



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije
Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si



Priročnik št. 3

Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov

Verzija 27

Navodilo vključuje vsebino okrožnic do vključno Okrožnice ZAE 3/24.

Povzetek glavnih sprememb glede na prejšnjo verzijo:

- Spremembe poglavij zaradi ukinitve PZZ (Okrožnica ZAE 15/23):
 - 2.1 »Pravice iz OZZ«
 - 2.3 »Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz OZZ« v več podpoglavjih ter ukinitvev poglavij 2.3.1 »Zavarovane osebe, ki so do dopolnjenega 18. leta starosti ali do konca šolanja postale popolnoma in trajno nezmožne za delo«, 2.3.5 »Socialno ogroženi« in 2.3.6 »Priporniki in obsojenci«
 - 3.5.7 »LZM, zdravila iz Seznama B in nadrejena storitev«
 - 3.5.8 »Evidenčne storitve«
 - 3.5.10 Preskrba z zdravili na recept ob odpustu iz bolnišnice v okviru brezšivne skrbi
 - 3.6.1 »Pravila evidentiranja zaključenega tipa bolnišnične obravnave«
 - 4.1.2 »Storitve«
 - 4.1.3 »Farmacevtski svetovalec«
 - 4.2.2 »Storitve«
 - 4.3.1 »Dežurna služba in nujna medicinska pomoč«
 - 4.4 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev«
 - 4.5. »Evidenčne storitve«
 - 5.2. »Evidenčne storitve«
 - 5.5 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev«
 - 5.10 »Zdraviliško zdravljenje«
 - 6.2 »LZM«

- 6.3 »Evidenčne storitve«
- 7.5 »Nenujni reševalni prevozi«
- 7.6 »Druge obveznosti ZZS«
- 7.7 »Evidenčne storitve«
- 8.1 »LZM«
- 9. »Obračunavanje v lekarniški dejavnosti (G47.730)«
- 9.1.1 »Recept«
- 9.2 »Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah«
- 9.2.1 »Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa, bremepisa v lekarniški dejavnosti«
- 9.2.2.4 »Parenteralna prehrana«
- 9.3 »Obračunavanje kognitivnih storitev v lekarnah«
- Ukinitvev poglavja 11 »Doplačila zavarovanih oseb«
- 11 »Tuje zavarovane osebe«
- 12.2.7 »Predhodno zavarovanje«
- 12.3.5 »Zapis in branje podatkov o tuji zavarovani osebi z EUKZZ, Certifikatom ali kartico Medicare in njenem zdravstvenem zavarovanju«
- Ukinitvev poglavja 12.4 »Izmenjava podatkov s PZZ«
- 13.2.1 »Splošni podatki o dokumentu«
- 13.3 »Struktura »PGO«: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu«
- 13.3.2 »Podatki o storitvi PGO«
- 13.3.2.1 »Seznam oseb«
- 13.4.3 »Podatki o storitvi«
- 13.4.4 »Podatki o storitvah CT/MR«
- 13.4.5 »Podatki o apliciranih zdravilih iz Seznama A in B«
- 13.4.6 »Podatki o fizioterapevtskih storitvah«
- 13.5.2.1 »Obračunski podatki bolnišnične obravnave«
- 13.5.2.4 »Podatki o apliciranih zdravilih iz Seznama B«
- 13.6 »Struktura »AOR«: podatki za obračun zdravil«
- 13.7 »Struktura »MP«: Podatki za obračun MP«
- 14.1 »Kriteriji in pravila za sestavo dokumentov«
- 14.2 »Izstavljanje računov, zahtevkov za plačilo, dobropisov in bremepisov«
- 14.3 »Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov«
- 14.4.1 »Zavračanje dokumentov v celoti«
- 14.4.2 »Delno zavračanje dokumentov«
- 14.4.3 »Zavračanje naročilnic, ki so zapisane v sistem on-line pri zdravniku in dobavitelju«
- 14.5 »Pravila obračuna v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj v strukturah PGO, Obravnava, SBD obravnava in MP«
-

➤ Druge spremembe:

- Sprememba poglavja 3.3.1 »Skupine primerljivih primerov«
- Sprememba poglavij 3.5.3 »Kombinacije obravnav in nezaključena obravnava«, 3.6.1 »Pravila evidentiranja zaključenega tipa bolnišnične obravnave« in 3.6.2 »Pravila evidentiranja nezaključenega tipa bolnišnične obravnave« (Okrožnica ZAE 16/23, 20/23)
- Novo poglavje 3.5.11 »Obračun bolnih novorojenčkov ob porodu in storitev doječih mater ali sobivanja ob hospitaliziranem novorojenčku« (Okrožnica ZAE 1/24)
- Sprememba poglavja 4.1.1 »Glavarina«, 4.1.2 »Storitve«, 4.1.3 »Farmacevtski svetovalec«
- Sprememba poglavja 9.2 »Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah«
- Sprememba poglavja 11.4 »Obračun zdravstvenih storitev« (Okrožnica ZAE 2/24)
- Dopolnitev poglavja 12.3 »Zapis podatkov v on-line sistemu« z novo funkcijo (Okrožnica ZAE 18/23) in 12.3.4 »Zapis podatkov o izdanih zdravilih«
- Sprememba poglavja 13.2.1 »Splošni podatki o dokumentu« (Okrožnica ZAE 2/24)

- Sprememba poglavja 13.3 »Struktura PGO: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu«, 13.3.2 »Podatki o storitvi PGO« in 13.3.2.2. »Seznam zdravstvenih delavcev« (Okrožnici ZAE 2/24 in 3/24)
- Sprememba poglavij 13.4. »Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe«, 13.4.3 »Podatki o storitvi«, 13.5.2.5 »Podatki o zdravstveni listini (0...5)«
- Sprememba poglavij 14.3. »Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov«(Okrožnica ZAE 2/24)

Ljubljana, 7. maj 2024

Kontaktne osebe

Kontaktne osebe za poravnavo dokumentov za obračun so delavci na območni enoti ZZS, ki je pristojna za posameznega izvajalca.

Kazalo

Uporabljene kratice in pojmi.....	vii
1. Uvod.....	1
1.1 Namen in vsebina navodila	1
2. Pravice iz OZZ in uveljavljanje teh pravic.....	2
2.1 Pravice iz OZZ.....	2
2.2 Uveljavljanje pravic iz OZZ.....	2
2.3 Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz OZZ.....	2
2.4 Tuje zavarovane osebe.....	3
2.5 Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici.....	3
2.6 Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev.....	3
3. Obračunavanje v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100)	4
3.1 Razlaga pogosto uporabljenih pojmov v bolnišnični zdravstveni dejavnosti	4
3.2 Splošno o financiranju bolnišnične zdravstvene dejavnosti	4
3.3 Akutna bolnišnična obravnava.....	5
3.4 Neakutna bolnišnična obravnava.....	6
3.5 Posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti	6
3.6 Pravila evidentiranja (beleženja) bolnišničnih obravnav.....	11
3.7 Zdraviliško zdravljenje – stacionarno	13
4. Obračunavanje v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210).....	14
4.1 Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji.....	14
4.2 Dispanzer za ženske	15
4.3 Neglavarinske dejavnosti splošne zunajbolnišnične dejavnosti	16
4.4 LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev	17
4.5 Evidenčne storitve	18
4.6 Tuje storitve.....	18
4.7 Laboratorij	18
5. Obračunavanje v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220)	19
5.1 Celostna specialistična zunajbolnišnična obravnava	19
5.2 Evidenčne storitve	19
5.3 Tuje storitve.....	19
5.4 Laboratorij	19
5.5 LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev	19
5.6 Izvajanje dializ	20
5.7 Skupinska psihoterapija	21
5.8 Urgentne obravnave v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti	21
5.9 Dermatologija	21
5.10 Zdraviliško zdravljenje.....	21
5.11 Javno zdravje v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	22
6. Obračunavanje v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230)	23
6.1 Zobnoprostetična rehabilitacija.....	23
6.2 LZM	23
6.3 Evidenčne storitve	24
7. Obračunavanje v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909) in obračunavanje drugih obveznosti ZZS (dejavnost obvezne socialne varnosti, O84.300).....	25
7.1 Patronaža in nega na domu	25
7.2 Fizioterapija in delovna terapija	25
7.3 Logopedija, dispanzer za mentalno zdravje in klinična psihologija, CDZ	25
7.4 Presejalni programi.....	26
7.5 Nenujni reševalni prevozi	26
7.6 Druge obveznosti ZZS	26
7.7 Evidenčne storitve	27
8. Obračunavanje v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100) in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q88.109)	28
8.1 LZM	28

9. Obračunavanje v lekarniški dejavnosti (G47.730)	29
9.1 Listine za predpisovanje zdravil.....	29
9.2 Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah	29
9.3 Obračunavanje kognitivnih storitev v lekarnah	31
10. Obračunavanje medicinskih pripomočkov (G47.740)	32
10.1 Listine za predpisovanje medicinskih pripomočkov	33
10.2 Podatki za obračunavanje medicinskih pripomočkov.....	33
10.3 Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa ali bremepisa	34
11. Tuje zavarovane osebe	35
11.1 Uveljavljanje pravic z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare.....	36
11.2 Uveljavljanje pravic s Potrdilom MedZZ	37
11.3 Uveljavljanje pravic s KZZ ali Potrdilom KZZ.....	39
11.4 Obračun zdravstvenih storitev	39
11.5 Priloge k dokumentu za obračun	40
12. Izmenjava podatkov v on-line sistemu	42
12.1 Splošno o on-line sistemu	42
12.2 Dostop do podatkov v on-line sistemu	42
12.3 Zapis podatkov v on-line sistemu	49
12.4 Sledljivost dostopov	51
12.5 Posebnosti pri izpolnjevanju listin OZZ	52
13. Podatki za obračun zdravstvenih storitev iz OZZ	53
13.1 Podatki o pošiljki.....	53
13.2 Podatki o dokumentu	53
13.3 Struktura »PGO«: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu	57
13.4 Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe	66
13.5 Struktura »SBD obravnava«: podatki o storitvah v bolnišnični dejavnosti	84
13.6 Struktura »AOR«: podatki za obračun zdravil.....	93
13.7 Struktura »MP«: Podatki za obračun MP	94
13.8 Definicija oznake primerov	97
14. Pravila izmenjave dokumentov za obračun	99
14.1 Kriteriji in pravila za sestavo dokumentov	99
14.2 Izstavljanje računov, zahtevkov za plačilo, dobropisov in bremepisov	99
14.3 Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov.....	100
14.4 Zavračanje pošiljk in dokumentov.....	100
14.5 Pravila obračuna v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj v strukturah PGO, Obravnava, SBD obravnava in MP	101
14.6 Pravila obračuna v primeru sprememb podatkov za nazaj v strukturah »AOR« in »MP«.....	102
14.7 Priloge k dokumentom za obračun	102
15. Priloge	104

Uporabljene kratice in pojmi

CBZ – Centralna baza zdravil je nacionalna zbirka podatkov o zdravilih, (vključno z zdravili brez recepta), o razvrščenih galenskih zdravilih ter o razvrščenih živilih za posebne zdravstvene namene. Spletna CBZ je namenjena širši javnosti. CBZ v obliki XML pa je namenjena izvajalcem in je dostopna preko spletne strani Zavoda. Način vključitve izvajalca v pridobivanje podatkov CBZ in tehnični napotki za uporabo podatkov v obliki XML določa Navodilo za elektronsko prevzemanje podatkov CBZ. CBZ se dnevno posodablja.

Cena za obračun – je regulirana cena, in sicer najvišja dovoljena cena (NDC), ali izredna višja dovoljena cena (IVDC). Če pa se je Zavod s proizvajalci zdravil oziroma njihovimi zastopniki dogovoril za nižjo ceno, je cena za obračun dogovorjena cena. Podatki o cenah za obračun in drugi podatki o zdravilih so posebej pripravljeni v obliki XML CBZ. Cene za obračun so v CBZ brez DDV.

Certifikat – Listina v papirni obliki, ki začasno nadomešča EUKZZ, izdana v jeziku države članice EU, države EGP in Švice, ki je certifikat izdala

CT/MR – Računalniška tomografija in magnetna resonanca

DBZ – Draga bolnišnična zdravila

DDV – Davek na dodano vrednost

Dobavitelj MP – Lekarna, specializirana prodajalna, optik, čevljar

Dogovor – Dogovor o programih storitev OZZ, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto, sprejet na podlagi 63. člena ZZVZZ

Dokument za obračun – Račun, zahtevek za plačilo, poročilo, dobropis, bremepis, popravek poročila, obračunski račun, ki ga izvajalec izstavi Zavodu za opravljeno delo

EUKZZ – Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja

IOZ – Izbrani osebni zdravnik

NIJZ – Nacionalni inštitut za javno zdravje

Izvajalec – Izvajalec zdravstvenih storitev ali dobavitelj medicinskih pripomočkov. Izvajalci so javni zdravstveni zavod in druge fizične ali pravne osebe, ki imajo pogodbo z Zavodom za opravljanje zdravstvene dejavnosti ali izdajo, izposojo, popravila in vzdrževanje MP

Kartica Medicare – Avstralska kartica zdravstvenega zavarovanja

KZZ – Kartica zdravstvenega zavarovanja

Kalo – Neuporabljen, zavržen del zdravila

Listina BOL – Listina Potrdilo o upravičeni zadržanosti od dela

Listina MedZZ – Listina, katero po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izda tuji nosilec zavarovanja in Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo (v nadaljevanju: Potrdilo MedZZ), ki ga izda Zavod

Listina NAR-1 – Listina Naročilnica za medicinsko tehnični pripomoček

Listina NAR-2 – Listina Naročilnica za pripomoček za vid

Listina NAR-3 – Listina Mesečna zbirna naročilnica

Listina OZZ – Listina Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije, s katero zavarovana oseba uveljavlja pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja: napotnica, delovni nalog, nalog za prevoz, naročilnica itd.

Listine po zakonodaji EU: Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: EUKZZ); Certifikat, ki začasno nadomešča evropsko kartico zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Certifikat), obrazec E 112 ali S2, obrazec E 123 ali DA1 in Potrdilo MedZZ

Listine po meddržavnih pogodbah: RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03, SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04, MNE/SI 04A, kartica Medicare in Potrdilo MedZZ

LZM – Ločeno zaračunljiv material in storitve

MedZZ – Mednarodno zdravstveno zavarovanje

MP – Medicinski pripomoček

NMP – Nujna medicinska pomoč

OBMP – Oploditev z biomedicinsko pomočjo

Obračunsko obdobje – Obdobje beleženja zdravstvenih storitev, ki jih izvajalec obračuna in pošlje Zavodu v skladu z dogovorom o programih zdravstvenih storitev (praviloma) najkasneje do 10. v mesecu za pretekli mesec

OZZ – Obvezno zdravstveno zavarovanje

On-line sistem – Sistem, ki omogoča neposreden oziroma on-line dostop do podatkov zdravstvenega zavarovanja

PGO – Oznaka za vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, ki se plačujejo v pavšalu, glavarini oziroma za obračunski račun

PIN – PersonalIdentificationNumber – Identifikacijska številka tuje zavarovane osebe

Potrdilo KZZ – Potrdilo, ki nadomešča KZZ (papirni dokument, ki ga izda Zavod)

Potrdilo MedZZ – Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo, ki ga izda Zavod v papirnati obliki, kadar tuja zavarovana oseba predloži obrazec E 112 ali S2, E 123 ali DA1, RM/SI 3, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03, SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04, MNE/SI 04A. Potrdilo MedZZ Zavod izda tudi slovenski zavarovani osebi, ki ima urejeno zavarovanje v drugi državi pogodbenici po meddržavnih pogodbah, na podlagi predloženega obrazca SI/BIH 7, SI/SRB 07, SI/MNE 07

Pravila OZZ – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 – prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 – popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14, 85/14, 10/17 – ZčmlS, 64/18, 4/20, 42/21 – odl. US, 61/21, 159/21 – ZZVZZ-P, 183/21, 196/21 – ZDOsk, 142/22 – odl. US., 163/22 in 124/23)

Pristojna območna enota Zavoda – Območna enota Zavoda, pristojna za obdelavo dokumentov za obračun, ki jih posreduje izvajalec zdravstvenih storitev ali dobavitelj medicinskih pripomočkov

PZZ – Prostovoljno zdravstveno zavarovanje

RIZDDZ – Register izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje

SBD – Specialistična bolnišnična dejavnost

Seznam A – Seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje je lista zdravil, na katero se razvrsti ambulantno zdravilo, in sicer ampulirano in drugo zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec v okviru ambulantne obravnave. Spremembe in čistopis zdravil iz Seznama A se objavljajo na spletni strani Zavoda in v CBZ.

Seznam B – Seznam dragih bolnišničnih zdravil (DBZ) za bolnišnično zdravljenje je lista zdravil, na katero se razvrsti drago bolnišnično zdravilo, ki ga zavarovani osebi lahko aplicira le pristojni zdravnik ali pristojni zdravstveni delavec v okviru bolnišnične ali ambulantne obravnave. Spremembe in čistopis zdravil iz Seznama B se objavljajo na spletni strani Zavoda in v CBZ.

SOUS – Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije

SPP – Skupine primerljivih primerov

SVZ – Socialno varstveni zavod

Zavod – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZčmlS-1 in 78/23)

ZZZS – TZO številka – Številka zdravstvenega zavarovanja za tujo zavarovano osebo po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah

1. Uvod

1.1 Namen in vsebina navodila

Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov (v nadaljevanju navodilo) vsebuje pravila beleženja in obračunavanja zdravstvenih storitev in izdanih materialov obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

V navodilu so pojasnjena pravila in postopki uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, vključno s pravili, ki veljajo za tuje zavarovane osebe. Opisana so pravila obračunavanja storitev in materialov po posameznih dejavnostih. Opredeljene so zahteve za sprotno preverjanje urejenosti zavarovanja oseb in sprotno izmenjevanje drugih podatkov. Predpisan je nabor podatkov, ki jih morajo izvajalci evidentirati za opravljene storitve. Na koncu so navedena pravila za pripravo in izstavljanje dokumentov za obračun.

Navodilo je namenjeno predvsem:

- delavcem, ki v posameznih dejavnostih evidentirajo podatke o zavarovanih osebah in opravljenih storitvah,
- delavcem v računovodstvu, ki obračunavajo stroške v zvezi z zdravljenjem zavarovanih oseb in
- delavcem v službah za informatiko, ki izvajajo računalniške obdelave v zvezi z obračunom storitev.

Pravna podlaga za beleženje in obračunavanje zdravstvenih storitev in izdanih materialov po tem navodilu je Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO, 51/21, 159/21, 196/21 – ZDOsk, 15/22, 43/22, 100/22 – ZNUZSZS, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZčmIS-1 in 78/23).

2. Pravice iz OZZ in uveljavljanje teh pravic

2.1 Pravice iz OZZ

ZZVZZ opredeljuje obvezno zdravstveno zavarovanje. Državljeni Republike Slovenije oziroma osebe, ki izpolnjujejo zakonske pogoje za vključitev v OZZ, morajo biti vključene v zavarovanje po kateri od točk 15. člena ZZVZZ in za to zavarovanje plačevati prispevke oziroma zanje prispevke plačuje drug zavezanec za prispevek.

ZZVZZ določa pravice iz OZZ in v tem okviru v 23. členu tudi pravice do zdravstvenih storitev. Z OZZ je zavarovanim osebam po navedenem členu zagotovljeno plačilo zdravstvenih storitev v celoti.

Za višji standard storitev, kot jih zagotavlja OZZ, ali za dodatne storitve (pravice), ki niso zajete v OZZ, se lahko zavarovane osebe prostovoljno zavarujejo in v tem primeru PZZ za njih plača 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 izvedbo teh storitev seznaniti zavarovano osebo o višini plačila in pridobiti njeno pisno soglasje, po izvedbi pa ji izstaviti račun.

2.2 Uveljavljanje pravic iz OZZ

V zdravstvenem zavarovanju so pravice vsakega posameznika in od njega odvisnih družinskih članov vezane na prijavo v zavarovanje in plačilo ustreznega prispevka. Vključitev v zdravstveno zavarovanje je obvezna, 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. Če 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 OZZ po ZZVZZ in Pravilih OZZ. Pogoje za vstop v zavarovanje je zavezanec dolžan izkazati z javnimi listinami in drugimi dokumenti. Zavod prizna lastnost zavarovane osebe z izdajo KZZ. Le-to prejme vsaka oseba, ki ima urejeno OZZ. V obdobju, ki je potrebno za izdelavo KZZ, jo nadomešča Potrdilo KZZ. Zavarovana oseba lahko namesto KZZ uporablja tudi elektronsko osebno izkaznico (eOI). Določbe tega navodila, ki se nanašajo na KZZ, veljajo enako tudi za eOI.

Pri obisku zdravnika ali uveljavljanju kakšne druge storitve ali pravice mora zavarovana oseba imeti pri sebi veljavno KZZ ali Potrdilo KZZ. Izvajalci in delavci Zavoda lahko zaradi preverjanja istovetnosti osebe zahtevajo od zavarovane osebe tudi osebni dokument. Izjemoma lahko zavarovana oseba brez KZZ 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.

2.3 Posebnosti pri uveljavljanju pravic iz OZZ

2.3.1 Nujno zdravljenje

V Pravilih OZZ je opredeljeno, kaj sodi med nujno zdravljenje in postopek uveljavljanja.

Nujnega zdravljenja oseb, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, izvajalec ne more zaračunati Zavodu. Sredstva zanje zagotavlja proračun Republike Slovenije.

2.3.2 Nujna medicinska pomoč

Nujno medicinsko pomoč so izvajalci dolžni nuditi vsaki osebi, ne glede na njeno zavarovanje ali druge posebnosti. Storitve nujne medicinske pomoči za osebe, ki niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, izvajalec ne more zaračunati Zavodu.

2.3.3 Neredni plačniki prispevkov

ZZVZZ določa, da se zavarovancem iz 4., 5., 6., 7., 8., 11., 12., 13., 14., in 20. točke 15. člena ZZVZZ, ki so hkrati zavezanci za prispevek, ter njihovim družinskim članom (razen otrokom) v času, ko nimajo poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov, zadržijo njihove pravice iz OZZ. Do takrat lahko uveljavljajo na račun OZZ le nujno zdravljenje. Obseg pravic do nujnega zdravljenja je opredeljen v Pravilih OZZ. Med storitve nujnega zdravljenja se štejejo tudi storitve, ki so z ZZVZZ opredeljene kot obvezne in so opredeljene v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Vse druge pravice so tem zavarovancem zadržane, kar pomeni, da jih morajo

plačati sami. Na individualnem računu, ki ga izvajalec izstavi takim zavarovancem, mora biti navedeno: "Pravice iz OZZ zadržane po 78.a členu ZZVZZ". Na osnovi računa lahko zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov na Zavodu, ko poravna neplačane prispevke.

Pri stacionarnem zdravljenju se podatek o vrsti plačnika upošteva ob odpustu zavarovane osebe. Neredni plačnik prispevkov (oz. njegovi svojci) lahko v času bolnišničnega zdravljenja plača prispevke, zaradi česar pravice iz OZZ niso več zadržane.

Podatek o nerednem plačilu prispevkov (šifrant 20) se pridobi iz on-line sistema. Če izvajalec iz on-line sistema pridobi drugačen podatek, kot ga dokazuje zavarovana oseba pri izvajalcu, se upošteva podatek iz on-line sistema.

Otroci nimajo zadržanih pravic, čeprav so zavarovani po staršu, ki je neredni plačnik prispevkov. Za otroke, ki so stari nad 60 dni in imajo urejeno zdravstveno zavarovanje, zavarovani pa so po staršu, ki je neredni plačnik prispevkov, bo izvajalec iz on-line sistema pri podatku o vrsti plačnika prispevkov pridobil šifro 0 – ni podatka o plačevanju prispevka. 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.

2.3.4 Dojenček, star manj kot 60 dni, ki še ni prejel KZZ in nima Potrdila KZZ

Dojenčku, ki še ni star 60 dni in še ni prejel KZZ ali Potrdila KZZ, se nudijo vse potrebne storitve na račun OZZ, če ima zavarovanje urejeno eden izmed staršev oziroma skrbnik. Enako velja za dojenčke tujih zavarovanih oseb, ki uveljavljajo storitve s KZZ, Potrdilom KZZ ali listino MedZZ (šifrant 28). Če zavarovanja nimajo urejenega, so starši oziroma skrbnik samoplačniki storitev, opravljenih dojenčku.

Če imajo starši oziroma skrbnik v Republiki Sloveniji priznan status begunca (oz. mednarodno zaščito po Zakonu o mednarodni zaščiti), so obvezno zdravstveno zavarovani in je Zavod plačnik storitev, opravljenih dojenčku. Enako velja, če je begunec otrok oziroma dojenček.

Če so starši oziroma skrbnik osebe neznanega prebivališča, tujci iz države, s katero ni sklenjena mednarodna pogodba, ali tujci in državljani Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, potem stroške nujnega zdravljenja dojenčka krije Ministrstvo za zdravje.

2.3.5 Urejanje zavarovanja za nazaj

Zavarovana oseba si lahko uredi zavarovanje z veljavnostjo za nazaj. Če je izvajalec storitve že obračunal in je bila zavarovana oseba samoplačnik, bo Zavod zavarovani osebi stroške na njeno zahtevo povrnil. Če pa izvajalec storitve še ni obračunal in mu on-line sistem posreduje informacijo o urejenem zavarovanju, lahko storitve obračuna Zavodu in pri tem uporabi podatke o osebi in njenem zavarovanju, ki jih je pridobil iz on-line sistema.

2.4 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 meddržavnih pogodbah pri izvajalcih.

Vse podrobnosti v zvezi z uveljavljanjem pravic tujih zavarovanih oseb in obračunavanjem storitev so navedene v poglavju 11.

2.5 Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici

Slovenski upokojenci in/ali njihovi družinski člani ter družinski člani v Sloveniji zaposlene ali samozaposlene osebe, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici, imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljeno pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Vse podrobnosti v zvezi z uveljavljanjem njihovih pravic in obračunavanjem storitev so navedene v poglavju 11.

2.6 Metode prenosa finančnih sredstev od Zavoda do izvajalcev

Zavod zbere prispevke in izvede financiranje zdravstvenih in drugih dejavnosti v skladu z ZZVZZ. Pri prenosu tako zbranih finančnih sredstev do izvajalcev zdravstvenih dejavnosti Zavod uporablja različne metode financiranja. Metode se razlikujejo med posameznimi vrstami in podvrstami zdravstvene dejavnosti, med izvajalci znotraj ene podvrste zdravstvene dejavnosti pa so kriteriji financiranja enaki. Podrobnosti so opisane po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti v nadaljnjih poglavjih.

3. Obračunavanje v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100)

3.1 Razlaga pogosto uporabljenih pojmov v bolnišnični zdravstveni dejavnosti

Oblika bolnišnične obravnave

Obliko bolnišnične obravnave definiramo kot skupno značilnost kliničnih aktivnosti (zdravstvenih storitev), ki jih je bila oseba deležna v času posamezne bolnišnične obravnave. V medicini v osnovi ločimo akutno in neakutno obliko obravnave:

- **Akutna bolnišnična obravnava** je skupek aktivnosti (opazovanje, diagnostika, zdravljenje), ki se nanašajo na celotno akutno zdravstveno oskrbo osebe v bolnišnici. Akutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo akutni tip obravnave, konča pa se npr. z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja akutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe.
Med akutno bolnišnično obravnavo uvrščamo akutno bolnišnično obravnavo – SPP, transplantacije, psihiatrijo, rehabilitacijo (izvaja jo Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča).
- **Neakutna bolnišnična obravnava** predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja, ki je pogosto po končani akutni bolnišnični obravnavi. Neakutna bolnišnična obravnava se začne s sprejemom osebe v prvo od zdravstvenih služb bolnišnice, ki izvajajo neakutni tip obravnave. Konča se z odpustom iz bolnišnice, s premestitvijo osebe v zdravstveno službo iste bolnišnice, ki ne izvaja neakutnega tipa bolnišnične obravnave, ali s smrtjo osebe.
Med neakutno bolnišnično obravnavo uvrščamo zdravstveno nego, paliativno oskrbo, podaljšano bolnišnično zdravljenje.

Vrsta bolnišnične obravnave

Vrsta bolnišnične obravnave razvršča obravnave glede na obliko izvajanja zdravstvene oskrbe osebe v bolnišnici. Ločimo stacionarno zdravstveno oskrbo (obrnava z nočitvijo – hospitalizacija) in nestacionarno zdravstveno oskrbo (dnevna obravnava, dolgotrajna dnevna obravnava):

- **Obravnava z nočitvijo – hospitalizacija** je neprekinjena, več kot 24 ur (ali vsaj preko noči) trajajoča zdravstvena oskrba osebe v posteljni enoti bolnišnice. Začne se s sprejemom in zaključí z odpustom iz bolnišnice. Izjemoma je hospitalizacija krajša kot 24 ur, če je bila oseba že prvi dan hospitalizacije premeščena v drugo bolnišnico ali če je v tem času umrla. V obdobju hospitalizacije je lahko zavarovana oseba zdravljena v okviru akutne in neakutne bolnišnične obravnave, če je obstajala medicinska indikacija.
- **Dnevna obravnava (enodnevna obravnava)** je zdravstvena oskrba bolnika, ki je sprejet zaradi diagnosticiranja, zdravljenja ali druge oblike zdravstvene dejavnosti z namenom odpustitve še isti dan. Traja manj kot 24 ur in običajno ne preko noči, zato bolnik v bolnišnici ne prenoči. Če se mora zaradi medicinske indikacije ta način zdravstvene oskrbe nadaljevati tudi v prihodnje, pa govorimo o dolgotrajni dnevni obravnavi.
- **Dolgotrajna dnevna obravnava** je zdravstvena oskrba osebe, ki s prekinitvami traja daljši čas (več dni), vendar vsakokrat neprekinjeno manj kot 24 ur in ne preko noči. Ta način obravnave se lahko ponavlja v (ne)zaporednih dneh do zaključenega ciklusa obravnave. Zato mora bolnik v določenem časovnem obdobju (npr. mesecu) v bolnišnico priti večkrat.

Bolnišnična epizoda

Bolnišnična epizoda je zdravstvena oskrba osebe v eni zdravstveni službi izvajalca na eni lokaciji. Epizoda se prične s trenutkom, ko je oseba sprejeta v (posteljno) enoto zdravstvene službe izvajalca in se konča z odpustom iz bolnišnice, premestitvijo v (posteljno) enoto druge zdravstvene službe ali s smrtjo osebe.

Primer

Primer bolnišnične obravnave je zaključena obravnava aktualnega zdravstvenega problema zavarovane osebe, ki vključuje vse storitve za zavarovano osebo v času njenega bolnišničnega zdravljenja, ki je lahko potekalo v več epizodah. Izjeme so določene s pravili kodiranja in z Dogovorom.

3.2 Splošno o financiranju bolnišnične zdravstvene dejavnosti

Načrtovanje, pogoje in načine financiranja bolnišnične zdravstvene dejavnosti ureja vsakoletni Dogovor. Tako se primeri v bolnišnični zdravstveni dejavnosti načrtujejo in obračunavajo v različnih enotah glede na vrsto dejavnosti: npr. skupine primerljivih primerov (SPP) se obračunava v številu uteži, za ostale programe bolnišnične dejavnosti (npr. transplantacije, psihiatrija) pa se obračunava število primerov transplantacij, število primerov medicinske oskrbe v psihiatriji (E0051), število primerov medicinske oskrbe dnevne obravnave v psihiatriji (E0055), število primerov skupnostnega psihiatričnega zdravljenja (E0424), število primerov nadzorovane obravnave v psihiatriji

(E0426), število dni medicinske oskrbe (E0002 npr. zdravstvena nega in paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje) in število dni nemedicinske oskrbe (E0011 npr. doječe matere, E0763 sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku).

Za primere obravnav, ki se obračunajo v dnevih, se dolžina trajanja obravnave izračuna kot razlika med datumom zaključka obravnave in datumom začetka obravnave, kar pomeni, da zadnji dan ne šteje.

Posebnosti evidentiranja in metode prenosa finančnih sredstev, ki se nanašajo na več vrst bolnišnične zdravstvene dejavnosti, so navedene na koncu tega poglavja.

3.3 Akutna bolnišnična obravnava

3.3.1 Skupine primerljivih primerov (SPP)

Primer akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP je glede na opravljene posege in diagnozo razvrščen v določeno skupino – SPP (skupino primerljivih primerov) s svojo utežjo iz šifranta 15.26, ki se upošteva pri obračunu storitev.

Izvajalci evidentirajo SPP na podlagi seznama SPP, pri čemer ima vsak SPP določeno utež, ki opredeljuje njegovo relativno vrednost, v povezavi s ceno ene uteži pa njegovo absolutno vrednost. Cena za eno utež SPP je določena na podlagi kalkulacije za akutno bolnišnično obravnavo (SPP) in se spreminja v skladu z novimi izhodišči za izračun cen na podlagi vsakoletnega Dogovora in drugih makroekonomskih izhodišč. Terciarnе institucije imajo v ceno vključen še dodatek za terciar.

Posebnosti SPP

Po metodologiji SPP se obračunavajo samo primeri akutne bolnišnične obravnave razen:

- bolnišnična obravnava zdravih novorojenčkov*,
- bolnišnična obravnava invalidne mladine,
- obravnava klinično mrtvih darovalcev organov,
- ostale oblike akutne bolnišnične obravnave: transplantacije, psihiatrija, rehabilitacija.

*Opomba: Izvajalci akutne bolnišnične obravnave po modelu SPP ob šifri SPP iz šifranta 15.26 za porod hkrati ne smejo obračunati tudi šifre SPP za novorojenčka, saj je njegova oskrba že vključena v ceno poroda. Kadar pa je po porodu potrebna diagnostična in/ali terapevtska bolnišnična obravnava novorojenčka, se SPP obračuna skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11, slovenske dopolnitve. Praviloma je tak obračun utemeljen v drugi ustanovi, kamor je bil novorojenček premeščen.

Poleg naštetih storitev se lahko iz modela SPP izločijo programi, ki jih partnerji dogovorijo v vsakoletnem Dogovoru.

Dolgotrajnejša specialistična zunajbolnišnična (ambulantna) obravnava zavarovane osebe

Ambulantni način obravnave izvajalec Zavodu obračuna v primeru, ko ni indikacije za bolnišnični način zdravljenja. Ambulantni način obravnave pa lahko preide v bolnišnični, kadar morajo člani ekipe v specialistični ambulanti izjemoma neposredno obravnavati bolnika več kot štiri ure. V takšnem primeru se lahko obračuna primer dnevne bolnišnične obravnave, pri čemer vrednost izbrane šifre SPP praviloma ne more presegati 0,5 uteži iz šifranta 15.26. Bolj zahtevni primeri se lahko dnevno obravnavajo, če to dopušča medicinska indikacija. Zasebni izvajalec, ki v okviru bolnišnične zdravstvene dejavnosti izvaja zgolj dnevno obravnavo, v primeru prehoda iz ambulantnega v bolnišnični način obravnave Zavodu ne more obračunati zahtevnejših primerov (utež višja kot 0,5), razen za izjeme, ki jih dogovori v pogodbi z Zavodom.

Določilo iz prejšnjega odstavka velja samo za izvajalce, ki imajo v pogodbi poleg programa specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti opredeljeno tudi bolnišnično zdravstveno dejavnost – akutno bolnišnično obravnavo po modelu SPP. Določilo ne velja za primere v urgentni specialistični ambulantni obravnavi.

Dnevne (in dolgotrajne dnevne) obravnave, katerih šifre SPP imajo v šifrantu SPP pripis »dnevna obravnava« oziroma so splošno uveljavljene kot dnevne obravnave (kemoterapija), trajanje obravnave nad 4 ure ni pogoj za obračun. Dolgotrajna dnevna obravnava in kemoterapija se z SPP obračuna šele, ko je zaključen cikel, ne glede na število aplikacij (primer: šifra SPP R63Z se Zavodu obračuna za kemoterapevtski cikel, ki je bil izveden v obliki dnevne obravnave ne glede na število dni dnevne obravnave oziroma aplikacij v tem ciklusu).

Definicija cikla se glasi: »Pri uporabi posamičnega zdravila v internistični onkologiji pomeni cikel zdravljenja odmerek tega zdravila. V nekaterih primerih lahko skupno dozo zdravila razdelimo v več manjših odmerkov, ki jih apliciramo npr. 5 dni zapored. V takem primeru vseh 5 zaporednih aplikacij štejemo kot en cikel. Zaradi toksičnih sopojavov je med ciklusi zdravljenja potreben interval (3-6 tednov), v katerem toksični sopojavi izzvenijo. V večini primerov zdravljenje obsega 6 ciklusov. Tudi pri uporabi kombinacije več zdravil hkrati veljajo ista načela kot pri uporabi posamičnega zdravila.«

Šifre SPP K10Z, K11A, K11B in K12Z iz šifranta 15.26 lahko obračunavajo le izvajalci, ki imajo z Zavodom pogodbeno dogovorjen program operacij morbidne debelosti.

Ostale posebnosti, ki so skupne za akutno bolnišnično obravnavo, so navedene v poglavju 3.5.

3.3.2 Ostali tipi akutne bolnišnične obravnave

Z vsakoletnim Dogovorom je dogovorjena cena za vsako transplantacijo posebej. Cena transplantacije vključuje tudi stroške odvzema organov pri posameznem donorju, ki jo bo izvajalec transplantacije kril bolnišnicam, ki bodo izvedle eksplantacijo. Nosilec oz. izvajalec transplantacije krije tudi stroške priprave na transplantacijo, v kolikor je ta opravljena v drugi ustanovi v višini, ki je vkalkulirana v ceni transplantacije.

3.4 Neakutna bolnišnična obravnava

3.4.1 Zdravstvena nega, paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje

Zdravstvena nega, paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje se izvajajo 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 oddelke neakutne bolnišnične obravnave so upravičene zavarovane osebe, ki:

- so v terminalni fazi kronične bolezni,
- imajo obsežne kronične rane, pri katerih je pričakovati celjenje,
- 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 števila dni medicinske oskrbe (E0002) v nadaljevanju (BOD) in sicer:

- Če se v eni hospitalizaciji izvaja samo neakutna obravnava, se ob odpustu, ne glede na dolžino trajanja, lahko obračuna dejansko število BOD.
- Če 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 seštet. 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.

3.5 Posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti

3.5.1 Zaključena obravnava

V okviru hospitalizacije se v skladu z vsakoletnim Dogovorom, drugimi akti in s šifranti 2 in 15 praviloma lahko obračuna samo zaključen primer posamezne obravnave, ki se obračunavajo v različnih obračunskih enotah mere, kot je razvidno iz poglavja 3.2.

Primer programa ali obstoječa epizoda zdravljenja se ne zaključita:

- S prekinitvijo zdravljenja zaradi začasnega odpusta na željo izvajalca ali pacienta.
- Z začasno premestitvijo na drugo zdravstveno obravnavo ali k drugemu izvajalcu skladno s pravili (iz poglavja 3.5.6 »Premestitev zavarovane osebe med potekom bolnišnične obravnave k drugemu izvajalcu«). Za začasno premestitev na drugo

zdravstveno obravnavo šteje tudi utemeljena sprememba vrste bolnišnične obravnave (iz stacionarne v nestacionarno (dnevno obravnavo) ali obratno), kadar predstavlja drug pogodbeno dogovorjen program.

- Z zaključkom ene epizode pri nezaključeni obravnavi, ki poteka v več epizodah (stacionarno, nestacionarno ali v kombinaciji) – posamezna epizoda ne predstavlja zaključka obravnave.

