o zavarovanju: EU-KZZ, certifikat, HR/SLO 3, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, kartico Medicare, MNE/SI 03. Za pridobitev dokazila o zavarovanju je pomembno da bolnišnica takoj ob sprejemu na bolnišnično zdravljenje tuje zavarovane osebe obvesti območno enoto Zavoda z navedbo vseh zahtevanih podatkov (ime in priimek osebe, datum rojstva, naslov v tujini, po možnosti podatke o nosilcu zavarovanja pri katerem je oseba zavarovana). Le popolni podatki zagotavljajo možnost pridobitve dokazila o zavarovanju in s tem plačilo stroškov v breme Zavoda.

Ne glede na možnost zaprosila za naknadno izdajo dokazila o zavarovanju v primeru bolnišničnega zdravljenja, pa je potrebno upoštevati še naslednje omejitve:

1. za Hrvaško

V primeru bolnišničnega zdravljenja hrvaškega zavarovanca, ki nima dokazila o zavarovanju to pomeni, da mora območna enota zaprošeno dokazilo o zavarovanju prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

2. za Makedonijo

V primeru bolnišničnega zdravljenja makedonskega zavarovanca, ki nima dokazila o zavarovanju to pomeni, da mora območna enota zaprošeno dokazilo o zavarovanju prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

3. za Bosno in Hercegovino

V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Bosne in Hercegovine, ki nima dokazila o zavarovanju, ni mogoče zahtevati naknadno izdajo dokazila, če gre za načrtovano oziroma planirano zdravljenje v Republiki Sloveniji. Naknadno izdajo dokazila o zavarovanju je mogoče zahtevati le v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

4. za Srbijo

V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Srbije, ki nima dokazila o zavarovanju to pomeni, da mora območna enota zaprošeno dokazilo o zavarovanju prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

1. za Avstralijo

V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Avstralije, ki nima dokazila o zavarovanju to pomeni, da mora območna enota zaprošeno dokazilo o zavarovanju prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

 6 .za Črno goro

V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Črne gore, ki nima dokazila o zavarovanju to pomeni, da mora območna enota zaprošeno dokazilo o zavarovanju prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.

Tudi v primeru zakonodaje EU bo oseba sama plačnik stroškov bolnišničnega zdravljenja, če območna enota ne bo prejela dokazila o zavarovanju.

***2.8.1.2. Obmejni delavec (zavarovalna podlaga 090000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 090077)***

Gre za zaposleno ali samozaposleno osebo, ki je zavarovana v eni državi članici EU in njegove družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

• *Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

***2.8.1.3. Zaposlena ali samozaposlena oseba (zavarovalna podlaga 091000) in njeni družinski člani (zavarovalna podlaga 091077)***

Gre za zaposleno ali samozaposleno osebo, ki ni obmejni delavec in je zavarovana v eni državi članici EU in njene družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

• *Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

***2.8.1.4. Vlagatelj zahteve za pridobitev pokojnine v tujini – zakonodaja EU (zavarovalna podlaga 022000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 022077)***

Gre za osebo, ki vloži zahtevo za pridobitev pokojnine v eni državi članici EU, medtem ko stalno prebiva v Sloveniji in njene družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

***2.8.1.5. Družinski člani brezposelne osebe zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja – zakonodaja EU (zavarovalna podlaga 082000)***

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja – brezposelna oseba pa je zavarovana pri nosilcu zdravstvenega zavarovanja v drugi državi članici EU.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

***2.8.1.6. Napotitev na delo - zaposlena ali samozaposlena oseba zavarovana pri tujem nosilcu zavarovanja – meddržavna pogodba (zavarovalna podlaga 092000) in njeni družinski člani (zavarovalna podlaga 092077)***

Gre za zaposleno ali samozaposleno osebo, ki je zdravstveno zavarovana v državi, s katero je sklenjena meddržavna pogodba, medtem ko je v Slovenijo napotena na delo in njene družinske člane.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.8.1.7. Prejemnik tuje pokojnine iz države članice EU (zavarovalna podlaga 105000) in njegovi družinski člani ( zavarovalna podlaga 105077) – zakonodaja EU**

Gre za tujega upokojenca, ki prejema pokojnino iz druge države članice EU in njegove družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

*\*Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.8.1.8. Družinski člani upokojenca, zavarovanega pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja v državi članici EU (zavarovalna podlaga 106000) – zakonodaja EU**

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je upokojenec pa je zavarovan v drugi državi članici EU.

*\* Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**2.8.1.9. Družinski člani zaposlene ali samozaposlene osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja v državi članici EU (zavarovalna podlaga 107000) – zakonodaja EU**

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je zaposlena ali samozaposlena oseba, pa je zavarovana v drugi državi članici EU

*\* Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

***2.8.2. Tuji upokojenci in družinski člani po meddržavni pogodbi***

**- prejemnik tuje pokojnine (zavarovalna podlaga 059000) in njegovi družinski člani (zavarovalna podlaga 059077)**

Gre za tujega upokojenca, ki prejema pokojnino iz druge države pogodbenice po meddržavni pogodbi in njegove družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji.

**- družinski člani, s stalnim prebivališčem v Sloveniji, katerih nosilec zavarovanja je slovenski upokojenec s stalnim prebivališčem v drugi državi članici EU ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi (zavarovalna podlaga 079000)**

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja pa je slovenski upokojenec, ki stalno prebiva v drugi državi članici EU ali drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi.

- družinski člani zaposlene ali samozaposlene osebe, zavarovane pri tujem nosilcu zavarovanja (zavarovalna podlaga 080000)

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je zaposlena ali samozaposlena oseba, pa je zavarovana v drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi.

**- družinski člani upokojenca, zavarovanega pri tujem nosilcu zavarovanja (zavarovalna podlaga 081000)**

Gre za družinske člane, ki stalno prebivajo v Sloveniji, nosilec zavarovanja, ki je upokojenec, pa je zavarovan v drugi državi pogodbenici po meddržavni pogodbi.

*• Kako se izkazujejo?*

S kartico zdravstvenega zavarovanja.

**3. Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev**

**3.1. Zdravstvena dejavnost na primarni ravni**

Pogoje in načine financiranja zdravstvene dejavnosti na primarni ravni ureja vsakoletni dogovor.

**3.1.1. Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji**

Navedene ambulante pridobivajo prihodek na dva načina:

a) z glavarino,

b) s storitvami.

Glavarina predstavlja približno polovico prihodka. Na podlagi števila opredeljenih zavarovanih oseb, ki se ugotavlja štirikrat letno (28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra), se izračunajo količniki za glavarino. Ti se izračunajo tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca množi s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe. Število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika je za plačilo v posamezni ambulanti navzgor omejeno in določeno v vsakoletnem dogovoru.

Ker si vsi prebivalci še niso izbrali osebnega zdravnika, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu korigirajo navzgor tako, da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb vpliva na dejansko število količnikov za glavarino pri posameznem izvajalcu, kot je razvidno iz tabele 1.

Tabela 1: Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini

 starost (v letih) število količnikov

 pod 1 3,00

 1 - 6 1,90

 7 -18 0,88

 19 - 49 0,84

 50 - 64 1,40

 65 - 74 2,20

 75 in več 3,00

Pri izračunu obveznosti Zavoda do izvajalca se glavarinski količniki priznajo v skladu z vsakoletnim dogovorom.

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

Količniki se nad navedenim limitom plačajo le v primeru, ko je izvajalec na področju posamezne izpostave Zavoda edini izvajalec dejavnosti, ali ko je na območju posamezne izpostave Zavoda več izvajalcev v dejavnosti in vsi presegajo indeks iz glavarine 110 %.