Pri tem se, ne glede na število začasnih odpustov ali premestitev med potekom zdravljenja, ob odpustu iz bolnišnice obračuna največ en zaključen primer obravnave za vsak pogodbeno dogovorjen program posebej. Enako velja za obravnave, ki potekajo v več epizodah: primer se lahko obračuna šele ob zaključku zadnje epizode zdravljenja. Pri obravnava, katerih storitev se obračunava v dnevih, se dnevi med začasno prekinitvijo zdravljenja in ponovnim sprejemom v isto obravnavo ne obračunavajo, temveč se spremljajo evidenčno.

3.5.2 Začasen odpust

Začasni odpust predstavlja dneve znotraj bolnišničnega zdravljenja, ko oseba ni bila obravnavana zaradi odpustov iz bolnišnice: vikend odpust, začasna premestitev k drugemu izvajalcu, prekinitve med posameznimi epizodami zaradi načina zdravljenja (dolgotrajna dnevna obravnavo). Med začasni odpust sodi tudi interval med dvema hospitalizacijama, to je obdobje med ponovnim sprejemom (nova epizoda zdravljenja) in predhodnim odpustom iz bolnišnice v roku 7 dni zaradi zdravljenja/obrnave istega zdravstvenega stanja.

Začasen odpust ne predstavlja zaključka obstoječega primera bolnišnične obravnave, če gre za vikend odpust ali začasno premestitev k drugemu izvajalcu, pa tudi ne zaključka obstoječe epizode zdravljenja. Dneve začasnega odpusta izvajalec evidentira in evidenčno poroča Zavodu.

Izvajalec lahko med potekom bolnišnične obravnave zavarovani osebi predlaga začasen odpust iz bolnišnice, če sta hkrati izpolnjena naslednja pogoja:

- začasni odpust ne bo vplival na poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe,
- izvajalec bo zavarovani osebi (in po potrebi spremljevalcu) poravnal potne stroške zaradi tega odpusta.

Če začasni odpust predlaga pacient, si krije potne stroške sam.

3.5.3 Kombinacije obravnav in nezaključena obravnavo

V okviru iste hospitalizacije se lahko obračunata tudi dva različna primera oblike obravnav (akutna, neakutna) in tudi nezaključeni primeri dolgotrajnih obravnav, če tako določa Dogovor ali drugi pravni akti.

Kombinacija dveh oblik bolnišničnih obravnav v isti hospitalizaciji

Zaradi medicinske indikacije je lahko bolnik v isti hospitalizaciji obravnavan v okviru akutne in neakutne obravnave. Dopustne kombinacije so: SPP ali psihiatrija, ki predstavljata akutno obravnavo v kombinaciji z zdravstveno nego ali paliativno oskrbo ali podaljšanim bolnišničnim zdravljenjem, ki predstavljajo neakutno obravnavo. Epizode akutne obravnave in neakutne obravnave se v medicinsko upravičenih primerih lahko med seboj tudi izmenjavajo.

Ob zaključku hospitalizacije se vse epizode akutne obravnave zaračunajo kot en primer storitve SPP (ali psihiatrični primer) s šifro storitve po šifrantu 15.26 (utež), epizode neakutne pa kot primer storitve neakutne obravnave s šifro storitve po šifrantu 15.2 (BOD), in sicer: BOD-i vseh neakutnih epizod se obračunajo seštet, kadar je posamezna neakutna epizoda trajala nepretrgoma 6 dni ali več. Dnevi epizod neakutne bolnišnične obravnave, ki so nepretrgoma trajale manj kot 6 dni, obračunsko sodijo v okvir primera akutne obravnave. Ti dnevi se zato ne obračunavajo kot primer neakutne obravnave, temveč se spremljajo le evidenčno s šifro storitve iz šifranta 15.2 (E0007 evidenčno spremljanje – dan).

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

V primeru kombinacije dveh oblik obravnav v eni hospitalizaciji se storitve obeh obravnav obračunajo hkrati in skupaj **v okviru enega identifikatorja obravnave** (na strukturi SBD Obravnavo) skladno s 2. odstavkom, in sicer šele ob zaključku hospitalizacije (z izjemo storitev nezaključenih obravnav) in po ceni, ki velja za storitev na dan zaključka hospitalizacije (izjema so zdravila iz Seznama B ali morebitni drugi LZM, kjer se po strukturi preverja cena na dan aplikacije zdravila).

Podrobnejša navodila evidentiranja so opredeljena v poglavju »3.6.1 Pravila evidentiranja zaključenega tipa bolnišnične obravnave«.

Obračunavanje nezaključenih bolnišničnih obravnav

Obračunski primer lahko predstavlja tudi medicinsko še nezaključeno stacionarno bolnišnično obravnavo aktualnega zdravstvenega problema, ki jo je možno obračunati ob izpolnjenih kriterijih le za nekatere storitve:

- Po 365 dneh trajanja vseh epizod tipa psihiatrična obravnava za storitev E0051 »Medicinska oskrba – primer« v dejavnosti 130 341 »Psihijatrija«. Pri obračunu psihiatričnega primera E0051 mora biti poleg trajanja obravnave (365 dni) izpolnjen tudi dodatni pogoj za obračun: zaradi medicinske indikacije bo obravnava predvidoma še naprej trajala najmanj 30 dni.
- Po 365 dneh trajanja vseh epizod tipa neakutna obravnava za storitev E0002 »Medicinska oskrba – dan« v dejavnosti 144 306 »Zdravstvena nega« ter 147 307 »Podaljšano bolnišnično zdravljenje«, kadar ta predstavlja samostojno bolnišnično zdravljenje (neakutna obravnava ne poteka v kombinaciji z nadrejeno (akutno) obravnavo).
- Mesečno (po zaključku koledarskega meseca) Center za zdravljenje bolezni otrok Šentvid pri Stični za storitev E0002 »Medicinska oskrba – dan« v dejavnosti 147 307 »Podaljšano bolnišnično zdravljenje«, kadar ta predstavlja samostojno bolnišnično zdravljenje (neakutna obravnava ne poteka v kombinaciji z nadrejeno obravnavo).

Mesečno (po zaključku koledarskega meseca) Splošna bolnišnica Nova Gorica za obravnavo na dejavnosti 127 359 »Bolnišnična obravnava invalidne mladine« in izvajalci za obravnavo na dejavnosti 130 312 »Forenzična psihijatrija«, kadar ta predstavlja samostojno bolnišnično zdravljenje (ta obravnava ne poteka v kombinaciji neakutno obravnavo, sicer velja posebnost obračuna, zapisana v nadaljevanju*). Ostale podvrste bolnišnične zdravstvene dejavnosti (npr. akutna bolnišnična obravnava SPP (podvrsta zdravstvene dejavnosti 301), rehabilitacija (šifrant 2: 104 305), transplantacije (podvrsta zdravstvene dejavnosti šifrant 2: 303) itd), se obračunavajo samo enkrat, in sicer ob zaključku obravnave.

Kadar je izpolnjen pogoj za obračun nezaključene obravnave, se morajo poleg nezaključene nadrejene obravnave sočasno obračunati tudi vse spremljajoče storitve (poleg psihiatričnega primera tudi neakutna obravnava, dodatki in LZM), nastale v obdobju od začetka obravnave (ali od datuma zadnjega obračuna (če ta obstaja) plus 1 dan) do datuma zaključka obravnave oziroma do datuma zaključka obravnave za obračun. Pri tem seštevek trajanja epizod ne/zaključene nadrejene storitve, obračunanih dni neakutne obravnave in sporočenih dni začasnega odpusta SKUPAJ ne sme preseči obdobja za obračun.

Vse storitve se obračunajo ceni, ki je veljala na dan izpolnjenega pogoja za obračun nezaključene obravnave, ob zaključku zdravljenja pa po ceni na datum zaključka hospitalizacije (zadnje epizode zdravljenja).

*Pri obračunu neakutne obravnave, ki poteka v kombinaciji z nadrejeno storitvijo, se s šifro E0002 »Medicinska oskrba – dan« obračunajo le dnevi zaključenih neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale 6 dni ali več, za epizode krajše od šest dni pa se poroča evidenčna šifra E0007 »Evidenčno spremljanje – dan«. Posledično se z obračunom nezaključene nadrejene obravnave, ki se sicer izvaja na mesečnem nivoju, čaka do konca prvega naslednjega meseca, v katerem se tudi zaključi tekoča epizoda neakutne obravnave. Pri nadrejenih obravnavah, ki se obračunavajo vsakih 365 dni, pa se obračun nadrejene storitve s pripadajočimi dnevi neakutne obravnave izvede na dan, ko nadrejena storitev izpolni kriterij za obračun, to je 365 dni trajanja nadrejene obravnave.

Podrobnejša navodila evidentiranja so opredeljena v poglavju »3.6.2 Pravila evidentiranja nezaključenega tipa bolnišnične obravnave«.

Zgled obračunavanja nezaključenih primerov bolnišničnih obravnav:

Nekombinirano zdravljenje

Zavarovana oseba je na bolnišnični psihijatriji obravnavana 365 dni, predvideva pa se, da bo glede na zdravstveno stanje morala biti obravnavana vsaj še 30 dni. Prvih 365 dni obravnave predstavlja prvi obračunski primer skupaj s spremljajočimi storitvami (dodatki, LZM), preostali dnevi (do zaključka obravnave npr. 55 dni) pa drugi obračunski primer. Kombinirano zdravljenje: akutna in neakutna bolnišnična obravnava v eni hospitalizaciji

Kadar se v okviru psihiatričnega zdravljenja prepletajo epizode akutne in neakutne obravnave, in seštevek epizod akutne psihiatrične obravnave traja 365 dni (in se predvideva, da bodo te epizode trajale še vsaj 30 dni), se lahko primer psihiatrične bolnišnične obravnave obračuna skupaj z dnevi neakutne obravnave, ki je potekala med temi akutnimi psihiatričnimi epizodami skupaj s pripadajočimi LZM-ji in dodatki in sporočenimi dnevi odpusta, na primer: 1 psihiatrični primer E0051 z trajanjem epizod 365 dni, 1 storitev neakutne obravnave E0002 s trajanjem epizode 12 dni in 5 dnevi začasnega odpusta.

3.5.4 Obračun zunaj bolnišničnih storitev med bolnišničnim zdravljenjem

Med potekom hospitalizacije se lahko poleg bolnišničnega primera izjemoma posebej obračuna tudi storitev specialistične ambulantne dejavnosti: dializa, kemoterapija, radioterapija, zdravljenje s hiperbarično komoro, konziliarni pregled mobilnega paliativnega tima (MPT009) in druge načrtovane zdravstvene storitve, za katere ima zavarovanec potrjen datum v čakalnem seznamu pri izvajalcu zdravstvenih storitev. Pogoj je, da 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 bolnišnične obravnave.

Izjemoma se med bolnišničnim zdravljenjem lahko poleg bolnišničnega primera dodatno obračunajo tudi storitve zunaj bolnišnične dejavnosti, ko so v povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo:

- ob storitvi SPP se lahko obračuna akutna dializa (dializa II), če je ta medicinsko utemeljena;
- ob storitvi SPP Onkološki inštitut poleg bolnišnične obravnave lahko obračuna tudi storitev s šifro 46620 »Onkološko genetsko svetovanje«, če je medicinsko utemeljena in je k medicinski dokumentaciji priložen izvid opravljene storitve;

- ob storitvi akutne bolnišnične obravnave – rehabilitacija URI Soča poleg bolnišnične obravnave lahko obračuna tudi storitev E0449 »Računalniško podprta vadba hoje«, če je ta medicinsko utemeljena in je k medicinski dokumentaciji priložen izvid opravljene storitve;
- ob storitvi postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo se, kadar je to strokovno doktrinarno utemeljeno, v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti »213 222 Klinična genetika« lahko obračuna tudi preimplantacijska genetska diagnostika, in sicer s šiframa KG0028 ali KG0029, odvisno od tega, ali gre za molekularno-genetsko ali citogenetsko spremembo.

3.5.5 Dežurna služba in urgentna ambulanta (napotitev zavarovane osebe iz urgentne specialistične ambulantne obravnave v bolnišnično obravnavo)

Kadar izvajalec v okviru obravnave v urgentnem centru, urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja bolnišnična obravnava, ki jo lahko sam zagotovi, da zaključi aktualni zdravstveni problem, lahko ta izvajalec poleg obravnave v urgentnem centru oziroma storitev za urgentno ambulantno obravnavo obračuna tudi primer bolnišnične obravnave (npr. SPP, primer, BOD). Izvajalec ne more zaračunati SPP za primer, ki je bil obravnavan v opazovalnici urgentnega centra, trajanje pa je bilo krajše od 25 ur.

Kadar izvajalec v okviru obravnave v urgentnem centru, urgentne specialistične ambulantne obravnave oziroma intervencije ugotovi, da je skladno z merili iz Dogovora za sprejem v bolnišnično obravnavo nadalje potrebna tudi takojšnja ustrezna bolnišnična obravnava, ki pa jo sam ne more zagotoviti, mora zavarovano osebo takoj napotiti k ustreznemu izvajalcu bolnišnične dejavnosti. V tem primeru pa lahko Zavodu obračuna le točke urgentne ambulantne specialistične obravnave oziroma obravnavo v urgentnem centru.

Kadar gre za predvidljiv sprejem (zdravstveno stanje pacienta, ki brez dvoma zahteva akutno bolnišnično obravnavo kot npr. politravma, stanje po reanimaciji na terenu) ali dogovorjen sprejem v akutno bolnišnično obravnavo, storitev urgentnega centra, urgentne specialistične ambulantne obravnave in tudi drugih storitev ni možno obračunavati posebej, saj so te storitve sestavni del cene bolnišničnega primera. Ta določba velja tudi v času dežurne službe.

3.5.6 Premestitev zavarovane osebe med potekom bolnišnične obravnave k drugemu izvajalcu

Kadar izvajalec med bolnišnično obravnavo ugotovi, da so za odpravo zdravstvenega problema zavarovane osebe potrebni posegi, ki jih sam ne more izvesti, se z drugim izvajalcem, ki te posege izvaja, dogovori o premestitvi, in sicer med drugim tudi o tem, kdo bo plačnik storitev glede na kriterije, opredeljene v tem odstavku, 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).

V primeru dokončne premestitve zavarovane osebe k drugemu izvajalcu lahko prvi izvajalec primer bolnišnične obravnave obračuna že ob premestitvi v skladu s pravili kodiranja, saj bo drugi izvajalec zdravljenje zavarovane osebe zaključil v celoti. V primeručasne premestitve prvi izvajalec po vrnitvi zavarovane osebe od drugega izvajalca nadaljuje zdravljenje zavarovane osebe v okviru iste obravnave (pred premestitvijo) in ob zaključku zdravljenja (hospitalizacije) obračuna en primer bolnišnične obravnave.

Drugi izvajalec lahko zaračuna storitve v bolnišnični dejavnosti (če medicinska indikacija zahteva sprejem v bolnišnično obravnavo), storitve v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pa samo v naslednjih primerih:

- če gre za storitve, ki niso v neposredni povezavi s sedanjo bolnišnično obravnavo (zavarovana oseba je bila nanje naročena že pred sprejemom v bolnišnično obravnavo prvega izvajalca);
- če gre za storitve, ki so sicer v neposredni povezavi s sedanjo bolnišnično obravnavo, vendar jih prvi izvajalec ne izvaja (storitev izvajajo le redki izvajalci ali pa je storitev iz vrste zdravstvene dejavnosti, ki je prvi izvajalec nima registrirane).

V vseh drugih primerih rutinskih terapevtskih ali diagnostičnih storitev (na primer CT, MR, RTG, UZ ...) drugi izvajalec storitve zaračuna prvemu izvajalcu po načelu naročnik je plačnik, saj so te že zajete v ceni bolnišnične obravnave.

3.5.7 LZM, zdravila iz Seznama B in nadrejena storitev

Ločeno zaračunljivi materiali in storitve (v nadaljevanju: LZM) so navedeni v šifrantu 15.28. V bolnišnični dejavnosti jih je možno zaračunati skupaj s primerom bolnišnične obravnave (z nadrejeno storitvijo), če so opredeljeni v vsakoletnem Dogovoru in posebej v pogodbi z izvajalcem.

Med LZM sodijo tudi draga bolnišnična zdravila (DBZ) iz Seznama B (v nadaljevanju: zdravila iz Seznama B), ki se obračunajo tako v skladu s šifrantom 15.28 kot tudi z upoštevanjem omejitve predpisovanja zdravil. V omejitvi predpisovanja je določeno terapevtsko področje, vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti ter v večini primerov izvajalec, ki lahko zdravi s tem zdravilom. Po principu »zdravilo sledi bolniku« lahko zdravilo iz Seznama B izjemoma zaračuna tudi izvajalec, ki ni naveden v omejitvi predpisovanja, in sicer: če je bolnik, ki že prejema zdravilo iz Seznama B pri izvajalcu, ki je opredeljen v omejitvi predpisovanja, hospitaliziran pri drugem izvajalcu in/ali dejavnosti, ki ni opredeljena v omejitvi predpisovanja, zaradi druge bolezni, ki se ne zdravi s tem zdravilom in mora po navodilih lečečega zdravnika prejeti to zdravilo tudi v času hospitalizacije.

Zgled: Bolniku je bilo uvedeno ali aplicirano zdravilo iz Seznama B pri izvajalcu 1, ki je opredeljen v omejitvi predpisovanja. Zaradi neke druge bolezni, ki se ne zdravi s tem zdravilom, je bolnik hospitaliziran pri izvajalcu 2 ali v drugi dejavnosti, ki nista opredeljena v omejitvi predpisovanja za to zdravilo. Če se izkaže, da mora bolnik v času tega zdravljenja nadaljevati tudi z zdravljenjem z zdravilom, ki ga je prejemal pri izvajalcu 1, lahko izvajalec 2, po odobritvi in navodilih izvajalca 1, bolniku aplicira potrebno zdravilo, ki ga zaračuna skupaj z morebitnim kalom.

Med ločeno zaračunljiva zdravila uvrščamo tudi kalo zdravil iz Seznama B (neporabljen, zavržen del zdravila). Tega je možno zaračunati le za zdravila, ki se odmerjajo po telesni masi oziroma telesni površini. Ta zdravila so v CBZ posebej označena. Kot kalo se ne sme zaračunavati zdravilo iz Seznama B, ki je poškodovano pri shranjevanju ali pri delu z njim ali pa ima pretečen rok uporabnosti. Kalo se obračunava na PGO strukturi.

Nadrejena storitev (npr. SPP) je zdravstvena storitev, pri kateri je bil porabljen LZM. Za zdravila iz Seznama B v bolnišnični dejavnosti ni posebej opredeljenih nadrejenih storitev za pripravo in aplikacijo, oziroma zanje ne veljajo storitve iz šifranta 15.117 za pripravo in aplikacijo zdravil.

Obračun akutne bolnišnične obravnave (storitev SPP) namesto zunajbolnišničnih storitev za pripravo in aplikacijo zdravil iz Seznama B je upravičen, kadar pri poteku aplikacije pride do zapletov in/ali je do njih prišlo ob predhodni aplikaciji, zaradi česar je potreben dodatni nadzor in/ali zdravstveno stanje pacienta zahteva podaljšano obravnavo. Posebnost velja tudi za zdravila iz Seznama A, ki jih je skladno z omejitvijo predpisovanja možno aplicirati le v zunaj bolnišnični dejavnosti.

Način obračunavanja

Izvajalec je ločeno zaračunljiv material ali storitev dolžan obračunati hkrati skupaj z nadrejeno storitvijo (na isti obravnavi), in sicer ob zaključku hospitalizacije in po ceni, ki velja na dan zaključka hospitalizacije (izjema so zdravila iz Seznama B ali morebitni drugi LZM, kjer se po strukturi preverja cena na dan aplikacije zdravila).

Enaka pravila obračunavanja (hkrati in istočasno z nadrejeno storitvijo na isti vrsti in podvrsti) veljajo skladno z Dogovorom tudi za pogodbeno dogovorjene podrejene/spremljajoče storitve (npr. dodatek za robotsko asistiran kirurški poseg, TAVI).

Izvajalci zaračunajo Zavodu LZM po ceni, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah.

Zdravila iz Seznama B izvajalci obračunavajo po dejanski nabavni ceni z vsemi popusti, pri čemer cena ne sme presegati cene za obračun v CBZ, povečane za DDV. Izjemoma izvajalci beležijo nabavno ceno z vrednostjo 0 (nič), in sicer v naslednjih primerih: ko ima Zavod z izvajalci in s farmacevtsko družbo sklenjen dogovor o blagovnem rabatu, ko izvajalci obračunajo ostanek zdravila iz prenapolnjenih vial ter ko je zdravilo poslovna donacija.

V primeru, ko je na isti dan apliciranih več zdravil iz Seznama B, se vsa obračunajo z eno istovrstno storitvijo (ista storitev enkrat npr. 1 krat Q0265). Pri tem mora biti izpolnjen tudi pogoj, da so podrobni podatki o apliciranem zdravilu enaki (vrsta zdravstvene dejavnosti, podvrsta zdravstvene dejavnosti, vsebina obravnave, šifra storitve, oznaka primera, identifikator nadrejene storitve, datum aplikacije zdravila, lečeča zdravstvena služba z lokacijo, RIZDDZ številka delavca – predpisovalca, šifra diagnoze MKB, vrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija, podvrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija, ZZS št. izvajalca – predhodna aplikacija, RIZDDZ številka delavca – predhodna aplikacija). Če so navedeni podrobni podatki različni, se za zdravilo istovrstna storitev obračuna posebej.

3.5.8 Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja. Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe.

3.5.9 Storitve na terciarni ravni

Storitve na terciarni ravni po ZZVZZ določa Ministrstvo za zdravje in pomenijo izvajanje najvišje izvedenske (ekspertne) ravni zdravstvene oskrbe, raziskovanja, razvoja in uveljavljanja novega znanja s področij nacionalne patologije ter prenos znanja in usposobljenosti na zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce vseh stopenj in oblikovanje usmeritev za celo državo ali pomemben del države. 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), ki se neposredno navezuje na akutno bolnišnično obravnavo.

3.5.10 Preskrba z zdravili na recept ob odpustu iz bolnišnice v okviru brezšivne skrbi

Preskrba z zdravili oziroma izdaja zdravil ob odpustu iz bolnišnice se izvaja v okviru programa brezšivne skrbi po izvedeni storitvi E0811. Izvaja jo bolnišnična lekarna izvajalca. Pri izdaji zdravil ob odpustu iz bolnišnice se pacientu lahko izda največ eno pakiranje novo uvedenega zdravila.

Izdaja zdravila se v on-line beleži v skladu z Navodili za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu, obračuna pa v bolnišnični dejavnosti 143 367 »Preskrba z zdravili v okviru brezšivne skrbi« po AOR strukturi.

Izdana zdravila v okviru brezšivne skrbi se v sistemu on-line beleži na vrsti receptnega obrazca 4 »ZZS obrazec Rp/05 za zdravila s pozitivne (velja tudi za elektronski recept).

Obračun zdravil, izdanih v okviru brezšivne skrbi, se izvede ob zaključku obravnave, pri kateri je bila izvedena storitev E0811.

3.5.11 Obračun bolnih novorojenčkov ob porodu in storitev doječih mater ali sobivanja ob hospitaliziranem novorojenčku

Pri hospitalizacijah novorojenčkov, ki se začnejo z rojstvom otroka, moramo ločiti način poročanja za statistiko NIJZ in za obračun ZZS.

Zavodu se poročajo in obračunajo le hospitalizacije obravnav zdravljenja bolnih novorojenčkov. Pri obračunu to predstavlja prvo epizodo zdravljenja, kjer podatek »datum in ura prihoda v bolnišnico« predstavlja datum in ura rojstva, podatek »datum začetka bolnišnične obravnave« pa predstavlja datum in ura začetka zdravljenja. Pri tem gre za neplaniran sprejem, razlog sprejema pa je bolezen.

Ob zdravljenju bolnega novorojenčka je možno obračunati tudi storitev doječih mater (E0011 »Nemedicinska oskrba – dan«) ali storitev sobivanja starša ob hospitaliziranem otroku (E0763 »Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku ali invalidu«), vendar ne hkrati v istem obdobju.

Storitvi se smeta obračunati po odpustu matere iz akutne bolnišnične obravnave, ko je zdravljenje matere zaključeno, kar pa ne more biti prej kot po 4 dneh po porodu (bivanje matere prvih 4 dni (96 ur) je namreč vključeno v ceno poroda).

Pri tem morajo biti iz dokumentacije razvidni najmanj naslednji podatki: da je akutna bolnišnična obravnava matere zaključena, datum zaključka akutne obravnave matere, razlog premestitve v drugo obliko bolnišnične obravnave (obrnava doječe matere ali sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku).

3.6 Pravila evidentiranja (beleženja) bolnišničnih obravnav

Obdobje hospitalizacije (A), obravnave istega tipa (B) in posamezne epizode (C) se izračuna po formuli: datum odpusta minus datum sprejema (iz/v bolnišnico (A), iz/v obravnavo (B) in iz/v epizodo(C)). Slednje pomeni, da v izračunu obdobja hospitalizacije, obravnave istega tipa ali pa v izračunu obdobja posamezne epizode, zadnji dan ne šteje.

3.6.1 Pravila evidentiranja zaključenega tipa bolnišnične obravnave

Za osebo se beleži tip bolnišnične obravnave ob zaključku obravnave skladno s šifrantom 38.8.

Vsebina obravnave in razlog obravnave se opredelita le enkrat, to je ob sprejemu v prvo epizodo bolnišničnega zdravljenja in veljata za vse nadaljnje epizode ene ali več oblik obravnav ne glede na vrsto in podvrsto dejavnosti. Pri premestitvi na obravnavo k drugemu izvajalcu se razlog in vsebina obravnave opredelita na novo.

Zgled: Za zaključene akutne bolnišnične obravnave z dvema epizodama (npr. SPP), kjer je na primer prva zaradi poškodbe po tretji osebi, druga pa zaradi bolezni – to je en obračunski primer akutne obravnave (npr. SPP) in dva razloga obravnave, se za ta primer navede razlog obravnave, ki je bil razlog sprejema v bolnišnico (v opisanem primeru poškodba po tretji osebi). Prav tako se tudi vsebina obravnave za ta primer opredeli ob sprejemu v prvo epizodo bolnišnične obravnave in ne po posameznih epizodah.

Vsebina obravnave in razlog obravnave, ki je bila določena ob sprejemu v akutno obravnavo, nadalje velja tudi za neakutno obravnavo, ki sledi akutni pri istemu izvajalcu.

V primeru kombinacije akutne obravnave (ki poteka stacionarno) in neakutne obravnave se po končani hospitalizaciji hkrati in skupaj v okviru enega identifikatorja obravnave poročajo vse storitve za obračun (storitve akutne obravnave, neakutne obravnave, LZM, dodatek), in sicer po ceni, ki velja na dan zaključka hospitalizacije (izjema so zdravila iz Seznama B ali morebitni drugi LZM, kjer se po strukturi preverja cena na dan aplikacije zdravila). Pri poročanju se izbere tip bolnišnične obravnave iz šifranta 38.8, ki predstavlja nadrejeno obravnavo, to je akutno obliko obravnave (npr. 10 – akutna obravnava po modelu SPP, 30 – psihiatrična obravnava). To pomeni, da se morajo tudi ostali podatki, ki se nahajajo na istem hierarhičnem nivoju, kot je tip obravnave, vsebinsko nanašati na izbrani tip (če je izbran tip 10 – akutna obravnava po modelu SPP, se navedejo podatki od storitev SPP). Za podrobne podatke (npr. obračunski podatki, postopki, diagnoze), ki se nahajajo na drugem nivoju, pa se poročajo podatki, ki se nanašajo na vsako storitev posebej (npr. id storitve). V primeru izmenjavanja epizod akutne oblike bolnišnične obravnave, ki poteka nestacionarno (dnevna obravnava v psihiatriji,

obravnavo v tuji družini) z obliko neakutne obravnave, se za vsako obliko obravnave beleži svoj tip, kar pomeni samostojen zapis z vsemi podatki iz predvidenega nabora podatkov.

Možni primeri kombinacij:

Stacionarni tip bolnišnične obravnave

Tip bolnišnične obravnave: 10 – akutna obravnava po modelu SPP

- 101 301 B70C akutna bolnišnična obravnava -SPP – utež
- 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe
- 144 306 E0007 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število evidenčnih dni medicinske oskrbe

Tip bolnišnične obravnave: 30 – psihiatrična obravnava

- 130 341 E0051 psihiatrija – primer v bolnišnični dejavnosti
- 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe
- 144 306 E0007 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število evidenčnih dni medicinske oskrbe

Nestacionarni tip bolnišnične obravnave

Tip bolnišnične obravnave: 30 – psihiatrična obravnava

- 130 341 E0055 psihiatrija – primer medicinske oskrbe v dnevni obravnavi

Tip bolnišnične obravnave: 51 – zdravstvena nega

- 144 306 E0002 zdravstvena nega (neakutna obravnava) – število dni medicinske oskrbe

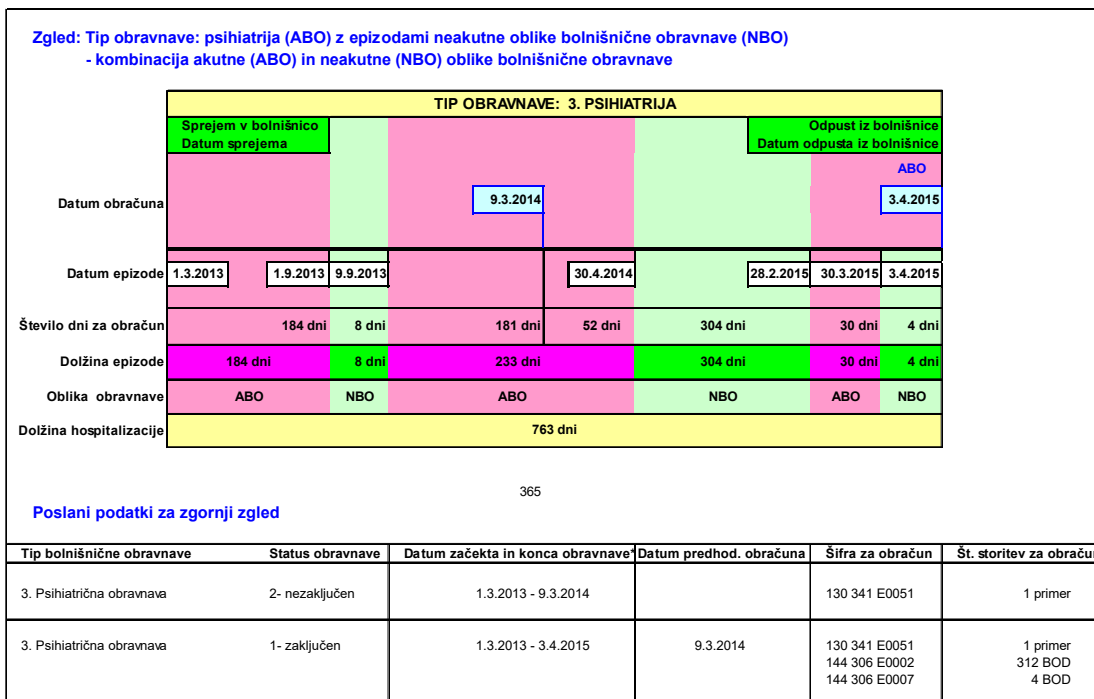
3.6.2 Pravila evidentiranja nezaključenega tipa bolnišnične obravnave

Za evidentiranje nezaključenega tipa bolnišnične obravnave veljajo enaka pravila kot za zaključen tip bolnišnične obravnave, pri čemer skladno s poglavjem 3.5 obstajajo določene omejitve: poročanje in obračunavanje nezaključenih obravnav je možno za vse tipe razen za tip akutna (SPP), rehabilitacija (URI), transplantacije in obravnave, ki se spremljajo pod tipom drugi (npr. doječe matere). Pri obračunu nezaključene obravnave je potrebno polja izpolniti, kot velja za strukturo SBD obravnava, pri čemer se za podatek »Datum zaključka bolnišnične obravnave istega tipa« namesto datuma zaključka, vpiše datum obračuna.

Ob koncu hospitalizacije pa velja, da se za zaključeno obravnavo, ki je bila v času hospitalizacije enkrat že obračunana kot nezaključena, sporočajo samo podatki od zadnjega obračuna naprej (npr. število odpustnih dni, šifre terapevtskega ali diagnostičnega postopka, ki so bile opravljene v obračunskem obdobju), z izjemo splošnih podatkov o obravnavi (npr. datum in ura prihoda v bolnišnico je enaka pri vsakem zapisu oz. tako pri prvi še nezaključeni obračunani obravnavi, kot pri zadnji zaključeni obravnavi).

Zgled poročanja in obračunavanja še nezaključenega tipa obravnave prikazuje spodnja slika psihiatrične obravnave z epizodami neakutne obravnave. Gre torej za hospitalizacijo, v kateri se prepletata dve obliki obravnave: akutna obravnava (psihiatrija) v kombinaciji z neakutno obravnavo (zdravstvena nega). Tako se lahko na dan 8.3.2024 po dopoljenih 365 dneh (epizodi psihiatrične obravnave skupaj trajata že 365 dni) poroča tip psihiatrične obravnave in obračuna storitev bolnišnične psihiatrije (primer) in storitev zaključene epizode neakutne obravnave (dan-BOD). Ob koncu hospitalizacije 3.4.2025 se ponovno poroča tip psihiatrične obravnave in ponovno obračuna storitev bolnišnične psihiatrije (primer) ter skladno s pravili tudi obračunsko in evidenčno storitev neakutne obravnave

Zgled: Tip obravnave: psihiatrija (ABO) z epizodami neakutne oblike bolnišnične obravnave (NBO)
- kombinacija akutne (ABO) in neakutne (NBO) oblike bolnišnične obravnave



* 8.3.2024 predstavlja datum obračuna še nezaključene obravnave in tudi epizode

3.7 Zdraviliško zdravljenje – stacionarno

Pravila evidentiranja in obračunavanja stacionarnega zdraviliškega zdravljenja so opredeljena v poglavju 5.

4. Obračunavanje v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210)

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

4.1 Splošne ambulante, otroški in šolski dispanzerji

Navedene ambulante pridobivajo prihodek na dva načina: z glavarino in s storitvami.

4.1.1 Glavarina

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. Izračunajo se tako, da se število opredeljenih zavarovanih oseb posameznega izvajalca množi s količnikom, ki je različen glede na starost zavarovane osebe.

Starostna struktura opredeljenih zavarovanih oseb vpliva na dejansko število količnikov za glavarino pri posameznem izvajalcu. Število količnikov iz glavarine glede na starostno strukturo opredeljenih zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini je opredeljeno v Sklepu o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

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

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

Izvajalci zagotavljajo izven dogovorjenega programa glavarine zdravniško ekipo v socialnovarstvenem zavodu v skladu z vsakoletnim Dogovorom. Zato se pri izračunu količnikov za glavarino v splošnih ambulantah in splošnih ambulantah specializanta družinske medicine ne upoštevajo oskrbovanci socialnovarstvenih zavodov. Realizacija tega programa se spremlja v količnikih (po visoki ceni količnika).

Izvajalci, ki pridobijo dodaten program na podlagi širitve iz Dogovora, prejmejo za prvi dve leti 80% sredstev kalkulacije za ambulanto splošne in družinske medicine oz. otroškega in šolskega dispanzerja, glavarinski količniki tega tima pa se ne upoštevajo pri izračunu skupnega števila glavarinskih količnikov pri izvajalcu, razen na predlog izvajalca, da se predhodno obdobje dveh let predčasno zaključi. Ugotovljeni mesečni zneski za glavarino in količnike iz obiskov so osnova za akontiranje v naslednjih mesecih po obračunu.

4.1.2 Storitve

Drugi del prihodka izvajalcev je odvisen od opravljenih storitev. Vsaka storitev prinese določeno število količnikov.

Letni program količnikov iz kurative v ambulanti splošne oz. družinske medicine ter otroško šolskem dispanzerju lahko izvajalci realizirajo tudi v okviru izvajanja službe NMP. Količniki se evidentirajo na nosilca v zavodu, ki je izbrani zdravnik obravnavane osebe, kjer se izvaja služba NMP. Izjema je, ko se v službo NMP pri nosilcu programa vključuje tudi koncesionar, v tem primeru koncesionar lahko evidentira količnike iz obravnave svojega pacienta.

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. Dodatni količnik se dodaja samo pregledu, ne pa tudi posegom. Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih oseb v otroških in šolskih dispanzerjih ter v splošni medicini so opredeljeni v šifrantu 13.

Za obračun storitev iz OZZ 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. Tako je izračunana cena, ki jo Zavod objavi v cenikih zdravstvenih storitev.

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah in za slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah 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. Tako je izračunana cena, ki jo Zavod objavi v cenikih zdravstvenih storitev. Te osebe se zato izključijo iz obračunavanja glavarine.

Splošne ambulante, ki izvajajo program farmacevt svetovalec, pridobijo prihodek še iz opravljenih storitev farmacevta svetovalca. Dodatna sredstva v obliki pavšala prejmejo tudi izvajalci, ki vzpostavijo dodatne splošne ambulante ter otroške in šolske dispanzerje za boljše dostopnost do izbranega osebnega zdravnika in splošne ambulante za neopredeljene zavarovane osebe. Otroški in šolski dispanzerji, ki izvajajo preventivne preglede otrok in mladostnikov s statusom registriranih športnikov, opravljene storitve po seznamu 15.140 obračunajo na poročilu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 327 011.

4.1.3 Farmaceutski svetovalec

Program farmacevtskega svetovanja je namenjen stalnemu izboljševanju kakovosti predpisovanja zdravil. Zdravniki zdravstvenega doma in zasebni zdravniki s koncesijo z delovnim nalogom napotujejo k farmacevtskemu svetovalcu predvsem bolnike s polifarmakoterapijo (pet in več različnih učinkovin) in bolnike za katere menijo, da so težave lahko posledica zdravil. Seznam specialistov klinične farmacije (kliničnih farmacevtov), ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovalca pripravlja in posodablja Lekarniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Sekcijo kliničnih farmacevtov, Zavod pa ga objavlja na svoji spletni strani. Program se izvajalcu plačuje po dejansko opravljenih storitvah skladno z določili vsakoletnega Dogovora.

Za napotovanje k farmacevtskemu svetovalcu se uporablja delovni nalog, s tem da se:

- ne izpolnjuje rubrika 4 – napotnica (specialist na sekundarnem nivoju ne napotuje k farmacevtskemu svetovalcu);
- v rubriki 5 – veljavnost naloga se vedno obkroži 1 – enkratno;
- v rubriki 6 – vrsta storitve se obkroži 6 – farmacevtsko svetovanje;
- v Napoten k izvajalcu se izpolni klinični farmacevt;
- izpolni se tudi rubrika Podatki o bolezni (vzrok za napotitev), saj je pomembna za učinkovitost farmakoterapijskega pregleda.

4.2 Dispanzer za ženske

Dispanzerji za ženske pridobivajo prihodek na dva načina: z glavarino in s storitvami.

4.2.1 Glavarina

Na podlagi števila opredeljenih zavarovanih žensk, ki se ugotavlja štirikrat letno (28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra), se 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 navedeni v Sklepu o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4). 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.

Število količnikov iz glavarine, ki jih izvajalcu plača Zavod, 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 %.

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 ali pa pred potekom dogovorjenega obdobja na predlog izvajalca, pod pogoji, navedenimi v Dogovoru, 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 OZZ 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 spodbud za racionalno delo in za doseganje ciljev, ki jih opredeli zdravstvena politika.

4.2.2 Storitve

Drugi del prihodka izvajalcev je odvisen 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. Dodatni količniki glede na zahtevnost obravnave pri pregledu zavarovanih žensk v dispanzerjih za ženske so prikazani v Sklepu o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

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

Za obračun storitev iz OZZ se uporablja "nizka cena količnika iz obiskov", za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah in za slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah pa "visoka cena količnika iz obiskov". Izračunata se na enak način kot v splošnih ambulantah. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah in slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah se zato izključijo iz obračunavanja glavarine.

4.3 Neglavarinske dejavnosti splošne zunajbolnišnične dejavnosti

Te dejavnosti obračunavajo storitve po seznamih storitev iz Sklepa o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4).

Storitve oziroma programe zdravstvene vzgoje, družinske obravnave za zdrav življenjski slog, šole za starše, centrov za krepitev zdravja, centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, preventivne programe (promocija zdravja – NIJZ), nujno medicinsko pomoč in program za obsojence in pripornike plačuje Zavod v pavšalu, zato teh storitev izvajalci ne obračunavajo v točkah, temveč o opravljenem delu pripravijo pisno poročilo oziroma za programe zdravstvene vzgoje, šole za starše, centrov za krepitev zdravja, nujne medicinske pomoči in centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog posredujejo evidenčne storitve. Katere storitve iz Sklepa o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4) 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.

V pogodbah dogovorjeni program za športnike izvajalci obračunajo na poročilu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 301 258. Izvajalci medicine dela, ki opravljajo preventivne preglede otrok in mladostnikov s statusom registriranih športnikov, opravljene storitve po seznamu 15.141 obračunajo na računu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 301 258. Storitve v zvezi z ugotavljanjem poklicne bolezni pa izvajalci obračunajo na računu na podvrsti zdravstvene dejavnosti 301 258.

4.3.1 Dežurna služba in nujna medicinska pomoč

Dežurna služba je posebna oblika dela v zdravstvenem zavodu, v kateri se zagotavlja zdravstveno varstvo ob praznikih ter ob delavnikih od 20. ure do 7. ure naslednjega dne in od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure.

Služba NMP je organizirana za zagotavljanje neprekinjene NMP in nujnih prevozov poškodovanih in obolelih oseb na območju države, in sicer: zagotovljeno je neprekinjeno delovanje v času dežurne službe ali ob redni ambulantni dejavnosti ali kot posebna enota v skladu z merili in mrežo, določeno z Dogovorom.

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. 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 in ustanov ali pa so zasebniki.

Dežurno službo in nujno medicinsko pomoč v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti plačuje Zavod izvajalcem v pavšalu. Zato izvajalci obveznemu zdravstvenemu zavarovanju teh storitev ne zaračunavajo posebej. Izjema sta:

- Za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji, izvajalci izstavljajo Zavodu evidenčne obračune za vse razloge obravnave. Obračunska enota za te storitve je lažja, srednja in težka oziroma zahtevna oskrba na terenu (šifrant 15.27). Z evidenčnimi obračuni izvajalci beležijo opravljene storitve nujne medicinske pomoči na terenu po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Poleg opravljenih storitev na terenu izvajalci izstavijo Zavodu tudi evidenčni obračun za storitve, opravljene v ambulanti nujne medicinske pomoči (dežurna služba) po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti (šifrant 15.20: K0001-K0003, K0020-K0023, K0040 in K0041).
- Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izvajalci izstavljajo Zavodu individualne račune za vse razloge obravnave po visoki ceni količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Za tuje zavarovane osebe se za poročanje uporabljajo iste storitve kot za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji.

Za nenujne primere zdravljenja v času dežurstva je zavarovana oseba samoplačnik.

4.3.1.1 Nujni reševalni prevoz

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.

Nujni reševalni prevozi se izvajajo v okviru programa mobilnih enot nujnih reševalnih vozil in so vrednoteni v okviru načrtovanega obsega finančnih sredstev. Program mobilnih enot nujnih reševalnih vozil bo izvajalec obračunaval v pavšalu.

Izvajalec bo za opravljene storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil za vse osebe, ki so obvezno zdravstveno zavarovane v Sloveniji izstavil Zavodu evidenčni obračun po osebi in ceni, ki predstavlja 2,5-kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem. Evidenčni obračun vključuje tudi startnino v višini 30 točk.

Izvajalec bo za storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izstavil individualni račun (račun po zavarovani osebi) po ceni, ki predstavlja 2,5-kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem, skupaj s startnino v višini 30 točk.

Pri storitvah mobilnih enot nujnih reševalnih vozil se evidenčno spremlja število prevoženih kilometrov. Evidenčna storitev je označena v šifrantu 15 in se poroča s ceno 0. Oznaka primera se zanjo ne navaja.

4.3.2 Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljevanju: Centri) lahko uporabljajo za substitucijsko terapijo oziroma nadomestno zdravljenje zdravila (v nadaljevanju: substitucijska zdravila), ki so v CBZ posebej označena v Seznamu substitucijskih zdravil. Centri gotova substitucijska 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, ki je pripravljena iz gotovega substitucijskega zdravila z učinkovino metadon in sokom, 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 dvojniki. 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.

Centri evidenčno spremljajo storitve navedene v šifrantu 15 in jih posredujejo po strukturi »Obravnavava« s ceno 0 brez navajanja oznake primera.

Poleg evidenčnih storitev, ki se nanašajo na delitev substitucijskih zdravil v centrih ali izven centrov, se dodatno posredujejo tudi podrobni podatki o substitucijskih zdravilih po sklopu podatkov »Substitucijska zdravila«.

4.4 LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev

Ločeno zaračunljive materiale in storitve (v nadaljevanju: LZM) v splošni zunajbolnišnični dejavnosti je možno zaračunati poleg obravnave, če so ta posebej opredeljena v pogodbi z izvajalcem in v vsakoletnem Dogovoru. Izvajalec jih obračuna v skladu s šifrantom 15.28. Med LZM sodijo tudi ampulirana in druga zdravila za ambulantno zdravljenje iz Seznama A (v nadaljevanju: zdravila iz Seznama A) iz šifranta 15.28, ki se lahko obračunajo ob upoštevanju omejitev predpisovanja zdravil glede na terapevtsko področje ter vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti.

Zaradi razširitve omejitve predpisovanja in uvedbe novega pravila »eno zdravilo na eni listi« je v splošni zunajbolnišnični dejavnosti možno obračunati tudi zdravila iz Seznama B v skladu s šifrantom 15.28, pri čemer se mora pri obračunu tega LZM-ja dodatno upoštevati še omejitev predpisovanja zdravil glede na terapevtsko področje ter vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti.

Med LZM uvrščamo tudi kalo zdravil iz Seznama A in B. Tega je možno zaračunati le za zdravila, ki se odmerjajo po telesni masi oziroma telesni površini. Ta zdravila so v CBZ posebej označena. Kot kalo se ne sme zaračunavati zdravilo iz Seznama A in B, ki je poškodovano pri shranjevanju ali pri delu z njim ali pa ima pretečen rok uporabnosti. Kalo se obračunava na PGO strukturi.

Izvajalci zaračunajo Zavodu LZM po ceni, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. Zdravila iz Seznama A in B izvajalci obračunavajo po dejanski nabavni ceni z vsemi popusti, pri čemer cena ne sme presegati cene za obračun v CBZ, povečane za DDV. Izjemoma izvajalci beležijo nabavno ceno z vrednostjo 0 (nič), in sicer v naslednjih primerih: ko ima Zavod z izvajalci in z farmacevtsko družbo sklenjen dogovor o blagovnem rabatu ter ko je zdravilo poslovna donacija.

Nadrejena storitev je zdravstvena storitev, pri kateri je bil porabljen LZM, med katerega sodijo tudi aplicirana zdravila iz Seznama A in B.

Način obračunavanja

Izvajalec je LZM-je dolžan obračunati hkrati in skupaj z nadrejeno storitvijo (na isti obravnavi). Za večino zdravil iz Seznam A in B je v CBZ na nivoju posameznega zdravila (nacionalne šifre) ter vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti določena nadrejena storitev iz šifranta

15.117 »Storitve priprave in aplikacije zdravil iz Seznam A in B«. Za zdravila, za katera ni določena ta storitev, je nadrejena storitev tista, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano (npr. zdravstvena nega). V primeru, da je apliciranih več zdravil, za katere so določene različne storitve priprave in aplikacije, se na isti dan vsa zdravila obračunajo z eno istovrstno storitvijo (ista storitev enkrat npr. 1 krat Q0235), če so podrobni podatki o apliciranem zdravilu enaki (vrsta zdravstvene dejavnosti, podvrsta zdravstvene dejavnosti, vsebina obravnave, šifra storitve, oznaka primera identifikator nadrejene storitve, datum aplikacije zdravila, lečeča zdravstvena služba z lokacijo, RIZDDZ številka delavca – predpisovalca, šifra diagnoze MKB). Če so navedeni podrobni podatki različni, se za zdravilo istovrstna storitev obračuna posebej. Poleg te storitve se obračuna tudi ena storitev priprave in aplikacije, in sicer najdražja.

V primeru, ko se v okviru obravnave aplicira le zdravilo, se obračuna zdravilo (Qxxxx) in storitev APLxxxx. Poleg zdravila in APLxxx se ne sme obračunati nobena druga storitev v okviru te obravnave. Če se poleg aplikacije zdravila izvede še pregled zaradi drugega razloga/zdravstvenega stanja, ki ni v povezavi z danim zdravilom, se lahko zaračunajo še dodatne storitve, ki se nanašajo na ta razlog (pregled, LZM, ...).

Storitev APL poleg ostalega pokriva tudi delo farmacevtskega strokovnjaka. To delo med ostalim pokriva tudi izdajo zdravila v lekarni oziroma strošek, ki ga izvajalec ima ob tovrstni nabavi zdravila.

V primeru, da izvajalec ob obračunu zdravstvene storitve ne more obračunati LZM, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da nadrejeno storitev (npr. pregled) obračuna v obdobju, ko je bila opravljena, LZM pa takrat, ko dobi izvid. Veljavnost zavarovanja pa se preverja na dan odvzema materiala. V primeru, da se preiskava ne izvede na dan pregleda (npr. zdravnik ob obisku pacienta izda nalog za odvzem krvi, ki se odvzame po preteku bolezni), se ob odvzemu ponovno prebere KZZ in se pri obračunu LZM navede identifikator odgovora preverjanja OZZ takratnega branja KZZ. Navede se tudi datum konca predhodne obravnave, da sta obravnavi vsebinsko povezani.

Izjeme pri obračunavanju zdravil iz Seznam A in B:

Ginekologija: V primeru vstavitve IUD se poleg zdravila (Qxxxx) zaračuna tudi storitev APLxxxx, ki pokriva storitve K1005, K1010, K1022, K1021 ter morebitno razliko v ceni zdravila zaradi stroška lekarnarja pri izdaji zdravila. V primeru apliciranja humanih imunoglobulinov anti-D (Rh) se poleg zdravila in APLxxxx beležijo vsi pregledi in dodatni LZM-ji. V primeru, ko se izvaja le odstranitev IUD ali pa vstavitve mehničnega vložka brez hormonskega zdravila, se zaračunajo storitve iz šifrant 15.21.

4.5 Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifrant 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe.

4.6 Tuje storitve

Tuja storitev je storitev (npr. laboratorijske preiskave), ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Zavod (izvajalec), ki je storitev za napoteno osebo zaposil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik vključena v ceni zdravstvene storitve.

4.7 Laboratorij

Zdravstveni domovi in zasebniki storitev laboratorija ne obračunavajo Zavodu v točkah, temveč jih samo evidentirajo (za lastno evidenco). 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.

5. Obračunavanje v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220)

Specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost sestavlja vrsta diagnostičnih, terapevtskih in rehabilitacijskih storitev, ki se izvajajo v okviru različnih specialnosti.

Načrtovanje, pogoje in načine financiranja specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti ureja vsakoletni Dogovor.

Tako načrtovanje in obračunavanje programov zdravstvenih storitev v pretežni meri temelji na točkah ter na prvih pregledih, z izjemo dermatologije, revmatologije, otorinolaringologije, pnevmologije, molekularne genetske diagnostike, dializ, radioterapije, diagnostičnih storitev hematologije, preiskav z magnetno resonanco in računalniško tomografijo ter nekaterih posegov (npr. operacij, aplikacij zdravil, zdravljenja bolnikov s HIV, HCV, ...), kjer se za načrtovanje in obračunavanje uporabljajo druge enote (primeri, preiskave, operacije, posegi). Točke izvajalci evidentirajo na podlagi seznama storitev iz Sklepa o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev (priloga 4). Prvi in ponovni pregledi se evidentirajo v skladu s Pravilnikom o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov.

Vrednosti točk se določijo za posamezne ožje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti. Če posamezen izvajalec opravlja več ožjih specialističnih zunajbolnišničnih zdravstvenih dejavnosti, za vsako pogodbeno dejavnost uporablja veljavno ceno točke.

5.1 Celostna specialistična zunajbolnišnična obravnava

V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti je pri posegih, ki predstavljajo celostno obravnavo (kot npr. operacija sive mreže), v ceno posega (operacije) vključen tudi pregled pred in po posegu, in sicer z vsemi potrebnimi storitvami pri posegu (operaciji) in pri obeh pregledih. Navedenih storitev, ki so sestavni del izvedbe celostne specialistične zunajbolnišnične obravnave, izvajalec Zavodu ne sme obračunati posebej in jih zato tudi Zavodu ne poroča posebej. Za datum začetka in konca obravnave se v teh primerih poroča datum posega (operacije).

5.2 Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15. V primeru storitev, ki predstavljajo celostno specialistično zunajbolnišnično obravnavo, se evidenčne storitve ne beležijo.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe.

5.3 Tuje storitve

Tuja storitev je storitev (npr. laboratorijske preiskave), ki je bila po naročilu opravljena v drugem zavodu, ne pa v zavodu, kjer je bila zavarovana oseba pregledana. Izvajalec, ki je osebo napotil, je naročnik in tudi plačnik storitve. Finančna sredstva za ta namen ima izvajalec – naročnik vključena v ceni zdravstvene storitve.

5.4 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.

5.5 LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev

Ločeno zaračunljive materiale in storitve (v nadaljevanju LZM) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti je možno zaračunati poleg obravnave, če so ta posebej opredeljena v pogodbi z izvajalcem in v vsakoletnem Dogovoru. Izvajalec jih obračuna v skladu s šifrantom 15.28. Enako velja za zdravila iz Seznama A, pri čemer se mora dodatno upoštevati še omejitve predpisovanja za zdravila glede na terapevtsko področje, vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti, ter v določenih primerih izvajalca, ki zdravi z zdravilom. Med LZM uvrščamo tudi kalo zdravil iz Seznama A in B. Tega je možno zaračunati le za zdravila, ki se odmerjajo po telesni masi oziroma telesni

površini. Ta zdravila so v CBZ posebej označena. Kot kalo se ne sme zaračunavati zdravilo iz Seznama A in B, ki je poškodovano ali pa ima pretečen rok uporabnosti. Kalo se obračunava na PGO strukturi.

Izvajalci zaračunajo Zavodu LZM po ceni, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah.

Zdravila iz Seznama A in B izvajalci obračunavajo po dejanski nabavni ceni z vsemi popusti, pri čemer cena ne sme presegati cene za obračun v CBZ, povečane za DDV. Izjemoma izvajalci beležijo nabavno ceno z vrednostjo 0 (nič), in sicer v naslednjih primerih: ko ima Zavod z izvajalci in s farmacevtsko družbo sklenjen dogovor o blagovnem rabatu in ko je zdravilo poslovna donacija, za zdravila iz seznama B pa dodatno še ko gre za prenapolnjene ampule.

Nadrejena storitev je zdravstvena storitev, pri kateri je bil porabljen LZM, med katerega sodijo tudi aplicirana zdravila iz Seznama A in B.

Način obračunavanja

Izvajalec je LZM ter aplicirana zdravila iz Seznama A in B dolžan obračunati hkrati in skupaj z nadrejeno storitvijo (na isti obravnavi). Za večino zdravil iz Seznam A in B je v CBZ na nivoju posameznega zdravila (nacionalne šifre) ter vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti določena nadrejena storitev iz šifranta 15.117 »Storitve priprave in aplikacije zdravil iz Seznama A in B«. Za zdravila za katera ni določena ta storitev, je nadrejena storitev tista, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano. V primeru, da je apliciranih več zdravil, za katere so določene različne storitve priprave in aplikacije, se na isti dan vsa zdravila obračunajo z eno istovrstno storitvijo (ista storitev enkrat npr 1 krat Q0265), če so podrobni podatki o apliciranem zdravilu enaki (vrsta zdravstvene dejavnosti, podvrsta zdravstvene dejavnosti, vsebina obravnave, šifra storitve, oznaka primera, identifikator nadrejene storitve, datum aplikacije zdravila, lečeča zdravstvena služba z lokacijo, RIZDDZ številka delavca – predpisovalca, šifra diagnoze MKB). Če so navedeni podrobni podatki različni, se za zdravilo istovrstna storitev obračuna posebej. Poleg te storitve se obračuna tudi ena storitev priprave in aplikacije, in sicer najdražja.

V primeru, ko se v okviru obravnave aplicira le zdravilo, se obračuna zdravilo (Qxxxx) in storitev APLxxxx. Poleg zdravila in APLxxx se ne sme obračunati nobena druga storitev v okviru te obravnave. V primeru, ko se poleg aplikacije zdravila izvede še pregled zaradi drugega razloga/zdravstvenega stanja, ki ni v povezavi z danim zdravilom, se zaračunajo še dodatne storitve, ki se nanašajo na ta razlog (pregled, LZM, ...).

Storitev APL poleg ostalega pokriva tudi delo farmacevtskega strokovnjaka. To delo med ostalim pokriva tudi izdajo zdravila v lekarni oziroma stroška, ki ga izvajalec ima ob tovrstni nabavi zdravila.

V primeru, da izvajalec ob obračunu zdravstvene storitve ne more obračunati LZM, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da nadrejeno storitev (npr. pregled) obračuna v obdobju, ko je bila opravljena, LZM pa takrat, ko dobi izvid. Veljavnost zavarovanja pa se preverja na dan odvzema materiala.

Izjeme pri obračunavanju zdravil iz Seznama A in B:

Okulistika: Poleg zdravila in storitve za aplikacijo zdravil za zdravljenje starostne degenerativne makule, diabetičnega edema in zapore žil iz Seznama B se vedno zaračunava tudi storitev E0304.

Onkologija: Storitve 59610, se lahko zaračuna le v primeru zdravljenja z zdravili za sistemsko zdravljenje kateregakoli raka, ki niso razvrščena na Seznam A in B.

Ginekologija: V primeru vstavitve IUD se poleg zdravila (Qxxxx) zaračuna storitev APLxxxx, ki pokriva storitve 11003, 01006, 46521, 36131 ter morebitno razliko med nabavno ceno in ceno za obračun zaradi stroška lekarne pri izdaji zdravila. V primeru, ko se izvaja le odstranitev IUD ali pa vstavev mehničnega vložka brez hormonskega zdravila, se zaračunajo storitve iz šifranta 15.62. Zdravila IUD (Qxxxx) se lahko zaračunajo tudi v okviru celostne obravnave E0302 oziroma E0303 (nadrejena storitev). V tem primeru se zaračuna le zdravilo (Qxxxx) brez pripadajoče storitve APLxxxx. Enako velja tudi, ko se v okviru celostne obravnave E0301 aplicira zdravilo humani imunoglobulin anti-D (Rh). Poleg storitve E0301 se zaračuna zdravilo (Qxxxx) brez storitve APLxxx.

5.6 Izvajanje dializ

Za izvajanje dializ je določena cena za dialize I, II, III, IV, V, VI in VII. 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.

5.7 Skupinska psihoterapija

Storitve skupinske psihoterapije (šifrant 15.42) lahko izvajalci Zavodu obračunajo, če je bilo v skupini najmanj 6 oseb. Pri tem število točk, ki je v šifrantu določeno za eno storitev, delijo s številom udeležencev. Za vsakega udeleženca obračunajo storitev na dan, ko je bila opravljena, z ustreznim številom točk.

5.8 Urgentne obravnave v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti

Urgentne obravnave se izvajajo v okviru mreže urgentnih centrov, kjer urgentnega centra ni, pa v okviru urgentnih ambulant. Storitve urgentne specialistične ambulantne obravnave izvajalec lahko zaračunava le v primeru, ko je medicinska indikacija za urgentnost obravnave obstajala in tudi bila dokumentirana v ambulantnem kartonu. Obravnava neurgentnega bolnika v urgentnem centru oziroma na delovišču urgentne ambulante ne opravičuje obračunavanja nujnih storitev. Ti bolniki se obračunajo v okviru redne ambulante. Glej tudi poglavje 3.5.

V urgentnih centrih (Enota za hitre preglede, Enota za bolezni in Enota za poškodbe) in v urgentnih ambulantah se opravljene storitve obračunavajo po seznamih storitev opredeljenih za določeno dejavnost. V urgentnem centru se določene storitve obračunajo tudi v pavšalu (trijaža in sprejem, opazovalna enota, pediatrična urgentna ambulanta SB Celje). Zato izvajalci obveznemu zdravstvenemu zavarovanju teh storitev ne zaračunavajo posebej. Izjemi sta:

- Za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji izvajalci izstavljajo Zavodu evidenčne obračune za vse razloge obravnave. Pri navedenih evidenčnih obračunih se po strukturi »Obravnava« v dejavnosti 238 271 »Triaža in sprejem« beleži šifra storitve 91102 »Triažiranje napotnice«, v dejavnosti 238 272 »Opazovalna enota« storitve E0051 »Medicinska oskrba - primer« in v dejavnosti 238 277 »Pediatrija – urgentna ambulanta« storitve iz Seznama storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti (šifrant 15.42). Ker gre za evidenčne dokumente, se v polju »evidenčni dokument« navede vrednost podatka 1, in sicer v pomenu »da, gre za evidenčni dokument«.
- Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izvajalci izstavljajo Zavodu individualne račune za vse razloge obravnave. Za obračun storitev, opravljenim tujim zavarovanim osebam, izvajalci uporabljajo iste storitve kot so navedene za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji.

5.9 Dermatologija

V vrsti dejavnosti dermatologija se za obračun uporablja osnovni seznam storitev 15.129 »Storitve specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti dermatologije (203 206)« v kombinaciji s seznamoma, 55.129o »Podrobne evidenčne storitve (osnovna košarica) v okviru celotnega in delnega pregleda« ter 55.129d »Podrobne evidenčne storitve v okviru dodatno zaračunljivih storitev«. Vsebina seznamov je natančno opredeljena v Sklepu o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev.

V okviru obračunanega celotnega pregleda mora izvajalec opraviti in zabeležiti vsaj dve storitvi, v okviru delnega pregleda pa vsaj eno storitev, iz evidenčnega nabora storitev za celoten in delni pregled 55.129o. Če izvajalec obračuna celotni pregled, pregledane osebe ne sme napotiti k drugemu specialistu – dermatologu, razen v primeru subspecialističnih zunajbolnišničnih storitev (kirurgija, flebologija, alergološka testiranja) ali za storitve, ki jih smejo izvajati le določeni izvajalci.

Dodatno zaračunljive storitve iz osnovnega seznama storitev se lahko obračunajo poleg celotnega pregleda ali samostojno, in sicer praviloma pri prvem obisku (prvič) kot storitev z visoko dodano vrednostjo, ob ponovnih obiskih pa kot storitev z nizko dodatno vrednostjo. Pri tem je potrebno opraviti vsaj 1 storitev iz evidenčnega nabora dodatno zaračunljivih storitev (55.129d), skladno z opisom posamezne storitve. Če je zaradi zdravstvenega stanja bolnika potrebno opraviti več storitev v okviru enega obiska, jih je izvajalec dolžan narediti ne glede na omejitve/izključevanja za evidentiranje in obračunavanje.

5.10 Zdraviliško zdravljenje

Program zdraviliškega zdravljenja izvajalci obračunavajo z nemedicinskim oskrbnim dnevom in po seznamu storitev. Pri tem se posebej planirajo storitve za stacionarno zdraviliško zdravljenje (ki se obračunava v okviru bolnišnične zdravstvene dejavnosti kot nadaljevalno ali ne nadaljevalno zdraviliško zdravljenje) in ambulantno zdraviliško zdravljenje (ki se obračunava v okviru specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti). Zdravilišča morajo evidentirati število teoretičnih oskrbnih dni za ambulantno zdraviliško zdravljenje (evidenčni zdraviliški dan), 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.

Pri stacionarnem zdraviliškem zdravljenju se za prvi dan bivanja zavarovane osebe obračuna začetna oskrba (ter v primeru osebe, okužene z večkratno odpornimi mikroorganizmi tudi dodatek k začetni oskrbi), za ostale dneve pa se zaračuna nadaljnja oskrba (ter v primeru osebe, okužene z večkratno odpornimi mikroorganizmi tudi dodatek k nadaljnji oskrbi za dneve trajanje okužbe). V primeru, ko je oseba nameščena na negovalnem oddelku, se nadaljnja oskrba obračuna za vsak dan bivanja osebe v zdravilišču. V primeru, ko oseba

ni nameščena na negovalni oddelek, pa se nadaljnja oskrba obračuna vsak drugi dan (npr. za 14 dnevno bivanje se nadaljnja oskrba lahko zaračuna 6 krat, za 21 dnevno bivanje pa 10 krat). Pri ambulantnem zdraviliškem zdravljenju se za prvi dan rehabilitacije zaračuna začetna oskrba, nadaljnja oskrba pa se v času rehabilitacije v zdravilišču lahko zaračuna 2 krat.

Storitve nujne medicinske pomoči obračunavajo zdravilišča po dejansko opravljenih storitvah po ceni točke zdraviliškega zdravljenja.

V primeru spremljevalca za slepo osebo zdravilišče obračuna spremljevalca na ločeni šifri storitve (E0425 – nemedicinski oskrbni dan spremljevalca). Npr. za 14 dnevno zdraviliško zdravljenje zavarovane osebe se obračuna 14 nemedicinsko oskrbnih dni za zavarovano osebo (E0428) in 14 nemedicinsko oskrbnih dni za spremljevalca (E0425).

Izvajalec zdraviliškega zdravljenja lahko obračuna tudi sobivanje starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu. V skladu z ZZVZZ ima pravico do sobivanja eden od staršev, rejnikov, skrbnikov, zakonec ali zunajzakonski partner, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov. V primeru sobivanja starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu izvajalec zdraviliškega zdravljenja starša obračuna na ločeni šifri storitve (E0778). Storitev sobivanja se obračuna le za stacionarne obravnave, ki trajajo preko noči (različen dan sprejema in odpusta spremljevalca). Zavod v tem primeru krije stroške nastanitve (nočitev) in prehrane spremljevalca (starša oziroma zgoraj navedenih oseb) v višini cene, določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem.

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 specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti in en dan oskrbe na negovalnem oddelku.

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.

5.11 Javno zdravje v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti

Dejavnost Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) se nanaša na zagotavljanje neprekinjene preskrbe s cepivi in imunoglobulini, ter ugotavljanje in obvladovanje nalezljivih bolezni. Dejavnost Nacionalnega inštituta za javno zdravje je tudi priprava programov promocije zdravja in preventive kroničnih nalezljivih bolezni v zdravstveni dejavnosti ter koordiniranje, vodenje in spremljanje Nacionalnega programa primarne preventive srčno-žilnih bolezni in program SVIT.

Nacionalni inštitut za javno zdravje izvaja tudi naloge priprave, koordiniranja, vodenja in evalvacije programov vzgoje za zdravje, ki se izvaja v okviru primarne zdravstvene dejavnosti.

Programi se obračunajo v pavšalu, cepiva skladno s Pravilnikom o merilih za oblikovanje cen zdravil na debelo.

Dejavnost Nacionalnega laboratorija za zdravje, okolje in hrano se nanaša na subspecialne laboratorijske storitve za zgodnje zaznavanje prisotnosti in značilnosti povzročiteljev nalezljivih bolezni ter sledenje odpornosti za antibiotike. Program se obračuna v pavšalu.

6. Obračunavanje v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230)

Za obračun zobozdravstvenih storitev se uporabljajo sezname storitev za zobozdravstvo. V zobozdravstveni dejavnosti so določene cene točk za vsako podvrsto zdravstvene dejavnosti, navedeno v kalkulacijah za delo ambulant v vsakoletnem Dogovoru. Če izvajalec opravlja več podvrst zdravstvenih dejavnosti, za vsako podvrsto uporablja veljavno ceno točke. Izvajalci, ki imajo pogodbeno dogovorjen program samo v dejavnosti zobozdravstva za mladino, opravljene storitve odraslim zavarovanim osebam beležijo in obračunajo v dejavnostih 404 119 »Zobozdravstvena dejavnost za mladino – zdravljenje – osebe od vključno 19 let dalje« in 404 120 »Zobozdravstvena dejavnost za mladino – protetika – osebe od vključno 19 let dalje«, za kateri velja cena točke zobozdravstva za odrasle. Izvajalci, ki imajo pogodbeno dogovorjen program zobozdravstva za odrasle in program zobozdravstva za mladino, obračunajo opravljene storitve zavarovanim osebam do dopolnjenega 19. leta na dejavnostih zobozdravstva za mladino, opravljene storitve zavarovanim osebam od vključno 19. leta dalje pa dejavnostih zobozdravstva za odrasle.

Zobozdravstvene storitve, opravljene duševno prizadetim osebam, izvajalci obračunajo Zavodu v točkovnem normativu, povečanem 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.

Preparati za fluorizacijo zob z učinkovino natrijev fluorid se za potrebe vrtca, šole in podobnih ustanov lahko naročijo z naročilnico (mišljena je naročilnica izvajalca za zdravlila). Tak način predpisovanja se lahko dogovori za mladinske zobozdravnike, pedontologe, pediatre in ginekologe. Na naročilnici izvajalec navede naziv vrtca, šole, dispanzerja za ženske, število zavarovancev in obdobje, za katero naroča preparate za fluorizacijo zob. Izvajalec nabavi preparate za fluorizacijo zob v lekarni. Zahtevke za plačilo izstavi Zavodu lekarna. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico izvajalca.

Zavod plačuje izvajalcem zobozdravstvene dejavnosti naslednje programe v pavšalu:

- program skupinske zobozdravstvene vzgoje in preventive,
- program zobozdravstvene vzgoje v okviru dejavnosti pedontologija v deležu vrednosti načrtovanega programa za pedontologijo, opredeljenem v Dogovoru,
- storitve izven rednega delovnega časa,
- zobozdravstveno oskrbo varovancev s posebnimi potrebami,
- zobozdravstvo za obsojence in pripornike.

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.

Storitve iz programov, ki se plačujejo v pavšalu, izvajalci Zavodu ne zaračunavajo posebej. Izjeme so:

- za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji izvajalci izstavljajo evidenčne obračune za vse razloge obravnave za storitve izven rednega delovnega časa (438 115),
- za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavni pogodbi izvajalci izstavljajo individualne račune (račun po zavarovani osebi), ne glede na razlog obravnave, skladno s seznamom storitev in ceno, ki je določena za posamezno podvrsto zdravstvene dejavnosti, ki se plačuje v pavšalu.
- za program zobozdravstvene vzgoje izvajalci posredujejo evidenčne storitve.

6.1 Zobnoprotenična rehabilitacija

Pri obračunu zobnoprotenične rehabilitacije izvajalec navede številko Predloga zobnoprotenične rehabilitacije. Opredeli tudi RIZDDZ številko laboratorija in delavca, ki je zobnoprotenični nadomestek izdelal. V primeru, da zobnoprotenični nadomestek ni bil izdelan v Sloveniji, izvajalec navede državo, kjer je bil nadomestek izdelan. Ker gre za individualno prilagojen pripomoček, ki ga ne potrjuje Republiška agencija za zdravila, je država izdelovalca zobnoproteničnega nadomestka lahko zgolj ena od držav članic Evropske unije. Med temi državami namreč velja (ob prostem pretoku ljudi, blaga, storitev) medsebojno priznavanje strokovne izobrazbe. S tem je zagotovljena kakovost izdelanega nadomestka in sledljivost materiala. Zavod ni plačnik zobnoproteničnih nadomestkov, izdelanih v državah, ki niso članice Evropske unije.

V primeru smrti zavarovane osebe Zavod, na podlagi predloga izvajalca, povrne sorazmeren del stroškov nastalih izvajalcu (glede na obseg že opravljenih storitev). Višino povračila določi nadzorni zdravnik Zavoda, ki je pooblaščen za potrditev zobnoproteničnega predloga.

6.2 LZM

Ločeno zaračunljive materiale (LZM) in storitve opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom. Izvajalci, ki imajo LZM opredeljen v pogodbi, zaračunavajo Zavodu LZM v višini, kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih

stroškov storitve. Če izvajalec z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev.

V primeru, da izvajalcu ob obračunu zdravstvene storitve ni znana cena LZM-ja, ker je npr. poslal material na preiskavo in čaka na izvid, počaka z obračunom LZM-ja do takrat, ko dobi izvid. To pomeni, da zdravstveno storitev (npr. pregled) obračuna takoj, LZM pa takrat, ko dobi izvid.

6.3 Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane.

7. Obračunavanje v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909) in obračunavanje drugih obveznosti ZZS (dejavnost obvezne socialne varnosti, O84.300)

7.1 Patronaža in nega na domu

Storitve patronaže izvajalci beležijo in obračunavajo v skladu s šifrantom 15.23 in 15.23c, storitve nege na domu pa v skladu s šifrantom 15.53. Za storitve prve in ponovne kurativne obravnave izvajalci dodatno evidenčno beležijo še podrobnejše vsebine v skladu s šifrantoma 15.23b in 15.53b.

Storitve patronaže in nege na domu, ki jih v skladu z delovnim nalogom izvajalec opravi ob nedeljah in praznikih, lahko Zavodu obračuna po osnovni ceni, povečani za 30 %.

7.2 Fizioterapija in delovna terapija

Program fizioterapije izvajalci beležijo in obračunavajo v skladu s šifrantom 15.46 in pri tem upoštevajo vrednosti uteži iz tega šifranta. Fizioterapevtske storitve izvajalec obračuna ob zaključku obravnave z dejansko količino opravljenih obiskov, pri čemer storitev na obračunskem dokumentu navede enkrat, v količino storitev pa navede število obiskov, ki jih je v okviru obravnave (delovnega naloga) izvedel. Evidenčno poročajo tudi postopke, opravljene v okviru posameznega obiska, v skladu s šifrantom 49.

Vrsto, ali vrsto in vsebino fizioterapevtske obravnave določi izbrani osebni zdravnik oziroma specialist glede na indikacije in funkcionalno stanje zavarovane osebe. Če izbrani osebni zdravnik ali specialist na delovnem nalogu opredelita le vrsto fizioterapevtske obravnave, ne pa tudi vsebine, le-to samostojno določi fizioterapevt in jo lahko, ustrezno z rezultati zdravljenja, tudi spreminja. Ko vsebino fizioterapevtske obravnave določi zdravnik, sme fizioterapevt predpisane postopke, metode in tehnike zdravljenja nadomesti z drugimi postopki, če ugotovi, da ti niso prinesli rezultatov v skladu s pričakovanimi učinki zdravljenja oziroma je te mogoče doseči z drugimi fizioterapevtskimi metodami in tehnikami le v soglasju z zdravnikom. Zdravstvena stanja za predpis posamezne vrste obravnave ter fizioterapevtske storitve v okviru posamezne obravnave so podrobneje opredeljene v šifrantih 15.46 in 49.

Zdravnik na Delovnem nalogu opredeli tudi cilj fizioterapevtske obravnave, stopnjo nujnosti ter navede morebitne spremljajoče bolezni ali omejitve.

Poleg postopkov, metod in tehnik fizioterapevtske obravnave sta obvezna sestavna dela obravnave tudi začetna in zaključna fizioterapevtska ocena stanja bolnika, ki ju fizioterapevt vpiše v fizioterapevtsko poročilo. Fizioterapevtsko ocenjevanje vključuje pregled in oceno stanja (meritve gibljivosti, mišične zmogljivosti, bolečine, funkcijski testi, drugo) v začetni obravnavi in za zaključno poročilo. Po zaključeni obravnavi en izvod fizioterapevtskega poročila pošlje zdravniku, ki je osebo napotil na fizioterapevtsko obravnavo. V primeru, ko pacient ni več naročen na kontrolo pri zdravniku specialistu, če je le-ta izstavil delovni nalog, fizioterapevt pošlje poročilo osebnemu zdravniku.

Med izvajanjem predpisane obravnave prehodi med malo, srednjo in veliko obravnavo niso dopustni.

Če fizioterapevt med obravnavo zavarovane osebe ugotovi, da terapija ne prinaša pričakovanih učinkov, obravnavo prekine in osebo takoj usmeri nazaj k zdravniku, kar ustrezno zabeleži v fizioterapevtskem poročilu.

V zaključni oceni lahko fizioterapevt zdravniku predlaga specialno fizioterapevtsko obravnavo, če oceni, da bi ta prinesla boljši učinek fizioterapevtskega zdravljenja.

Program delovne terapije izvajalci beležijo in obračunavajo v skladu s šifrantom 15.130 in pri tem upoštevajo točkovne vrednosti iz tega seznama.

7.3 Logopedija, dispanzer za mentalno zdravje in klinična psihologija, CDZ

Program logopedije izvajalci beležijo in obračunavajo v skladu s šifranti 15.143a, 15.143b, 15.143d in 15.143e, program dispanzerja za mentalno zdravje v skladu s šifranti 15.143a, 15.143b, 15.143c, 15.143d, 15.143e in 15.42, program klinične psihologije pa v skladu s šifrantom 15.107. Pri tem upoštevajo točkovne vrednosti iz teh seznamov.

Centri za duševno zdravje otrok, mladostnikov in odraslih so prvo leto po ustanovitvi financirani v pavšalu, nato pa financirani na podlagi opravljenih storitev, ki jih izvajajo skladno s povezovalnimi šifranti v okviru vrste dejavnosti 512 »Psihijatrija«, in sicer 057 »Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov«, 058 »Ambulantna obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih« in 059 »Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih«.

7.4 Presejalni programi

Program presejanja zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka debelega črevesa in danke (Program SVIT), program presejanja za raka dojke (Program DORA), program zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb materničnega vratu (Program ZORA) in program za obvladovanje raka (Program DPOR) izvajalci obračunajo Zavodu skladno z vsakoletnim Dogovorom.

7.5 Nenujni reševalni prevozi

Nenujni reševalni prevozi so:

- Nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem – to je prevoz pacienta, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja potrebuje spremstvo ali zdravstveno oskrbo zdravstvenega delavca.
- Nenujni reševalni prevozi brez spremljevalca, imenovani tudi sanitetni prevozi – to 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 Onkološki inštitut.

Delo reševalne službe za nenujne reševalne prevoze je vrednoteno s ceno točke.

Izvajalci za vsako prepeljano osebo 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 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. Skupno število točk za obračun izvajalec izračuna tako, da sešteje točke za startnino in dejansko prevožene kilometre v točkah za vsako zavarovano osebo.

Zgled 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.

Zgled 2: Razdalja med bivališčem zavarovane osebe in dializnim centrom znaša 11 km. 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 aplikacija Google zemljevid oziroma dejanska razdalja, če jo izvajalec prevoza verodostojno dokaže. V primeru dokazanih nepravilnosti v aplikaciji Google zemljevidi, partnerja sporazumno določita drugačno število kilometrov posamezne poti. Pri tem se upošteva število kilometrov po najhitrejši (in ne po najkrajši) poti. Ravno tako se upošteva priporočilo uporabe avtoceste oziroma odsvetuje uporaba gozdnih poti.

7.6 Druge obveznosti ZZVS

Sredstva za učne ustanove, pripravniki in sekundariji ter specializanti se obračunajo v pavšalu. Seznam izvajalcev, ki so upravičeni do sredstev za učne ustanove, določi Zdravniška zbornica Slovenije. Višino sredstev za sofinanciranje pripravnikov in sekundarijev za mesečno obdobje določita Združenje zdravstvenih zavodov Slovenije in Lekarniška zbornica Slovenije. Višino sredstev za sofinanciranje specializacij pa določi Zdravniška zbornica Slovenije (sredstva prejmejo tudi nepogodbene izvajalci). Pripravniki in sekundariji ter specializanti se skladno z Zakonom o zdravniški službi financirajo iz proračuna Republike Slovenije.