Izvajalci praviloma zagotavljajo izven dogovorjenega programa glavarine zdravniško ekipo v socialnem zavodu v skladu z vsakoletnim dogovorom. Zato se pri izračunu količnikov za glavarino v splošnih ambulantah ne upoštevajo oskrbovanci socialnovarstvenih zavodov. Če si oskrbovanci socialnovarstvenega zavoda izberejo osebnega zdravnika izven socialnovarstvenega zavoda, se obveznost ekipe splošnega zdravnika za delo v socialnovarstvenem zavodu zmanjša (razen v primeru dispanzerjev za otroke in šolarje v socialnih zavodih, kjer se pooblastilo izbranega zdravnika vrednoti enako kot izbira zdravnika). Realizacija tega programa se evidenčno spremlja v količnikih (po visoki ceni količnika), v trimesečni obračun pa se vključi planirani obseg storitev oziroma finančnih sredstev.

Izvajalcem, ki pričnejo z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, se določi začetno število količnikov za glavarino v skladu z vsakoletnim dogovorom. Po preteku dogovorjenega obdobja se upošteva dejansko število zanj opredeljenih zavarovanih oseb oziroma količnikov za glavarino. Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

Celoten obseg storitev, ki jih izvajalec za obvezno zdravstveno zavarovanje lahko opravi letno, je odvisen tudi od količnikov iz glavarine in sicer tako, da se izvajalcu, ki skrbi za večjo in zahtevnejšo populacijo zavarovanih oseb, omogoča večji obseg storitev in obratno. Obseg se opredeli v vsakoletnem dogovoru.

V vsakoletnem dogovoru se partnerji dogovorijo tudi za različne elemente vzpodbud za racionalno delo in za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika.

Druga polovica prihodka izvajalcev je odvisna od opravljenih storitev. Vsaka storitev prinese določeno število količnikov.

V primeru bolj zahtevne obravnave je osnovnemu količniku za posamezen pregled potrebno prišteti količnik za zahtevnost obravnave, ki je odvisen od starosti in invalidnosti zavarovane osebe, kot je razvidno iz tabele 2. Dodatni količnik se dodaja samo pregledu, ne pa tudi posegom.

Tabela 2: Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini

 populacijske skupine dodatni količniki

 pod 1 leto 1,00

 1 – 3 let 0,75

 4–18 0,50

 65 – 74 let 1,00

 75 in več let, invalidi z 70 % in večjo prizadetostjo 2,00

Za doplačila do polne vrednosti storitev se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”, ki se izračuna tako, da se dogovorjena finančna sredstva za program (brez ločeno zaračunljivega materiala) deli s planiranim številom količnikov iz obiskov.

Za obračun storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa se uporablja “nizka cena količnika iz obiskov”, ki se izračuna tako, da se od dogovorjenih finančnih sredstev za program (brez ločeno zaračunljivega materiala) odštejejo sredstva za glavarino in se preostanek sredstev deli s planiranim številom količnikov iz obiskov.

Izjema pri obračunu storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi – kategorija zavarovanja 4, za katere se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”. Glede na to, da se za zavarovalne podlage 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 092000, 092077, 105000, 105077, 106000 in 107000 evidentira izbira osebnega zdravnika, je le-te potrebno izključiti iz obračunavanja glavarine. Namreč v primeru, ko si te tuje zavarovane osebe izberejo zdravnika, se izbira zabeleži in tudi obračuna v glavarini, kar pa glede na zaračunano visoko ceno količnika ne bi bilo ustrezno. Prišlo bi namreč do dvojnega plačevanja glavarine.

**3.1.2. Ginekološki dispanzerji**

Ginekološki dispanzerji pridobivajo prihodek na dva načina:

a) z glavarino,

b) s storitvami.

Glavarina predstavlja približno polovico prihodka. Na osnovi števila opredeljenih zavarovanih žensk se na enak način kot v splošnih ambulantah izračunajo količniki za glavarino. Ker si vse ženske še niso izbrale osebnega ginekologa, se količniki iz glavarine pri vsakem nosilcu popravijo navzgor, tako da so razporejeni vsi možni količniki. Cena količnika za glavarino je po vsej Sloveniji enaka. Starostni razredi zavarovanih žensk za izračun glavarine so prikazani v tabeli 3. Na glavarino vplivajo tudi nosečnice, ki na količnik starostnega razreda prinesejo še dodatna 2,2 količnika. Količniki iz glavarine še neopredeljenih žensk se razdelijo med ginekologe v odstotku količnikov iz dejansko opredeljenih žensk.

Posamezni zdravnik za poln program ekipe v dejavnosti ginekologije na primarni ravni ne more preseči 2.925 količnikov iz glavarine mesečno. Mejno število zavarovanih žensk in število količnikov iz glavarine je določeno v vsakoletnem dogovoru. Razpoložljivo število količnikov iz glavarine je določeno v vsakoletnem dogovoru.

Količniki se nad navedenim limitom plačajo le v primeru, ko je izvajalec na področju posamezne izpostave Zavoda edini izvajalec dejavnosti, ali ko je na območju posamezne izpostave Zavoda več izvajalcev v dejavnosti in vsi presegajo indeks iz glavarine 110 %.

Tabela 3: Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih žensk v ginekoloških dispanzerjih

 starost (v letih) število količnikov

 13 – 19 0,20

 20 – 39 0,55

 40 – 64 0,26

 65 in več 0,17

 dodatni količnik za nosečnice 2,20

Izvajalcem, ki pričnejo z delom brez opredeljenih zavarovanih oseb, se določi začetno število količnikov za glavarino v skladu z vsakoletnim dogovorom. Po preteku dogovorjenega obdobja se upošteva dejansko število zanj opredeljenih zavarovanih žensk oziroma količnikov za glavarino. Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

Celoten obseg storitev, ki jih izvajalec za obvezno zdravstveno zavarovanje lahko opravi letno, je odvisen tudi od količnikov iz glavarine, in sicer tako, da se izvajalcu, ki skrbi za večjo in zahtevnejšo populacijo zavarovanih žensk, omogoča večji obseg storitev in obratno. Obseg se opredeli v vsakoletnem dogovoru.

V vsakoletnem dogovoru se partnerji dogovorijo tudi za različne elemente vzpodbud za racionalno delo in za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika.

Druga polovica prihodka izvajalcev je odvisna od opravljenih storitev. Vsaka storitev prinese določeno število količnikov. V primeru bolj zahtevne obravnave je osnovnemu količniku za posamezen pregled potrebno prišteti še količnik za zahtevnost obravnave, kot sledi iz tabele 4.

Tabela 4: Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih žensk v ginekoloških dispanzerjih

 populacijske skupine dodatni količniki

 od 13 do 19 let 0,40

 nad 65 let 0,40

Predpisane ultrazvočne storitve je ginekološki dispanzer dolžan zagotoviti opredeljenim ženskam, ne glede na to ali jih opravlja sam ali pa jih zanj proti plačilu opravi drug izvajalec. Ginekološki dispanzer brez aparata za ultrazvok pošlje zavarovano osebo na ultrazvok k drugemu izvajalcu in jih plača po načelu “naročnik – plačnik”. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju pa storitve obračuna in zabeleži, kot bi jih opravil sam.

Za doplačila do polne vrednosti storitev se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”, za obračun storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pa “nizka cena količnika iz obiskov”. Izračunata se na enak način kot v splošnih ambulantah.