Za obravnavo gluhe zavarovane osebe izvajalci izstavijo račun za plačilo dejanskih stroškov tolmačenja.

Za doječe matere (dejavnost 701 308) izvajalci obračunajo nemedicinski oskrbni dan (E0011), za sobivanje ob hospitaliziranem otroku/invalidu (dejavnost 701 310) pa oskrbni dan (E0763 ali E0778). V skladu z ZZVS ima pravico do sobivanja eden od staršev, rejnikov, skrbnikov, zakonec ali zunajzakonski partner, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov.

Storitvi doječe matere in sobivanje ob hospitaliziranem otroku/invalidu se obračunata le za stacionarne obravnave, ki trajajo preko noči (različen dan sprejema in odpusta spremljevalca). Zavod v tem primeru krije stroške nastanitve (nočitev) in prehrane spremljevalca (starša oziroma zgoraj navedenih oseb) v višini cene, določene s pogodbo med zavodom in izvajalcem.

7.7 Evidenčne storitve

Evidenčne storitve so označene v šifrantu 15. Ker so brez vrednosti, se poročajo s ceno 0. Praviloma se evidenčne storitve poročajo hkrati z zaračunljivo storitvijo iz šifranta 15.

Za evidenčne storitve se oznaka primera ne navaja.

Evidenčnih storitev se ne poroča za tuje zavarovane osebe.

8. Obračunavanje v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100) in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q88.109)

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 OZZ 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. SOUS izstavlja račun za izvajanje zdravstvene dejavnosti v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju.

Izjemoma lahko socialnovarstveni zavodi zaračunajo LZM, ki je določen v vsakoletnem Dogovoru.

Za izvajalce, ki sami organizirajo splošno zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost (zdravnik v socialnovarstvenem zavodu), se ta program vrednoti na način, ki velja za splošno zunajbolnišnično 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 (šifrant 15.23). Zavarovane osebe, ki bivajo v oskrbovanih stanovanjih, so upravičene do zdravstvene nege na podlagi delovnega naloga, ki ga izda njihov osebni zdravnik.

8.1 LZM

Ločeno zaračunljive materiale in storitve (LZM) ter njihove cene opredelijo partnerji z vsakoletnim Dogovorom, Zavod pa v pogodbah z izvajalci. Seznam LZM je opredeljen v šifrantu 15.28. Sestavni del tega šifranta so tudi ampulirana in druga zdravila za ambulantno zdravljenje (Seznam A). Seznam A, ki ga Zavod objavlja na spletni strani (podatki pa so dostopni tudi v Centralni bazi zdravil – ta zdravila so označena z oznako »A*«) vsebuje podatke o zdravilih po njihovih nacionalnih šifrah, šifro storitve (LZM) iz šifranta 15.28, omejitve uporabe glede na terapevtsko področje ter vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti, v okviru katere se lahko LZM obračuna. Zdravila iz Seznama A izvajalci obračunavajo Zavodu po nabavni ceni z vsemi popusti, ki ne sme biti višja od cene za obračun v Centralni bazi zdravil (CBZ), povečane za DDV. Za ta namen ter za pomoč pri predpisovanju in izdaji zdravil so na spletni strani ZZS dostopni podatki v obliki XML. Način vključitve izvajalca ali lekarnar v pridobivanje podatkov CBZ in tehnični napotki za uporabo podatkov v obliki XML določa Navodilo za elektronsko prevzemanje podatkov prenovljene CBZ.

Socialnovarstveni zavodi zaračunavajo Zavodu LZM v višini kot je določena v vsakoletnem Dogovoru, če ni, pa v višini nabavne cene materiala oziroma dejanskih stroškov storitve. Če socialnovarstveni zavod z dobaviteljem LZM dogovori nižje cene, kot so določene v vsakoletnem Dogovoru oziroma z drugimi pravilniki, Zavodu navedeno zaračuna po nižjih cenah. LZM je sestavni del zdravstvene storitve, zato zanj velja enaka stopnja DDV kot za zdravstveno storitev.

Veljavnost zavarovanja se preverja na dan odvzema materiala.

9. Obračunavanje v lekarniški dejavnosti (G47.730)

Lekarne Zavodu zaračunajo zdravila in živila za posebne zdravstvene namene (v nadaljnjem besedilu: živila), izdana na veljavni receptni obrazec ali na naročilnico za zdravila. Zavod je plačnik zdravil in živil razvrščenih na pozitivno listo v celotnem znesku v skladu z ZZVZZ ter podatki prebranimi v on-line sistemu skladno z Navodilom za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu (priloga 7).

Zavod ni plačnik nerazvrščenih zdravil in živil.

Lekarne Zavodu zaračunajo tudi kognitivne storitve v okviru brezšivne skrbi, in sicer pregled uporabe zdravil (PUZ), kontrolni pregled uporabe zdravil (kPUZ) ter posodobitev osebne kartice zdravil (pOKZ). Kognitivne storitve v okviru BS predstavljajo farmacevtsko obravnavo pacienta za zagotavljanje boljših izidov zdravljenja z zdravili in neprekinjen prenos informacij o zdravljenju z zdravili pri prehajanju med različnimi ravnmi zdravstvenega varstva. Seznam farmacevtov s kompetenco za opravljanje storitve PUZ pripravlja in posodablja Lekarniška zbornica Slovenije, Zavod pa ga objavlja na svoji spletni strani. Zavod lekarnam plačuje po dejansko opravljenih storitvah skladno z določili vsakoletnega Dogovora. Storitve se plačujejo iz OZZ v celotnem znesku.

Storitve lekarniške dejavnosti se obračunavajo v skladu s seznamom lekarniških storitev (šifrant 15.24) ter s seznamom kognitivnih storitev (šifrant 15.145). Izvajalci prejemajo tudi dodatek za opravljanje dežurstva in stalne pripravljenosti v obliki mesečnih pavšalov.

9.1 Listine za predpisovanje zdravil

9.1.1 Recept

Recept je listina za predpisovanje zdravil oziroma živil, ki jih Zavod razvrsti na pozitivno listo in jih zavarovani osebi predpiše pooblaščen zdravnik. Obliko, vsebino in način izpolnjevanja recepta določa Zavod. Zdravila in živila, ki niso pravica iz OZZ, oziroma za katera Zavod ni plačnik, zdravniki predpisujejo na beli samoplačniški recept.

9.1.2 Naročilnica za zdravila

Zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog in preparati za fluoriranje zob se predpišejo na naročilnico za zdravila.

9.2 Obračunavanje zdravil, živil in storitev v lekarnah

Lekarna lahko zaračuna Zavodu zdravila in živila, predpisana na recept, ki so razvrščena na pozitivno listo, v skladu s podatki o veljavnem zavarovanju, ki jih zavarovana oseba izkaže s KZZ ali Potrdilom KZZ, s Potrdilom MedZZ, z EUKZZ, s Certifikatom ali s kartico Medicare in v skladu z Navodili za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu (priloga 7).

On-line sistem omogoča neposredno evidentiranje izdanih zdravil oziroma živil na zelene recepte, bele recepte in zdravil na skupinske naročilnice, zato se podatki Zavodu posredujejo sproti ob sami izdaji. On-line sistem podatke preveri in lekarna vrne izhodne podatke o pravilnosti vhodnih podatkov. Lekarne Zavodu posredujejo le zahtevek za plačilo in sicer najmanj enkrat in največ štirikrat mesečno.

Lekarna obračuna za vsako izdajo zdravila ali živila na **obnovljivi recept** posebej obdelavo recepta in vročitev in dodatek za obnovljivi recept v skladu z veljavnim dogovorom.

Najvišja priznana vrednost (NPV):

- Zdravila: NPV je podlaga za obračun zdravila iz posamezne skupine medsebojno zamenljivih zdravil oziroma terapevtske skupine zdravil, ki so razvrščena na pozitivno listo na podlagi zakona. 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.
- Živila za posebne zdravstvene namene: NPV je podlaga za obračun živila, ki so razvrščena na pozitivno listo na podlagi zakona NPV za posamezno živilo je določena v razponu od 50 do 95 odstotkov cene živila.

Doplačilo zavarovanca je potrebno v primerih, ko cena vročenega zdravila s seznama zdravil z najvišjo priznano vrednostjo presega NPV. Doplačilo je razlika med nabavno ceno zdravila in NPV z dodanim DDV. Enako velja za živila, ki jim je določena NPV.

Izjemoma se lahko izda zdravilo brez doplačila, kar farmacevt v lekarni označi z ustrezno šifro Razlog izdaje zdravila, ki presega najvišjo priznano vrednost; podroben opis je v Prilogi 7 – Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu. Pri izdaji živil za posebne zdravstvene namene ni izjem; za vsa živila z določeno NPV je potrebno doplačilo zavarovanca.

9.2.1 Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa, bremepisa v lekarniški dejavnosti

Za lekarniške storitve, zdravila in živila (podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 601) izvajalci Zavodu izstavljajo zahtevke za plačilo (vrsta dokumenta 1), dobropise (vrsta dokumenta 2) ali bremepise (vrsta dokumenta 3). Račun izvajalci izdajo zavarovani osebi oziroma prejemniku storitve. Račun je podlaga za knjiženje pri izvajalcih.

Izvajalec na zahtevku za plačilo za zdravila oziroma živila poleg podatkov o pošiljki (poglavje 13.1) in dokumentu (poglavje 13.2) navede podatke o izdanih zdravilih oziroma živilih (struktura »AOR«, poglavje 13.6.).

Postopek izračuna posameznih vrednosti je opisan v Prilogi 7 – Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu.

9.2.2 Posebnosti pri obračunu v lekarniški dejavnosti

9.2.2.1 Obračunavanje gotovih zdravil za nadomestno zdravljenje in magistralno pripravljenih peroralnih raztopin z metadonom

Material in storitve za pripravo magistralno pripravljenih peroralnih raztopin z metadonom (v nadaljnjem besedilu: magistralni pripravki z metadonom) ter zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (v nadaljnjem besedilu: substitucijska zdravila) lekarna evidentirajo ločeno od ostalih zdravil in lekarniških storitev. Substitucijska zdravila so opredeljena v šifrantu 15.43 in v CBZ. Celoten znesek bremeni obvezno zdravstveno zavarovanje – podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 603 – zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.

Lekarna izstavi Zavodu zahtevke za plačilo. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico Centra.

Postavke za obračun substitucijskih zdravil na naročilnico so: nabavna cena zdravila za nadomestno zdravljenje, vročitev (šifra 70010) in obdelava ene vrstice na naročilnici (šifra 71020).

Postavke za obračun magistralnih pripravkov z metadonom na naročilnico Centra so: substitucijsko zdravilo z metadonom v obliki peroralne raztopine, pomarančni sok, stekleničke, signature in konzervans, vročitev magistralno pripravljenih razredčitev metadona v soku Centrom (72021), obdelava naročilnice (šifra 72022), ki jo lekarna obračuna Zavodu enkrat na naročilnico ne glede na število vrstic na naročilnici, priprava magistralnih razredčitev metadona v soku (šifra 72023). Zdravila se obračunajo na podlagi šifranta 15.43. Sok, platenka, signatura in konzervans pa se obračunajo kot LZM (šifrant 15.28), pri čemer nabavna cena soka, platenke in signature ne sme presegati cen, opredeljenih v vsakoletnem Dogovoru. Lekarna vse navedene stroške (zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog iz Seznama substitucijskih zdravil in storitve) obračuna na zahtevku za plačilo s »PGO« strukturo (poglavje 13.3).

Obračunana količina in farmacevtska oblika substitucijskih zdravil mora biti enaka količini in farmacevtski obliki iz predpisane naročilnice Centra.

9.2.2.2 Obračunavanje preparatov za fluorizacijo zob

Preparati za fluorizacijo zob z učinkovino natrijev fluorid ter storitve lekarna evidentirajo ločeno od ostalih zdravil in lekarniških storitev. Celoten znesek bremeni OZZ – podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 604 – Preparati za fluorizacijo zob.

Lekarna izstavi zahtevke za plačilo. Za potrebe nadzora Zavoda lekarna obdrži in arhivira naročilnico, ki jo za potrebe vrtca, šole ali podobne ustanove predpiše mladinski zobozdravnik ali pedontolog ali pediater. Postavke za obračun so: nabavna cena zdravil, obdelava ene vrstice na naročilnici (šifra 71020) in vročitev (šifra 70010).

Lekarna stroške preparatov za fluorizacijo zob obračuna na zahtevku za plačilo s »PGO« strukturo (poglavje 13.3). Obračunana količina in farmacevtska oblika mora biti enaka količini in farmacevtski obliki s predpisane naročilnice.

9.2.2.3 Dežurna služba

Dodatek za dežurno službo v lekarnah se plačuje v obliki mesečnih pavšalov, izdaja zdravil (»živo delo«) pa se obračunava v skladu s seznamom lekarniških storitev. Lekarna bo za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah izstavila individualni račun (na zavarovano osebo) skladno s seznamom lekarniških storitev in po veljavni ceni lekarniške točke.

9.2.2.4 Parenteralna prehrana

Izvajalec obračuna stroške parenteralne prehrane za otroke s sindromom kratkega črevesja v pavšalnem znesku na otroka. Celotni znesek bremeni OZZ - podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 606.

9.3 Obračunavanje kognitivnih storitev v lekarnah

Lekarna za kognitivne storitve enkrat mesečno izstavi zahtevek za plačilo (vrsta dokumenta 1), dobropise (vrsta dokumenta 2) ali bremepise (vrsta dokumenta 3). Celotni znesek bremeni OZZ - podvrsta zdravstvene dejavnosti 743 608.

Lekarna na zahtevku za plačilo kognitivnih storitev poleg podatkov o pošiljki (poglavje 13.1) in dokumentu (poglavje 13.2) navede podatke o obravnavi osebe (struktura »Obravnava«, poglavje 13.4.).

Dodaten pogoj za obračun je prenos OKZ v CRPP.

10. Obračunavanje medicinskih pripomočkov (G47.740)

Na podlagi Dogovora o preskrbi z MP 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 izda v breme OZZ. Dobavitelji lahko Zavodu zaračunajo izdane MP zavarovanim osebam v skladu s cenami, ki so določene v pogodbi in samo tiste izdane vrste MP ter artikle, ki so navedeni v prilogi k pogodbi. Dobavitelj Zavodu lahko zaračuna tudi vzdrževanje in popravila pripomočkov v skladu z določili pogodbe in s cenami, ki so za posamezna vzdrževanja/popravila navedene v prilogi k pogodbi. Popravila in vzdrževanja se ne zaračunavajo za pripomočke, ki so predmet izposoje in za katere je določen dnevni najem. V primerih, ko je medicinski pripomoček postal neuporaben pred iztekom trajnostne dobe zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb, zavarovana oseba ima pravico do prilagoditve medicinskega pripomočka. Prilagoditev je poseg v medicinski pripomoček, s katerim ta dobi ustrezne lastnosti za zavarovano osebo glede na njeno zdravstveno stanje, ki ga predvidi proizvajalec medicinskega pripomočka. Dobavitelj zavodu lahko zaračuna prilagoditev v skladu in pod pogoji iz 8. odstavka 216. člena Pravil OZZ.

Dobavitelj zavodu lahko v sistemu ponovne izdaje zaračuna tudi potrošne materiale za izkašljevalnik (šifra vrste MP 0635). Pooblaščen zdravnik predpiše naročilnico in določi količino potrošnih materialov za tri mesece. Dobavitelj na to naročilnico lahko izdaja potrošne materiale v obdobju 24 mesecev (največ osemkrat). Izdajo potrošnih materialov prvič zapiše v sistem on-line. Pri ponovni izdaji potrošnih materialov prebere podatke o prejetih potrošnih materialih in jih uporabi za vpis ponovne izdaje v sistem on-line. V rubriki »Oznaka zapisa« označi »3 – ponovna izdaja«, vpiše datum izdaje in izda dokument o prevzemu potrošnih materialov (prevzemnica, dobavnica, ipd.). Dobavitelj lahko zavodu zaračuna le potrošne materiale, katerih izdaja je zapisana v sistem on-line na opisan način.

Dobavitelj zavodu lahko zaračuna potrošne materiale za inhalatorje (šifre vrste MP 0604, 0613, 0614 in 0641). Potrošne materiale lahko zaračuna le za zadnji prejeti inhalator v obdobju zadnjih 7 let. Pri ponovni izdaji potrošnih materialov prebere podatke o prejetem inhalatorju ali prejetih potrošnih materialih in jih uporabi za vpis ponovne izdaje v sistem on-line. V rubriki »Oznaka zapisa« označi »3 – ponovna izdaja«, vpiše datum izdaje in izda dokument o prevzemu potrošnih materialov (prevzemnica, dobavnica, ipd.). Dobavitelj lahko zavodu zaračuna le potrošne materiale, katerih izdaja je zapisana v sistem on-line na opisan način. Dobavitelj lahko zaračuna le potrošne materiale, ki so lahko sestavni deli določenega inhalatorja (glede na šifro vrste MP inhalatorja) in le za inhalator, ki ga je sam izdal zavarovani osebi ali ga je izdal drugi dobavitelj, katerega pravni naslednik je.

Pogodbeni dobavitelj slušnih aparatov lahko zavodu zaračuna ponovno izdajo ušesnega vložka (šifra vrste MP 1655 ušesni vložek – levi in 1656 ušesni vložek – desni). Predpogoj za ponovno izdajo ušesnega vložka je, da dobavitelj pri opravljanju svoje dejavnosti ugotovi, da ušesni vložek ustrezno ne opravlja svoje funkcije in da je doba trajanja ušesnega vložka iztekla. V tem primeru zavarovana oseba in dobavitelj izpolnita obrazec »Vloga za ponovno izdajo ušesnega vložka« s katero dobavitelj opravičuje povračilo stroškov ponovne izdaje. Dobavitelj pri ponovni izdaji ušesnega vložka prebere podatke o nazadnje prejeti olivi (šifra vrste MP 1652 oliva individualna – fotoplast trdi ali 1653 oliva individualna »L« – fotoplast mehki) ali ušesnem vložku (šifra vrste MP 1655 ali 1656) in jih uporabi za vpis ponovne izdaje ušesnega vložka v sistem on-line. V rubriki »Oznaka zapisa« označi »3 – ponovna izdaja« in vpiše datum izdaje.

V primerih MP, ko se v skladu s pogodbo zahteva predhodna potrditev predračuna (najzahtevnejši vozički, popravila in vzdrževanja za MP, ki so individualna pravica, prilagoditev MP) in v primerih izdaje edino funkcionalno ustreznih MP zaradi takšnega bolezenskega stanja zavarovane osebe, dobavitelj lahko zaračuna Zavodu vrednost pripomočka v skladu s predhodno potrditvijo. Predpogoj za obračun izdaje edino funkcionalno ustreznega MP in prilagoditev MP je, da je naročilnica zapisana v on-line sistem. Naročilnico za izdajo edino funkcionalno ustreznega MP in prilagoditev MP v sistem on-line lahko zapišeta le izvajalec zdravstvenih storitev in delavec Zavoda. Delavec Zavoda zapiše naročilnico v sistem on-line v procesu potrditve predračuna in le v primeru, ko to ni naredil zdravnik pri predpisu naročilnice. Predpogoj za obračun popravila in vzdrževanja je, da je Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka zapisano v sistem on-line. Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka v sistem on-line lahko zapiše le delavec Zavoda v procesu potrditve predračuna.

Obračun MP, ki so predmet izposoje.

V primerih izdaje tistih MP, ki so predmet izposoje, dobavitelj ob prvi izposoji v prvem obračunskem obdobju, zaračuna Zavodu tudi enkratni pavšalni znesek v skladu z določili Dogovora o preskrbi z MP. Enkratni pavšalni znesek se ne zaračuna ponovno, če gre za nadaljevanje izposoje že prejetega pripomočka. V primerih MP, ki so predmet izposoje in je za njih določen dnevni najem, se funkcionalno ustrezni pripomočki zagotovijo zavarovani osebi v okviru dogovorjenih dnevni najemov v skladu z Dogovorom o preskrbi z MP.

Dobavitelj lahko obračuna le število dni izposoje, ki ga za koledarski mesec, za katerega se obračunava izposojnina, vrne funkcija sistema on-line »Branje seznama zavarovanih oseb, ki imajo izposojen MP«. Podroben opis postopka branja števila dni izposoje se nahaja v »Navodilu za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem«.

Dobavitelj na obračunskem dokumentu posreduje tudi Identifikator odgovora preverjanja OZZ na sledeči način:

- če je bil MP izposojen znotraj obračunskega obdobja, se posreduje Identifikator odgovora preverjanja OZZ, ki je bil pridobljen ob izposoji MP ali Identifikator odgovora preverjanja OZZ iz naknadnega preverjanja OZZ na dan izposoje pripomočka, s šifro načina iskanja podatkov OZZ v sistemu On-line ZZ« = 1;

- če je bil MP izposojen v preteklih obračunskih obdobjih, se posreduje Identifikator odgovora preverjanja OZZ iz naknadnega preverjanja OZZ, s šifro načina iskanja podatkov OZZ v sistemu On-line ZZ« = 1, kar pomeni, da se podatki za obračun zdravstvenih storitev berejo na dan (tekoči ali pretekli datum).

Pri obračunu izposojenih MP se upoštevajo podatki o podlagi zavarovanja, tipu zavarovane osebe in državi zavarovanja iz sledi branja OZZ.

Dobavitelj mora posredovati obračun s podatki, ki so v skladu s podatki iz branja OZZ na 1. dan v mesecu za koledarski mesec, za katerega se obračunava izposojnina. V kolikor na 1. dan v mesecu OZZ ni urejeno, se upoštevajo podatki iz branja OZZ na prvi dan v mesecu, na katerega je imela zavarovana oseba urejeno OZZ.

Pri posredovanju obračunskih podatkov o izposojenih MP za tuje zavarovane osebe dobavitelj, ne glede na datum izposoje MP, navede podatek »Identifikator odgovora preverjanja MedZZ« ki je bil dodeljen ob zapisu izposoje MP v sistem on line.

V primeru izdaje pripomočka 0561 Hodulja za zadajšnji vlek, 0632 Pulzni oksimeter z alarmom in 0635 Izkašljevalnik, ki so predmet izposoje, se strošek Zavodu obračuna v skladu s pravili obračunavanja izposoje, vendar le enkrat v mesecu izdaje pripomočka v izposoji. V primeru izdaje pripomočka 0538 Počivalnik – serijsko izdelan, ki je predmet izposoje in za katerega se, v skladu s pogodbo, zahteva predhodna potrditev predračuna, dobavitelj lahko zaračuna Zavodu vrednost pripomočka v skladu s predhodno potrjenim predračunom. V vseh navedenih primerih dobavitelj obračuna ceno, ki je bila odobrena v sistemu on-line in enkratni pavšalni znesek. Manjša cena od cenovnega standarda se posreduje v on-line in obračuna, kadar dobavitelj ponovno izda isti pripomoček novemu upravičencu. Manjša cena od cenovnega standarda vključuje stroške priprave pripomočka za novega upravičenca. Dnevni najem se v tem primeru ne obračunava. Izposoja se obračuna le enkrat. Tudi v tem primeru dobavitelj obračuna ceno, ki je bila odobrena v sistemu on-line in enkratni pavšalni znesek.

Funkcija sistema on-line »Branje seznama zavarovanih oseb, ki imajo izposojen MP« za mesec, v katerem je oseba pripomoček prejela, vrne za število dni izposoje vrednost 1. V vseh naslednjih mesecih funkcija »Branje seznama zavarovanih oseb, ki imajo izposojen MP« iz sistema on-line vrne podatek število dni izposoje »0«. Za izkašljevalnik in počivalnik – serijsko izdelan se v breme OZZ zagotavljajo tudi popravila in vzdrževanja. Pogodbeno določene cene oz. predhodno potrjene vrednosti, pavšal ob prvi izposoji in dnevni najemi so podlaga za obračun ustreznega deleža OZZ in za doplačila do polne vrednosti (PZZ).

Obnovljiva naročilnica

Obnovljivo naročilnico lahko zapiše v sistem on-line le izvajalec zdravstvenih storitev (zdravnik). Obnovljiva naročilnica nosi oznako »Obnovljiva« v ustrezni obliki. Na obnovljivo naročilnico je mogoče predpisati določene vrste MP iz skupin 10, 11, 12, 13 in 17. Natančno so vrste MP, ki se lahko predpisujejo na obnovljivo naročilnico razvidne iz šifranta 15.40.

V kolikor zdravnik ni zapisal obnovljivo naročilnico v sistem on-line, dobavitelj zavrne izdajo pripomočkov in zavarovano osebo napoti k zdravniku, da obnovljivo naročilnico zapiše v sistem on-line. Dobavitelj ne sme:

- zapisati obnovljive naročilnice v sistem on-line s številko iz prednatiskanega obrazca,
- izdati pripomoček na to naročilnico,
- naročilnico obravnavati kot enkratno naročilnico in izdati pripomoček.

V primeru, da dobavitelj izda pripomoček/pripomočke na obnovljivo naročilnico, ki jo v sistem on-line ni zapisal izvajalec zdravstvenih storitev (zdravnik), bo Zavod zavnil obračun le teh.

10.1 Listine za predpisovanje medicinskih pripomočkov

Listine za predpisovanje MP so naročilnica za medicinski pripomoček (NAR-1), naročilnica za pripomoček za vid (NAR-2) in mesečna zbirna naročilnica (NAR-3).

MP se lahko izdajo na podlagi predhodno izdane in pravilno izpolnjene naročilnice s strani pooblaščenega zdravnika (obrazec NAR-1 oz. NAR-2 za očala, specialne sisteme leč, kontaktne leče, lupe oz. povečevalna stekla), v skladu s posebnimi navodili Zavoda. Za zavarovane osebe, ki bivajo v socialnovarstvenih ali drugih posebnih zavodih, se zagotavljajo pripomočki za uporabo pri bolezenski inkontinenci na podlagi izdane mesečne zbirne naročilnice (obrazec NAR-3), če je za to zavarovana oseba pooblastila socialnovarstveni ali drugi posebni zavod. Postopki pri predpisovanju MP in način izpolnjevanja naročilnic so opisani v navodilih:

- Navodilo o predpisovanju medicinskih pripomočkov na Naročilnico za medicinski pripomoček,
- Navodilo za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do pripomočkov za vid in
- Navodilo o zagotavljanju medicinskih pripomočkov za inkontinenco v socialnih in drugih zavodih na mesečno zbirno naročilnico

10.2 Podatki za obračunavanje medicinskih pripomočkov

Dobavitelj lahko zaračuna Zavodu izdani MP, če je prejem potrdila zavarovana oseba s podpisom na naročilnici (v primeru izdaje pripomočkov na mesečno zbirno naročilnico prevzem potrdi pooblaščenca oseba socialnovarstvenega zavoda) in če je pogodbeni

dobavitelj posredoval podatke v sistem on-line v skladu z Navodili za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem (priloga 6). Zavodu se lahko zaračunajo samo tisti MP, za katere so bili v sistemu on-line vse kontrole uspešne in je bil dodeljen identifikator izdaje.

MP, ki so bili uspešno poslani v obračun in potrjeni, se za tem v on-line sistemu ne smejo stornirati.

10.3 Izstavljanje zahtevka za plačilo, dobropisa ali bremepisa

Za MP (vrsta zdravstvene dejavnosti 702) dobavitelji izstavljajo Zavodu zahtevke za plačilo, dobropise ali bremepise v skladu s Pravili za sestavo dokumentov (poglavje 15) oziroma s šifrantom 26, prejemnikom storitev (zavarovanim osebam) pa izstavljajo račune.

Izdaja MP (702 650), izposoja MP (702 652), popravila MP (702 653), vzdrževanje MP (702 654), enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji (702 655) in prilagoditve MP (702 656) se obračunajo na zahtevku za plačilo s strukturo »MP«. Navedejo se sklopi podatkov:

- podatki o pošiljatelju (poglavje 13.1.2),
- podatki o prejemniku (poglavje 13.1.3),
- splošni podatki o dokumentu (poglavje 13.2.1) in
- podatki za obračun MP (poglavje 13.7).

Enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji (702 655) se obračuna na istem zahtevku za plačilo kot izdaja izposojenega MP (702 652). V primeru, da se izdaja izposojenega MP zavrne, se zavrne tudi enkratni pavšalni znesek pri prvi izposoji.

Aplikacija MP (702 651) se obračunava na zahtevku za plačilo s strukturo »Obravnava«. Navedejo se sklopi podatkov:

- podatki o pošiljatelju (poglavje 13.1.2),
- podatki o prejemniku (poglavje 13.1.3),
- splošni podatki o dokumentu (poglavje 13.2.1),
- podatki o zavarovani osebi (poglavje 13.4.1) in
- podatki o zdravstveni obravnavi (poglavje 13.4).

Datumi zapisa izdaje, popravila in vzdrževanja MP v sistem on-line se morajo praviloma nahajati znotraj obračunskega obdobja, opredeljenega v splošnih podatkih v dokumentu (poglavje 13.2.1). V podvrsti dejavnosti izposoje (702 652) je obračunsko obdobje vedno koledarski mesec. Pri prvi izposoji je datum izdaje izposojenega MP vedno v obdobju koledarskega meseca, za katerega se obračunava izposoja.

Skupna vrednost dokumenta (zahtevka za plačilo) mora biti enaka seštevku obračunanih vrednosti na strukturi MP ter enaka skupni vrednosti, zapisani v on-line sistem. V nasprotnem primeru je to napaka na zahtevku in se ta v celoti zavrne.

Obvezna priloga elektronsko posredovanega dokumenta za obračun MP sta originalna naročilnica (NAR-1, NAR-2 oz. NAR-3), če je naročilnico v on-line sistem zapisal dobavitelj in Potrdilo o začasni upravičenosti do izposoje. Za obračun vzdrževanj in popravil dihalnih aparatov (0606, 0607, 0609), izposojenih pred 1.3.2010, dobavitelj posreduje specifikacijo zahtevka in kopijo delovnega naloga.

Naročilnice se, skupaj z ustreznimi prilogami, razvrstijo skladno s pravili, ki so opisana na vzorcu v Prilogi 2.

Naročilnice se pošljejo pristojni OE istočasno (istega dneva) ob izstavitvi elektronskih obračunskih dokumentov. V primeru, da Zavod v 3 delovnih dneh od prejema dokumentov za obračun ne prejme predpisanih pisnih prilog, zavrne obračun MP oziroma obračunske dokumente.

Dobavitelj hrani v lastni evidenci naročilnice, ki jih je v on-line sistem zapisal zdravnik ali delavec Zavoda (naročilnice za izdajo edino funkcionalno ustreznega MP in prilagoditev MP), Potrdilo o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka, Vlogo za ponovno izdajo ušesnega vložka, dokument, s katerim izkazuje, da je zavarovana oseba ponovno prevzela potrošne materiale (prevzemnica, dobavnica, ipd.) in izjave za nadstandard in jih je dolžan Zavodu predložiti na posebno zahtevo. Pri obračunu aplikativnih točk (702 651) se prilaga kopija naročilnice, iz katere je razvidno, da je pooblaščen zdravnik (npr. URI-Soča) potrdil funkcionalno ustreznost posebej izdanega oz. izdelanega pripomočka ob prevzemu pripomočka s strani zavarovane osebe.

11. Tuje zavarovane osebe

Tuje zavarovane osebe so osebe, ki v primeru začasnega ali stalnega bivanja v Sloveniji uveljavljajo pri izvajalcih pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Izvajalci zdravstvenih storitev so tujim zavarovanim osebam 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.

Tuje zavarovane osebe delimo v tri skupine:

1. Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki jih delimo v dve skupini:

- Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja zakonodaja EU. Te države so Avstrija, Belgija, Bolgarija, Ciper, Češka, Danska, Estonija, Finska, Francija, Grčija, Hrvaška, Irska, Islandija, Italija, Latvija, Litva, Liechtenstein, Luksemburg, Madžarska, Malta, Nemčija, Nizozemska, Norveška, Poljska, Portugalska, Romunija, Slovaška, Španija, Švedska, Švica, Velika Britanija in Severna Irska.
- Tuje zavarovane osebe iz držav, za katere velja meddržavna pogodba. Te države so Makedonija, Bosna in Hercegovina, Srbija, Avstralija in Črna Gora.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 11.1 dalje.

2. Tuji upokojnici in/ali družinski člani po meddržavnih pogodbah.

Za tuje upokojence in družinske člane po meddržavnih pogodbah (podlage zavarovanja: 059000, 059077, 079000, 080000 in 081000) veljajo enaka pravila za uveljavljanje pravic in obračunavanja zdravstvenih storitev kot za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji. Zato pravil za te zavarovane osebe v poglavju 11 posebej ne navajamo. Zanje se izstavljajo vse vrste dokumentov, razen vrst dokumentov s šiframi 4, 5 in 6 iz šifranta 26, tako kot to velja za zavarovane osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji. Za zavarovalne podlage 059000, 059077, 080000 in 081000 je država nosilca zavarovanja vedno različna od Slovenije.

Navedeno velja za tuje upokojence in/ali družinske člane iz držav Severna Makedonija, Bosna in Hercegovina in Črna gora. Ne velja pa za državo Srbijo.

Za tuje upokojence in /ali družinske člane iz države Srbije, ki imajo zavarovanje urejeno po podlagi zavarovanja 059000, 059077, 080000 in 081000 veljajo enaka pravila za uveljavljanje pravic in obračunavanje stroškov zdravstvenih storitev kot to velja za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Zanje se izstavljajo vrste dokumentov 4, 5 in 6 iz šifranta 26.

3. Slovenske zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki stalno prebivajo v drugi državi pogodbenici.

Pravila za uveljavljanja pravic teh zavarovanih oseb in pravila za obračunavanje zdravstvenih storitev so opisana v poglavjih od 11.1 dalje.

Tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi naslednjih listin:

- EUKZZ,
- certifikat, ki nadomešča EUKZZ,
- kartica Medicare,
- Potrdilo MedZZ,
- KZZ ali Potrdilo KZZ.

Navedene listine MedZZ so prikazane v prilogi 3.

Podrobnejši pregled tujih zavarovanih oseb in njihovih pravic po posameznih listinah, po podlagah zavarovanja, po vrstah dokumentov za obračun in po določenih obračunskih podatkih je prikazan v Prilogi 3a.

Reševalni prevoz tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah iz Slovenije v državo zavarovanja ni pravica iz OZZ.

Tuje osebe iz držav, za katere ne velja zakonodaja EU in meddržavne pogodbe, morajo v primeru uveljavljanja pravic do zdravstvenih storitev same plačati stroške zdravstvenih storitev. Le izjemoma, kadar za nujno zdravstveno varstvo ni bilo mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev v skladu s 7. členom ZZVZZ, plača te storitve Ministrstvo za zdravje. Ministrstvo za zdravje krije stroške nujnega zdravljenja za osebe neznanega prebivališča, tujcev iz držav, s katerimi niso sklenjene mednarodne pogodbe, ter tujcev in državljanov Republike Slovenije s stalnim prebivališčem v tujini, ki začasno prebivajo v Republiki Sloveniji ali so na poti skozi državo in zanje ni bilo

mogoče zagotoviti plačila zdravstvenih storitev, kakor tudi za druge osebe, ki po določbah ZZVZZ niso vključene v obvezno zdravstveno zavarovanje in niso zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

11.1 Uveljavljanje pravic z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare

Z EUKZZ 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:

- da je storitev potrebna iz zdravstvenih razlogov oziroma poslabšanja zdravstvenega stanja tuje zavarovane osebe, ki je nastalo med začasnim bivanjem v Sloveniji,
- da je pri tem treba upoštevati predvideno trajanje začasnega bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji,
- vrsta 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 OZZ. Glede na dolžino bivanja tuje zavarovane osebe v Sloveniji bo moral zdravnik odločiti o nadaljnjem poteku zdravljenja in pri tem oceniti, katere zdravstvene storitve so še potrebne pred nameravano vrnitvijo tuje zavarovane osebe v njeno 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 njihovo 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.

S kartico Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči.

Na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare tuje zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v navedenem obsegu neposredno pri izvajalcih s predložitvijo ene od navedenih listin. Listina se tuji zavarovani osebi ne sme odvzeti.

Z nobeno od navedenih listin tuje zavarovane osebe ne morejo uveljavljati zdravstvenih storitev, če so prišle v Slovenijo z namenom, da se zdravijo oziroma da gre za načrtovano zdravljenje.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, je zavarovalna podlaga vedno 999999.

11.1.1 EUKZZ (Evropska kartica zdravstvenega zavarovanja)

EUKZZ je lahko izdana kot posamična kartica ali pa kot hrbtna stran nacionalne kartice določene države članice. EUKZZ je osebna kartica in vsebuje le vidne podatke. Z EUKZZ tuja zavarovana oseba izkazuje, da je zavarovana v državi članici, ki je kartico izdala, za obdobje veljavnosti, ki je navedeno na kartici.

Avstrija je EUKZZ dodala na hrbtno stran nacionalne zdravstvene kartice. Na podlagi avstrijskih pravnih predpisov prejmejo v Avstriji nacionalno zdravstveno kartico vse osebe, ki so upravičene do zdravstvenega zavarovanja, kar pa ne pomeni, da imajo samodejno tudi pravico do EUKZZ. Če avstrijski zavarovanec predloži nacionalno kartico, na kateri so podatkovna polja za evropsko kartico označena z zvezdicami, mora sam plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca, zaprosi avstrijskega nosilca zavarovanja za izdajo Certifikata, ki začasno nadomešča EUKZZ. Za pridobitev te listine je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca, posreduje fotokopijo zdravstvene kartice. Ko območna enota Zavoda prejme Certifikat, ga posreduje izvajalcu, da le-ta zapiše vse podatke o osebi in njenem zavarovanju v on-line sistem in izstavi ustrezen dokument za obračun. Če certifikat ni izdan, je avstrijski zavarovanec obravnavan kot samoplačnik.

Zavarovane osebe iz Združenega kraljestva lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev z EU KZZ na podlagi Izstopnega sporazuma in Sporazuma o trgovini in sodelovanju, ki ureja prihodnje odnose med EU in Združenim kraljestvom ter velja od 1. 1. 2021.

Na podlagi navedenih sporazumov zavarovane osebe iz Združenega kraljestva lahko uveljavljajo pravice z dosedanjimi EU KZZ:

- EU KZZ, izdana pred izstopom Združenega kraljestva iz EU, ki je še veljavna;
- EU KZZ, na kateri je na koncu PIN številke navedena oznaka »CRA« ali »SI«.

Od 1. 1. 2021 zavarovane osebe iz Združenega kraljestva lahko uveljavljajo pravice tudi z naslednjimi EU KZZ:

- EU KZZ brez varnostnega holograma v zgornjem desnem kotu, samo z oznako UK. Lokacija podatkov je enaka kot na EU KZZ, izdani pred izstopom Združenega kraljestva iz EU;

- EU KZZ na kateri je na koncu PIN številke navedena oznaka druge države EU (npr FR, AT, itd);
- Povsem nova EU KZZ, imenovana Globalna kartica zdravstvenega zavarovanja ZK (GHIC). Njen videz se razlikuje od trenutnih kartic EU KZZ za Združeno kraljestvo, lokacija podatkov pa je enaka kot na EU KZZ.

11.1.2 Certifikat (listina, ki začasno nadomešča EUKZZ)

Certifikat začasno nadomešča EUKZZ in je listina v papirnati obliki, izdana v jeziku države članice, ki je certifikat izdala.

Certifikat, ki ga predloži tuja zavarovana oseba, mora obvezno vsebovati podatke v točkah (razvidno iz priloge 3) 2. – država članica izdajateljica (oznaka države, ki izdaja certifikat), 3. – priimek, 4. – ime, 5.– datum rojstva, 6.– identifikacijska številka osebe (PIN), 7 – identifikacijska številka in skrajšan naziv nosilca zavarovanja (podatki o nosilcu zavarovanja, ki je izdal certifikat), ter točke a), b) – obdobje veljavnosti od –do, c) – datum izdaje in d) – podpis in žig nosilca, ki je obrazec izdal. 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 izstavitve certifikata z vsemi zahtevanimi podatki lahko zaprosi tudi območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja tuje zavarovane osebe ali pristojna po sedežu izvajalca.