Izjema pri obračunu storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja so tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi – kategorija zavarovanja 4, za katere se uporablja “visoka cena količnika iz obiskov”. Glede na to, da se za zavarovalne podlage 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 092000, 092077, 105000, 105077, 106000 in 107000 evidentira izbira osebnega zdravnika je le-te potrebno izključiti iz obračunavanja glavarine. Namreč v primeru, ko si te tuje zavarovane osebe izberejo zdravnika, se izbira zabeleži in tudi obračuna v glavarini, kar pa glede na zaračunano visoko ceno količnika ne bi bilo ustrezno. Prišlo bi namreč do dvojnega plačevanja glavarine.

**3.1.3. Ostale ožje dejavnosti osnovnega zdravstva**

Te dejavnosti obračunavajo storitve po Enotnem seznamu zdravstvenih storitev (v nadaljevanju: Zelena knjiga) oziroma po seznamih storitev iz priloge 'Sklep o obračunavanju'.

Storitve patronaže in nege na domu, ki jih v skladu z delovnim nalogom izvajalec opravi ob nedeljah in praznikih, lahko Zavodu obračuna v točkovnem normativu, povečanem za 30 %.

Storitve oziroma programe zdravstvene vzgoje, šole za starše, razvojnih ambulant, centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter preventivne programe (promocija zdravja - CINDI in program presejanja - SVIT) plačuje Zavod v pavšalu, zato teh storitev izvajalci ne obračunavajo v točkah, temveč o opravljenem delu pripravijo pisno poročilo. Katere storitve Zelene knjige oziroma programe plačuje Zavod v pavšalu, opredelijo partnerji v vsakoletnem dogovoru.

Zdravstveno vzgojo za odraslo populacijo izvajalci obračunajo Zavodu po ceni posameznih individualnih oziroma skupinskih delavnic. Seznam izvajalcev in različni elementi vzpodbud za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika, so opredeljeni v vsakoletnem dogovoru.

Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: Centri) lahko uporabljajo za substitucijsko terapijo oziroma nadomestno zdravljenje zdravila z naslednjimi zdravilnimi učinkovinami: metadon, buprenorfin, buprenorfin/nalokson in morfin (v farmacevtski obliki s podaljšanim sproščanjem). Centri gotova zdravila za nadomestno zdravljenje in magistralno pripravljene peroralne raztopine z metadonom v lekarni naročajo z naročilnico za zdravila za nadomestno zdravljenje. Zdravila na naročilnico se predpisujejo s splošnim imenom.

Ob naročilu gotovega zdravila je potrebno navesti jakost zdravila, farmacevtsko obliko, pakiranje in število pakiranj ter podatek o številu oseb, ki bodo v navedenem obdobju prejemale predpisano zdravilo. Glede na to, da je v Sloveniji v prometu več različnih pakiranj peroralnih raztopin z metadonom (od 10ml do 1000ml) v jakosti 10mg/ml, se količina le-teh predpisuje v mililitrih (na primer: metadon peroralna raztopina: 2x200ml; 1x1000ml; 3x100ml in 5x10ml). Zdravilo se le izjemoma lahko predpisuje tudi z lastniškim imenom, pri čemer je obvezno navesti šifro pacienta, za katerega je zdravilo namenjeno, dnevni odmerek učinkovine v miligramih ter število odmerkov za določeno obdobje.

Ob naročilu za magistralno pripravljene peroralne raztopine z metadonom Centri navedejo obdobje naročila, nelastniško ime zdravila, dnevni odmerek učinkovine v miligramih, šifro pacienta ter število odmerkov za določeno obdobje.

Naročilnice za zdravila za nadomestno zdravljenje ni potrebno predhodno potrjevati na območni enoti Zavoda. Naročilnica naj bo predpisana v dvojniku. Prvi izvod obdrži in arhivira Center, drugega pa obdrži in arhivira lekarna.

Lekarne oskrbujejo Centre z metadonom v originalnem pakiranju in/ali z magistralno pripravljenimi peroralnimi raztopinami metadona v soku v različnih jakostih. Za naročeno gotovo obliko metadona izda lekarna odgovarjajočo količino v najustreznejšem pakiranju praviloma stroškovno najugodnejšega zdravila. Za pripravo magistralne raztopine naj lekarne uporabijo praviloma najustreznejše pakiranje stroškovno najugodnejšega gotovega zdravila.

Vsak Center je dolžan voditi poimenski seznam (ime in priimek) vseh prejemnikov nadomestnega zdravljenja, podatke o obveznem zdravstvenem zavarovanju teh oseb in njihovih statusih (šifra zavarovalne podlage) ter jih na zahtevo predložiti nadzornikom Zavoda zaradi ugotavljanja zavarovanja.

**3.1.4. Laboratorij**

Zdravstveni domovi in zasebniki storitev laboratorija ne obračunavajo Zavodu v točkah, temveč jih samo evidentirajo. Sredstva za kritje stroškov teh storitev so vračunana v finančni načrt izvajalca oziroma v ceno storitev. Izvajalci si medsebojno zaračunavajo laboratorijske storitve v skladu z vsakoletnim dogovorom.

Izjemoma lahko zdravstveni domovi in zasebniki posebej zaračunavajo Zavodu nekatere laboratorijske storitve oziroma preiskave, ki so opredeljene v vsakoletnem dogovoru kot ločeno zaračunljiv material oziroma storitve.

**3.1.5. RTG dejavnost**

Storitve RTG dejavnosti izvajalci obračunavajo v točkah po Zeleni knjigi, po kriterijih, ki veljajo za specialistično ambulantno dejavnost (šifra dejavnosti 201).

**3.1.6. Dežurna služba in nujna medicinska pomoč**

Dežurno službo in nujno medicinsko pomoč organizirajo javni zdravstveni zavodi. Pravica in dolžnost izvajalcev zasebnega sektorja je, da se po dogovoru z javnimi zdravstvenimi zavodi vključujejo v opravljanje dežurne službe in nujne medicinske pomoči.

Storitve, opravljene v času dežurne službe, in nujno medicinsko pomoč v osnovni in zobozdravstveni dejavnosti, plačuje Zavod izvajalcem v pavšalu. Zato izvajalci obveznemu zdravstvenemu zavarovanju teh storitev ne zaračunavajo posebej. Izjema so tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi, za katere se izstavljajo računi za vse razloge obravnav.

Doplačila za opravljene storitve v času dežurne službe se izračunavajo na enak način, kot za storitve opravljene v rednem delovnem času. V osnovni dejavnosti (za katero velja sistem glavarine in storitev) se zaračunavajo po visoki ceni količnika iz obiskov, v zobozdravstveni dejavnosti pa po ceni točke, ki velja za redni ordinacijski čas.

Ker je dežurna služba plačana v pavšalu, je dolžnost organizatorja te dejavnosti, da plačuje dežurne zdravnike ne glede na to, ali so iz lastnih vrst, drugih ustanov ali pa so zasebniki.

Za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov in s tem spremljanje storitev glede na različne razloge obravnave (poškodbe po tretji osebi, poklicne bolezni in poškodbe pri delu) izvajalci nujne medicinske pomoči Zavodu izstavljajo evidenčne obračune. Obračunska enota za te storitve je lažja, srednja in težka, oziroma zahtevna oskrba na terenu. Z evidenčnimi obračuni izvajalci beležijo opravljene storitve nudenja nujne medicinske pomoči na terenu po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti.

Poleg opravljenih storitev iz prejšnjega odstavka izvajalec Zavodu izstavi tudi evidenčni obračun za storitve, opravljene v ambulanti nujne medicinske pomoči (dežurna služba).

**3.1.7. Zobozdravstvena dejavnost**

Za obračun zobozdravstvenih storitev se uporablja Zelena knjiga. V zobozdravstveni dejavnosti so določene cene točk za vsako od ožjih področij, navedenih v standardih za delo ambulant v vsakoletnem dogovoru. Če izvajalec opravlja več dejavnosti različnih ožjih področij, za vsako dejavnost uporablja veljavno ceno točke posamezne dejavnosti.

Zobozdravstvene ambulante, določene za delo z duševno prizadetimi osebami, lahko povečajo točkovno vrednost za te storitve, opravljene duševno prizadetim osebam, za 30%.

Izvajalec zobozdravstvenih dejavnosti storitve zobnega rentgena obračuna Zavodu, ne glede na to, ali jih je opravil sam ali naročil pri drugem izvajalcu. Izvajalci si storitve zobnega rentgena med seboj obračunavajo v skladu z vsakoletnim dogovorom.

Program skupinske zobozdravstvene vzgoje in preventive Zavod plačuje izvajalcem s pavšalnim zneskom, v skladu z vsakoletnim dogovorom. Prav tako se program zobozdravstvene vzgoje v okviru dejavnosti pedontologije plačuje s pavšalnim zneskom, vendar največ do polovične vrednosti načrtovanega programa za pedontologijo. V program zobozdravstvene vzgoje je vključeno tudi tekmovanje za zdrave zobe ob zdravi prehrani. Za ta program izvajalec Zavodu predloži podatke o nazivu vrtca ali šole, številu razredov, kjer se program izvaja, in številu otrok, ki so vključeni v tekmovanje.

Šifre storitev iz Zelene knjige, ki jih izvajalci ne zaračunavajo Zavodu zaradi plačevanja programa s pavšalom, se določijo z vsakoletnim dogovorom.

Tablete, gel ali tekočina za fluoriranje z učinkovino natrijev fluorid se za potrebe šol, vrtcev in podobnih ustanov lahko naročijo z naročilnico (mišljena je splošna naročilnica izvajalca za zdravila). Tak način predpisovanja se lahko dogovori za mladinske zobozdravnike, pedontologe, pediatre in ginekologe. Postopek je naslednji: izvajalec pošlje naročilnico v potrditev plansko-analitski službi območne enote Zavoda, kjer ima sedež. V prilogi k naročilnici izvajalca navede nazive vrtcev ali šol, število otrok po starostnih skupinah in obdobje za katero naroča tablete, gele ali tekočino.

Izvajalec na podlagi potrjene naročilnice, ki mu jo pošlje območna enota Zavoda, nabavi zdravilo v lekarni. Zahtevek za plačilo izstavi Zavodu lekarna.

**3.1.8. Reševalna služba**

Reševalne prevoze ločimo na nujne in nenujne reševalne prevoze.

Za nujni reševalni prevoz gre, ko je potrebno zagotoviti čimprejšnjo zdravniško pomoč in preprečiti najhujšo možno posledico za življenje ali zdravje zavarovane osebe, za zdravje drugih, in v vseh primerih, ko zavarovana oseba potrebuje takojšnje nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. Nujni reševalni prevoz vključuje tudi reševanje poškodovanih zavarovanih oseb z gora, morja, voda in jam ter njihov prevoz do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki lahko zagotovi ustrezno medicinsko pomoč.

Nenujni reševalni prevozi se delijo na nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem ter nenujne reševalne prevoze brez spremljevalca. Slednji se imenujejo sanitetni prevozi.

**Nenujni reševalni prevoz s spremljevalcem** je prevoz pacienta, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca.

**Sanitetni prevoz** je prevoz pacienta, ki med prevozom ne potrebuje spremstva ali zdravstvene oskrbe zdravstvenega delavca, prevoz z javnim prevoznim sredstvom ali osebnim vozilom pa bi lahko bil za njegovo zdravje škodljiv. Sanitetni prevozi se delijo na sanitetne prevoze na/z dialize ter ostale sanitetne prevoze, kamor sodijo tudi prevozi onkoloških bolnikov na obsevanja in kemoterapijo na OI.

Nujni reševalni prevozi so vrednoteni v okviru načrtovanega obsega finančnih sredstev, medtem ko je delo reševalne službe za nenujne reševalne prevoze vrednoteno s ceno točke. Nujne reševalne prevoze izvajalec obračuna v pavšalu. Pri trimesečnih obračunih plača Zavod izvajalcem nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem ter ostalih sanitetnih prevozih realizirano število točk, vendar največ do planiranega obsega točk. Izjema so sanitetni prevozi na dializo in z nje, ki jih Zavod plača v skladu z realizacijo po vrednosti točke za sanitetni prevoz, določeni v vsakoletnem dogovoru. Morebitne omejitve plačila prevozov partnerji opredelijo z vsakoletnim dogovorom.

Izvajalci za vsako prepeljano osebo pri nenujnih reševalnih prevozih in pri vseh razlogih obravnave obračunavajo startnino. Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem znaša startnina 30 točk, pri sanitetnih prevozih (sanitetni prevozi na/z dialize in ostali sanitetni prevozi) pa znaša startnina 8 točk za razdalje do vključno 10 km in 16 točk za razdalje nad 10 km. Za nenujni reševalni prevoz s spremljevalcem (tudi če bodo peljali več oseb sočasno) izvajalci obračunajo poleg startnine za vsakega bolnika tudi dejansko prevožene kilometre v točkah. Pri sanitetnih prevozih na in z dialize ter ostalih sanitetnih prevozih izvajalec ne more obračunati reševalnega prevoza za razdaljo, ki jo prevozi brez bolnika

Izvajalec zaračuna prevožene kilometre za eno zavarovano osebo tako, da skupno število točk za obračun pomnoži s ceno točke. Tako dobljeni znesek se deli na obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje oziroma doplačilo za eno osebo. Skupno število točk za obračun izvajalec izračuna tako, da sešteje točke za startnino in dejansko prevožene kilometre v točkah za vsako zavarovano osebo.

*Primer 1:* Izvajalec pelje zavarovano osebo iz Kranja v Ljubljano in obračuna 30 točk za startnino in prevožene kilometre v točkah. Če popoldan pride izvajalec po isto osebo v Ljubljano in jo pelje nazaj v Kranj, je to nov prevoz, pri katerem se zopet obračuna 30 točk za startnino in prevožene kilometre v točkah. Gre torej za dva prevoza iste osebe, pri čemer se obračunata tudi dve startnini.

Dve startnini se obračunata tudi v primeru, če izvajalec reševalnega prevoza pelje osebo iz Kranja v Ljubljano, jo čaka in pelje nazaj v Kranj. V tem primeru torej izvajalec obračuna dve startnini in prevožene kilometre v točkah.

*Primer 2:* Razdalja med bivališčem zavarovane osebe in dializnim centrom znaša 11km. Kilometri, ki jih izvajalci načrtujejo, opredelijo v pogodbi in tudi obračunajo za to osebo, so: 11+16+11+16=54 km.

Za določitev kilometrov, ki so podlaga za obračun opravljenih reševalnih prevozov v točkah, se uporablja Telefonski imenik Slovenije (TIS) oziroma dejanska razdalja, če jo izvajalec prevoza verodostojno dokaže.

Nujni reševalni prevozi so obračunani v pavšalu. Izvajalec bo obračunaval nujne reševalne prevoze za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah po ceni, ki predstavlja 2,5-kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem.

**3.1.9. Tuje storitve**

Tuja storitev je storitev, ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Zavod (izvajalec), ki je osebo napotil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik opredeljena v svojem finančnem načrtu.

**3.1.10. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve**

Ločeno zaračunljive materiale in storitve ter njihove cene opredelijo partnerji z vsakoletnim dogovorom. Izvajalci zaračunavajo Zavodu ločeno zaračunljive materiale in storitve v višini kot je določena v vsakoletnem dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. V primeru, da izvajalec z dobaviteljem ločeno zaračunljivih materialov dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. Za ločeno zaračunljive materiale in storitve velja enak odstotek udeležbe zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material oziroma storitev uporablja (naroča).