11.1.3 Kartica Medicare

Zavarovane osebe Avstralije med začasnim bivanjem v Sloveniji uveljavljajo pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči neposredno pri izvajalcih s predložitvijo kartice Medicare in potnega lista, s katerim se preveri identiteta tuje zavarovane osebe. Na kartici Medicare je lahko navedena več kot ena zavarovana oseba. Z navedeno kartico 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.

Kadar je tuja zavarovana oseba brez dokazila o zavarovanju, je dana možnost naknadne izdaje kartice oziroma potrditve zavarovanja, vendar le v primeru bolnišničnega zdravljenja. Dokazilo o zavarovanju mora območna enota pridobiti do konca bolnišničnega zdravljenja, sicer je oseba sama plačnik stroškov zdravljenja.

11.2 Uveljavljanje pravic s Potrdilom MedZZ

Ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 ali S2, E 123, RM/SI 3 ali DA1, RM/SI 4, BIH/SI 3, BIH/SI 4, SRB/SI 03 in SRB/SI 04, MNE/SI 03, MNE/SI 04 in MNE/SI 04A, mora ta obrazec praviloma predložiti na območni enoti Zavoda, ki izda Potrdilo MedZZ. Potrdilo MedZZ tuji zavarovani osebi izda območna enota Zavoda, pristojna po kraju začasnega bivanja osebe ali območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca. Le izjemoma (izven poslovnega časa Zavoda ali v nujnem primeru) lahko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev z enim od zgoraj navedenih obrazcev. V tem primeru mora izvajalec fotokopijo obrazca poslati območni enoti Zavoda, najkasneje pred izvedbo obračuna. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

V večini primerov imajo ti zavarovanci in po njih zavarovani družinski člani pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Med nujno zdravljenje oziroma med nujne zdravstvene storitve sodijo tudi preventivne zdravstvene storitve, ki so opredeljene s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. V primeru, da je po zakonodaji EU ali meddržavnih pogodb določen drugačen obseg pravic, je to razvidno iz Potrdila MedZZ.

Značilnosti listin po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, na podlagi katerih območna enota Zavoda izda Potrdilo MedZZ, so:

11.2.1 Obrazec E 112 – Potrdilo o pravici do storitev in dajatev v primeru bolezni in materinstva po nastanku zavarovalnega primera ali Obrazec S2 – Upravičenost do načrtovanega zdravljenja

Z obrazcem E112 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 testiranje. 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 MedZZ. Z navedenim potrdilom tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev v obsegu in v časovnem obdobju, 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 in ga tuja zavarovana oseba predloži izvajalcu, mora izvajalec poslati obrazec območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo MedZZ.

Z obrazcem S2 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve, kot jih na listini navede tuji nosilec zavarovanja. V primeru, da tuja zavarovana oseba obrazec S2 predloži neposredno izvajalcu, ga mora le ta poslati območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda pošlje izvajalcu Potrdilo MedZZ.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 112 ali S2 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

11.2.2 Obrazec E 123 – Potrdilo o pravici do storitev iz naslova zavarovanja za nesreče pri delu in poklicne bolezni ali Obrazec DA1 – Upravičenost do uveljavljanja zdravstvenega zavarovanja v okviru zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni

Z obrazcem E123 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.

Z obrazcem DA1 so tuji zavarovani osebi zagotovljene zdravstvene storitve v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni. Postopek uveljavljanja pravice do zdravstvenih storitev je enak kot v primeru izdaje obrazca S2.

Kadar tuje zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi obrazca E 123 ali DA1 oziroma Potrdila MedZZ, je zavarovalna podlaga 023000.

11.2.3 Dvojezični obrazci RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Makedonijo RM/SI 3, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 3, za Srbijo SRB/SI 03, za Črno Goro MNE/SI 03 in se imenuje Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev med začasnim bivanjem v Sloveniji, uveljavljajo tuje zavarovane osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Kadar tuja zavarovana oseba predloži enega od navedenih obrazcev izvajalcu, je le-ta dolžan zagotoviti storitve nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči že na podlagi tega obrazca. Izvajalec takoj pošlje fotokopijo tega obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 030000 za nosilca zavarovanja in 030076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

11.2.4 Dvojezični obrazci RM/SI 4, BIH/SI 4, SRB/SI 04, MNE/SI 04, MNE/SI 04A

Na podlagi dvojezičnega obrazca, ki je za Makedonijo RM/SI 4, za Bosno in Hercegovino BIH/SI 4, za Srbijo SRB/SI 04, za Črno Goro MNE/SI 04 in MNE/SI 04A in se imenuje »Soglasje za odhod v Slovenijo po nastanku zavarovalnega primera« ali »Soglasje za odhod v Slovenijo zaradi napotitve na zdravljenje ali zaradi zdravljenja po nastanku zavarovalnega primera«, uveljavljajo tuje zavarovane osebe in po njih zavarovani družinski člani pravice do zdravstvenih storitev, ki jih zavarovana oseba potrebuje med začasnim bivanjem v Sloveniji po nastanku zavarovalnega primera v matični državi (na primer: dializa) ali pa je obrazec izdan z namenom napotitve na zdravljenje v Slovenijo. Namen izdaje obrazca je razviden iz samega obrazca oziroma soglasja tujega nosilca zavarovanja.

Kadar je obrazec izdan za primer napotitve na zdravljenje v Slovenijo, je potrebno upoštevati še naslednje:

- 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 zavarovane osebe za izstavitev predračuna, naj zagotovi izstavitev le tega.
- 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.
- 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.
- 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. Originalni obrazec se vroči tuji zavarovani osebi ali ga črnogorski nosilec zavarovanja pošlje izvajalcu, kamor je tuja zavarovana oseba napotena na zdravljenje oziroma se zdravi.

Izvajalec je dolžan poslati fotokopijo obrazca na območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Območna enota Zavoda izvajalcu pošlje Potrdilo MedZZ.

Zavarovalni podlagi, ki opredeljujeta te osebe, sta 023000 za nosilca zavarovanja in 023076 za njegovega družinskega člana, kadar je obrazec izdan za družinskega člana.

11.2.5 Obrazci SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino, SI/SRB 07 za Srbijo in SI/MNE 07 za Črno goro

Slovenski upokojenci in/ali njihovi družinski člani, ki stalno prebivajo v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori, imajo med začasnim bivanjem v Sloveniji zagotovljeno pravico do nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. Za te osebe so ustrezne zavarovalne podlage 069000 za upokojenca in 069098, 060098 in 063098 za njegovega družinskega člana.

Enako velja tudi za družinske člane zaposlene ali samozaposlene osebe, ki stalno prebivajo v Makedoniji, v Bosni in Hercegovini, v Srbiji ali v Črni Gori. Za te družinske člane je ustrezna zavarovalna podlaga 098, podlaga nosilca zavarovanja pa je lahko 001, 002, 005, 040 itd.

Navedene osebe pravico do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči praviloma uveljavljajo na podlagi fotokopije obrazca, ki ga je izdala območna enota Zavoda, to je obrazec SI/RM 7 za Makedonijo, SI/BIH 7 za Bosno in Hercegovino, SI/SRB 07 za Srbijo, SI/MNE 07 za Črno goro. Oseba je dolžna obrazec predložiti na območno enoto Zavoda, pristojno po kraju začasnega prebivanja v Sloveniji. Območna enota izda Potrdilo MedZZ. V primeru, da oseba uveljavlja pravice do storitev nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči na podlagi enega od navedenih obrazcev pri izvajalcu, izvajalec posreduje obrazec območni enoti, pristojni po sedežu izvajalca. Območna enota izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ.

11.3 Uveljavljanje pravic s KZZ ali Potrdilom KZZ

Za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezne naslednje zavarovalne podlage: 022000, 022077, 082000, 090000, 090077, 091000, 091077, 105000, 105077, 106000, 107000 in za državo Srbijo podlage 059000, 059077, 080000 in 081000. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

Za tuje zavarovane osebe po meddržavnih pogodbah, ki uveljavljajo pravice do zdravstvenih storitev na podlagi KZZ, so ustrezna naslednje podlage: 091000, 092000, 092077. Pravice do zdravstvenih storitev uveljavljajo po postopku in na način kot to velja za slovenske zavarovane osebe.

11.4 Obračun zdravstvenih storitev

Tuje zavarovane osebe se po tem navodilu obračunajo na tisti vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti, v kateri je storitev nastala (enako kot velja za zavarovane osebe, ki so vključene v OZZ v Sloveniji). Za tuje zavarovane osebe je potrebno izstavljati individualne račune (ločeno za vsako zavarovano osebo) v vseh vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti in ne glede na razlog obravnave. Vrste dokumentov, ki se izstavljajo za te zavarovane osebe, so 4, 5 in 6 (šifrant 26).

Za obračun storitev v dejavnostih, kjer se uporabljajo količniki, se uporablja visoka cena količnika iz obiskov. Za obračun nujne medicinske pomoči (338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062, 338 063) se uporablja visoka cena količnika iz obiskov v splošni ambulantni dejavnosti. Za obračun storitev mobilnih enot nujnih reševalnih vozil (338 048) se uporablja 2,5-kratnik cene nenujnih reševalnih prevozov s spremljevalcem, obračuna pa se tudi startnina v višini 30 točk.

Za obračun storitev v dejavnostih, ki jih Zavod plačuje izvajalcem v pavšalu, se za tuje zavarovane osebe izstavi individualni račun (račun po zavarovani osebi) po eni od ustreznih struktur (»Obravnava«, »SBD obravnava« itd). Seznam dejavnosti, v katerih Zavod za tuje zavarovane osebe zahteva individualni račun, je naveden v Tabeli 2 v poglavju 14.3. Za obračun se uporabljajo v ta namen določeni sezname storitev in cene storitev po posameznih podvrstah zdravstvene dejavnosti. Na podlagi teh obračunov bo Zavod zahteval povračilo stroškov od tujega nosilca zavarovanja.

Zaradi spremljanja stroškov po državah nosilcev zavarovanja je pomembno dosledno navajanje podatka »Država nosilca zavarovanja«. To je država tistega nosilca zavarovanja, ki je izdal listino, na podlagi katere tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev, oziroma država tistega nosilca, pri katerem ima tuja zavarovana oseba urejeno zdravstveno zavarovanje. Če tuja zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve s KZZ ali Potrdilom MedZZ, izvajalec pridobi podatek iz on-line sistema.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, v času uveljavljanja zdravstvene storitve niso vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Izvajalec, ki pride prvi v stik s tujo zavarovano osebo, zapiše podatke o tuji zavarovani osebi in podatke o zavarovanju te osebe neposredno v on-line sistem. Ob zapisu se tej osebi dodeli ZZZS-TZO številka, ki jo naslednji izvajalec (na primer lekarna) uporabi za izvedbo postopkov. Šifra načina pridobivanja podatkov je 77. Izvajalec mora obvezno preveriti veljavnost zavarovanja glede na dokument, ki ga ima tuja zavarovana oseba in identificirati osebo (npr. s pomočjo potnega lista). Šifro tujega nosilca zavarovanja izvajalec izbere iz šifranta tujih nosilcev zavarovanja. Če slednjega v šifrantu ni, pošlje izvajalec fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicarena Zavod, sicer pa fotokopijo arhivira pri sebi.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve na podlagi Potrdila MedZZ, KZZ ali Potrdila KZZ, so v času uveljavljanja zdravstvene storitve že vključene v evidenco OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

V kolikor tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah nima dokazila o zavarovanju oziroma ene od listin MedZZ (šifrant 28), mora sama plačati stroške zdravstvenih storitev. Izjemoma, ko gre za bolnišnično zdravljenje, lahko območna enota Zavoda, pristojna po sedežu izvajalca, zaprosi tujega nosilca zavarovanja za naknadno izdajo listine MedZZ: EUKZZ, certifikat, kartica Medicare, RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03. Za pridobitev te listine je pomembno, da bolnišnica takoj ob sprejemu na bolnišnično zdravljenje tuje zavarovane osebe obvesti območno enoto Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, z obrazcem Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga2) z navedbo vseh zahtevanih podatkov (ime in priimek osebe, datum rojstva, natančen naslov v tujini, po možnosti podatke o nosilcu zavarovanja, pri katerem je oseba zavarovana). Le popolni podatki zagotavljajo možnost pridobitve obrazca in s tem plačilo stroškov v breme Zavoda. Bolnišnica posreduje območni enoti Zavoda, pristojni po sedežu izvajalca, Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju še enkrat po zaključku zdravljenja tuje zavarovane osebe. Če območna enota zavoda pridobi ustrezno listino, izvajalcu posreduje Potrdilo MedZZ, kadar pridobi obrazec RM/SI 3, BIH/SI 3, SRB/SI 03, MNE/SI 03, oziroma EUKZZ ali certifikat ali kartico Medicare, na podlagi katerega izvajalec podatke o osebi in njenem zavarovanju zapiše oz. prebere iz on-line sistema.

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

- Za Makedonijo, Srbijo, Avstralijo in Črno Goro: V primeru bolnišničnega zdravljenja makedonskega, srbskega, avstralskega ali črnogorskega zavarovanca, ki nima ustrezne listine, to pomeni, da mora območna enota zaproseno listino prejeti do konca bolnišničnega zdravljenja. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine do konca bolnišničnega zdravljenja, bo morala oseba sama plačati stroške zdravljenja.
- Za Bosno in Hercegovino: V primeru bolnišničnega zdravljenja zavarovanca Bosne in Hercegovine, ki nima ustrezne listine, ni mogoče zahtevati naknadno izdajo dokazila, če gre za načrtovano oziroma planirano zdravljenje v Republiki Sloveniji. Naknadno izdajo ustrezne listine je mogoče zahtevati le v primeru nujnega zdravljenja in nujne medicinske pomoči. V primeru, da območna enota ne bo prejela listine 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 ustrezne listine do konca bolnišničnega zdravljenja.

Tuja zavarovana oseba po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah mora imeti veljavno listino MedZZ za ves čas bolnišničnega zdravljenja. Če oseba nima veljavnega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja, je sama plačnik stroškov za obdobje, ko nima zavarovanja. Če ima zavarovanje urejeno na drugi podlagi ali pri drugem nosilcu zavarovanja, se stroški obračunajo temu nosilcu. Izvajalec v takem primeru za delež, ko oseba nima zavarovanja ali je zavarovana pri drugem nosilcu, zmanjša celotno vrednost storitve in s tem tudi obračunano vrednost storitve. Za primer bolnišničnega zdravljenja se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način: celotna vrednost storitve se deli s številom bolnišničnih dni, tako da se dobi cena za en bolnišnični dan. Tako izračunana cena se množi s številom dni, ko je imela tuja zavarovana oseba urejeno zavarovanje. Ta znesek se zaračuna Zavodu, razliko pa mora zavarovana oseba plačati sama, oziroma jo plača drugi nosilec zavarovanja.

Dojenček tuje zavarovane osebe, star manj kot 60 dni, ki nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ:

Dojenčku tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah, ki je star manj kot 60 dni in nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ (šifrant 28) se nudijo vse potrebne storitve na račun OZZ, če ima zavarovanje urejeno eden izmed staršev oziroma skrbnik. V kolikor starši oziroma skrbnik nimajo urejenega zavarovanja, so sami plačniki storitev, opravljenih dojenčku. Za nujno zdravljenje dojenčka veljajo določila 7. člena ZZVZZ.

Izvajalec pridobi in na dokumentu zabeleži podatke o dojenčku (poglavje 13.4.1) in podatke o staršu oziroma skrbniku (poglavje 13.4.2).

11.5 Priloge k dokumentu za obračun

Kadar tuja zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare in je izvajalec vse podatke o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju zapisal oziroma prebral iz on-line sistema, izvajalcu ni potrebno pošiljati nobene listine. Izvajalec v svoji evidenci hrani fotokopijo listine, ki jo je dolžan poslati Zavodu v primeru, ko tuji nosilec zavarovanja zavrne plačilo zdravstvene storitve in zahteva dokazilo o veljavnem zavarovanju. Hkrati pa mora izvajalec v svojih evidencah evidentirati dejstvo, da je preveril identiteto tuje zavarovane osebe ter zabeležiti datum, do katerega bo oseba začasno bivala v Sloveniji, ker je od tega odvisna utemeljenost oziroma nujnost opravljenih storitev. Če izvajalec ne bo hranil v svoji evidenci fotokopije ene od navedenih listin, nosi s tem odgovornost za plačilo računa. Obvezno pa mora izvajalec poslati fotokopijo EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare v primeru, kadar ni šifre in naziva tujega nosilca zavarovanja v šifrantu 37. V primeru, ko tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev na podlagi Potrdila MedZZ, izvajalcu tega potrdila ni potrebno prilagati obračunskemu dokumentu.

Kadar tuja zavarovana oseba iz držav Makedonije, Bosne in Hercegovine, Srbije ali Črne Gore uveljavlja storitve bolnišničnega zdravljenja na podlagi KZZ ali Potrdila KZZ (podlage zavarovanja 091000, 092000 in 092077) ali na podlagi Potrdila MedZZ (podlage zavarovanja

030000, 030076, 023000, 023076), izvajalec obvesti območno enoto Zavoda, pri kateri ima oseba urejeno zavarovanje, oziroma ki je izdala Potrdilo MedZZ, o sprejetju tuje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. To stori dvakrat, in sicer prvič takoj po sprejemu te osebe v bolnišnično zdravljenje in drugič po zaključku zdravljenja. V ta namen izvajalec izpolni obrazec Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju (priloga 2) in ga posreduje na Zavod. V primeru obračuna MP veljajo enaka pravila za posredovanje prilog kot za slovenske zavarovane osebe (poglavje 10.3).

12. Izmenjava podatkov v on-line sistemu

12.1 Splošno o on-line sistemu

Sistem on-line zagotavlja neposreden, varen in zanesljiv dostop izvajalcev zdravstvenih storitev do podatkov, ki jih vodijo Zavod in zavarovalnice za prostovoljna zdravstvena zavarovanja. Na voljo so podatki, potrebni za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja in za obračun teh storitev.

Glavne komponente on-line sistema so:

- KZZ kot identifikacijska listina zavarovane osebe,
- profesionalna kartica kot ključ za dostop do podatkov v on-line sistemu,
- aplikacije za izmenjavo podatkov pri izvajalcih,
- aplikacije in podatkovne zbirke Zavoda in zdravstvenih zavarovalnic,
- druga strojna in programska oprema, ki omogoča on-line komunikacijo in elektronsko poslovanje partnerjev.

12.1.1 KZZ v on-line sistemu

KZZ je listina za uveljavljanje pravic iz OZZ. V on-line sistemu služi kot identifikacija zavarovane osebe in kot ključ za dostop do osebnih podatkov zavarovane osebe.

KZZ je nujen pogoj za dostop do podatkov v on-line sistemu, izjema so nekatere specifične in nujne situacije, ki so opredeljene v šifrantu 22. Za čas, ko zavarovana oseba čaka na nov izvod KZZ, ker prejšnja KZZ ni več uporabna, Zavod izda Potrdilo KZZ. Le-to v celoti nadomešča KZZ v omejenem obdobju.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s KZZ so na voljo na Zavodovi spletni strani in na spremnem dopisu, ki ga prejme zavarovana oseba ob prejemu KZZ.

12.1.2 Profesionalna kartica in pooblastila za dostop do podatkov

V on-line sistemu ima profesionalna kartica vlogo ključa za dostop do podatkov, saj skupaj s KZZ omogoča dostop do osebnih podatkov zavarovane osebe v zbirkah, ki jih povezuje on-line sistem. Vstop v on-line sistem brez profesionalne kartice ni mogoč.

Vsak imetnik profesionalne kartice ima glede na svojo vlogo v sistemu zdravstvenega varstva in zavarovanja natančno definirana pooblastila v tem sistemu. Pooblastilo določa, do katerih podatkov o zavarovani osebi lahko dostopa imetnik profesionalne kartice v on-line sistemu ter vrsto razpolaganja s podatki (branje in zapisovanje). Imetniku profesionalne kartice dodeli pooblastila njegov delodajalec.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s profesionalno kartico so na voljo v Navodilu o profesionalni kartici, na Zavodovi spletni strani in na spremnem dopisu, ki ga prejme imetnik ob prejemu profesionalne kartice.

12.1.3 Čitalniki in mobilne rešitve

V on-line sistemu se uporabljata dva tipa namiznih čitalnikov kartic: Gemalto GCR5500-Si in GCR700. To sta edina čitalnika, za katere Zavod jamči delovanje v on-line sistemu. Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s namiznimi čitalniki so na voljo na Zavodovi spletni strani.

Mobilne rešitve, ki omogočajo preverjanje statusa zdravstvenega zavarovanja pri delu na terenu, uporabljajo patronaža, izvajalci storitev po delovnem nalogu, izvajalci reševalnih prevozov, zdravniki ob obiskih na domu idr. Za delo na terenu izvajalci samostojno izberejo eno od naslednjih rešitev:

- pridobivanje podatkov z mobilnim telefonom na lokaciji izvajanja storitve,
- pridobivanje podatkov s prenosnim računalnikom na lokaciji izvajanja storitve,
- pridobivanje podatkov na stacionarni lokaciji pred odhodom na teren,
- pridobivanje podatkov na stacionarni lokaciji po vrnitvi s terena.

Nadaljnji podatki in navodila v zvezi s SMS rešitvijo za delo na terenu so na voljo v Navodilu za uporabo SMS rešitve za delo na terenu, ki je objavljeno na spletni strani Zavoda.

12.2 Dostop do podatkov v on-line sistemu

Izvajalci dostopajo do tistih podatkov v on-line sistemu, ki jih potrebujejo pri opravljanju storitev v breme OZZ.

Izvajalec ima tako v skladu s pooblastili dostop do naslednjih podatkov:

- Osnovnih osebnih podatkov zavarovane osebe (Če ima zavarovana oseba prijavljeno tako stalno kot začasno prebivališče, sta v on-line sistemu dostopna podatka o naslovih obeh prijavljenih prebivališč. Zavarovana oseba naj se opredeli, kateri naslov naj se uporablja za potrebe obveščanja).
- Podatkov o OZZ zavarovane osebe, ki so razdeljeni na splošne (oznaka urejenosti OZZ, obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ, tip zavarovane osebe, podlaga OZZ zavarovane osebe, registrska številka zavezanca, šifra izpostave ZZS – določena po pravilu kraja prebivališča zavarovane osebe in šifra izpostave ZZS – določena po kraju zaposlitve, država tujega nosilca zavarovanja, pravica do IOZ, pravica do MP, pravica do povračila potnih stroškov, pravica do pogrebne, pravica do nadomestila, vrsta plačnika prispevka OZZ, skupno število dni neprekinjenega OZZ zavarovane osebe) in podrobne (ZZS številka zavezanca, registrska številka zavezanca, šifra izpostave ZZS – določena po pravilu kraja prebivališča zavarovane osebe, šifra izpostave ZZS – določena po kraju zaposlitve, naziv zavezanca, naslov zavezanca, dejavnost zavezanca, podlaga OZZ zavarovane osebe, zavarovalni čas (ur tedensko), država tujega nosilca zavarovanja, poklic, ki ga zavarovana oseba opravlja, pravica do IOZ, pravica do MP, pravica do povračila potnih stroškov, pravica do pogrebne, pravica do nadomestila, vrsta plačnika prispevka OZZ, datum začetka veljavnosti OZZ, datum prenehanja veljavnosti OZZ). Izvajalec praviloma dostopa do splošnih podatkov o OZZ, saj so v tem sklopu vsi podatki, ki so potrebni tako za preverjanje veljavnosti OZZ, kot npr. za obračun opravljene storitve. Do podrobnih podatkov pa izvajalec dostopa vedno v primeru izdaje listine BOL, kakor tudi v primeru izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku zaradi predloga podaljšanja začasne zadržanosti od dela, saj so v tem sklopu dostopni podatki o vseh zavezancih za prispevek v opredeljenem obdobju začasne zadržanosti od dela (izdaja listine BOL) oziroma podatki o vseh zavezancih za prispevek na dan izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku, v kolikor je v opredeljenem obdobju oziroma na dan izdaje te listine zavarovanec zavarovan po več podlagah, ki dajejo pravico do nadomestila. Do podrobnih podatkov izvajalec dostopa tudi za potrebe obračuna določenih zdravstvenih storitev oziroma v določenih dejavnostih.
- Podatkov o IOZ zavarovane osebe.
- Podatkov o nosečnosti zavarovane osebe.
- Podatkov o izdanih in izposojenih MP, med katerimi so dostopni podatki o vseh izdanih MP, pri katerih je določena trajnostna doba in do podatkov o vseh izdanih MP v zadnjem koledarskem letu, kjer trajnostna doba ni določena.
- Podatkov o izdanih (odprtih) naročilnicah za MP.
- Podatkov o opravljenih postopkih OBMP.
- Podatkov o izdanih zdravilih.
- Podatkov o opredelitvi osebe za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev.
- Podatkov o PZZ.
- Podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju, ki uveljavlja storitve na podlagi Potrdila MedZZ.
- Podatkov elektronskega potrdila o upravičeni zadržanosti od dela.
- Podatkov splošnega in zdravstvenega dela elektronske prijave nezgode in poškodbe pri delu.

Dostop do podatkov je mogoč le z uporabo profesionalne kartice pooblaščenega delavca izvajalca ter KZZ zavarovane osebe. Dostop brez KZZ je mogoč v izjemnih primerih, opisanih v šifrantu 22. V primeru dostopa brez KZZ mora izvajalec obvezno označiti izjemni primer dostopa brez KZZ (šifrant 22) in namen dostopa brez KZZ (šifrant 23).

Pri dostopu brez KZZ izvajalec pridobi podatke na naslednji način:

- Osnovne osebne podatke osebe pridobi tako, da se med vhodne podatke navede ali ZZS številka ali EMŠO ali kombinacija podatkov priimek+ime+rojstni datum. Če se po kombinaciji priimek+ime+rojstni datum v on-line sistemu nahaja več kot ena oseba, on-line sistem ne vrne podatkov nobene osebe in mora zdravstveni delavec uporabiti drug način iskanja (po ZZS številki ali EMŠO).
- Ostale podatke pridobi tako, da se med vhodne podatke navede ZZS številka.

Če ima zdravstveni delavec npr. samo EMŠO osebe, zdravstvena aplikacija najprej s klicem funkcije za pridobitev osnovnih osebnih podatkov (iskalni kriterij EMŠO) pridobi ZZS številko, ki se potem uporabi za pridobitev ostalih podatkov.

Kadar se do podatkov v on-line sistemu dostopa s Potrdilom KZZ, je potrebno obvezno vnesti številko Potrdila KZZ. Potrdil, katerih veljavnost je potekla, ni mogoče uporabiti v on-line sistemu.

Kadar se do podatkov v on-line sistemu dostopa s Potrdilom MedZZ, je potrebno obvezno vnesti ZZS številko zavarovane osebe (zapisana na potrdilu), številko Potrdila MedZZ (zapisana na potrdilu) in šifro izjemnega primera dostopa brez KZZ (uporabi se šifra 19 – Oseba ima Potrdilo MedZZ). Potrdil MedZZ, katerih veljavnost je potekla, ni mogoče uporabiti v on-line sistemu.

Pravila za zapis in branje podatkov o tuji zavarovani osebi, ki uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, so navedena v poglavju 13.3.5.

12.2.1 Pogostnost preverjanja veljavnosti OZZ

Izvajalci praviloma ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe preverjajo veljavnost zdravstvenega zavarovanja. Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja je razvidna v tabeli 1.

Tabela 1: Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja

Dejavnost	Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja
Q86.100 Bolnišnična zdravstvena dejavnost	
Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota primer ali število (npr. akutna bolnišnična obravnava, število transplantacij...)	Prvi dan zdravljenja in velja do konca obravnave. Če oseba nima urejenega zavarovanja ob sprejemu – torej prvi dan zdravljenja – in ga v času hospitalizacije uredi s pomočjo svojcev za nazaj, gredo storitve v breme OZZ. V primeru, da hospitalizacija traja več kot eno leto (npr. psihiatrija), se po preteku enega leta ponovno preveri urejenost obveznega zdravstvenega zavarovanja (zavarovanje se preverja 1 x letno).
Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota dan (npr. podaljšano bolnišnično zdravljenje, stacionarno zdraviliško zdravljenje...)	Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti razen hišnih obiskov zdravnika, zdravstveno vzgojnih programov za odraslo populacijo (delavnice) in šole za starše	Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Hišni obiski zdravnika	Pri vsakokratnem obisku pri zavarovani osebi. Če gre za znano osebo, se zavarovanje lahko preveri pred obiskom. V drugih primerih se preveri z uporabo mobilne rešitve in podrobneje po opravljenem obisku. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več obiskov zavarovane osebe na domu, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve obiskov na domu, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Zdravstveno vzgojni programi za odraslo populacijo (delavnice) in šola za starše	Praviloma pri prvem obisku zavarovane osebe na delavnici oziroma v šoli za starše, najkasneje pa do zaključka oziroma do zadnje izvedene delavnice. Za zavarovane osebe, udeležene na krajši delavnici »test hoje enkrat«, se veljavnost zdravstvenega zavarovanja ne preverja.
Q86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Ambulantno zdraviliško zdravljenje	Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Program NIJZ-ja in NLZOH-jev	/
Q86.230 Zobozdravstvena dejavnost	

Dejavnost	Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe (tudi ob prevzemu zobnoprostetičnega nadomestka), pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Q86.901 Alternativne oblike zdravljenja	
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Q86.909 Druge zdravstvene dejavnosti	
Dejavnost 513 – Reševalni prevozi Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Ob nudenju storitve, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne. Izvajalci na terenu preverijo zavarovanje za vnaprej znane zavarovane osebe pred odhodom, za ostale s pomočjo mobilne rešitve in podrobneje po opravljeni storitvi. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več reševalnih prevozov zavarovane osebe, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so bili opravljeni reševalni prevozi, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Nega na domu in patronaža oziroma druge storitve, ki se opravljajo na terenu na podlagi listine Delovni nalog	Pri vsakokratnem obisku pri zavarovani osebi. Če gre za znano osebo, se zavarovanje lahko preveri pred obiskom. V drugih primerih se preveri z uporabo mobilne rešitve in podrobneje po opravljenem obisku. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih več obiskov zavarovane osebe na domu, se zavarovanje lahko preverja za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve obiskov na domu, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Fizioterapija	Ob prvem obisku zavarovane osebe in velja do konca fiziioterapevske obravnave.
Delovna terapija, logopedija, psihologija	Ob vsakokratni obravnavi zavarovane osebe, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu. Če je v posameznem obračunskem obdobju opravljenih isti zavarovani osebi več storitev, se zavarovanje lahko preverja tudi za obdobje od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za vse dneve, ko so ji bile opravljene storitve, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Q87.100 Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego	
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Q88.109 Socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe	
Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
G47.730 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki	
743 lekarniška dejavnost Vse vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti	Ob izdaji zdravila, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.
G47.740 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z medicinskimi in ortopedskimi pripomočki	

Dejavnost	Pogostnost preverjanja veljavnosti zdravstvenega zavarovanja
702 MP Izdaja, vzdrževanja, popravila, prilagoditve MP	Ob izdaji oziroma ko je pripomoček izdan v izposojno, ob vzdrževanju, popravilu pripomočka in prilagoditvi, pri čemer velja, da lahko isti izvajalec podatke o veljavnem zavarovanju uporablja brez ponovnega preverjanja do 24:00 tega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.
C21.200 Proizvodnja farmacevtskih preparatov	
Preskrba s krvjo	/
G46.460 Trgovina na debelo s farmacevtskimi izdelki ter medicinskimi potrebščinami in materiali	
Distribucija cepiv – NIJZ	/
O84.300 Dejavnost obvezne socialne varnosti	
Zdravstveno letovanje otrok in šolarjev, skupinska obnovitvena rehabilitacija, specializanti, pripravniki in sekundariji	/
Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota primerali število (spremljanje – 40.čl. Pravil OZZ))	Prvi dan spremljanja in velja do konca obravnave. Če oseba nima urejenega zavarovanja ob sprejemu – torej prvi dan spremljanja – in ga v času hospitalizacije uredi s pomočjo svojcev za nazaj, gredo storitve v breme OZZ.
Vrste in podvrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je obračunska enota dan (doječe matere, sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku)	Zavarovanje se lahko preverja za večjo skupino zavarovanih oseb hkrati za obdobje fakturiranja od – do za nazaj. Če izvajalec pri tem ugotovi, da oseba ni imela urejenega zavarovanja za celotno obdobje, je za dneve neurejenega zavarovanja obravnavana kot samoplačnik.
Laboratorijske preiskave	
Citološke in patohistološke preiskave	V času odvzema materiala za preiskavo.

Za tuje zavarovane osebe (poglavje 12) se glede na obseg pravic do zdravstvenih storitev veljavnost zavarovanja preverja enako kot za slovenske zavarovane osebe (Tabela 1), razen za bolnišnično zdravstveno dejavnost, kjer mora imeti tuja zavarovana oseba veljavno zavarovanje za celotno obdobje bolnišničnega zdravljenja.

12.2.2 Način dostopa do podatkov o OZZ zavarovane osebe

Izvajalci dostopajo do podatkov o OZZ zavarovane osebe v on-line sistemu na naslednje načine (šifrant 24):

- način dostopa 1 – Način omogoča dostop do podatkov, veljavnih na tekoči ali izbrani pretekli datum. V tem načinu dostopa izvajalec dostopa le do splošnih podatkov o OZZ zavarovane osebe, način pa se uporablja za pridobitev podatkov, potrebnih za obračun zdravstvenih storitev in za zapis podatkov v sistem On line. Za zapis podatkov v sistem on line se izvede branje OZZ (Datum stanja OZZ) za datum opravljene storitve.

Zgled uporabe načina dostopa 1 za zapis podatkov v sistem On line:

Datum opravljene storitve 5.1.2015:

- branje OZZ izvedeno 5.1.2015 (isti dan) za dan 5.1.2015 in zapis opravljene storitve v sistem On line 5.1.2015;
- branje OZZ izvedeno 5.1.2015 (isti dan) za dan 5.1.2015 in zapis opravljene storitve v sistem On line 12.1.2015;
- branje OZZ izvedeno 12.1.2015 (za nazaj), za dan 5.1.2015, datum zapisa opravljene storitve v sistem On line 12.1.2015.

- način dostopa 3 – Način omogoča dostop do podatkov, veljavnih v izbranem obdobju od-do. Obdobje je potrebno zmeraj opredeliti znotraj koledarskega meseca. V tem načinu dostopa izvajalec dostopa le do podrobnih podatkov o OZZ zavarovane osebe, način pa se uporablja za pridobitev podatkov, potrebnih za obračun zdravstvenih storitev, pri katerih se OZZ zavarovane osebe lahko preverja za obdobje od-do za nazaj (Tabela 1: Pogostnost preverjanja zdravstvenega zavarovanja).

Zgled uporabe načina dostopa 3:

- storitve opravljene od 15.1.2012 do 25.1.2012 – izvajalec vnese kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 25.1.2012,
- storitve opravljene le 15.1.2012 – izvajalec vnese kot datum začetka in konca obdobja 15.1.2012,
- storitve opravljene od 15.1.2012 do 15.2.2012 – izvajalec vnese najprej kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 31.1.2012, nato pa še kot datum začetka 1.2.2012 in kot konec 15.2.2012.

- način dostopa 4 – Način omogoča dostop do podatkov, potrebnih za izdajo listine BOL, kakor tudi za izdajo listine Predlog imenovanemu zdravniku, kadar se ta izdaja kot predlog imenovanemu zdravniku Zavoda za podaljšanječasne zadržanosti od dela

zavarovanca (za vse druge primere izdaje te listine, kakor tudi drugih listin za uresničevanje pravic iz OZZ, razen listine BOL, izvajalec uporabi način dostopa 1). V tem načinu dostopa izvajalec dostopa do podrobnih podatkov o OZZ zavarovanca.

Primeri uporabe načina dostopa 4 za izdajo listine BOL (obdobje je potrebno vedno opredeliti znotraj posameznega koledarskega meseca):

- zadržanost od dela traja od 15.1.2012 do 25.1.2012 – izvajalec vnese kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 25.1.2012,
- zadržanost od dela traja le 15.1.2012 – izvajalec vnese kot datum začetka in konca obdobja 15.1.2012,
- zadržanost od dela traja od 15.1.2012 do 15.2.2012 – izvajalec vnese najprej kot datum začetka obdobja 15.1.2012, kot konec pa 31.1.2012, nato pa še kot datum začetka 1.2.2012 in kot konec 15.2.2012;

Uporaba načina dostopa 4 za potrebe izdaje listine Predlog imenovanemu zdravniku zaradi predlaganja imenovanemu zdravniku Zavoda podaljšanja začasne zadržanosti od dela zavarovanca. Izvajalec v tem primeru vnese kot začetni in končni datum, ko izdaja to listino.

Za tuje zavarovane osebe se ne uporablja način dostopa 2 (velja za vse tuje zavarovane osebe: z EUKZZ, Certifikatom, kartico Medicare, Potrdilom MedZZ ali s KZZ oziroma Potrdilom KZZ).

Pri načinu dostopa 1 in 3 se pri posredovanju podatkov o OZZ zavarovane osebe upošteva tudi t.i. tolerančna doba, ki znaša osem dni. To je doba, v kateri se zavarovani osebi še izkazuje da ima urejeno OZZ, čeprav je bila iz OZZ dejansko že odjavljena oziroma čeprav so dejansko že prenehali pogoji za OZZ. To določilo ne velja za tuje zavarovane osebe s KZZ oziroma Potrdilom KZZ (poglavje 12.3). Tolerančno dobo zavarovani osebi pri posredovanju podatkov preko on-line sistema doda Zavod iz razloga, ker je rok za novo prijavo osem dni. Ne zapiše pa se zavarovani osebi, kadar se dostopa do podatkov o OZZ po načinu 2 in 4. Tolerančne dobe ne dodaja izvajalec sam, temveč upošteva podatke, pridobljene prek on-line sistema.

12.2.3 Običajni primeri pridobivanja podatkov – on-line sistem deluje

V primeru delovanja on-line sistema izvajalec s pomočjo namiznega čitalnika, KZZ in profesionalne kartice iz on-line sistema pridobi potrebne podatke. Izvajalec lahko podatke o zavarovanju, ki jih je pridobil iz on-line sistema, uporablja brez ponovnega preverjanja od 24:00 istega dne, če so se storitve opravljale na lokacijah izvajalca, ki so medsebojno povezane v istem informacijskem sistemu.

To so običajni primeri pridobivanja podatkov, kjer je šifra načina pridobivanja podatkov 11 – šifrant 18.

Če oseba ima KZZ, vendar le-ta ni veljavna, je oseba samoplačnik storitev.

Izjemni primeri dostopa brez KZZ

V izjemnih primerih je mogoče v on-line sistemu pridobiti podatke brez KZZ ali Potrdila KZZ. Izjemni primeri dostopa brez KZZ so navedeni v šifrantu 22.

Zavarovana oseba nima KZZ, ima pa Potrdilo KZZ

Za zavarovane osebe, ki nimajo KZZ, imajo pa Potrdilo KZZ, izvajalec kot razlog za dostop brez KZZ navede šifro 2 (šifrant 22) – Oseba ima Potrdilo KZZ. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

Dojenček, star manj kot 60 dni, ki še nima KZZ, Potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ

Za dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki ni prejel KZZ, potrdila KZZ ali ene od listin MedZZ (šifrant 28), izvajalec preveri zavarovanje starša oziroma skrbnika v on-line sistemu. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11 ali 77.

Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah

Za tuje zavarovane osebe, ki imajo KZZ, se zdravstvene storitve evidentirajo in obračunavajo kot za ostale slovenske zavarovane osebe, ki imajo KZZ. Šifra načina pridobivanja podatkov je 11.

Tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve na podlagi listine EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, niso v evidenci OZZ, ki je dostopna preko on-line sistema. Za te zavarovane osebe mora izvajalec zapisati osebne podatke in podatke o zavarovanju v on-line sistem, oziroma jih mora preko on-line sistema prebrati, če so že zapisani. Podrobnosti o zapisovanju in branju podatkov tujih zavarovanih oseb preko on-line sistema so navedene v poglavju 13.3.5. Pri obračunu storitev, ki jih izvajalec zagotovi tujim zavarovanim osebam z EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare, navede šifro pridobivanja podatkov 77. Kot izjemen primer dostopa brez KZZ izvajalec navede šifro 20 (šifrant 22) – Oseba ima EUKZZ, certifikat ali kartico Medicare.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstvene storitve s Potrdilom MedZZ, je šifra načina pridobivanja podatkov vedno 11. Kot izjemen primer dostopa brez KZZ izvajalec navede šifro 19 (šifrant 22) – Oseba ima Potrdilo MedZZ.

12.2.4 Nedelovanje on-line sistema

Izvajalec nudi osebi vse potrebne storitve tudi v primerih, ko on-line sistem ne deluje in izvajalec ne more pridobiti podatka o urejenosti zavarovanja.

On-line sistem lahko ne deluje zaradi nedelovanja komponent pri izvajalcu (čitalnik, delovna postaja, lokalno omrežje, lokalni strežnik, zdravstvena aplikacija, komunikacijska oprema). V takem primeru mora izvajalec poskrbeti za hitro odpravo napake ali aktiviranje rezervne opreme.

Vzrok za nedelovanje sistema je lahko v izpadu telekomunikacijskih povezav. Informacijo o teh izpadih lahko izvajalec pridobi pri ponudniku teh storitev.

Nedelovanje sistema lahko povzroči tudi izpad centralnih komponent Zavoda (vstopna točka, zaledni sistem Zavoda, telekomunikacijsko omrežje)ali zavarovalnic za PZZ. Informacijo o nedelovanju teh komponent lahko izvajalec pridobi na spletni strani Zavoda (www.zzzs.si/on-line) ali na telefonski številki avtomatskega telefonskega odzivnika (01/30 77 440).

Za izpad telekomunikacijskih povezav ali centralnih komponent se smatrajo primeri, ko on-line sistem vrača sporočila o tehničnih napakah v teh komponentah ali ko odgovor iz sistema ni bil pridobljen v času 20 sekund.

Izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema o osebi pridobi vsaj naslednji nabor podatkov (velja tudi za tuje zavarovane osebe s KZZ ali Potrdilom KZZ):

- ZZZS številko (pridobi iz KZZ oziroma Potrdila KZZ) ali
- EMŠO osebe (pridobi iz osebne dokumenta) ali
- priimek in ime in datum rojstva (pridobi iz KZZ oziroma Potrdila KZZ).

Na podlagi teh podatkov izvajalec pridobi vse potrebne podatke iz on-line sistema naknadno – z dostopom v sistem brez KZZ (šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 12).

Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira naslednji šifri načina pridobivanja podatkov iz šifranta 18:

- šifra 31 – Podatki OZZ niso bili pridobljeni iz on-line sistema zaradi izpada informacijskega sistema pri izvajalcu. Zavod lahko takšen dokument zavrne, če zavarovanje ni bilo urejeno.
- šifra 51 – Podatki OZZ niso bili pridobljeni iz on-line sistema zaradi izpada centralnih komponent.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve z listino EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare, izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema evidentira podatke o osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju v svoj informacijski sistem. Pred izvedbo obračuna mora te podatke zapisati v on-line sistem. Če izvajalec podatkov o tuji zavarovani osebi ni zapisal v on-line sistem, izda listino OZZ (recept, naročilnico MP itd.) brez navedbe ZZZS-TZO številke. Naslednji izvajalec (lekarna, dobavitelj MP) v tem primeru ne more prebrati podatkov o osebi iz on-line sistema, ampak jih mora najprej zapisati v on-line sistem. Če je tuja zavarovana oseba že vpisana v on-line sistem (ima dodeljeno ZZZS-TZO številko), mora izvajalec izvesti branje podatkov naknadno, najpozneje pred izvedbo obračuna. Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira šifro načina pridobivanja podatkov 31 ali 51. Šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 20.

Za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo storitve s Potrdilom MedZZ, mora izvajalec v primeru nedelovanja on-line sistema prebrati podatke o osebi in njenem zavarovanju naknadno, najpozneje pred izvedbo obračuna. Podatke izvajalec prebere na podlagi ZZZS številke, ki je napisana na Potrdilu MedZZ. Izvajalec na dokumentu za obračun evidentira šifro načina pridobivanja podatkov 31 ali 51. Šifra izjemnega primera dostopa brez KZZ je 19.

12.2.5 Delo na terenu v on-line sistemu

Izvajalci zdravstvenih storitev, ki delujejo na terenu (zdravniki pri hišnih obiskih, patronažna služba, drugi izvajalci, ki opravljajo delo na terenu na podlagi listine Delovni nalog, izvajalci, ki opravljajo sistematične in preventivne preglede šolske mladine na terenu (v šoli) ter izvajalci reševalnih prevozov) uporabljajo za pridobitev podatkov o zavarovani osebi ter njenem zdravstvenem zavarovanju rešitve, navedene v poglavju 12.1.3. Pri tem morajo za pridobivanje podatkov brez KZZ navesti ustrezen izjemen primer dostopa brez KZZ skladno s šifrantom 22.

V primeru naknadnega preverjanja zavarovanja obstaja možnost, da oseba nima urejenega OZZ, zato izvajalec nosi riziko neplačila storitve.

12.2.6 Dostop do podatka o pravicah iz OZZ

Izvajalcem je v on-line sistemu dostopen tudi podatek, ali ima zavarovana oseba glede na zavarovalno podlago, po kateri je zavarovana, pravico do določene denarne dajatve (npr. pravica do povračila potnih stroškov, nadomestila plače, pogrebne) ali pravico do MP ali izbire osebne zdravnika. Pri posamezni pravici, ki ni odvisna le od podlage zavarovanja ali določene dobe zavarovanja (predhodno zavarovanje), temveč tudi od zdravstvenega stanja zavarovane osebe (npr. pravica do MP) ali od vrste zdravstvene storitve, mora izvajalec upoštevati tudi zdravstveno stanje oz. storitev.

12.2.7 Predhodno zavarovanje

Ker je za pridobitev pravice do posameznega MP v določenih primerih potrebna določena zavarovalna doba (predhodno zavarovanje), on-line sistem nudi izvajalcu tudi vpogled v podatke o skupnem številu dni neprekinjenega OZZ zavarovane osebe. Pogoj predhodnega zavarovanja je določen v 23. členu ZZVZZ in 124. do 126. členu Pravil OZZ in pomeni, da lahko zavarovana oseba pridobi pravico do MP šele po preteku določene dobe zavarovanja. Predhodno zavarovanje je:

- 6 mesecev za zobnoprotezne fiksne in snemne nadomestke ter za očesne in slušne pripomočke,
- 3 mesece za druge pripomočke.

12.2.8 Dostop do podatkov o opredelitvi osebe za posmrtno darovanje organov in tkiv za presaditev

Dostop do tega podatka v on-line sistemu imajo bolnišnični koordinatorji v donorskih bolnišnicah. Za dostop do tega podatka je potrebno v on-line sistem vnesti datum in uro smrti osebe, šele tedaj se podatki prikažejo. On-line sistem vrne podatke o opredelitvi (opredeljen, neopredeljen) in datum opredelitve.

12.3 Zapis podatkov v on-line sistemu

On-line sistem omogoča izvajalcem neposreden zapis naslednjih podatkov v informacijski sistem Zavoda:

- podatkov o novi izbiri osebnega zdravnika,
- podatkov o nosečnosti zavarovane osebe,
- podatkov o opravljenem postopku OBMP,
- podatkov o izdanih naročilnicah MP (podatke zapiše izvajalec),
- podatkov o izdanih oz. izposojenih MP (podatke zapiše dobavitelj MP),
- podatkov o vzdrževanjih, popravilih in prilagoditvah MP (podatke zapiše izvajalec, dobavitelj ali Zavod),
- podatkov o izdanih zdravilih,
- podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju, kadar tuja zavarovana oseba uveljavlja storitve z listino EUKZZ, certifikatom ali kartico Medicare,
- podatkov elektronskega potrdila o upravičeni zadržanosti od dela,
- podatkov zdravstvenega dela elektronske prijave nezgode in poškodbe pri delu,
- podatkov elektronskega potrdila o darovanju krvi.

Ob on-line zapisu podatkov uporabnik takoj prejme obvestilo o uspešnem/neuspešnem zapisu podatkov. V primeru neuspešnega zapisa uporabnik uredi podatke in jih ponovno poskuša zapisati.

Če podatkov ni moč zapisati zaradi nedelovanja on-line sistema, se podatki zapišejo po navodilih, ki so določena za zapis pri posameznem sklopu podatkov. Podatke lahko naknadno zapiše drug uporabnik, ki mora imeti svojo profesionalno kartico.

12.3.1 Zapis podatkov o izbiri osebnega zdravnika

Sistem omogoča on-line zapis podatkov o izbiri osebnega zdravnika v informacijski sistem Zavoda. Listina Izjava o izbiri osebnega zdravnika se izpolni le v enem izvodu, izvajalec pa jo shrani v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

Več o izbiri in on-line zapisu in branju podatkov o izbiri osebnega zdravnika je na voljo v: Navodilu izvajalcem za uresničevanje pravice zavarovanih oseb do izbire osebnega zdravnika, ki je objavljeno na Zavodovih spletnih straneh.

12.3.2 Zapis podatkov o nosečnostih in podatkov o oploditvah z biomedicinsko pomočjo

On-line sistem omogoča neposreden zapis podatkov o novi nosečnosti zavarovane osebe, neposreden zapis podatkov o spremembi datuma predvidenega poroda in o opravljenih postopkih OBMP v breme OZZ..

Zapišejo se naslednji podatki:

- datum prvega obiska zavarovane osebe (ob posredovanju podatkov o novi nosečnosti),
- datum predvidenega poroda (ob posredovanju podatkov o novi nosečnosti),
- sprememba datuma predvidenega poroda (ob posredovanju podatkov o spremembi),
- datum opravljenega postopka OBMP v breme OZZ.

Več o on-line zapisu in branju podatkov o nosečnosti in OBMP je na voljo v Navodilu za zapis in branje podatkov o nosečnostih in podatkov o oploditvah z biomedicinsko pomočjo v sistemu on-line, ki je objavljeno na Zavodovih spletnih straneh.

12.3.3 Zapis podatkov o predpisanih in izdanih MP

Postopek se izvaja v primeru, ko pooblaščen zdravnik za predpisovanje MP ugotovi, da so pri zavarovani osebi izpolnjeni pogoji za upravičenost do MP v breme OZZ. V primeru upravičenosti pooblaščen zdravnik izda listino NAR-1 ali NAR-2. V primeru zagotavljanja inkontinenčnih pripomočkov za zavarovane osebe, ki bivajo v socialnovarstvenih in drugih zavodih in predhodno podpišejo izjavo, da za njih inkontinenčne pripomočke naroča socialnovarstveni oz. drug zavod, zdravnik izda listino NAR-3.

Zdravnik mora ob predpisu MP zavarovani osebi upoštevati podatke o izdanih MP in podatke o izdanih (odprtih) naročilnicah. V seznamu izdanih (odprtih) naročilnic so naročilnice, na podlagi katerih MP še niso bili izdani.

Ob uspešno zapisanih podatkih naročilnice v Zavodov informacijski sistem, on-line sistem dodeli številko naročilnice in jo posreduje izvajalcu. Številka naročilnice se izpiše na papirno naročilnico.

Ob predložitvi pravilno izpolnjene naročilnice pogodbeni dobavitelj oz. optik izda in izposojevalnica izposodi zavarovani osebi MP. Dobavitelj MP na podlagi številke naročilnice za zavarovano osebo iz on-line sistema pridobi podatke o izdani (odprti) naročilnici MP, ki mu jo je predložila zavarovana oseba.

Več o on-line zapisu in branju podatkov ob predpisu in izdaji MP je na voljo v Navodilu za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem (priloga 6).

12.3.4 Zapis podatkov o izdanih zdravilih

On-line sistem omogoča neposredno evidentiranje izdanih zdravil na zelene recepte in bele recepte. On-line sistem podatke preveri in lekarni vrne izhodne podatke o pravilnosti vhodnih podatkov. Lekarne pošiljajo zahtevke za plačilo in sicer najmanj enkrat in največ štiri krat mesečno.

Več o on-line zapisu in branju podatkov o izdanih zdravilih je na voljo v Navodilu za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on – line sistemu (priloga 7).

12.3.5 Zapis in branje podatkov o tuji zavarovani osebi z EUKZZ, Certifikatom ali kartico Medicare in njenem zdravstvenem zavarovanju

Če tuja zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, izvajalec zapiše podatke o tej osebi in njenem zdravstvenem zavarovanju v on-line sistem, skladno z navodili iz tabele spodaj in Prilogo 3b. Če so na listini navedeni posebni znaki, se vpiše samo črka, brez posebnih znakov.

Funkcija za zapis podatkov o tuji zavarovani osebi vključuje naslednje vhodne podatke:

	EUKZZ	Certifikat	Kartica Medicare
Priimek in ime osebe	Podatek se prepíše iz EUKZZ.	Podatek se prepíše iz Certifikata.	Podatek se prepíše iz kartice Medicare. Če je na kartici navedenih več oseb, se zapiše priimek in ime osebe, ki uveljavlja zdravstveno storitev.
Datum rojstva osebe	Podatek se prepíše iz EUKZZ.	Podatek se prepíše iz Certifikata.	Podatek se prepíše iz potnega lista.
Spol osebe	Navede se: 1 – moški 2 – ženski	Navede se: 1 – moški 2 – ženski	Navede se: 1 – moški 2 – ženski
PIN številka osebe (identifikacijska številka osebe)	Podatek se prepíše iz EUKZZ.	Podatek se prepíše iz Certifikata.	Podatek se prepíše iz kartice Medicare.
Naslov (ulica, hišna številka, poštna številka, kraj naslova, šifra države naslova)	Podatek se prepíše iz osebne dokumenta ali po navedbi osebe.	Podatek se prepíše iz osebne dokumenta ali po navedbi osebe.	Podatek se prepíše iz potnega lista ali po navedbi osebe.
Šifra države tujega nosilca zavarovanja	Uporablja se šifrant 6. Podatek o državi se pridobi iz EUKZZ (2 mestna oznaka države)	Uporablja se šifrant 6. Podatek o državi se pridobi iz Certifikata (2 mestna država članica izdajateljica)	Vpiše se šifra 036 (Avstralija) iz šifranta 6.
Šifra tujega nosilca zavarovanja	Uporablja se šifrant 37. Podatek se pridobi iz EUKZZ (polje 7 - identifikacijska številka nosilca). Številka je sestavljena iz šifre in	Uporablja se šifrant 37. Podatek se pridobi iz Certifikata (polje 7 – identifikacijska številka nosilca). Številka je sestavljena iz šifre in	Uporablja se šifrant 37. Vpiše se šifra AU1.

	EUKZZ	Certifikat	Kartica Medicare
	akronima. Navede se šifra, akronim se ne navaja.	akronima. Navede se šifra, akronim se ne navaja.	
Naziv tujega nosilca zavarovanja	Podatek se vpiše, če šifra tujega nosilca zavarovanja ne obstaja v šifrantu 37. V tem primeru se navede celotna identifikacijska številka nosilca (šifra in akronim).	Podatek se vpiše, če šifra tujega nosilca zavarovanja ne obstaja v šifrantu 37. V tem primeru se navede celotna identifikacijska številka nosilca (šifra in akronim).	-
Šifra listine za MedZZ	Navede se šifra 100 (šifrant 28).	Navede se šifra 101 (šifrant 28).	Navede se šifra 104 (šifrant 28).
Datum izdaje listine	Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev.	Podatek se prepíše iz Certifikata (datum izstavitve certifikata).	Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev.
Datum začetka pravice	Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev.	Podatek se prepíše iz Certifikata (datum veljavnosti certifikata, od dne)	Navede se datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev.
Identifikacijska številka kartice	Podatek se prepíše iz EUKZZ.	-	-

Države, ki izdajajo EUKZZ na hrbtni strani nacionalne kartice, imajo nekoliko drugačen raspored zapisanih podatkov, vendar je številčna oznaka posameznega podatka enaka, kot je navedeno v Prilogi 3b.

Funkcija vrne izvajalcu vse potrebne podatke za izdajo listin OZZ in obračun storitev za tujo zavarovano osebo:

- ZZZS-TZO številko (ZZZS številko tuje zavarovane osebe),
- tip zavarovane osebe (31),
- podlago zavarovanja (999999),
- obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ (P),
- podatke o pravici do IOZ, MP, potnih stroškov, pogrebnine in nadomestila.

Če so podatki o tuji zavarovani osebi, ki uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, Certifikata ali kartice Medicare, že zapisani v on-line sistemu, jih izvajalec lahko pridobi s funkcijo za branje podatkov o tuji zavarovani osebi. To pomeni, da je branje podatkov z uporabo ZZZS-TZO številke možno samo v primeru, ko je bila osebi izdana listina OZZ in je izdajatelj listine zapisal tujo zavarovano osebo v on-line sistem, na listini OZZ pa navedel ZZZS-TZO številko. Na podlagi te številke (vhodni podatek) pridobi izvajalec naslednje podatke:

- ime, priimek, datum rojstva, spol, PIN številko in naslov osebe,
- državo zavarovanja,
- naziv tujega nosilca zavarovanja,
- vrsto in datum izdaje listine,
- datum začetka in datum konca pravice.
- tip zavarovane osebe (31),
- podlago zavarovanja (999999),
- obseg kritja zdravstvenih storitev iz OZZ (P),
- podatke o pravici do IOZ, MP, potnih stroškov, pogrebnine in nadomestila.

12.4 Sledljivost dostopov

Vsaka uporaba funkcij on-line sistema se zapisuje v sledi, ki vsebujejo naslednje podatke:

- podatke o uporabniku,
- podatke o datumu in času uporabe,
- celoten nabor vhodnih in izhodnih podatkov – vključno z identifikacijskimi podatki osebe, na katero se podatki nanašajo.

12.5 Posebnosti pri izpolnjevanju listin OZZ

Ker se v on-line sistemu izvajalcu v primeru, če ima oseba poleg stalnega prebivališča prijavljeno tudi začasno prebivališče, posredujeta oba naslova, se na listine za uveljavljanje pravic iz OZZ praviloma zapiše začasni naslov v Sloveniji, razen, če zavarovana oseba želi, da se zapiše stalni naslov v Sloveniji. Posebnost pa velja za naslednje listine:

- listino Potrdilo o upravičenosti do potnih stroškov – spremstva, na katero se izpiše naslov (stalni ali začasni), iz katerega bo zavarovana oseba dejansko potovala k izvajalcu,
- listino Delovni nalog, na katero se v primeru, da se ta izda zaradi potrebe po zdravstveni negi na domu (patronaža), vpiše naslov, kjer se bo zavarovana oseba dejansko nahajala, ko bo koristila to storitev, ter
- listino Nalog z prevoz, na katero se vpiše naslov (stalni ali začasni), od katerega je potrebe prevoz zavarovane osebe k izvajalcu in/ali od izvajalca.

Če on-line sistem ne deluje, lahko izvajalec zavarovani osebi vseeno izda katerokoli listino za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja, razen listine BOL, v kolikor pridobi o zavarovani osebi naslednji minimalni nabor podatkov:

- ZZZS številka (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
- priimek in ime (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
- naslov (pridobi ustno od osebe same ali z uradnega identifikacijskega dokumenta),
- datum rojstva (pridobi s KZZ ali Potrdila KZZ ali Potrdila MedZZ),
- spol.

Če on-line sistem ne deluje, lahko izvajalec zavarovani osebi izda listino BOL le, če razpolaga z minimalnim naborom podatkov zavarovane osebe, ki obsega: ZZZS številko, ime in priimek ter datum rojstva zavarovane osebe. V primeru povezane osebe pa ime in priimek, datum rojstva ter tudi vrsto povezane osebe.

Pri izdaji listine v primeru nedelovanja on-line sistema, izvajalec v polju "zavarovalna podlaga", v rubriki "Zavarovana oseba" na listini, ki jo izdaja, vpiše ustrezno šifro pridobivanja podatkov iz šifranta 18.

13. Podatki za obračun zdravstvenih storitev iz OZZ

V nadaljevanju je naveden nabor podatkov, ki jih izvajalci zagotovijo za obračun Zavodu.

Podatki so skupni vsem vrstam dokumentov za obračun, ki se izstavljaajo Zavodu: računom, zahtevkom za plačilo, poročilom, dobropisom, bremepisom in popravkom poročila. Izvajalec navede vse podatke o pošiljki (poglavje 13.1) in podatke o dokumentu (poglavje 13.2). Za tem pa navede podatke po eni od struktur, ki so opisane v nadaljnjih poglavjih, in sicer:

- struktura PGO (pavšal / glavarina / obračun) v poglavju 13.3,
- struktura Obravnava v poglavju 13.4,
- struktura SBD obravnava (specialistična bolnišnična dejavnost) v poglavju 13.5,
- struktura AOR (zdravila na recept) v poglavju 13.6,
- struktura MP (medicinski pripomočki) v poglavju 13.7.

Podrobnejši kriteriji in pravila za sestavo dokumentov za obračun so navedeni v poglavju 14. Izvajalci posredujejo vse potrebne podatke za obračun praviloma v elektronski obliki. Izjema so nekateri izvajalci oziroma vrste zdravstvenih dejavnosti, kjer je začasno še mogoče posredovanje podatkov na papirnih dokumentih: pri podvrstah zdravstvenih dejavnosti 644 409 (SOUS), 701550 – 701558 (zdravstveno letovanje otrok in šolarjev ter skupinska obnovitvena rehabilitacija) in 701824 (storitev E0757 Specializanti). Za navedene izjeme morata biti na papirnih dokumentih navedena naslov in davčna številka oziroma identifikacijska številka prejemnika in vsi podatki prikazani v vzorcih papirnih dokumentov (priloga 2).

Zavod ima pravico do vpogleda v dokumentacijo, ki je podlaga za izstavitve dokumentov po tem navodilu.

Pri izračunu vrednosti storitev (celotne vrednosti storitve in obračunane vrednosti storitve), skupne vrednosti dokumenta in zneska DDV ter zneska osnove za DDV se upoštevajo pravila in postopki iz Priloge 8. V tem poglavju so formule za izračun prikazane zgolj shematično.

13.1 Podatki o pošiljki

13.1.1 Splošni podatki o pošiljki

To so tehnični podatki o pošiljki. Opisani so v Tehničnem navodilu.

13.1.2 Podatki o pošiljatelju

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
ZZZS številka izvajalca	9-mestna številka izvajalca, kakor jo vodi Zavod v svojih bazah podatkov. ZZZS številke izvajalcev so objavljene na spletni strani Zavoda.

13.1.3 Podatki o prejemniku

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikacijska številka	Identifikacijska številka ZZZS (davčna številka: SI 41698070).

13.2 Podatki o dokumentu

13.2.1 Splošni podatki o dokumentu

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Šifra vrste dokumenta	Vrsta dokumenta za obračun Zavodu (račun, zahtevek za plačilo, poročilo, dobropis, bremepis in popravek poročila) skladno s šifrantom 26 in K2.
Originalna številka dokumenta	Originalna številka dokumenta izvajalca. Številka se pri izvajalcu glede na leto iz datuma dokumenta nikoli ne sme ponoviti.
Datum dokumenta	Datum izdaje dokumenta.
Kraj izdaje dokumenta	Kraj izdaje dokumenta.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Datum zapadlosti	Datum zapadlosti dokumenta.
Začetek obdobja opravljenih storitev	<p>Prvi dan obračunskega obdobja, v katerem je bila storitev oziroma več storitev opravljenih. Obračunsko obdobje je mesec. Izjeme so:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Izdaja, popravilo, vzdrževanje in prilagoditve MP, kjer je obračunsko obdobje lahko dekada. V tem primeru je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan dekade. – Zdravila, kjer lahko lekarne pošiljajo zahtevke štirikrat mesečno. V tem primeru je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan obdobja. – Izredno fakturiranje pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja (vrednost podatka Izredno fakturiranje je 1), kjer je začetek obdobja opravljenih storitev enak datumu izdaje zdravila. – Zdraviliško zdravljenje, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev lahko tudi dan, ko je zavarovana oseba pričela z zdravljenjem. V kolikor se zdravljenje do konca meseca ni zaključilo, se na računu za drugi del zdravljenja kot začetek obdobja navede prvi dan v naslednjem mesecu. – Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego in socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi ali 16. dan v mesecu. – Računi na podlagi nadzorov, zamujeni računi/zahtevki (za storitve, ki so bile opravljene pred obračunskim obdobjem), zdravstveno letovanje otrok in obnovitvena rehabilitacija, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev enak datumu dokumenta. – Naknadni obračun LZM, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan tistega obračunskega obdobja, v katerem je izvajalec prejel izvid preiskave. – Obračunski računi, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan obdobja obračuna storitev (1.1. za obračun storitev januar – marec, 1.4. za obračun storitev april – junij in 1.7. za obračun storitev julij – december oziroma april – december). – Podvrsta dejavnosti 701 823 (sredstva za variabilno nagrajevanje, kjer je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan trimesečnega obdobja (1.1. za obdobje januar – marec, 1.4. za obdobje april – junij, 1.7. za obdobje julij – september in 1.10. za obdobje oktober – december). <p>V vseh ostalih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti je začetek obdobja opravljenih storitev prvi dan v mesecu (1.1., 1.2., 1.3., 1.4. itd).</p>
Konec obdobja opravljenih storitev	<p>Zadnji dan obračunskega obdobja, v katerem je bila storitev oziroma več storitev opravljenih. Obračunsko obdobje je mesec. Izjeme so:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Izdaja, popravilo, vzdrževanje in prilagoditve MP, kjer je obračunsko obdobje lahko dekada. V tem primeru se navede zadnji dan dekade. – Zdravila, kjer lahko lekarne pošiljajo zahtevke štirikrat mesečno. V tem primeru je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan obdobja. – Izredno fakturiranje pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja (vrednost podatka Izredno fakturiranje je 1), kjer je konec obdobja opravljenih storitev enak datumu izdaje zdravila – Zdraviliško zdravljenje, kjer je konec obdobja opravljenih storitev lahko tudi dan, ko je zavarovana oseba zaključila z zdravljenjem. V kolikor se je zdravljenje nadaljevalo v naslednji mesec, se na računu za prvi del zdravljenja kot konec obdobja navede zadnji dan v mesecu. – Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego in socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe, kjer je konec obdobja opravljenih storitev 15. ali zadnji dan v mesecu. – Računi na podlagi nadzorov, zamujeni računi/zahtevki (za storitve, ki so bile opravljene pred obračunskim obdobjem), zdravstveno letovanje otrok in obnovitvena rehabilitacija, kjer je konec obdobja opravljenih storitev enak datumu dokumenta. – Naknadni obračun LZM, kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan tistega obračunskega obdobja, v katerem je izvajalec prejel izvid preiskave. – Obračunski računi, kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan obdobja obračuna storitev (31.3. za obračun storitev januar – marec, 30.6. za obračun storitev april – junij in 31.12. za obračun storitev julij – december oziroma april – december). Drugačen datum konca obdobja opravljenih storitev je možen le v primeru, ko izvajalec preneha z opravljanjem dejavnosti pred zaključkom obdobja obračuna storitev. – Podvrsta dejavnosti 701 823 (sredstva za variabilno nagrajevanje), kjer je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan trimesečnega obdobja (31.3. za obdobje januar – marec, 30.6. za obdobje april – junij, 30.9. za obdobje julij – september in 31.12 za obdobje oktober – december). <p>V vseh ostalih vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti je konec obdobja opravljenih storitev zadnji dan v mesecu (31.1., 28.2., 31.3., 30.4. itd).</p>
Identifikacijska ali davčna številka izvajalca	Identifikacijska številka izvajalca SIXXXXXXXX ali 8-mestna davčna številka izvajalca.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Sklic na številko	Potrebno je upoštevati navodila, ki so objavljena v uradnem listu.
Številka povezanega dokumenta	Originalna številka dokumenta, na katerega se nanaša dobropis, bremepis ali popravek poročila. Evidenčnega dokumenta ni mogoče navajati kot povezanega originalnega dokumenta.
Datum izdaje povezanega dokumenta	Datum izdaje originalnega dokumenta, na katerega se nanaša dobropis, bremepis ali popravek poročila. Evidenčnega dokumenta ni mogoče navajati kot povezanega originalnega dokumenta.
Šifra države nosilca zavarovanja	Šifra države, v kateri ima zavarovana oseba urejeno zavarovanje oziroma šifra države tujega nosilca zavarovanja (šifrant 6). Obvezen vnos za vse zavarovane osebe. Podatek se pridobi iz on-line sistema. V primeru obračuna pavšala, glavarine itd. (struktura »PGO«) in v primeru obračuna storitev po nacionalnem razpisu se vpiše šifra za Slovenijo (705). Izjema je obračun obravnave gluhe tuje zavarovane osebe (701 812), kjer se navaja šifra države tujega nosilca zavarovanja.
Izredno fakturiranje	Podatek se navaja: a) pri izrednem fakturiranju dragega zdravila, izdanega v lekarni na recept, pred zaključkom dogovorjenega obračunskega obdobja. Podlaga za izredno fakturiranje je izredno visoka cena storitve (npr. na podlagi dogovora izredni zahtevek za zdravilo, izdanega v lekarni na recept, katerega nabavna vrednost je enaka ali presega 900 EUR). Vrednost podatka je 1 (v pomenu »da, gre za izredno fakturiranje«). b) pri obračunu storitev po nacionalnem razpisu. Vrednost podatka se navaja glede na šifrant 57.
Popravek	Podatek se navaja samo na dokumentih, ki so posledica izvedenih Zavodovih nadzorov (vrsta dokumenta 1, 2, 4, 5, 15, 16) in na dobropisih (vrsta dokumenta 2), ki so posledica delno zavrnjenih računov / zahtevkov za plačilo. Vrednost podatka je: 1 – v primeru, da gre za popravek po nadzoru, 3 – v primeru, da gre za popravek po delni zavrnitvi računa / zahtevka za plačilo, ali 4 – popravek po nadzoru za sistemske napake. V ostalih primerih se podatek ne navaja.
Številka nadzornega postopka	Podatek se navaja izključno na dokumentih, ki so posledica izvedenih nadzornih postopkov in ki imajo pri podatku 'Popravek' navedeno vrednost 1 ali 4. Navaja se številka nadzornega postopka z obvestila oziroma zapisnika, ki ga posreduje Zavod. V ostalih primerih se podatek ne navaja.
Evidenčni dokument	Podatek se navaja v primeru evidenčnega obračuna, ki se izstavlja za vse razloge obravnave za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji, v dejavnosti nujne medicinske pomoči (podvrste 338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062 in 338 063), urgentnih centrov (podvrste 238 271, 238 272 in 238 277), splošnih ambulant za boljšo dostopnost do IOZ (302 064), otroških in šolskih dispanzerjev za boljšo dostopnost do IOZ (327 065), splošnih ambulant za neopredeljene zavarovane osebe (302 067) in za storitve izven rednega delovnega časa v zobozdravstveni dejavnosti (438 115) . V ostalih podvrstah zdravstvenih dejavnosti se podatek ne navaja. Vrednost podatka je 1 – v pomenu »da, gre za evidenčni dokument«.
Določba o zavezanosti plačila DDV	Klavzula o zavezanosti plačila DDV. Izpolni izvajalec, ki ni davčni zavezanec; npr. »Nisem zavezanec po 94. členu zakona...«
Datum plačila z akontacijo	Vnos datuma plačila z akontacijo. Podatek se navaja na vrsti dokumenta 15 (poročilo). Izvajalec navede prvi delovni dan v naslednjem obračunskem obdobju, od ponedeljka do petka, upoštevaje praznike. Npr. navede se datum »1.3.2024«, če gre za obračun od 1.2.2024 – 29.2.2024.
Skupna vrednost dokumenta	Skupna vrednost dokumenta je seštevek obračunanih vrednosti OZZ (»obračunanih vrednosti storitev«). Na strukturi »AOR« je skupna vrednost dokumenta seštevek »priznane vrednosti zdravila« in »vrednosti storitev«. Na strukturi »MP« je skupna vrednost dokumenta seštevek »obračunane vrednosti MP«, »obračunane vrednosti izposoje MP«, »obračunane vrednosti pavšala pri prvi izposoji« in »obračunane vrednosti vzdrževanja/popravila/prilagoditve MP«.

13.2.1.1 Podatki o davku

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Stopnja DDV	Vrednost stopnje DDV pri izvajalcih, ki so zavezanci za DDV.
Znesek osnove za DDV	Znesek osnove za DDV za posamezno stopnjo DDV je skupna vrednost dokumenta za to stopnjo DDV, zmanjšana za znesek DDV za to stopnjo DDV.
Znesek DDV	Znesek DDV za posamezno stopnjo DDV je seštevek zneskov DDV, izračunanih po posameznih storitvah za to stopnjo DDV.
Oznaka oprostitve DDV	Oznaka, ali gre za dejavnost, za katero se po zakonu o DDV zahteva plačilo DDV: 1 – da (je oproščena - je dejavnost, ki po zakonu o DDV ne zahteva plačila DDV, 2 - ne (ni oproščena - je dejavnost, ki po zakonu o DDV zahteva plačilo DDV).
Izjava o oprostitvi DDV glede na opravljeno dejavnost.	Določba o oprostitvi DDV glede na opravljeno dejavnost.

13.3 Struktura »PGO«: podatki o pavšalu, glavarini oziroma obračunskem računu

V to strukturo so vključeni podatki, ki jih izvajalci beležijo:

- pri obračunu vrst oziroma podvrst zdravstvenih dejavnosti, ki se plačujejo v pavšalu ali po glavarini (seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti, v katerih se beleži opravljeno delo po strukturi PGO, je v Tabeli 2 Seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti za strukturo PGO),
- v primeru izstavitve obračunskega računa (storitev E0092),
- pri obračunu storitev iz šifranta 15.3 (storitve PGO),
- pri obračunu storitev KP0017 – KP0019, KP0035 (seznam 15.107), E0616, E0617, E0749 (seznam 15.106).

Izjeme so naslednji primeri:

- Tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah: oznaka »da« v tretjem stolpcu tabele 2 (MedZZ) pomeni, da lahko izvajalec v navedeni dejavnosti, ki se sicer plačuje v pavšalu, v primeru obravnave tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (poglavja 11.1, 11.2 in 11.3) posreduje individualni dokument (račun) po zavarovani osebi po eni od ustreznih struktur (»Obravnava«, »SBD obravnava«), skladno s seznamom storitev (šifrant K1.3) in ceno, ki velja za določeno podvrsto zdravstvene dejavnosti.
- Za primere nujne medicinske pomoči (podvrste 338 024, 338 040 – 338 049, 338 062, 338 063), urgentnih centrov (podvrste 238 271, 238 272 in 238 277), storitev izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (podvrsta 438 115), splošnih ambulant za boljšo dostopnost do IOZ (302 064), otroških in šolskih dispanzerjev za boljšo dostopnost do IOZ (327 065) ter splošnih ambulant za neopredeljene zavarovane osebe (podvrsta 302 067) izvajalci za vse razloge obravnave izstavijo evidenčni dokument po zavarovani osebi (struktura »Obravnava«).
- Za obravnavo gluhe zavarovane osebe (podvrsta 701 812) izvajalec vedno izstavi ločen dokument za eno osebo (vrsta dokumenta 1 oz. 4) po strukturi PGO (velja tako za osebe, ki imajo urejeno zavarovanje v Sloveniji kot za tuje zavarovane osebe).

Tabela 2: Seznam podvrst zdravstvenih dejavnosti za strukturo PGO

Naziv podvrste zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti	MedZZ
Načrtovani obseg v bolnišnični dejavnosti (E0730, E0808)	101 300	ne
Zdravila iz Seznama B – kalo	Podvrste na Q86.100: podvrsta 301; podvrste na Q86.210: 302 001, 302 002, 302 068, 306 007, 327 009, 327 011, 327 013, 338 051; podvrste na Q86.220: 201 203, 202 204, 202 268, 203 206, 204 205, 204 207, 205 208, 206 209, 206 263, 206 210, 206 212, 207 213, 208 214, 209 215, 209 240, 210 219, 211 220, 212 221, 215 224, 216 264, 217 226, 218 227, 220 229, 222 231, 223 232, 224 242, 225 234, 227 237, 227 240, 228 238, 229 239, 230 241, 230 269, 232 249, 234 251, 235 252, 237 254, 238 255, 238 256, 238 261, 238 262, 238 280, 238 281, 239 257, 242 233, 249 216, 249 218, 249 265	ne
Zdravila iz Seznama A - kalo	podvrste na Q86.210: 302 001, 302 002, 302 068, 306 007, 327 009, 327 011, 327 013, 338 051; podvrste na Q86.220: 201 203, 202 204, 202 268, 203 206, 204 205, 204 207, 205 208, 206 209, 206 263, 206 210, 206 212, 207 213, 208 214, 209 215, 209 240, 210 219, 211 220, 212 221, 215 224, 216 264, 217 226, 218 227, 220 229, 222 231, 223 232, 224 242, 225 234, 227 237, 227 240, 228 238, 229 239, 230 241, 230 269, 232 249, 234 251, 235 252, 237 254, 238 255, 238 256, 238 261, 238 262, 238 280, 238 281, 239 257, 242 233, 249 216, 249 218, 249 265; podvrste na Q86.909: 512 057, 512 058, 512 059, na Q87.100 vse podvrste razen 644 409; podvrste na Q88.109: 602 401, 602 402, 601 403	ne
Sredstva za dvojezičnost (E0264)	743 615, 701 825	
Ginekologija (storitev E0814)	206 209	ne
Infektologija (storitev E0524)	208 214	ne
Subspecialistični ambulantni timi za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in kombiniranimi stanji	224 282	da

Naziv podvrste zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti	MedZZ
Ambulanta za prednostne obravnave otrok in mladostnikov s težavami v duševnem razvoju na terciarni ravni	224 288	da
Obsojenci in priporniki – psihiatrija	230 243	ne
Skupnostna psihiatrija (storitvi 11622 in 11623)	230 269	ne
Program urgentnih centrov	238 271, 238 272	da
Program urgentnih centrov – dispečerska služba	238 273, 238 274, 238 275	ne
Pedriatrija – urgentna ambulanta	238 277	da
Mobilni paliativni tim (storitve MPT010, MPT011 in MPT012)	241 279	ne
Program Nacionalnega inštituta za javno zdravje	246 820	ne
Fabryjeva bolezen	249 218	da
Medicina dela – pavšal (storitev E0010)	301 258	ne
Splošna ambulanta in splošna ambulanta specializanta družinske medicine (storitvi E0728 in RA130K)	302 001, 302 068	ne
Splošna ambulanta, splošna ambulanta specializanta družinske medicine, otroški in šolski dispanzer – kurativa, dispanzer za ženske: glavarina (storitev E0012)	302 001, 302 068, 327 009, 306 007	ne
Splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer – kurativa: pavšal za dodatne time (storitev E0010)	302 001, 327 009	ne
Splošna ambulanta, otroški in šolski dispanzer: pavšal za dodatne time za boljšo dostopnost do izbranega osebnega zdravnika (storitev E0010)	302 064, 327 065	ne
Splošna ambulanta za neopredeljene zavarovane osebe (E0839)	302 067	da
Program farmacevtskega svetovanja (storitvi E0616 in E0749)	302 001	ne
Centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	302 003	da
Obsojenci in priporniki – splošna ambulanta	302 005	ne
Obsojenci in priporniki – zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	302 006	ne
Turistična ambulanta	302 036	da
Obsojenci in priporniki – dispanzer za ženske	306 008	ne
Otroški in šolski dispanzer preventiva, otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih	327 011, 327 013	ne
Razvojna ambulanta	327 014	da
Obsojenci in priporniki – dispanzer za otroke in šolarje	327 015	ne
Nujna medicinska pomoč	338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062, 338 063	da
Dispečerska služba	338 038	ne
Zdravstvena vzgoja, vključno z zdravstveno-vzgojnimi delavnicami za odraslo populacijo, šolo za starše in Centri za krepitev zdravja	346 025	da
Preventivni programi	346 026	ne
Pedontologija (storitve E0010, 95194, 95195)	402 111	da
Zobozdravstvena dejavnost za mladino – zdravljenje (storitev 95194)	404 103	ne

Naziv podvrste zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti	MedZZ
Zobozdravstvena oskrba varovancev s posebnimi potrebami	404 107	da
Obsojenci in priporniki – zobozdravnik za odrasle	404 108	ne
Obsojenci in priporniki – zobozdravnik za mladino	404 109	ne
Storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v zobozdravstvu)	438 115	da
Vzgoja za ustno zdravje	446 125	da
Izvajanje programa DORA – pavšal	511 031	ne
Izvajanje programa ZORA – pavšal	511 039	ne
Izvajanje programov za obvladovanje raka (storitev E0836)	511 066	ne
Dispanzer za mentalno zdravje	512 032	ne
Center za duševno zdravje otrok in mladostnikov (storitve KP0017-KP0019)	512 057	ne
Ambulantna obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih (storitve KP0017-KP0019, KP0035)	512 058	ne
Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih (storitvi 11622 in 11623)	512 059	ne
Klinična psihologija (storitve KP0017-KP0019)	549 033	
Obsojenci in priporniki – klinična psihologija	549 050	ne
Mobilna enota nujnega reševalnega vozila (storitev E0429)	338 048	da
Medicinska oskrba (SOUS)	644 409	ne
Posebne pravice iz OZZ	701 550, 701 551, 701 552, 701 553, 701 554, 701 555, 701 556, 701 557, 701 558	ne
Sredstva za učne ustanove	701 808	ne
Pripravniki in sekundariji	701 824	ne
Specializanti	701 824	ne
Obravnava gluhe zavarovane osebe	701 812	da*
Sredstva za variabilno nagrajevanje	701 823	ne
Povračilo proračun RS	701 824	ne
Preskrba s krvjo in krvnimi pripravki	703 801	da*
Distribucija cepiv - NIJZ	705 822	ne
Zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	743 603	ne
Preparati za fluorizacijo zob	743 604	ne
Storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v lekarniški dejavnosti)	743 615	da

Opombe: Storitve obravnave gluhe zavarovane osebe (podvrsta 701 812) in preskrbo s krvjo in krvnimi pripravki (podvrsta 703 801), ki so v tabeli označene z oznako »da«, izvajalec obračuna po strukturi PGO. Ostale podvrste zdravstvenih dejavnosti, ki so v tabeli označene z oznako »da«, pa izvajalec obračuna po strukturi Obravnava ali SBD obravnava. Vrste dokumentov, ki jih pri tem izstavi, so 4,5,6 (individualni račun / dobropis / bremepis za MedZZ).