Za bolnike z multiplo sklerozo ocenjuje primernost uporabe imunomodulatornih zdravil za zdravljenje multiple skleroze posebna strokovna komisija na Zavodu. Ta se sestoji iz vodilnih strokovnjakov na področju multiple skleroze. Po podanem predlogu lečečega zdravnika - nevrologa za odobritev zdravljenja, komisija na osnovi sprejete dokumentacije in predstavitve zavarovane osebe izda mnenje o primernosti zdravljenja z imunomodulatornim zdravilom. Mnenje posreduje območni enoti, v kateri ima bolnik status zavarovane osebe. Na osnovi navedenega mnenja pristojna območna enota Zavoda zagotovi potrjevanje receptov.

**3.2. Specialistična ambulantna dejavnost**

Pogoje in načine financiranja specialistične ambulantne dejavnosti ureja vsakoletni dogovor.

Storitve se obračunavajo v skladu z Zeleno knjigo in seznami storitev iz priloge 'Sklep o obračunavanju'. Vrednosti točk se določijo za posamezne ožje specialistične ambulantne dejavnosti. Če posamezen izvajalec opravlja več ožjih specialističnih ambulantnih dejavnosti, za vsako pogodbeno dejavnost uporablja veljavno ceno točke.

Za določitev odstotka udeležbe obveznega zavarovanja v vrednosti storitve specialistične ambulantne dejavnosti veljajo določila Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (23. člen). V kolikor gre za najzahtevnejše diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve, znaša delež obveznega zavarovanja 95 % vrednosti (cene) storitve, če niso izpolnjeni zakonski pogoji za 100% kritje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja. Med najzahtevnejše storitve, kjer je delež obveznega zavarovanja 95% vrednosti storitve, spada dializna dejavnost. Za navedene storitve velja 5% doplačilo ne glede na razlog obravnave.

**3.2.1. Kalkulacije za delo ambulant**

Za specialistično ambulantne dejavnosti so v vsakoletnem dogovoru opredeljene kalkulacije za delo ambulant. Tako morajo izvajalci doseči standardizirano število točk, da si zagotovijo 100 % plačilo planiranih finančnih sredstev. Partnerji lahko v vsakoletnem dogovoru opredelijo tudi druge elemente za ugotavljanje realizacije programa, kot je na primer število obiskov.

**3.2.2. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve**

Ločeno zaračunljive materiale in storitve opredelijo partnerji z vsakoletnim dogovorom. Izvajalci zaračunavajo Zavodu ločeno zaračunljive materiale in storitve v višini kot je določena v vsakoletnem dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. V primeru, da izvajalec z dobaviteljem ločeno zaračunljivih materialov dogovori nižje cene, kot so določene vsakoletnem dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. Za ločeno zaračunljive materiale in storitve velja enak odstotek udeležbe oziroma doplačila zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material oziroma storitev uporablja (naroča).

**3.2.3. Laboratorij**

Storitve, ki jih laboratorij opravlja za specialistične ambulante, se ne zaračunavajo Zavodu posebej (v točkah), temveč se evidentirajo za interne potrebe. Sredstva za kritje stroškov teh storitev so vračunana v finančni načrt izvajalca oziroma v ceno storitev specialistične ambulante. Izvajalci za medsebojno zaračunavanje laboratorijskih storitev uporabljajo evidenčno ceno točke v skladu z vsakoletnim dogovorom.

**3.2.4. Dializna dejavnost**

V dializni dejavnosti je določena cena za dialize I, II in III. Za dializi IV in V je določena cena na dan. Zavod plačuje dialize vsem izvajalcem po enotnih, dogovorjenih cenah. Cena dialize oziroma cena na dan vključuje vse storitve in materiale, potrebne za njeno izvajanje, med katere sodi tudi generično zdravilo eritropoetin. Izjeme se opredelijo z vsakoletnim dogovorom.

**3.2.5. Tuje storitve**

Tuja storitev je storitev, ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Zavod (izvajalec), ki je osebo napotil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik opredeljena v svojem finančnem načrtu.

**3.2.6. Medicina dela, prometa in športa**

Za storitve medicine dela, prometa in športa, ki se opravijo po naročilu Zavoda, bolnišnice (UKC), zdravstveni domovi in zasebni zdravniki izstavljajo račune. Obvezna priloga k računu je specifikacija računa in zahtevek imenovanega zdravnika Zavoda.

Iz stroškov službe Zavoda se plačujejo storitve medicine dela, prometa in športa v primeru, če jih naroči imenovani zdravnik ali zdravstvena komisija. Iz sredstev za zdravstveno dejavnost Zavod plačuje račune za zdravljenje poklicnih bolezni in v pogodbah dogovorjeni program za športnike.

**3.3. Specialistična bolnišnična dejavnost**

Pogoje in načine financiranja specialistične bolnišnične dejavnosti ureja vsakoletni dogovor.

Primerprogramav specialistični bolnišnični dejavnosti praviloma predstavlja zaključeno stacionarno ali nestacionarno bolnišnično obravnavo aktualnega zdravstvenega problema zavarovane osebe, ki vključuje vse storitve programa za zavarovano osebo v času njenega bolnišničnega zdravljenja, ki je lahko potekalo v več epizodah. Izjeme so določene s pravili kodiranja. Primer se glede na program lahko evidentira in obračuna z različnimi merskimi enotami (npr. utež (višina), bolnišnično oskrbni dan (število), transplantacija (število), primer dnevne obravnave (število)) v skladu z določili Dogovora.

**3.3.1. Akutna bolnišnična obravnava**

Spremljanje storitev akutne bolnišnične obravnave temelji na Skupini primerljivih primerov (v nadaljevanju: SPP). Seznam SPP je utežen, kar pomeni, da ima vsak SPP določeno utež. Cena za eno utež SPP se določi tako, da se celotna planirana sredstva vseh izvajalcev akutne bolnišnične obravnave delijo s planirano vsoto uteži SPP, ki se nato korigirajo z ‘medicinsko inflacijo’, opredeljeno v vsakoletnem dogovoru. Terciarne in štitucije imajo v ceno vključen še dodatek za terciar. Cena uteži se najmanj enkrat letno spreminja v skladu z novimi izhodišči za izračun cen, ki jih določa vsakoletni dogovor. Izvajalci akutne bolnišnične obravnave obračunavajo kemoterapijo ob zaključku cikla, ne glede na število aplikacij.

Storitve, ki jih izvajalci ne obračunavajo Zavodu na podlagi SPP so:

* osnovna dejavnost (dispanzer za žene, fizioterapija, razvojna ambulanta),
* specialistična ambulantna dejavnost,
* dialize,
* psihiatrična dejavnost,
* neakutna bolnišnična obravnava,
* bolnišnična obravnava zdravih novorojenčkov,
* bolnišnična obravnava invalidne mladine,
* rehabilitacijska obravnava,
* spremstvo oseb na bolnišnični obravnavi in doječe matere,
* obravnava klinično mrtvih darovalcev organov,
* transplantacije.

Prav tako se lahko izločijo dejavnosti oziroma programi, ki jih partnerji dogovorijo v vsakoletnem dogovoru.

Med potekom hospitalizacije se lahko poleg bolnišničnega primera posebej obračuna tudi storitev dialize in kemoterapije, ki sodi v sklop specialistične ambulantne dejavnosti, če medicinska indikacija za ambulantno zdravljenje predstavlja nadaljevanje utečenega zdravljenja, ki ni v neposredni povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo. Drugih storitev med potekom hospitalizacije ni dovoljeno obračunati, saj so že zajete v ceni obravnave.

SPP se šteje za zdravstveno storitev, od katere se ugotavlja delež v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma obveznost zavarovane osebe glede doplačil do polne vrednosti storitve.

Doplačila za bolnišnične storitve ureja Zakon (23. člen). Tako lahko delež obveznega zdravstvenega zavarovanja za SPP znaša 85%, 95% ali pa 100%, če so izpolnjeni zakonski pogoji za 100% kritje iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Premestitev zavarovane osebe med potekom specialistične bolnišnične obravnave k drugemu izvajalcu specialistične bolnišnične dejavnosti:

1. Kadar izvajalec tekom bolnišnične obravnave ugotovi, da so za odpravo zdravstvenega problema zavarovane osebe potrebni posegi, ki jih sam ne more izvesti, se je dolžan z drugim izvajalcem, ki te posege izvaja, dogovoriti o premestitvi, in sicer med drugim tudi: kdaj bo osebo premestil k drugemu izvajalcu, ali bo drugi izvajalec opravil le določene dogovorjene posege in osebo premestil nazaj k prvemu izvajalcu (začasna premestitev) ali pa bo drugi izvajalec v celoti izvedel še druge potrebne posege, tako da bo zaključil zdravljenje, ki se je začelo že pri prvem izvajalcu (dokončna premestitev).

2. Če gre za začasno premestitev, je prvi izvajalec po vrnitvi zavarovane osebe od drugega izvajalca dolžan v okviru že začetega primera obravnave (pred premestitvijo) nadaljevati z zdravljenjem zavarovane osebe in primer obračunati šele ob zaključku zdravljenja (hospitalizacije). Drugi izvajalec pa lahko ob premestitvi nazaj k prvemu izvajalcu že obračuna opravljene storitve, in sicer: storitve v specialistični ambulanti dejavnosti (če gre za posege, za katere ni potrebna bolnišnična obravnava) ali primer v bolnišnični dejavnosti (če so izpolnjeni kriteriji iz Priloge BOL II/b-6 za sprejem v bolnišnično obravnavo). V primeru dokončne premestitve k drugemu izvajalcu lahko prvi izvajalec primer obračuna že ob premestitvi v skladu s pravili kodiranja, saj bo drugi izvajalec zdravljenje zavarovane osebe zaključil v celoti.

**3.3.2. Neakutna bolnišnična obravnava**

Neakutna bolnišnična obravnava predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust zavarovane osebe v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo.

Neakutna bolnišnična obravnava se izvaja na oddelku za neakutno bolnišnično obravnavo tako, da je namestitev zavarovanih oseb na tem oddelku ločena od namestitve zavarovanih oseb, ki so v akutni bolnišnični obravnavi.

V neakutno bolnišnično obravnavo se lahko sprejmejo bolniki, pri katerih je končana diagnostika bolezenskega stanja zaradi katerega so bili sprejeti v akutno bolnišnično obravnavo, uvedena ustrezna terapija in določena rehabilitacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec bolniku izdati ustrezno odpustnico iz akutne bolnišnične obravnave.

Do namestitve na oddelek neakutne bolnišnične obravnave so upravičene zavarovane osebe, ki:

* so popolnoma ali delno odvisne od pomoči drugih pri izvajanju osnovnih življenjskih aktivnosti in živijo same ter niso sposobne funkcioniranja v domačem okolju,
* so v terminalni fazi kronične bolezni,
* imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje,
* nimajo ožjih svojcev in jih zaradi zdravstvenega stanja ni možno odpustiti v domače okolje,
* jih zaradi različnih zahtevnih zdravstvenih stanj ni možno odpustiti niti v domače okolje niti v socialnovarstveni zavod.

Kadar upravičenec potrebuje nadaljnjo zdravstveno socialno obravnavo in jo odkloni, ga bolnišnica odpusti, če to dovoljuje njegovo zdravstveno stanje.

Program neakutne bolnišnične obravnave izvajalci zaračunavajo Zavodu na podlagi bolnišnično oskrbnih dni (v nadaljevanju: BOD), in sicer:

1. V primeru, da se v eni hospitalizaciji izvaja samo neakutna obravnava, se ob odpustu, ne glede na dolžino trajanja, lahko obračuna dejansko število BOD.

2. V primeru, da se v isti hospitalizaciji izmenjavajo epizode akutne in neakutne obravnave, se vse epizode akutne obravnave ob odpustu zaračunajo kot en primer SPP. Neakutna obravnava pa se obračuna v BOD-ih, in sicer se vsi nastali BOD-i neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale 6 dni ali več, obračunajo sešteti. BOD-i vseh neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale manj kot 6 dni, obračunsko sodijo v okvir akutne obravnave. Ti BOD-i se zato Zavodu ne obračunavajo.

Pravila iz prejšnjega odstavka veljajo tudi v primeru izmenjavanja epizod primerov drugih tipov akutne obravnave (npr. primer v bolnišnični dejavnosti psihiatrije) z neakutno bolnišnično obravnavo. Tako se ob odpustu ne glede na število epizod obračuna en primer obravnave (npr. primer v bolnišnični dejavnosti psihiatrije) ter število BOD za neakutno obravnavo, če so izpolnjeni pogoji iz 2. točke prejšnjega odstavka.

Za premestitev iz akutne obravnave v neakutno obravnavo in obratno ter za dolžino trajanja neakutne bolnišnične obravnave, mora obstajati medicinska indikacija, ki se lahko preveri z nadzorom Zavoda.

Doplačila pri neakutni bolnišnični obravnavi ureja Zakon (23. člen). Neakutna bolnišnična obravnava ne sodi med storitve za katere bi veljalo 5% doplačilo.

**3.3.3. Ostale dejavnosti v bolnišnični dejavnosti**

Za programe na področju psihiatrije, rehabilitacije ter spremstva oseb v bolnišnični obravnavi izvajalci obračunavajo primere. Program invalidne mladine se obračuna s primerom ali z bolnišnično oskrbnim dnevom (odvisno od izvajalca – npr. SB Nova Gorica (BOD); CZBO Šentvid (primer)) Za program za program doječih mater in sobivanja starša ob hospitaliziranem otroku pa nemedicinske oskrbne dneve.

Za transplantacije je z vsakoletnim dogovorom dogovorjena cena za vsako transplantacijo posebej. Cena transplantacije vključuje tudi stroške odvzema organov pri posameznem donorju.

Izvajalci oblikujejo primer, bolnišnično oskrbni dan in nemedicinski oskrbni dan kot storitev v okviru bolnišničnega zdravljenja po podskupinah bolnišnične dejavnosti v skladu s šifrantom Zavoda in vsakoletnim dogovorom. Primer, bolnišnično oskrbni dan in nemedicinsko oskrbni dan se štejejo za zdravstvene storitve, od katerih se ugotavlja delež v obveznem zdravstvenem zavarovanju oziroma obveznost zavarovane osebe glede doplačil do polne vrednosti storitve. Primer v transplatacijski dejavnosti sodi med storitve, kjer delež obveznega zdravstvenega zavarovanja predstavlja 95% vrednosti storitve ne glede na razlog obravnave.

**3.3.4. Storitve na terciarni ravni**

Storitve na terciarni ravni po Zakonu o zdravstveni dejavnosti določa Ministrstvo za zdravje. Finančna sredstva za terciarno dejavnost partnerji opredelijo v vsakoletnem dogovoru. Ta sredstva se namenjajo za storitve povezane z učenjem, usposabljanjem, razvojem in raziskovanjem (Terciar I) ter za storitve povezane s kompleksnostjo in ekspertnostjo obravnave bolnikov (Terciar II).