Ločena kalkulacija za šolo za starše (podvrsta 346 025) se uporablja le v primeru izločitve tega programa iz zdravstvene vzgoje, ko ta program izvaja drug izvajalec v izpostavi.

Če je izvajalec v pogodbi dogovoril z Zavodom program pedontologije v pavšalu, potem za ta del programa beleži nabor podatkov, naveden v tem poglavju.

13.3.1 Podatki o obravnavi PGO

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator obravnave pri izvajalcu	Interna številka obravnave, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah.
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Razlog obravnave	Podatek opredeli izvajalec najkasneje po končani obravnavi. Vrednosti so določene v šifrantu 10.1. Podatek se navaja pri storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812). V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede.
Registrska številka za razloga obravnave 3 in 4	Registrska številka tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravilnega podatka, vpiše z ročnim vnosom registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede. Podatek se navaja pri storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812). V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede.
Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnave 3, 4 in 5	Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave: <ul style="list-style-type: none"> – poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, – poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, – poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe. Podatek se prepíše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede. Podatek se navaja pri storitvah obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812). V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede.
Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela	Podatek se ne navaja.
RIZDDZ številka izvajalca	7-mestna šifra izvajalca: a. Centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki je naročil pripravo zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od drog; b. bolnišnice, ki je naročila pri ZTM zdravila iz lastne plazme; c. splošne ambulante za neopredeljene zavarovane osebe (302 067). Šifra je sestavljena iz šifer izvajalca oziroma zdravstvene postaje (prvih 5 mest) in lokacije (2 mesti); šifrant 1. Podatek se navede pri obračunu zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od drog (743 603), pri obračunu zdravil iz lastne plazme iz seznama storitev 15.137 (703 801) ter pri obračunu pavšala splošnih ambulant za neopredeljene zavarovane osebe (302 067).
Interna oznaka enote izvajalca	Številka, ki jo izvajalec uporablja v lastni dokumentaciji. Podatek se navede pri obračunu pavšala splošnih ambulant za neopredeljene zavarovane osebe (302 067). V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navede.
RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Podatek se navede pri obračunu pavšala splošnih ambulant za neopredeljene zavarovane osebe (302 067). V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navede.
Identifikator zapisa v eZdravje	Identifikator zapisa v sistem eZdravje, ki ga lekarna pridobi pri zapisu izdaje testa v eZdravje.

13.3.2 Podatki o storitvi PGO

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah.
Datum opravljene storitve	<p>Navede se:</p> <ul style="list-style-type: none"> – za podvrsto zdravstvene dejavnosti 302 001 za farmacevtsko svetovanje: za storitev E0616 datuma pregleda izven matične ambulante; za storitev E0749 datum posveta z zdravnikom, – za podvrsto zdravstvene dejavnosti 346 025: datum prvega srečanja opravljene zdravstveno-vzgojne delavnice/šole za starše, – za podvrsto zdravstvene dejavnosti 703 801: datum izvedbe preiskave oziroma datum razdeljevanja zdravil iz lastne plazme, – za podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 812: datum obravnave gluhe zavarovane osebe. <p>V vseh ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se podatek ne navede.</p>
Šifra storitve	<p>Šifra zdravstvene storitve (pavšal, glavarina, zdravstveno-vzgojna delavnica, šola za starše, preventivni program, enkratna dodatna sredstva, pripravniki in sekundariji, obračunski račun, preiskava, gel za fluorizacijo, lekarniška storitev, zdravilo itd.).</p> <p>Vsebina podatka je odvisna od vrste oziroma podvrste zdravstvene dejavnosti. Sezname dovoljenih zdravstvenih storitev za obračun Zavodu so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti navedeni v šifrantu 15.</p> <p>LZM-ja (šifrant 15.28) izvajalec v vrstah oziroma podvrstah zdravstvenih dejavnosti z naborom podatkov PGO ne more zaračunati Zavodu. Izjema so:</p> <ul style="list-style-type: none"> – lekarnje, ki kot LZM zaračunajo material, uporabljen pri pripravi metadona v obliki solucije (podvrsta 743 603), – NIJZ, ki kot LZM zaračuna testerje in sredstva za čiščenje pred kolonoskopijo (podvrsta 346 026).
Število storitev	<p>Navede se:</p> <ul style="list-style-type: none"> – pri zdravilih iz krvi in krvnih pripravkov (703 801) število preiskav oziroma število pakiranj zdravil iz lastne plazme (število kosov), – pri zdravstvenem letovanju otrok in šolarjev (701 550) se navede število oseb, – pri skupinski obnovitveni rehabilitaciji (701 551 – 701 558) se navede število oseb, – pri nadomestnem zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) se navede število opravljenih lekarniških storitev (npr. število obračunanih šifer 70010 – vročitev zdravila), pri zdravilih (šifrant 15.43) in pri Q0115 se navede vrednost 1, pri Q0116 in Q0117pa se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), – pri preparatih za fluorizacijo zob (743 604) se navede število opravljenih lekarniških storitev (npr. število obračunanih šifer 70010 – vročitev zdravila), pri zdravilih pa se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), – pri distribuciji cepiv - NIJZ (705 822) se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število škatel, število vial), – pri testerjih in sredstvih za čiščenje pred kolonoskopijo (346 026) se navede število kosov, – pri obračunu anonimnega brezplačnega testiranja za HIV, HBV in HCV ter svetovanje na nacionalni ravni (Q0195) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti infektologija (208 214) se navede število preiskav. <p>Pri vseh drugih vrstah zdravstvenih dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se navede vrednost 1. Če izvajalec v enem mesecu izvede npr. dve šoli za starše, obračuna vsako posebej s svojim seznamom zavarovanih oseb.</p>

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Število enot za eno storitev	Navede se: <ul style="list-style-type: none"> – pri zdravstvenem letovanju otrok in šolarjev (701 550) povprečno število dni na osebo, – pri skupinski obnovitveni rehabilitaciji (701 551 – 701 558) povprečno število dni na osebo, – pri nadomestnem zdravljenju odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) se pri storitvah navede število točk, pri zdravljenih (šifrant 15.43) in pri Q0115 se navede število osnovnih pakiranj zdravila (število kosov), pri Q0116 se navede vrednost 1, pri Q0117 pa se navede vrednost 0,01, – pri preparatih za fluorizacijo zob (743 604) se pri storitvah navede število točk, pri zdravljenih pa se navede vrednost 1, – pri mobilni enoti nujnega reševalnega vozila (338 048) se za evidenčno spremljanje kilometrov (E0429) navede število prevoženih kilometrov, – v pedontologiji (402 111) in v zobozdravstveni dejavnosti za mladino - zdravljenje (404 103) se pri storitvah iz šifranta 15.3 navede število točk, – v splošni ambulanti in splošni ambulanti specializanta družinske medicine (302 001 in 302 068) se za evidenčno spremljanje sredstev za tuj laboratorij (E0728) navede vrednost sredstev za tuj laboratorij. Pri drugih vrstah zdravstvenih dejavnosti in v primeru obračunskega računa (vrsta dokumenta 13 ali 14) se navede vrednost 1.
Cena za eno enoto storitve	Znesek programa (vrednost pavšala, glavarine, obračunskega računa, cena za zdravstveno – vzgojno delavnico, cena za šolo za starše, cena presejalnega testiranja, cena za dan zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev, cena za dan skupinske obnovitvene rehabilitacije, cena (lekarniške) točke, cena storitve (pakiranja) za zdravila iz lastne plazme, nabavna cena originalnega pakiranja zdravila – cena na enoto itd). Navede se cena brez DDV (navede se cena iz cenika, razen nabavne cene originalnega pakiranja zdravila). Pri evidenčnih storitvah iz šifranta 15 se navede vrednost 0.
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. Celotna vrednost storitve (CVS) = število storitev * število enot za eno storitev * cena za eno enoto storitve * (1+stopnja DDV/100). Za podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 550 do 701 558 Celotna vrednost storitve (CVS) = število enot za eno storitev * cena za eno enoto storitve * (1+stopnja DDV/100).
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. Vrednost storitve oziroma pavšala ki ga krije Zavod: <ul style="list-style-type: none"> – v primeru obračuna obravnave gluhe zavarovane osebe (vrste dokumentov 1-6) in pavšala za pripornike in obsojence (vrste dokumentov 15-16) je obračunana vrednost storitve za OZZ: – OVS za OZZ = (št.storitvev * št.enot za eno storitev * cena za eno enoto storitve * (1+stopnja DDV/100) * (1 - odstotek doplačila / 100). – V primeru kritja razlike do polne vrednosti storitve za obravnavo gluhe zavarovane osebe (vrste dokumentov 7-12) ter pavšala za pripornike in obsojence (vrste dokumentov 10-12) je obračunana vrednost storitve za PZZ: – OVS za PZZ = celotna vrednost storitve – OVS za OZZ. Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.

13.3.2.1 Seznam oseb

Navede se poimenski seznam oseb:

- ki so se udeležile prvega srečanja posamezne evidentirane zdravstveno-vzgojne delavnice za odraslo populacijo (346 025, razen za storitev E0686 »Delavnica "Ali sem fit?"«),
- ki so se udeležile prvega srečanja vsake opravljene šole za starše (v primeru obračuna storitve E0254 na podvrsti 346 025),
- ki so se udeležile delavnic v okviru programa Centrov za krepitev zdravja (v primeru obračuna storitev iz šifranta 15.105 »Evidenčne storitve v okviru Programa za krepitev zdravja na podvrsti 346 025, razen za storitev E0588 »Ali sem fit?«),

- ki so se udeležile programa razvojne ambulante (327 014), če je oseba obiskala razvojno ambulanto večkrat v obračunskem obdobju (meseču), se na seznamu navede samo enkrat,
- za vsako opravljeno storitev obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812),
- ki so se udeležile skupinske obnovitvene rehabilitacije ali zdravstvenega letovanja,
- katerim je farmacevt svetovalec opravil farmakoterapijski pregled izven matične ambulante in za katere je izvajalec evidenčno poročal na strukturi Obravnava (ob obračunu storitve E0616 na podvrsti 302 001).

Na seznam se vključijo vse zavarovane osebe po kriterijih v prejšnjem odstavku: tako osebe, ki so vključene v OZZ, kot tuje zavarovane osebe.

Za posamezno zavarovano osebo izvajalec navede naslednji nabor podatkov:

- šifra načina pridobivanja podatkov,
- ZZZS številka zavarovane osebe oz. ZZZS-TZO številka tuje zavarovane osebe,
- identifikator odgovora preverjanja OZZ oz. MedZZ.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Šifra načina pridobivanja podatkov	Šifra o načinu pridobivanja podatkov o zavarovani osebi, ki pove, ali so bili podatki OZZ pridobljeni s pomočjo on-line sistema ali ne. Uporablja se šifrant 18.
ZZZS številka zavarovane osebe	ZZZS številka osebe.
Identifikator odgovora preverjanja OZZ	Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti OZZ prejme izvajalec iz on-line sistema. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu).
Identifikator odgovora preverjanja MedZZ	Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti mednarodnega zavarovanja prejme izvajalec iz on-line sistema. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu).
Priimek in ime	Priimek in ime zavarovane osebe
Datum rojstva	Datum rojstva zavarovane osebe
Spol	Spol zavarovane osebe
Stalni naslov	Stalni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države
Začasni naslov	Začasni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države

13.3.2.2 Seznam zdravstvenih delavcev

V okviru programa farmacevtskega svetovanja mora izvajalec pri obračunu storitve E0616 za zdravstvenega delavca posredovati RIZDDZ številko:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 1). V primeru nadomestnega zdravstvenega delavca se v to polje vpiše RIZDDZ številka delavca, ki ga nadomestni zdravstveni delavec nadomešča. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 pri storitvi E0616.
RIZDDZ številka nadomestnega delavca	5-mestna številka nadomestnega delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 1). Podatek se navaja le v primeru, kadar storitev izvede nadomestni zdravstveni delavec. Podatek se navaja v vrsti in podvrsti 302 001 pri storitvi E0616.

13.3.3 Podatki o kalu apliciranih zdravil iz Seznama A in B

Podatke o količini zdravila iz Seznama B, ki po aplikaciji ostane neuporabljena in se zavrže (v nadaljevanju: kalo), poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih vrstah in podvrstah bolnišnične ter splošne in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, pri katerih je po šifrantu 15.28 opredeljena šifra storitve Q0269 (z nabavno vrednostjo večjo od 0), Q0270 (z nabavno vrednostjo 0), Q0271 (z nabavno vrednostjo 0) in Q0272 (z nabavno vrednostjo 0).

Prav tako podatke o kalu zdravila iz Seznama A poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih vrstah in podvrstah splošne in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti ter v dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, pri katerih je opredeljena šifra LZM Q0262 (z nabavno vrednostjo večjo od 0), Q0263 (z nabavno vrednostjo 0) in Q0264 (z nabavno vrednostjo 0) iz šifranta 15.28.

Za več pojasnil glej poglavje 3.5.7 »LZM, zdravila iz Seznama B in nadrejena storitev«, 4.4 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev« ter 5.5 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev«. Kalo zdravila iz Seznama A in B je možno zaračunati le za zdravila, ki se odmerjajo po telesni masi oziroma telesni površini. Ta zdravila so v CBZ posebej označena. Kot kalo se ne sme zaračunavati zdravilo iz Seznama A in B, ki je poškodovano ali pa ima pretečen rok uporabnosti. Podatki o kalu zdravil iz Seznama A in B

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve za ostanek zdravila (kalo) iz šifranta 15.28.
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (zdravila) je enaka obračunani vrednosti storitve (OVS za OZZ). Pri evidenčnih storitvah je Celotna vrednost storitve enaka 0. CVS se izračuna po naslednji formuli: $CVS = (\sum(\text{Količina zavrženega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«}))$
Odstotek doplačila	Odstotek doplačila je enak 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. Pri evidenčnih storitvah je Obračunana vrednost storitve enaka 0. V spodnjo formulo se vnese podatke iz sklopa Podatki o ostanku posameznega zdravila iz Seznama A in B glede na nacionalno šifro zdravila. OVS se izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\sum(\text{Količina zavrženega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«})) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$ Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje je odstotek doplačila 0.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oz. zdravilo.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Datum zavrženja zdravila	Datum zavrženja zdravila.

Podrobni podatki o kalu posameznega zdravila iz Seznama A in B

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Nacionalna šifra zdravila	Navede se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra izdanega zdravila glede na predpis. Poroča se samo tiste šifre zdravil iz Seznama B, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 18 ali 19 in šifre zdravil iz Seznama A, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 24 ali 25.
Količina zavrženega zdravila	Količina zavrženega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje. Pri teh zdravilih so običajno enote ampule ali viala. Število enot za apliciranje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ. Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno.
Nabavna cena zdravila	Navede se nabavno ceno na debelo z vsemi popusti za originalno pakiranje zdravila z DDV, ki jo je plačal izvajalec. Pri evidenčnih storitvah je cena enaka 0.
Datum nabave zdravila	Navede se datum, ko je izvajalec nabavil zdravilo.

13.3.3.1 Dodatni nabor podatkov za kalo zdravil iz Seznama B za izjemne primere v bolnišnični dejavnosti

Dodatni nabor podatkov za kalo zdravil iz Seznama B se pošilja za izjemne primere aplikacij zdravil iz Seznama B v bolnišnični dejavnosti pri izvajalcih/dejavnostih, ki niso navedena v omejitvi predpisovanja.

Primer: Bolniku je bilo uvedeno ali aplicirano zdravilo iz Seznama B pri izvajalcu 1, ki je opredeljen v omejitvi predpisovanja. Zaradi neke druge bolezni, ki se ne zdravi s tem zdravilom, je bolnik hospitaliziran pri izvajalcu 2 ali v drugi dejavnosti, ki nista opredeljena v omejitvi predpisovanja za to zdravilo. Če se izkaže, da mora bolnik v času tega zdravljenja nadaljevati tudi z zdravljenjem z zdravilom, ki ga je prejemal pri izvajalcu 1, lahko izvajalec 2, po odobritvi in navodilih izvajalca 1, bolniku aplicira potrebno zdravilo, pri čemer lahko pride tudi do ostanka tega zdravila.

Nov sklop podatkov pošlje izvajalec 2, ki sicer ni opredeljen v omejitvi predpisovanja, vendar je v času hospitalizacije tega bolnika zaradi izjemnih razmer (po principu »zdravilo sledi bolniku«), poleg obravnave aktualne bolezni, nadaljeval tudi z zdravljenjem z zdravilom iz Seznama B. V nov sklop izvajalec 2 navede podatke o izvajalcu, ki je predhodno apliciral/ uvedel zdravilo, torej o izvajalcu 1.

Podatki o izvajalcu, ki je predhodno apliciral/uvedel zdravilo iz Seznama B

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Vrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti (po šifrantu 2), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. Šifra vrste zdravstvene dejavnosti je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik, ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran v dejavnosti, ki ni opredeljena v omejitvi predpisovanja in CBZ.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti (po šifrantu 2), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik, ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran v dejavnosti, ki ni opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ.
ZZZS številka izvajalca - predhodna aplikacija	9-mestna številka izvajalca (kakor jo vodi Zavod v svojih bazah podatkov), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. ZZZS številka izvajalca je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran pri izvajalcu, ki ni opredeljen v omejitvi predpisovanja in v CBZ.
RIZDDZ številka delavca – predhodna aplikacija	Navede se 5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3), ki je zdravilo iz Seznama B uvedel oz. predhodno apliciral. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik, ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran pri izvajalcu, ki ni opredeljen v omejitvi predpisovanja.

13.4 Struktura »Obravnav«: podatki o obravnavi osebe

Struktura se uporablja za pošiljanje podatkov o opravljenih storitvah zavarovani osebi ali za opravljen oziroma izdan LZM zavarovani osebi. Velja za naslednje vrste zdravstvene dejavnosti (razen v tistih podvrstah zdravstvene dejavnosti, ki so navedene v Tabeli 2):

- v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.210),
- v zobozdravstveni dejavnosti (Q86.230),
- v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.220),
- v drugih zdravstvenih dejavnostih (Q86.909),
- v dejavnosti obvezne socialne varnosti (O84.300),
- v dejavnosti aplikacije MP (G47.740),
- pri zdraviliškem zdravljenju (Q86.100 in Q86.220),
- v nastanitvenih ustanovah za bolniško nego in v socialnem varstvu brez nastanitve za starejše in invalidne osebe (Q87.100 in Q88.109),
- v lekarniški dejavnosti (G47.730) ter
- v tistih dejavnostih, ki so kot izjeme navedene v strukturi »PGO«.

V primeru obračuna zdravil iz Seznama A in B izvajalec posreduje podatke o obravnavi (13.4), podatke o zavarovani osebi (13.4.1, 13.4.2) in podatke o zdravljenju iz Seznama A in B (13.4.5).

Za večino storitev v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (Q86.220) velja poročanje diagnoz na nivoju obravnave, za nekatere pa tudi na podstrukturi obravnave (npr. za zdravljenja iz Seznama A in B, storitve CT/MR).

Pravila za obveznost poročanja podatkov o diagnozah določajo povezovalni šifranti. Podatki o diagnozah se ne navajajo pri storitvah zdraviliškega zdravljenja (Q86.220 - 204 503) ter pri kognitivnih storitvah (G47.730 – 743 608). Podatki o diagnozah niso obvezni, če gre za evidenčne storitve, če je vsebina obravnave (glede na Šifrant 12) 9 – preventiva (za preventivo se podatki o diagnozah navajajo samo v primeru, če obstaja sprejemna ali odpustna diagnoza, sicer ne), če so na obravnavi obračunane le storitve, ki se za vrste dokumentov 4, 5 in 6 (MedZZ) ter za vse razloge obravnave evidentirajo podrobno po osebah, v ostalih primerih pa plačujejo v pavšalih.

Za večino storitev v splošni zunajbolnišnični dejavnosti (Q86.210) velja poročanje diagnoz na nivoju storitve. Pravila glede obveznega / pogojnega poročanja podatkov o diagnozah določajo povezovalni šifranti. Podatkov o diagnozah ni potrebno navajati, če so na obravnavi obračunane le storitve, ki se za vrste dokumentov 4, 5 in 6 (MedZZ) ter za vse razloge obravnave evidentirajo podrobno po osebah, v ostalih primerih pa plačujejo v pavšalih. Če so podatki o diagnozah na storitvi navedeni, pa morajo ustrezati vsem pravilom.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Podatki o osebi	Opis v poglavju 13.4.1
Identifikator obravnave pri izvajalcu	Interna številka obravnave, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. V primeru obračuna zdraviliškega zdravljenja, ki se ni v celoti zaključilo v prejšnjem obračunskem obdobju (velja za podvrste 104 501, 104 502, 104 504, 104 505 in 204 503), ali pri sobivanju starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu (701 310 E0778), ki se ni v celoti zaključilo v prejšnjem obračunskem obdobju, se navede ista številka obravnave kot pri prvem obračunu. V primeru naknadnega obračuna storitev, ki so bile opravljene v okviru že obračunane obravnave, se navede številka obračunane obravnave. V primeru kasnejšega obračuna LZM (izvajalec npr. čaka na izvid preiskave) se pri obračunu LZM navede ista številka obravnave kot pri obračunu zdravstvene storitve. To velja le v primeru, ko je potrebno izstaviti dva dokumenta, ločeno za storitev in za LZM (npr. storitev je bila opravljena v enem obračunskem obdobju, izvid pa je znan v naslednjem obračunskem obdobju).
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Datum začetka obravnave	<p>Pri dnevni obravnavah (obisk (tudi delovna terapija), prevoz itd.) se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravice iz OZZ.</p> <p>Pri naknadnem obračunu LZM se navede datum, ko je prispel izvid preiskave.</p> <p>Pri večdnevni obravnavah (zdraviliško zdravljenje, zdravstvena nega v ustanovah za oskrbo starejših in invalidnih oseb itd.) se navede datum začetka obravnave za obračun.</p> <p>Pri fizioterapevtskih obravnavah se navede datum prvega obiska.</p> <p>Pri obračunu zdravil iz Seznama A in B se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdravstvene storitve, torej datum začetka obravnave (obiska).</p> <p>Pri aplikaciji MP (702 651) je to datum prejema posebej izdelanega MP.</p> <p>Pri obračunu parenteralne prehrane (743 606) se navede prvi dan obračunskega obdobja (meseca), v katerem je bila parenteralna prehrana izdana.</p>
Datum konca obravnave	<p>Pri dnevni obravnavah (obisk (tudi delovna terapija), prevoz, aplikacija MP itd.) se navaja datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravice iz OZZ.</p> <p>Pri naknadnem obračunu LZM se navede datum, ko je prispel izvid preiskave.</p> <p>Pri dnevni obravnavah in pri naknadnem obračunu LZM je datum konca obravnave enak datumu začetka obravnave. Vrste in podvrste dejavnosti, v katerih datum konca obravnave ni nujno enak datumu začetka obravnave, so navedene v šifrantu K4.</p> <p>Pri večdnevni zaključenih obravnavah (zdraviliško zdravljenje, zdravstvena nega v ustanovah za oskrbo starejših in invalidnih oseb itd.) se navaja dejanski datum konca obravnave. Če obravnava pri zdraviliškem zdravljenju ali pri sobivanju starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu (701 310 E0778) v obračunskem obdobju ni zaključena, se navede zadnji dan obravnave v obračunskem obdobju.</p> <p>Pri fizioterapevtskih obravnavah se navede datum zadnjega obiska. Pri obračunu zdravil iz Seznama A in B se navede datum, ko je zavarovana oseba uveljavljala pravico do zdravstvene storitve, torej datum konca obravnave (obiska).</p> <p>Pri obračunu parenteralne prehrane (743 606) se navede zadnji dan obračunskega obdobja (meseca), v katerem je bila parenteralna prehrana izdana.</p>
Datum konca predhodne obravnave	<p>Datum konca predhodne obravnave, ki je bil posredovan pri obračunu predhodne obravnave. Podatek se navede za obravnavo, ki se ni v celoti zaključila v prejšnjem obračunskem obdobju:</p> <ul style="list-style-type: none"> - za večdnevno obravnavo pri zdraviliškem zdravljenju (104 501, 104 502, 204 503, 104 504, 104 505) ali pri sobivanju starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu (701 310 E0778), se navede datum konca predhodne obravnave, - pri naknadnem obračunu storitev, ki so bile opravljene v okviru že obračunane obravnave, se navede datum obiska zavarovane osebe, - pri naknadnem obračunu LZM se navede datum obiska zavarovane osebe, to je datum, ko je bila opravljena zdravstvena storitev (pregled, odvzem materiala). <p>Podatek se navede tudi pri naknadnem obračunu storitev in LZM, ki so se zaključili v istem obračunskem obdobju.</p>
Status večdnevne obravnave	<p>Navede se, ali je večdnevna obravnava konec obračunskega obdobja zaključena. Označi se:</p> <p>1 – da, večdnevna obravnava je zaključena, 2 – ne, večdnevna obravnava ni zaključena.</p> <p>Navede se le pri zdraviliškem zdravljenju (104 501, 104 502, 204 503, 104 504, 104 505) ali pri sobivanju starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu (701 310 E0778).</p>
Oznaka primera	<p>Oznaka, ali se obravnava šteje kot primer ali ne. Pravila za navajanje podatka so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti opisana v Tabeli 3.</p> <p>Uporabljajo se vrednosti:</p> <p>0 – Ne 1 – Da -1 – Da (za dobropise in popravke poročil).</p> <p>Če je izpolnjen podatek »datum konca predhodne obravnave« ali če je storitev evidenčna, se izbere vrednost 0.</p>
Oznaka bolezni	<p>Podatek se izpolni skladno s šifrantom 38.12 Oznaka bolezni in šifrantom K15.6: Oznaka bolezni in diagnoze v spec. zunajbolnišnični dejavnosti, kadar gre za vrsto zdravstvene dejavnosti 231.</p>
Doplačilo osebe za namestitev	<p>Podatek se ne navaja.</p>

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Razlog obravnave	Podatek opredeli izvajalec skladno s šifrantom 10.1. V lekarniški dejavnosti se pri obračunu kognitivnih storitev (743 608) navede šifra 1.
Registrska številka za razloga obravnave 3 in 4	Registrska številka tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravega podatka, vpiše registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede. Pri obračunu parenteralne prehrane (743 606) se podatek ne navede.
Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnave 2,3,4,5	Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave: <ul style="list-style-type: none"> – poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, – poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, – poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe, – v primeru evidenčnega obračuna nujne medicinske pomoči (338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062 in 338 063) in storitev izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (438 115) se navede datum nastanka poškodbe tudi v primeru razloga obravnave 2 (poškodba izven dela). Podatek se prepíše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede. Pri obračunu parenteralne prehrane (743 606) se podatek ne navede.
Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela	Podatek se ne navaja.
RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3), ki je storitev opravil. Če delavec ni vključen v RIZDDZ, se podatek ne navede. V dejavnosti 302 001 se pri obračunu storitev farmacevta svetovalca E0612-E0615 v ta podatek vedno obvezno navede RIZDDZ številka delavca, ki je veljaven tudi v seznamu specialistov klinične farmacije, ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovanja. V primeru nadomestnega zdravstvenega delavca se v to polje vpiše RIZDDZ številka delavca, ki ga nadomestni zdravstveni delavec nadomešča. V dejavnosti 302 001 in 302 068 se pri obračunu storitev, ki jih opravijo diplomirane medicinske sestre, v ta podatek vedno obvezno navede RIZDDZ številko diplomirane medicinske sestre, ki je storitev opravila. V dejavnosti 507 028 pri obračunu storitve F0005 in 327 061 pri obračunu storitve RAFT002 se v ta podatek vedno obvezno navede RIZDDZ številka fizioterapevta, ki je veljaven tudi v Seznamu izvajalcev specialne fizioterapevtske obravnave. V dejavnosti 743 608 se pri obračunu storitev 75011 in 75012 v ta podatek vedno obvezno navede RIZDDZ številka delavca, ki je veljaven tudi v seznamu oseb, ki lahko opravljajo storitev PUZ.
RIZDDZ številka nadomestnega delavca	5-mestna številka nadomestnega delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Podatek se navede samo v dejavnosti 302 001 pri obračunu storitev E0612-E0615, kadar storitev izvede nadomestni zdravstveni delavec, veljaven tudi v Seznamu specialistov klinične farmacije, ki lahko opravljajo delo farmacevtskega svetovanja.
RIZDDZ številka izvajalca	7-mestna šifra izvajalca, sestavljena iz šifer izvajalca oziroma zdravstvene postaje (prvih 5 mest) in lokacije (2 mesti); šifrant 1.
Interna oznaka enote izvajalca	Številka, ki jo izvajalec uporablja v lastni dokumentaciji.
Podatki o storitvi	Opis v poglavjih 13.4.3, 13.4.4, 13.4.5, 13.4.6, 13.4.7, 13.4.8, 13.4.9
Identifikator obravnave otroka/invalida pri izvajalcu	Vpiše se številka Identifikator obravnave pri izvajalcu od stacionarnega zdraviliškega zdravljenja otroka ali invalida za isto obdobje, kot je potekalo sobivanje starša/skrbnika. Podatek se navede le za podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja.
ZZS številka otroka/invalida	ZZS oziroma ZZS-TZO številka otroka ali invalida, s katerim je starš ali skrbnik sobival. Podatek se navede le za podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja.

Podatki o zdravstvenih listinah in odpustnih diagnozah po MKB (0... n)

Obveznost navajanja tega sklopa podatkov je opredeljena z obveznostjo navajanja podatkov po šifrantu K4 stolpec 14.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Podatki o sprejemu in sprejemni/napotni diagnozi	
Zaporedna številka zapisa / listine	Zaporedna številka zapisa ali listine v isti obravnavi, pri čemer 1 pomeni prvi zapis / listino, 2 drugi zapis / listino, itd. Navajanje podatkov je obvezno.
Oznaka podlage za obravnavo	Navede se oznaka dokumenta, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo. Dovoljene so naslednje vrednosti: 1 – zdravstvena listina, 9 – obravnava brez dokumenta.
Vrsta zdravstvene listine	Navede se šifra vrste zdravstvene listine iz šifranta 27. Dovoljene so naslednje vrednosti: 1 – napotnica, 2 – delovni nalog, 10 - delovni nalog za fizioterapijo, 90 – bela napotnica (ni listina OZZ). Podatek je potrebno obvezno izpolniti, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Številka zdravstvene listine	Navede se originalna številka zdravstvene listine, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo. Številko bele napotnice se navede z vodilnimi ničlami (skupaj 15 mest: 00000111111111). Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Datum izdaje zdravstvene listine	Datum izdaje zdravstvene listine, vpisan na izdani zdravstveni listini. Navajanje podatkov je obvezno, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatkov ni dovoljeno.
Šifra izvajalca – napotovalca	5-mestna RIZDDZ številka izvajalca - napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu. Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in Vrsta zdravstvene listine ni 90 - bela napotnica. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
RIZDDZ številka delavca – napotovalca	5-mestna številka delavca – napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3). Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Šifra diagnoze MKB – sprejemna/napotna	Navede se šifra sprejemne/napotne diagnoze skladno s šifrantom 50.1 MKB-10-AM, ver.11. Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Vrsta predhodne zdravstvene listine*	Navede se šifra vrste predhodne zdravstvene listine 1 – Napotnica ali 90 – Bela napotnica (ni listina OZZ). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
Številka predhodne zdravstvene listine*	Navede se številka predhodne zdravstvene listine. Pri zeleni napotnici se navede originalna številka zdravstvene listine, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo, pri beli napotnici pa številka z vodilnimi ničlami (skupaj 15 mest: 00000111111111). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
RIZDDZ številka delavca – predhodnega napotovalca*	Navede se 5-mestna številka delavca – predhodnega napotovalca (IOZ) iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
Šifra vrste zdravstvene storitve (VZS) – iz listine	Šifra vrste zdravstvene storitve iz šifranta VZS, vpisana na izdani zdravstveni listini iz sistema eNaročanja. Navajanje podatkov je obvezno, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in je 'Vrsta zdravstvene listine' 1 – napotnica, za ostale vrste listin je navajanje dovoljeno. V ostalih primerih navajanje podatkov ni dovoljeno.
Identifikator naročila	Identifikator naročila – IDT za izvedeno naročilo iz sistema eNaročanja. Navajanje podatkov je obvezno, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in je 'Vrsta zdravstvene listine' 1 – napotnica, v ostalih primerih je navajanje dovoljeno.
Podatki o odpustni diagnozi (1...10)	

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna št. odpustne/postavljene diagnoze MKB	Zaporedna številka odpustne (postavljene končne) diagnoze. Pod prvo zaporedno številko diagnoze izvajalec navede glavno diagnozo. Ostale diagnoze si sledijo po vrstnem redu do vključno desete diagnoze.
Šifra odpustne/postavljene diagnoze MKB	Vpiše se šifra odpustne (postavljene končne) diagnoze MKB skladno s šifrantom 50.1 MKB-10-AM, ver.11. Pri storitvi '91102 Triažiranje napotnice' se za odpustno diagnozo poroča sprejemna diagnoza.

*Opomba: Sklop podatkov o predhodni zdravstveni listini se navede samo v spodaj opisanem primeru: Kadar zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti) izda belo napotnico, mora pacient pri nadaljnjem uveljavljanju storitev v breme OZZ pri izvajalcu na sekundarni ravni, poleg bele napotnice predložiti še predhodno napotnico (zeleno napotnico ali belo napotnico), ki jo je na primarni ravni izdal izbrani osebni zdravnik (IOZ). Izvajalec storitev OZZ na sekundarni ravni je v tem primeru dolžan poročati podatke o beli napotnici in podatke o predhodni napotnici, ki jo je izdal IOZ.

13.4.1 Podatki o zavarovani osebi

Sklop vključuje identifikacijske podatke o zavarovani osebi in podatke o njenem obveznem ali mednarodnem zdravstvenem zavarovanju.

Če je oseba dojenček, star manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ oziroma ene od listin MedZZ, izvajalec navede minimalni nabor podatkov:

- ime in priimek,
- datum rojstva,
- spol,
- stalni in začasni naslov, če začasni naslov obstaja.

V vseh drugih primerih izvajalec navede za vse zavarovane osebe:

- ZZZS številko zavarovane osebe oz. ZZZS-TZO številko tuje zavarovane osebe,
- identifikator odgovora preverjanja OZZ oz. MedZZ in
- šifro načina pridobivanja podatkov.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Šifra načina pridobivanja podatkov	Šifra o načinu pridobivanja podatkov o zavarovani osebi, ki pove, ali so bili podatki OZZ pridobljeni s pomočjo on-line zdravstvenega zavarovanja ali ne. Uporablja se šifrant 18. Ko gre za obračun storitve po nacionalnem razpisu in osebo iz seznama oseb za nacionalni razpis, se polni vrednost »99«, če se branje podatkov v sistemu On-line ne izvede.
ZZZS številka zavarovane osebe	ZZZS številka osebe. Obvezen vnos podatka za vse osebe, ki so vključene v OZZ, razen če: <ul style="list-style-type: none"> – gre za nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje, zavarovana oseba pa nima KZZ ali Potrdila KZZ in on-line sistem ne deluje – gre za dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ – ZZZS-TZO številka tuje zavarovane osebe, ki uveljavlja pravice do storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare.
Identifikator odgovora preverjanja OZZ	Identifikator odgovora, ki ga pri preverjanju veljavnosti OZZ prejme izvajalec v povratni informaciji iz Zavoda. Nanašati se mora na način dostopa 1 ali 3 (glej poglavje 12.2.2.). V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). V primeru naknadnega obračuna LZM ali storitve izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je prejel na podlagi preverjanja veljavnosti OZZ ob obisku zavarovane osebe. V primeru, da se preiskava ne izvede na dan pregleda (npr. zdravnik ob obisku pacienta izda nalog za odvzem krvi, ki se odvzame po preteku bolezni), se ob odvzemu ponovno prebere KZZ in se pri obračunu LZM navede identifikator odgovora takratnega branja KZZ. Ko gre za obračun storitve po nacionalnem razpisu in osebo iz seznama oseb za nacionalni razpis, se polni vrednost »99999999999999999999«, če se branje podatkov v sistemu On-line ne izvede.
Identifikator odgovora preverjanja MedZZ	Vnese se številko odgovora zapisa oz. branja podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju. V primeru dobropisov, bremepisov ali popravkov poročil izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo, poročilu). V primeru naknadnega obračuna LZM ali storitve izvajalec navede tisti identifikator odgovora, ki ga je prejel na podlagi preverjanja veljavnosti MedZZ ob obisku zavarovane osebe.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Priimek in ime	Priimek in ime zavarovane osebe
Datum rojstva	Datum rojstva zavarovane osebe
Spol	Spol zavarovane osebe
Stalni naslov	Stalni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države. Podatek se pridobi iz uradnega identifikacijskega dokumenta ali ustno od zavarovane osebe.
Začasni naslov	Začasni naslov zavarovane osebe: ulica, hišna številka, pošta v RS oz. kraj v tujini, šifra države, ime države. Podatek se pridobi iz uradnega identifikacijskega dokumenta ali ustno od zavarovane osebe.