**3.3.5. Ločeno zaračunljivi materiali in storitve**

Ločeno zaračunljive materiale in storitve opredelijo partnerji z vsakoletnim dogovorom. Izvajalci zaračunavajo Zavodu ločeno zaračunljive materiale in storitve v višini kot je določena v vsakoletnem dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. V primeru, da izvajalec z dobaviteljem ločeno zaračunljivih materialov dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. Za ločeno zaračunljive materiale in storitve velja enak odstotek udeležbe oziroma doplačila zavarovane osebe kot za storitve, pri katerih se ta material oziroma storitev uporablja (naroča).

V primeru, da obračun storitev temelji na SPP, ni možno poleg SPP zaračunati še ločeno zaračunljivih materialov in storitev razen, če ni to posebej opredeljeno v vsakoletnem dogovoru.

**3.3.6. Laboratorij, RTG, fizioterapija, konzultacije**

Pri hospitaliziranih bolnikih ni mogoče zaračunavati kakršnekoli druge storitve (laboratorij, rentgen, fizioterapija, konzultacije itd.), ker je njihova vrednost zajeta v ceni primera (utež SPP, BOD, primer, transplantacija)..

**3.3.7. Tuje storitve**

Tuja storitev je storitev, ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Zavod (izvajalec), ki je osebo napotil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik opredeljena v svojem finančnem načrtu.

**3.3.8. Dežurna služba in urgentna ambulanta**

Stroški za dežurno službo so vključeni v ceno primera bolnišnične obravnave, zato storitev, opravljenih v času dežurstva, ko gre za predvidljiv in/ali dogovorjen sprejem, Zavodu ni mogoče zaračunati posebej.

Kadar izvajalec ugotovi, da je potrebna urgentna specialistična obravnava oziroma intervencija in da je po tej intervenciji potrebna tudi hospitalizacija, lahko zaračuna tudi točke urgentne ambulantne specialistične obravnave po Zeleni knjigi poleg primera bolnišničnega zdravljenja (npr. utež SPP, BOD), ki ga bo ob odpustu zaračunal zaradi hospitalizacije. To določilo velja tudi v času dežurne službe. Pri obravnavi zavarovane osebe, ki je napotena na dogovorjen sprejem, pa so te storitve sestavni del cene primera.

**3.4. Druga zdravstvena dejavnost**

**3.4.1. Lekarniška dejavnost**

Storitve lekarniške dejavnosti se obračunavajo v skladu s seznamom lekarniških storitev, ki je priloga k Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Izvajalci prejemajo tudi dodatek za opravljanje dežurstva in stalne pripravljenosti v obliki mesečnih pavšalov.

Lekarne Zavodu posebej zaračunajo zdravila, izdana na veljavni receptni obrazec ali na naročilnico za zdravila, in medicinsko tehnične pripomočke izdane na naročilnico. Zavod je plačnik zdravil v ustreznem odstotnem deležu v skladu z Zakonom, v skladu z razvrstitvijo zdravil na liste ter podatki, prebranimi v on-line sistemu. Zavod ni plačnik nerazvrščenih zdravil.

**Razlaga nekaterih pojmov**

Zdravstveno zavarovanje vključuje obvezno in prostovoljno zdravstveno zavarovanje, ki krijeta vročeno zdravilo, predpisano na recept ter lekarniške storitve vključno z davkom na dodano vrednost (DDV), v ustreznem odstotnem deležu v skladu z Zakonom, razvrstitvijo zdravila in načinom doplačila, ki ga označi zdravnik v ustrezno polje na veljavnem receptnem obrazcu.

**Seznam medsebojno zamenljivih zdravil** (MZZ) z najvišjimi priznanimi vrednostmi je nabor bistveno podobnih zdravil s seznama MZZ, ki ga zagotavlja Zavod in ga objavlja v Uradnem listu RS.

**Najvišja priznana vrednost** (NPV**)** je podlaga za ugotavljanje zneska kritja iz obveznega in prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja za zdravila, razvrščena na osnovi nelastniških imen. NPV je objavljen v Uradnem listu RS znotraj seznama MZZ z NPV. NPV ne vsebuje vrednosti lekarniških storitev; te se obračunajo posebej. Prav tako NPV ne vsebuje pomožnih snovi, ki so potrebne za pripravo gotovega zdravila za uporabo, pa jih proizvajalec ne zagotavlja (npr: voda za pripravo antibiotičnega sirupa). Kjer ni posebej označeno, predstavlja NPV vrednost brez DDV. Podatke o NPV za lekarniške programe zagotavlja Zavod tudi v elektronski obliki na svoji spletni strani http://www.zzzs.si/egradiva v rubriki »cenik in lista zdravil«.

**Priznana vrednost zdravila** je:

- za zdravila s seznama MZZ z NPV je to praviloma NPV (zaradi prakse izravnave NPV +0,0099 EUR), razen v primerih, ko je veleprodajna oz. nabavna lekarniška cena zdravila nižja od NPV: v tem primeru je priznana cena zdravila enaka nabavni lekarniški ceni.

- za zdravila, ki niso v seznamu MZZ z NPV, je to nabavna lekarniška cena zdravila.

**Celotna vrednost recepta** (CVRp), je vsota veleprodajne oz. nabavne lekarniške cene zdravila z DDV in lekarniške storitve z DDV. Z uvedbo MZZ z NPV se le-ta lahko razlikuje od celotne vrednosti recepta, ki jo krije zdravstveno zavarovanje, ki je lahko nižja od CVRp.

**Celotna vrednost recepta za zdravstveno zavarovanje** (CVRpZZ) je vsota priznane cene zdravila z DDV in lekarniških storitev z DDV.

**Doplačilo zavarovanca** je potrebno v primerih, ko vročeno zdravilo s seznama MZZ z NPV presega NPV in zdravnik na receptu ni označil »ne zamenjuj«. Doplačilo je razlika med CVRp in CVRpZZ. Doplačilo je razlika med nabavno lekarniško vrednostjo zdravila in najvišjo priznano vrednostjo zdravila z DDV.

**3.4.1.1. Izdaja zdravil na recept**

Izdaja zdravila na recept vključuje vročitev zdravila in obdelavo recepta. V navodilu povzemamo vsebine, ki se navezujejo na uvedbo seznama medsebojno zamenljivih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo (MZZ z NPV), predpisovanje z nelastniškimi imeni ter na izdajo zdravil predpisanih na naročilnico izvajalca za potrebe izvajanja zdravstvene dejavnosti.

***3.4.1.2. Količina zdravil, ki se sme izdati na en recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja***

Z uvedbo predpisovanja zdravil z nelastniškim imenom, kjer lahko zdravnik določi čas zdravljenja ali količino predpisanih odmerkov, lahko pride do večjih razlik med predpisano in izdano količino zdravil. Praviloma naj farmacevt izda primerljivo pakiranje, ki je najbližje predpisani količini zdravila. Kadar je na seznamu MZZ z NPV cenovno najugodnejše določeno pakiranje, naj izda ustrezno količino le-tega. Količina izdanih pakiranj se zaokroži navzgor, kadar je predpisana količina n+0,50 zloženke ali več, in navzdol, kadar je predpisana količina n+0,49 zloženke, vendar najmanj ena zloženka( n>=1).

***3.4.1.3. Izdaja zdravila in obračun glede na predpis zdravila (glej tudi Prilogo 8: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o receptih, obračun in arhiviranje receptov***)

**Zdravilo je predpisano z lastniškim imenom in NI na seznamu MZZ z NPV**

Obračun priznane cene izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* delovni šifri predpisanega in izdanega zdravila sta enaki
* polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, ostane prazno
* polje »celotna vrednost recepta« se vpiše CVRp.

**Zdravilo je predpisano z lastniškim imenom in JE na seznamu MZZ z NPV**

*a. izdaja zdravila v okviru NPV:*

Obračun priznane cene izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* delovni šifri predpisanega in izdanega zdravila sta enaki
* polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, ostane prazno
* polje »celotna vrednost recepta« se vpiše CVRp (je enaka CVRpZZ).

*b. izdaja zdravila, ki presega NPV, zavarovanec doplača*

Obračun priznane cene izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (ni enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* delovni šifri predpisanega in izdanega zdravila sta enaki
* polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, se vpiše »3«
* polje »celotna vrednost recepta« se vpiše CVRp.

*c. izdaja zdravila v okviru NPV namesto predpisanega, ki presega NPV, zavarovanec NE doplača*

Namesto predpisanega se izda cenovno najugodnejše zdravilo v okviru NPV.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* vpišeta se delovni šifri predpisanega in izdanega zdravila \*
* polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, ostane prazno
* polje »celotna vrednost recepta« se vpiše CVRp.

*d. zdravnik je na receptu lastnoročno pripisal »ne zamenjuj«*

Izda se predpisano zdravilo.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* delovna šifra predpisanega in izdanega zdravila sta enaki
* v polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, se vpiše »1«
* na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost Rp z DDV« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

**Zdravilo je predpisano z lastniškim imenom, vendar v okviru najvišje priznane vrednosti ni na trgu nobenega zdravila**

Dobavljivost predpisanega zdravila lekarna preveri pri svojih dobaviteljih in to označi v obliki uradnega zaznamka.

Izda se zdravilo, ki je glede na ceno dnevnega odmerka najugodnejše med preostalimi MZZ na trgu.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* vpišeta se delovni šifri predpisanega in izdanega zdravila \*
* v polje »razlog izdaje zdravila, ki presega NPV«, se vpiše »2«
* polje »celotna vrednost recepta« se vpiše CVRp.

**Zdravilo je predpisano z nelastniškim imenom**

*a. zdravila ni na seznamu MZZ z NPV niti ni farmacevtska paralela*

Izda se zdravilo z lastniškim imenom.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* vpiše se delovna šifra izdanega zdravila.

*b. zdravila ni v seznamu MZZ z NPV, a je farmacevtska paralela*

Izda se cenovno najugodnejša farmacevtska paralela.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp).

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* vpiše se delovna šifra izdanega zdravila.

*c. zdravilo je v seznamu MZZ z NPV*

Izda se cenovno najugodnejša paralela s seznama MZZ z NPV.

Obračuna se priznana cena izdanega zdravila, na zahtevku se v rubriko »celotna vrednost za zdravila« vnese CVRpZZ (je enaka CVRp.)

Vrsta podatkov za zajem, način in obveznost njihovega vnosa:

* vpiše se delovna šifra izdanega zdravila
* podatek se do nadaljnjega ne posreduje.

***3.4.1.4. Nujna izdaja zdravil***

V primeru nujne izdaje zdravila zdravnik predpiše na recept eno od zapisanih zapovedi »Nujno«, »Cito«, »Statim« ali »Periculum in mora«. To je strokovno navodilo farmacevtu, da mora prevzemniku zdravil predpisano zdravilo izdati takoj zaradi narave bolezni osebe, ki ji je bilo zdravilo predpisano. Navedba enega od navedenih strokovnih navodil ne pomeni, da se sme zdravilo predpisati v celoti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zdravilo se obračuna v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v ustreznem odstotnem deležu v skladu z Zakonom, razvrstitvijo ter podatki prebranimi v on-line sistemu.

**3.4.2. Zdraviliška zdravstvena dejavnost**

Program zdraviliške zdravstvene dejavnosti izvajalci obračunavajo z nemedicinskim oskrbnim dnem in po seznamu storitev. Pri tem se posebej planirajo storitve za stacionarno zdraviliško zdravljenje, ki je lahko nadaljevalno ali ni nadaljevalno zdraviliško zdravljenje (stacionarno) in ambulantno zdraviliško zdravljenje. Zdravilišča morajo evidentirati število teoretičnih oskrbnih dni za ambulantno zdraviliško zdravljenje, ki ga določijo zdravniške komisije Zavoda na napotnici. Teoretični oskrbni dan je podlaga za spremljanje števila storitev (točk) na dan v okviru ambulantnega zdraviliškega zdravljenja.

 Za zavarovane osebe napotene na zdraviliško zdravljenje zdravilišča zaračunajo Zavodu storitve nujne medicinske pomoči po ceni točke zdraviliškega zdravljenja.

Varnostno hospitalizacijo, ki je potrebna pri izvajanju nekaterih specialističnih ambulantnih storitev, dogovorjenih v pogodbi med zdraviliščem in Zavodom, zdravilišča zaračunavajo Zavodu po ceni nemedicinskega oskrbnega dne, in sicer v okviru specialistično ambulantne dejavnosti in en dan oskrbe na negovalnem oddelku (šifra 11416) v skladu z vsakoletnim dogovorom.

Cene storitev zdraviliškega zdravljenja vključujejo tudi sredstva za kritje stroškov laboratorijskih storitev, zdravil ter drugih pripomočkov, ki so jih zdravilišča dolžna zagotavljati pri zdraviliškem zdravljenju, zato zdravilišča teh storitev Zavodu ne zaračunavajo posebej.

**3.4.3. Dejavnost socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje**

Oskrbovance socialnovarstvenih zavodov se razvršča v tipe zdravstvenih neg glede na zdravstveno stanje oskrbovanca in opravila zdravstvene nege. Imamo štiri tipe neg glede na dnevno porabo časa negovalnega tima na enega oskrbovanca. Merila za razvrščanje se dogovorijo z vsakoletnim dogovorom.

Izvajalci dneve oskrbe evidentirajo po tipih nege (nega I, nega II, nega III), Zavodu pa zaračunajo povprečno ceno oskrbnega dne, izračunano na podlagi planiranega obsega nege I, II in III. Izvajalci posebej evidentirajo dneve oskrbe za tip nege IV po ceni oskrbnega dne za to nego. Program rehabilitacijskih in specialističnih storitev ter pripomočki, ki jih po Pravilih zagotavlja izvajalec, so vključeni v ceno zdravstvene nege. V dnevnih centrih se kot obračunska enota upoštevajo dnevi zdravstvene nege I. V centrih za sluh in govor pa se storitve obračunavajo v točkah.

Izjemoma lahko socialnovarstveni zavodi zaračunajo ločeno zaračunljiv material, ki je določen v vsakoletnem dogovoru.

Za izvajalce, ki sami organizirajo osnovno zdravstveno dejavnost (zdravnik v socialnovarstvenem zavodu), se ta program vrednoti na način, ki velja za osnovno zdravstveno dejavnost.

Izvajalci zdravstvene nege v oskrbovanih stanovanjih bodo opravljene storitve obračunavali Zavodu na podlagi seznama storitev, ki velja za izvajalce zdravstvene nege na domu in patronažne službe v skladu s prilogo k Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev. Zavarovane osebe, ki bivajo v oskrbovanih stanovanjih, so upravičene do zdravstvene nege na podlagi delovnega naloga, ki ga izda njihov izbrani osebni zdravnik.

**3.4.4. Medicinsko-tehnični pripomočki**

Na podlagi Dogovora o preskrbi z medicinsko-tehničnimi pripomočki Zavod z dobavitelji, to je specializiranimi prodajalnami, lekarnami in optiki, sklene pogodbe. V pogodbah so med drugim dogovorjene tudi cene in vrste pripomočkov, ki jih dobavitelj lahko izdaja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Cene odražajo vrednost pripomočka in so podlaga za obračun ustreznega deleža obveznemu zdravstvenemu zavarovanju in za doplačila do polne vrednosti (prostovoljno zdravstveno zavarovanje).