13.4.2 Podatki o staršu oziroma skrbniku

V primeru dojenčkov, ki so stari manj kot 60 dni in niso vključeni v OZZ (nimajo KZZ ali Potrdila KZZ), oziroma nimajo ene od listin MedZZ, se v ta sklop podatkov navedejo podatki starša oziroma skrbnika. V vseh ostalih primerih se ta sklop podatkov ne navaja.

Za podatke o staršu oziroma skrbniku veljajo enaka pravila kot za podatke o osebi (poglavje 13.4.1).

13.4.3 Podatki o storitvi

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve oziroma opravljenega ali izdanega LZM. Seznami storitev, LZM so po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti navedeni v Šifrantih za obračun Zavodu (priloga 1). Pri aplikaciji pripomočka se navaja šifra storitve aplikacije MP iz šifranta 15.32, ki je enaka šifri vrste MP, za katero se storitev obračunava.
Število storitev	Število opravljenih zdravstvenih storitev oziroma opravljenega ali izdanega LZM, npr.: <ul style="list-style-type: none"> – število zalivk na 1 ploskvi –to pomeni število obračunanih storitev s šifro 52320, – število nenujnih reševalnih prevozov – navede se vrednost 1 (vedno se obračuna 1 prevoz), – število fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov s standardno kovino v zobozdravstvu – število obračunanih fiksnih zobnoprotetičnih nadomestkov (šifra Q0001), Navajanje podatka je razvidno iz lastnosti tipa storitve.
Število enot za eno storitev	Število točk, količnikov...itd. za eno opravljeno zdravstveno storitev. Navede se končno število enot (točk, količnikov, gramov, mililitrov, kosov,...itd.) za eno storitev; to pomeni vključno s: <ul style="list-style-type: none"> – povečano zahtevnostjo obravnave v splošnih ambulantah, splošnih ambulantah specializanta družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjih in dispanzerjih za ženske, – 30% povečanjem števila točk zobozdravstvenih storitev za duševno prizadete osebe, – startnino pri reševalnem prevozu, – drugi primeri, opredeljeni v vsakoletnih Dogovorih ali Sklepu o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev, na podlagi katerih lahko izvajalec zaračuna drugačno število enot, kot jih določajo sezname storitev. Pri aplikaciji MP se navede število aplikativnih točk opredeljenih glede na vrsto MP (šifrant 15.32). Navajanje podatka je razvidno iz šifranta storitev (šifranti 15) in iz lastnosti tipa storitve.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Cena za eno enoto storitve	<p>Cena za točko, količnik oziroma cena za gram, kos, preiskavo, test, ampulo itd.</p> <p>Cena aplikativne točke je enaka ceni točke v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti – rehabilitacija (podvrsta 204 205).</p> <p>Pri količniških storitvah v glavarinskih dejavnostih (podvrste 302 001, 302 064, 302 068, 306 007, 327 009, 327 065) je cena za eno enoto storitve enaka nizki ceni količnika iz storitev.</p> <p>Pri količnikih storitvah v neglavarinskih dejavnostih pa je cena za eno enoto storitve enaka ceni za visoki K iz obiskov:</p> <ul style="list-style-type: none"> – splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu (podvrsta 302 002), – splošna ambulanta za neopredeljene zavarovane osebe (podvrsta 302 067), – otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih (podvrsta 327 013), – v dejavnosti NMP (podvrste 338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062 in 338 063) za vse razloge obravnav za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji in za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), – turistična ambulanta (podvrsta 302 036) za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), – otroški in šolski dispanzer preventiva (podvrsta 327 011). <p>Pri evidenčnih storitvah se navede vrednost 0.</p> <p>Pri storitvah urgentnih centrov ter v dejavnosti pediatrije – urgentna ambulanta se za vse razloge obravnav za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji, in za tuje zavarovane osebe navede vrednost točke tega programa.</p> <p>Pri storitvah izven rednega delovnega časa v zobozdravstvu (438 115) se za vse razloge obravnav za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji, in za tuje zavarovane osebe navede vrednost točke v rednem programu.</p> <p>Za tuje zavarovane osebe se pri dejavnostih, ki se plačujejo v pavšalu (Tabela 2 v poglavju 13.3.), navede vrednost točke, količnika oziroma cena, ki je za te osebe določena na posamezni podvrsti zdravstvene dejavnosti.</p> <p>V primeru naknadnega obračuna LZM se navede cena, ki velja na dan prejema izvida preiskave.</p> <p>Navede se cena brez DDV (cena iz cenika).</p>
Cena za visoki K iz obiskov	<p>Cena za visoki količnik (K) iz obiskov.</p> <p>Podatek se navede pri vseh količniških storitvah v naslednjih podvrstah dejavnosti:</p> <ul style="list-style-type: none"> – glavarinskih dejavnostih (podvrste 302 001, 302 064, 302 068, 306 007, 327 009, 327 065), – splošni ambulanti v socialnovarstvenem zavodu (podvrsta 302 002), – splošni ambulanti za neopredeljene zavarovane osebe (podvrsta 302 067), – otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih (podvrsta 327 013), – v dejavnosti NMP (podvrste 338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062 in 338 063) za vse razloge obravnav za osebe, ki imajo zavarovanje urejeno v Sloveniji, in za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), – turistična ambulanta (podvrsta 302 036) za tuje zavarovane osebe (je enaka ceni za visoki K iz obiskov v splošni ambulanti), – otroški in šolski dispanzer preventiva (podvrsta 327 011). <p>Navede se cena brez DDV (cena iz cenika).</p>
Celotna vrednost storitve	<p>Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0.</p> <p>CVS se izračuna po naslednjih formulah:</p> <ul style="list-style-type: none"> – za količniške storitve v glavarinskih dejavnostih za tuje zavarovane osebe: $CVS = \text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za visoki K iz obiskov} * (1 + \text{stopnja DDV}/100).$ – v vseh ostalih primerih: $CVS = \text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitev} * (1 + \text{stopnja DDV}/100).$
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Obračunana vrednost storitve	<p>Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve.</p> <p>OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli:</p> <ul style="list-style-type: none"> – za količniške storitve v glavarinskih dejavnostih: <ul style="list-style-type: none"> za slovenske zavarovane osebe: $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitev} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) - (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za visoki K iz obiskov} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) * (\text{odstotek doplačila} / 100)$, za tuje zavarovane osebe: $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za visoki K iz obiskov} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$, – v vseh ostalih primerih: <ul style="list-style-type: none"> $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitev} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$. <p>OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za PZZ} = CVS - OVS \text{ za OZZ}$.</p> <p>Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.</p>
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oziroma LZM.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Zaporedna številka zapisa / listine	<p>Zaporedna številka zapisa / listine v isti obravnavi, pri čemer 1 pomeni prvi zapis / listino, 2 drugi zapis / listino, itd. in mora biti skladna z istovrstnim podatkom iz sklopa podatkov o zdravstvenih listinah in odpustnih diagnozah po MKB na nivoju obravnave. V primeru opravljenih več storitev na podlagi iste listine, se zaporedna številka zapisa / listine ponovi.</p> <p>Navajanje podatkov je obvezno, kadar so navedeni podatki o zdravstvenih listinah in odpustnih diagnozah po MKB, sicer navajanja podatka ni dovoljeno.</p>
RIZDDZ številka izvajalca - naročnika	<p>5-mestna številka izvajalca - naročnika iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Navede se šifra izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki je zavarovano osebo poslal na pregled oziroma posredoval farmacevtu svetovalcu kartoteko. Podatek se prepíše iz delovnega naloga.</p> <p>Podatek se navaja v vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 za storitve E0612-E0615.</p>
RIZDDZ številka delavca - naročnika	<p>5-mestna številka delavca - naročnika iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Navede se šifra zdravnika, ki je zavarovano osebo poslal na pregled oziroma posredoval farmacevtu svetovalcu kartoteko. Podatek se prepíše iz delovnega naloga.</p> <p>Podatek se navaja v vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 302 001 za storitve E0612-E0615.</p>
Šifra vrste zdravstvene storitve (VZS) – iz naročila	<p>Šifra vrste zdravstvene storitve iz šifranta VZS iz naročila v sistemu eNaročanja (lahko se razlikuje od šifre vrste zdravstvene storitve iz napotne listine).</p> <p>Navajanje podatkov je obvezno ne glede na podatek 'Oznaka podlage za obravnavo' in 'Vrsta zdravstvene listine', če je izpolnjen podatek 'Identifikator naročila'. V ostalih primerih navajanje podatkov ni dovoljeno.</p>

Podatki o diagnozah po MKB na storitvi (0 ... 10)

Velja za storitve na dejavnosti Q86.210 skladno z omejitvami, opredeljenimi v začetku poglavja 13.4.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna št. diagnoze MKB	Zaporedna številka diagnoze. Navedejo se diagnoze za vsa obravnavana stanja. Pod prvo zaporedno številko diagnoze izvajalec navede glavno diagnozo oziroma diagnozo za stanje, ki ga je obravnaval v pretežni meri. Ostale diagnoze si sledijo po vrstnem redu, do vključno desete diagnoze. Podatek se navaja tudi pri evidenčnih storitvah.
Šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra diagnoze MKB skladno s šifrantom 50.1 MKB-10-AM, ver.11. Pri navajanju se upošteva pravila in omejitve glede na šifrante K4 in K33. Pri storitvah, kjer je v podrobnejših podatkih (podstrukturah) diagnoza že navedena (npr. za zdravila iz seznama A), dodatno poročanje podatkov o diagnozah ni dovoljeno (upošteva se šifrant K33). Primer dogodkov: Pri telefonskem ali elektronskem posvetu ter pri ponovnem predpisu recepta ali MP se navede ena od šifer MKB diagnoz iz sklopa Z (na primer za ponovni predpis zdravil, očal ali MP se navede šifra diagnoze Z76.0). Pri predpisu bolniškega staleža se navede diagnoza, zaradi katere je bolnik v bolniškem staležu. Pri preventivnih storitvah se navede ena od šifer MKB iz sklopa Z. Pri storitvah farmacevtskega svetovanja se navede diagnoza iz delovnega naloga.

13.4.3.1 Podatki o zobozdravstvenih storitvah

Podatke o zobozdravstvenih storitvah izvajalec navede v zobozdravstveni dejavnosti Q86.230. Pravila za navajanje posameznega podatka so po posameznih zobozdravstvenih storitvah opredeljena v seznamih storitev in v šifrantih K.16 – K.24, K26, K35.1 ter K41.

V podvrsti zdravstvene dejavnosti 215 224 Maksilofacialna kirurgija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti izvajalec navede podatek Obseg slikanja v skladu s šifrantom K26. V primeru, ko je obseg slikanja 1 – Lokacija čeljusti, navede še podatek Lokacija čeljusti po šifrantu 32. Ostalih podatkov v tej podvrsti ni potrebno navajati.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka																																																																																				
Lokacija zoba	Navede se lokacija zoba v čeljusti skladno z odontografskim označevanjem zob po FDI (Fédération Dentaire Internationale - tabela spodaj). Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantih K.18 ali K.19. Stalno zobovje: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="8">Desno</th> <th colspan="8">Levo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zgoraj</td> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td> <td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>spodaj</td> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td> <td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> </tbody> </table> Mlečno zobovje: <table border="1" style="margin-left: 20px;"> <thead> <tr> <th></th> <th colspan="5">desno</th> <th colspan="5">Levo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>zgoraj</td> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td> <td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>spodaj</td> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td> <td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td> </tr> </tbody> </table>		Desno								Levo								zgoraj	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	spodaj	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38		desno					Levo					zgoraj	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	spodaj	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75
	Desno								Levo																																																																												
zgoraj	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																																																					
spodaj	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																																																					
	desno					Levo																																																																															
zgoraj	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																																											
spodaj	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																																											
Lokacija ploskve	Navede se lokacija ploskve na zobu: M, O, D, B, Li, La, I, P. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.19.																																																																																				
Lokacija čeljusti	Šifra lokacije čeljusti po šifrantu 32. Oznaka, ali je bila zobozdravstvena storitev opravljena na zgornji čeljusti, na spodnji čeljusti ali na obeh. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.20.																																																																																				
Lokacija kvadranta	Šifra lokacije kvadranta po šifrantu 33. Oznaka, na katerem kvadrantu je bila opravljena zobozdravstvena storitev (zgornji desni kvadrant, zgornji levi kvadrant, spodnji levi kvadrant ali spodnji desni kvadrant). Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.21.																																																																																				
Vrsta ortodontskega aparata	Šifra vrste ortodontskega aparata po šifrantu 30. Oznaka vrste ortodontskega aparata, ki je bil oz. bo izdelan. Podatek se izpolni v podvrsti ortodontija (401 110) v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.23.																																																																																				

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Fasetiran mostiček	Šifra po šifrantu 31. Oznaka, ali je opravljena zobozdravstvena storitev sestavni del fasetiranega mostička ali ne. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.22.
Številka predloga zobnoprotonetične rehabilitacije	Navede se originalna številka predloga zobnoprotonetične rehabilitacije. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K 17.
RIZDDZ številka laboratorija – izdelovalca zobnoprotonetičnega nadomestka	5-mestna šifra laboratorija, ki je izdelal (dokončal) zobnoprotonetični nadomestek; po šifrantu 1. Podatek se prepíše iz delovnega naloga za zobnoprotonetične storitve. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.24.
RIZDDZ številka delavca – izdelovalca zobnoprotonetičnega nadomestka	5-mestna šifra zdravstvenega delavca, ki je izdelal zobnoprotonetični nadomestek (dokončal oziroma opravil dominantno storitev); po šifrantu 3. Podatek se prepíše iz delovnega naloga za zobnoprotonetične storitve. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K.24.
Šifra države EU	Če zobnoprotonetični nadomestek ni izdelan v Sloveniji, ampak v eni od držav Evropske unije, se vpíše šifra te države. V tem primeru se podatka »RIZDDZ številka laboratorija« in »RIZDDZ številka delavca – izdelovalca zobnoprotonetičnega nadomestka« ne navedeta.
Obseg slikanja	Šifra obsega slikanja po šifrantu 29. Oznaka obsega slikanja. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K26. V primeru, ko je podatek Obseg slikanja 1 – Lokacija čeljusti, je potrebno navesti podatek Lokacija čeljusti.
EF indeks	EF indeks oziroma EFO indeks. Navede se število točk. Podatek EF indeks se izpolni ob začetku in zaključku ortodontskega zdravljenja, podatek EFO indeks pa v primeru obračuna prvega specialističnega ortodontskega pregleda. Podatek se izpolni v primeru obračuna zobozdravstvene storitve, navedene v šifrantu K41. V ostalih primerih se podatek ne navaja.

13.4.4 Podatki o storitvah CT/MR

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalci beležijo pri obračunu računalniške tomografije (CT) in magnetne resonance (MR).

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene zdravstvene storitve - radiološke preiskave po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35).
Število storitev	Število opravljenih zdravstvenih storitev - radioloških preiskav.
Število enot za eno storitev	Število enot za eno opravljeno zdravstveno storitev – radiološko preiskavo po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35). Navede se vrednost 1.
Cena za eno enoto storitve	Cena za eno enoto zdravstvene storitve – radiološke preiskave. Navede se cena brez DDV (cena iz cenika).
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. CVS se izračuna po naslednji formuli: $CVS = \text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitve} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)$.
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitve} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
	OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli: OVS za PZZ = CVS – OVS za OZZ Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.
Stopnja DDV	Prikaže se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.

Če je bila ob CT/MR preiskavi zahtevana tudi dodatna primerjava preiskave s predhodnimi slikanji, izvajalec obračuna opravljeno CT/MR preiskavo in evidentira opravljeno CT/MR primerjavo preiskave (CT90001/MR90001). Za CT/MR preiskavo obvezno navede podrobne podatke o radiološki preiskavi, za CT/MR primerjavo preiskave pa teh podatkov ne navaja.

Podatki o opravljeni radiološki preiskavi:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Radiološki podatki preiskave	
Unikatna številka preiskave iz čakalne knjige	Unikatna številka preiskave iz čakalne knjige
Šifra naročene radiološke preiskave.	Šifra naročene radiološke preiskave, kot jo je na napotnici opredelil zdravnik, ki je osebo napotil na preiskavo; po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35).
Razlog za ev. zamenjavo šifre naročene preiskave - aplikacija kontrasta	Podatek se izpolni z vrednostjo 1 v primeru, ko je razlog za zamenjavo naročene preiskave aplikacija kontrasta.
Drugi razlog za ev. zamenjavo šifre naročene preiskave	Kratek opis razloga za zamenjavo naročene preiskave, ko razlog za zamenjavo ni (le) aplikacija kontrasta. Izvajalec mora v primeru zamenjave naročene preiskave navesti vsaj enega od razlogov za zamenjavo.
Dozimetrija CT	Dozimetrija CT. Podatek se izpolni za opravljeno CT preiskavo (DLP – doselengthproduct = zmnožek doze in dolžine področja slikanja v enotimGy cm).
Mnenje radiologa	
Ustreznost izbire stopnje nujnosti	Navede se, ali je bila na napotnici označena ustrezna stopnja nujnosti: 1 – Da, 2 – Ne.
Potrditvev napotne diagnoze	Navede se, ali je bila napotna diagnoza potrjena: 1 – Da, 2 – Ne.
Razrešeno klinično vprašanje	Navede se, ali je bilo razrešeno klinično vprašanje: 1 – Da, 2 – Ne.
Dodatna radiološka preiskava	
Podatke o dodatni radiološki preiskavi – primerjavi preiskave izvajalec navede, če je bila zahtevana primerjava preiskave s predhodnimi slikanji (npr. kontrolna slikanja pri onkoloških pacientih po kemoterapiji...).	
Šifra opravljene dodatne radiološke preiskave	Šifra CT/MR primerjave preiskave (šifra RDP CT90001 ali MR90001).
Šifra predhodne radiološke preiskave	Šifra predhodne radiološke preiskave na katero se izvaja primerjava; po šifrantu Seznam storitev računalniške tomografije – CT (šifrant 15.30) ali Seznam storitev magnetne resonance (šifrant 15.35). Če se primerjava dela na več predhodnih preiskav, izvajalec navede podatke najkasnejše/zadnje predhodne preiskave.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Datum predhodne preiskave	Navede se datum predhodne preiskave.
RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca – zdravnika, ki je zahteval primerjavo, iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3).
Razlog za primerjavo preiskave	Kratek opis razloga za primerjavo preiskave.
Radiološki podatki o diagnozah – MKB	
Pod prvo zaporedno številko diagnoze izvajalec navede glavno diagnozo. Ostale diagnoze si sledijo po vrstnem redu do vključno četrte diagnoze.	
Zaporedna številka diagnoze MKB	Zaporedna številka diagnoze MKB.
Šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra diagnoze MKB skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni.
Aplikacija kontrastnega sredstva	
Aplikacija kontrastnega sredstva	Navede se, ali je bilo pri preiskavi aplicirano kontrastno sredstvo: 1 – Da 2 – Ne
Delovna šifra zdravila – kontrastnega sredstva	6-mesta delovna šifra kontrastnega sredstva, uporabljenega (apliciranega bolniku) iz CBZ. Podatek se navede samo v primeru aplikacije kontrastnega sredstva.
Realizirana zdravstvena listina - OZZ	
Vrsta zdravstvene listine	Navede se šifra vrste zdravstvene listine 1 – Napotnica.
Številka zdravstvene listine	Navede se originalna številka zdravstvene listine – napotnice.
Šifra izvajalca – napotovalca	5-mestna RIZDDZ številka izvajalca - napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu.
Vrsta zdravstvene dejavnosti izvajalca – napotovalca	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti napotovalca po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti izvajalca – napotovalca	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
RIZDDZ številka delavca – napotovalca	5-mestna številka delavca – napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3).
Oznaka predpisovalca napotnice	Navede se oznaka zdravnika, ki je napotnico izdal; po šifrantu 39.1.
Oznaka veljavnosti napotnice	Navede se veljavnost izdane napotnice; po šifrantu 39.2.
Obdobje veljavnosti napotnice	Navede se število mesecev veljavnosti napotnice. Podatek se obvezno navaja v primeru, ko je veljavnost napotnice 2 – za obdobje N mesecev, sicer se ne navaja.
Obseg pooblastil	Navede se obseg pooblastil na napotnici; po šifrantu 39.3.
Razlog obravnave na listini	Navede se šifra razloga obravnave na napotnici; po šifrantu 10.2.
Oznaka stopnje nujnosti	Navede se oznaka stopnje nujnosti na napotnici; po šifrantu 39.4.
Oznaka prednostnih kriterijev	Podatek se ne navaja.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Napotna šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra diagnoze MKB skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni.
Realizirana zdravstvena listina – bela napotnica	
Vrsta zdravstvene listine	Navede se šifra vrste zdravstvene listine 90 – Bela napotnica (ni listina OZZ).
Številka zdravstvene listine	Navede se 15-mestna številka 0000001111111111.
RIZDDZ številka delavca – napotovalca	5-mestna številka delavca – napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3).
Oznaka veljavnosti napotnice	Navede se veljavnost izdane napotnice; po šifrantu 39.2.
Obdobje veljavnosti napotnice	Navede se število mesecev veljavnosti napotnice. Podatek se obvezno navaja v primeru, ko je veljavnost napotnice 2 – za obdobje N mesecev, sicer se ne navaja.
Obseg pooblastil	Navede se obseg pooblastil na napotnici; po šifrantu 39.3.
Razlog obravnave na listini	Navede se šifra razloga obravnave na napotnici; po šifrantu 10.2.
Oznaka stopnje nujnosti	Navede se oznaka stopnje nujnosti na napotnici; po šifrantu 39.4.
Oznaka prednostnih kriterijev	Podatek se ne navaja.
Napotna šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra diagnoze MKB skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni.
Vrsta predhodne zdravstvene listine*	Navede se šifra vrste predhodne zdravstvene listine 1 – Napotnica ali 90 – Bela napotnica (ni listina OZZ). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
Številka predhodne zdravstvene listine*	Navede se številka predhodne zdravstvene listine. Pri zeleni napotnici se navede originalna številka zdravstvene listine, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo, pri beli napotnici pa številka z vodilnimi ničlami (skupaj 15 mest: 0000001111111111). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
RIZDDZ številka delavca – predhodnega napotovalca*	Navede se 5-mestna številka delavca – predhodnega napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).

*Opomba: Sklop podatkov o predhodni zdravstveni listini se navede samo v spodaj opisanem primeru: Kadar zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti) izda belo napotnico, mora pacient pri nadaljnjem uveljavljanju storitev v breme OZZ pri izvajalcu na sekundarni ravni, poleg bele napotnice predložiti še predhodno napotnico (zeleno napotnico ali belo napotnico), ki jo je izdal zdravnik na primarni ravni. Izvajalec storitev OZZ na sekundarni ravni je v tem primeru dolžan poročati podatke o beli napotnici in podatke o prehodni napotnici, ki jo je izdal zdravnik na primarni ravni.

13.4.5 Podatki o apliciranih zdravilih iz Seznama A in B

Za zdravila iz Seznama A in B velja enak sklop podatkov, ki pa se zaradi zgodovinskih okoliščin tehnično še vedno poroča po dveh različnih podstrukturah. Zaradi enake vsebine v tem navodilu ta sklop podatkov za oba seznama zdravil navajamo skupaj.

Sklop podatkov za zdravila iz Seznama B poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih vrstah in podvrstah splošne in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, pri katerih je po šifrantu 15.28 opredeljena šifra storitve Q0265 (z nabavno vrednostjo večjo od 0), Q0266 (z nabavno vrednostjo 0), Q0266 (z nabavno vrednostjo 0) in Q0267 (z nabavno vrednostjo 0).

Sklop podatkov za zdravila iz Seznama A poročajo in obračunavajo le izvajalci, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih vrstah in podvrstah splošne in specialistično zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti ter v dejavnosti socialnovarstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje, pri katerih je opredeljena šifra storitve Q0235 (z nabavno vrednostjo večjo od 0), Q0236 (z nabavno vrednostjo 0) in Q0237 (z nabavno vrednostjo 0) iz šifranta 15.28.

Zdravilo iz Seznama A in zdravilo iz Seznama B se obračuna hkrati skupaj s storitvijo v isti obravnavi, v okviru katere je bilo aplicirano. V primeru, da je apliciranih več zdravil, za katere so določene različne storitve priprave in aplikacije, se na isti dan vsa zdravila obračunajo z eno istovrstno storitvijo (ista storitev enkrat npr 1 krat Q0265). Poleg te storitve se obračuna tudi ena storitev priprave in aplikacije, in sicer najdražja. Za več pojasnil glej poglavje 4.4 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev« ter 5.5 »LZM, zdravila iz Seznama A in B ter nadrejena storitev«.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve za aplikacijo zdravila iz šifranta 15.28.
Število storitev	Navede se vrednost 1.
Število enot za eno storitev	Navede se vrednost 1.
Cena za eno enoto storitve	Navede se celotna vrednost storitve (zdravila). Izračun je naveden v polju Celotna vrednost storitve. Pri evidenčnih storitvah je Cena za eno enoto storitve enaka 0.
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (zdravila) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. Pri evidenčnih storitvah je Celotna vrednost storitve enaka 0. CVS se izračuna po naslednji formuli: $CVS = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \gg \text{Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju}))$. V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način: $CVS = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \gg \text{Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju}) / \text{št. dni zdravljenja}) * \text{št. dni z urejenim zavarovanjem}$.
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. Pri evidenčnih storitvah je Obračunana vrednost storitve enaka 0. V spodnji formuli se vnese podatke iz sklopa Podrobni podatki o apliciranem zdravilu iz Seznama A in B glede na nacionalno šifro zdravila. OVS za OZZ se za vrste dokumentov 4-12 in 15-16 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \gg \text{Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju})) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$. OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za PZZ} = CVS - OVS \text{ za OZZ}$. Če tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se obračunana vrednost storitve izračuna na naslednji način:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
	OVS za OZZ = $(\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \gg \text{Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju})) / \text{št. dni zdravljenja} * \text{št. dni z urejenim zavarovanjem} * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$. Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.
Stopnja DDV	Prikaže se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev oz. zdravilo.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Identifikator nadrejene storitve	Navede se številka glavne (nadrejene) storitve (npr. storitve iz šifranta 15.117), v okviru katere je bila evidentirana tudi dopolnilna (podrejena) storitev (npr. Q0235, Q0265). Nadrejena storitev ne sme biti storitev iz šifranta 15.28 (LZM). Navede se interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. Identifikator nadrejene storitve mora biti enak identifikatorju storitve, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano.
Datum aplikacije zdravila	Datum aplikacije zdravila
Lečeča zdravstvena služba z lokacijo	Lečeča zdravstvena služba z lokacijo, kjer je bilo zdravilo aplicirano. Vnese se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz RIZDDZ, YY 2-mestna šifra lokacije iz RIZDDZ in ZZZ 3-mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranta 2.
RIZDDZ številka delavca - predpisovalca	Navede se 5-mestna številka delavca - zdravnika, ki je zdravilo predpisal, iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3).
Telesna površina zavarovane osebe	Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno površino in imajo v CBZ označbo, da je potrebno navesti telesno površino zav. osebe, se vpiše podatek v m ² na 2 decimalni mesti natančno, sicer je polje prazno.
Telesna masa zavarovane osebe	Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno maso in imajo v CBZ označbo, da je potrebno navesti telesno maso zavarovane osebe, se vpiše podatek v kg na 1 decimalno mesto natančno, sicer je polje prazno.
Vrsta obravnave bolnika	Šifra vrste obravnave bolnika iz šifranta 40 skladno s šifrantom K10.
Šifra diagnoze MKB	Skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni se vpiše šifra diagnoze MKB, za katero poteka zdravljenje z zdravilom.

13.4.5.1 Podrobni podatki o apliciranem zdravilu iz Seznama A in B

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Nacionalna šifra zdravila	Polni se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra izdanega zdravila glede na predpis. Poroča se samo tiste šifre zdravil iz Seznama B, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 18 ali 19 in šifre zdravil iz Seznama A, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 24 ali 25...
Količina apliciranega zdravila	Količina apliciranega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje. Pri teh zdravilih so običajno enote ampule ali vial. Število enot za apliciranje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ. Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno (če ni bila izdana cela enota za apliciranje, npr. ampula, se del enote za apliciranje vpiše kot decimalno število). Če bolnik prejme 1 ampulo, se vpiše 1,0000, če prejme tretjino ampule, se vpiše 0,3333, če prejme 2 in pol ampule, se vpiše 2,5000.
Nabavna cena zdravila	Vpiše se nabavno ceno na debelo z vsemi popusti za originalno pakiranje zdravila z DDV, ki jo je plačal izvajalec. Pri evidenčnih storitvah je cena enaka 0.
Datum nabave zdravila	Navede se datum, ko je izvajalec nabavil zdravilo.

13.4.6 Podatki o fizioterapevtskih storitvah

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalci beležijo pri obračunu fizioterapevtskih storitev, ki se beležijo na vrsto in podvrsto dejavnosti 507 028.

Splošni podatki o fizioterapevtski storitvi

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve iz Seznama fizioterapevtskih storitev po šifrantu 15.46.
Število storitev	Število opravljenih zdravstvenih storitev. Navede se vrednost 1.
Število enot za eno storitev	Število uteži za eno opravljeno zdravstveno storitev iz Seznama fizioterapevtskih storitev (šifrant 15.46).
Cena za eno enoto storitve	Cena za eno enoto (utež) zdravstvene storitve. Navede se cena brez DDV (cena iz cenika).
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. CVS se izračuna po naslednji formuli: $CVS = \text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitve} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)$.
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. OVS za OZZ se za vrste dokumentov 4-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitve} * (1 + \text{stopnja DDV}/100)) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$. OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za PZZ} = CVS - OVS \text{ za OZZ}$ Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitev	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.

Podatki o listini OZZ

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
RIZDDZ številka delavca - napotovalca	5-mestna številka delavca – napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3).
Oznaka predpisovalca delovnega naloga	Navede se oznaka zdravnika, ki je delovni nalog izdal; po šifrantu 39.1.
Številka listine OZZ	Navede se številka delovnega naloga.
Napotna šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra MKB skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni. V primeru, da je na delovnem nalogu navedenih več šifer MKB, se vpiše prvo zapisano.

Podatki o fizioterapevtskih obiskih (1...30)

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna številka obiska	Navede se zaporedna številka obiska, pri čemer 1 pomeni prvi obisk, 2 drugi obisk,...
Datum obiska	Navede se datum, ko je zavarovana oseba prišla na terapijo.

Podatki o fizioterapevtskih postopkih (1..20)

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna številka postopka	Navede se zaporedna številka postopka, pri čemer 1 pomeni prvi izvedeni postopek, 2 drugi izvedeni postopek,...
Šifra fizioterapevtskega postopka	Navede se šifra fizioterapevtskega postopka iz šifranta 49

13.4.7 Podatki o nenujnih reševalnih prevozih

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalci beležijo pri obračunu nenujnih reševalnih prevozov.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
RIZDDZ številka izvajalca - naročnika prevoza	5-mestna številka izvajalca – naročnika prevoza iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 1). Navede se šifra izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki je izdal nalog za prevoz. Podatek se prepíše iz naloga za prevoz.
RIZDDZ številka delavca – naročnika prevoza	5-mestna številka delavca – naročnika prevoza iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Navede se šifra zdravnika, ki je izdal nalog za prevoz. Podatek se prepíše iz naloga za prevoz.
Vrsta prevoza	Vrsta prevoza. Uporabljajo se vrednosti iz šifranta 52.1: – na dejavnosti 513 150 je lahko obračunana le vrsta prevoza z označbo 2 –nenujni; – na dejavnosti 513 151 ter 513 153 je lahko obračunana le vrsta prevoza z označbo 3 – sanitetni.
Razlog za nenujni ali sanitetni prevoz	Razlog za nenujni ali sanitetni prevoz, ki je označen na nalogu za prevoz. Uporabljajo se vrednosti iz šifranta 52.2: – na dejavnosti 513 150 je lahko obračunan le razlog za prevoz 1 – nepokretnost ali 3 – spremstvo zdravstvenega delavca; – na dejavnosti 513 151 je lahko obračunan le razlog za prevoz 4 – dializa; – na dejavnosti 513 153 je lahko obračunan le razlog za prevoz 2 – škodljivost javnega prevoza.
Registrska številka reševalnega vozila	Navede se registrska številka reševalnega vozila, ki je prevoz opravil.
Naslov začetka prevoza	Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem se navede lokacija izvajalca prevoza ali lokacija izvajalca zdravstvenih storitev, kjer je bil pacient obravnavan. Pri sanitetnih prevozih se navede naslov prebivališča zavarovane osebe ali lokacija izvajalca zdravstvenih storitev, kjer je bil pacient obravnavan. V vseh primerih se navede ulica, hišna številka ter pošta v RS.
Naslov konca prevoza	Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem se navede lokacija izvajalca zdravstvenih storitev, kamor je bil pacient napoten, ali lokacija izvajalca prevoza. Pri sanitetnih prevozih se navede lokacija izvajalca zdravstvenih storitev, kamor je bil pacient napoten, ali naslov prebivališča zavarovane osebe. V vseh primerih se navede ulica, hišna številka ter pošta v RS.
Čas začetka prevoza	Navede se ura in minuta začetka prevoza.
Čas konca prevoza	Navede se ura in minuta konca prevoza.

13.4.8 Podatki o razdeljenih zdravilih iz Seznama zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog - »Substitucijska zdravila«

Sklop podatkov »Substitucijska zdravila« je namenjen evidenčnemu poročanju zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, ki jih Centri za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog na vrsti in podvrsti dejavnosti 302 003 razdelijo svojim varovancem.

Substitucijska zdravila so posebej vodena in označena CBZ v XML obliki, ki jo vsi izvajalci zdravstvenih storitev prevzemajo v XML obliki. CBZ v XML obliki se dnevno posodablja. Podrobni podatki o substitucijskih zdravilih se beležijo pod šifro LZM Q0280 – Substitucijska zdravila – delitev. Šifra Q0280 se navede le enkrat na obravnavi, in sicer poleg vsake izmed evidenčnih storitev delitve zdravil, ki so navedene v šifrantu 15.125 »Evidenčne storitve izdaje zdravil v Centrih za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (302 003)«.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna številka zapisa datuma zaužitja	Navede se zaporedna številka zapisa datuma zaužitja zdravila.
Datum zaužitja	Navede se datum, za katerega je oseba prejela zdravilo. Datum zaužitja ne sme biti manjši od datuma začetka obravnave in ne sme biti večji od datuma konca obravnave + 30 dni.
RIZDDZ številka izvajalca - lekarne	7-mestna šifra izvajalca-lekarne, ki je pripravila zdravilo za nadomestno zdravljenje odvisnosti od drog. Šifra je sestavljena iz šifer izvajalca-lekarne oziroma zdravstvene postaje (prvih 5 mest) in lokacije (2 mesti); šifrant 1.

Podatki o razdeljenih zdravilih

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Nacionalna šifra zdravila	Polni se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra razdeljenega zdravila v centru ali izven njega. Poroča se samo šifre zdravil iz Seznama zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog.
Količina razdeljenega zdravila	Količina razdeljenega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje oziroma zaužitje. Pri teh zdravilih so običajno enote tablete, kapsule, mililitri, litri ali steklenice. Število enot za apliciranje oziroma zaužitje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ. Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno. Če bolnik prejme 1 tableto ali kapsulo se vpiše 1,0000, če prejme 5 ml zdravila, se vpiše 5,0000. Če ni bila razdeljena cela enota za apliciranje oziroma zaužitje, se del enote vpiše kot decimalno število (če je enota izražena kot 1 liter zdravila, se pri zaužitju količini 10 ml, vpiše 0,0100).
Datum nabave zdravila	Navede se datum, ko je center nabavil zdravilo od izvajalca – lekarne. Datum nabave zdravila ni obvezen podatek.
Oznaka lokacije priprave zdravila	Oznaka lokacije priprave zdravila je lahko 1 – center ali 2 – lekarna. Center mora ob vsakem beleženju razdeljenega zdravila, ki se v lekarni ali v centru pripravlja za posameznega bolnika pred zaužitjem (metadon), zabeležiti tudi oznako lokacije priprave zdravila. Podatek se navede LE, ko je to zahtevano v CBZ.

13.4.9 Podrobni podatki o podrobnih evidenčnih storitvah (1 ... 20)

Izvajalec beleži podrobne evidenčne storitve, ki so bile opravljene v okviru obračunskih storitev. Sklope veljavnih podrobnih evidenčnih storitev za obračunske storitve določa šifrant K14.2 »Soodvisnost storitev za obračun s podrobnimi evidenčnimi storitvami«.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna št. podrobne evidenčne storitve	Navede se zaporedna številka podrobne evidenčne storitve.
Šifra podrobne evidenčne storitve	Navede se šifra podrobne evidenčne storitve (šifrant 55).
Število podrobnih evidenčnih storitev	Navede se število podrobnih evidenčnih storitev.

13.5 Struktura »SBD obravnava«: podatki o storitvah v bolnišnični dejavnosti

Struktura se uporablja za pošiljanje podatkov o opravljenih storitvah (običajno) hospitalizirani zavarovani osebi. Velja za naslednje vrste zdravstvene dejavnosti:

- v bolnišnični zdravstveni dejavnosti (Q86.100, izjema je zdraviliško zdravljenje 104 501 in 104 502, kjer se podatki navajajo po strukturi »Obravnava«),
- v dejavnosti obvezne socialne varnosti (O84.300) pri naslednjih podvrstah zdravstvene dejavnosti: doječe matere (701 308), spremljanje (701 309) in sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku (701 310).

13.5.1 Podatki o zavarovani osebi

Podatki o zavarovani osebi so definirani v poglavju 13.4.1.

13.5.2 Podatki o SBD obravnavi

Vse storitve v času hospitalizacije (storitve akutne in neakutne obravnave, LZM-ji, dodatki) se obračunavajo hkrati in skupaj v okviru ene SBD obravnave. Izjeme so opisane v poglavju 3.5 »Posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti«.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator obravnave pri izvajalcu	Interna številka obravnave, ki jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Razlog obravnave	Podatek opredeli izvajalec najkasneje po končani obravnavi. Vrednosti so določene v šifrantu 10.1.
Registrska številka za razloga obravnave 3 in 4	Vnos registrske številke tistega zavezanca za prispevek, ki je odgovoren oziroma pri katerem je nastala poškodba pri delu ali poklicna bolezen zavarovane osebe. Če izvajalec iz sistema on-line ne more pridobiti pravilnega podatka, vpiše z ročnim vnosom registrsko številko, ki jo pridobi iz dokumentacije in zapisov v zdravstveni evidenci (npr. Prijava poškodbe pri delu, Odločba o poklicni bolezni, ...) ali iz listine OZZ. Če izvajalcu ni poznana pravilna registrska številka, se podatek ne navede.
Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni za razloge obravnave 3,4,5	Datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni. Podatek se navaja samo za razloge obravnave: <ul style="list-style-type: none"> – poklicna bolezen (3): datum priznanja poklicne bolezni, – poškodba pri delu (4): datum nastanka poškodbe, – poškodba po tretji osebi izven dela (5): datum nastanka poškodbe. Podatek se prepíše iz zdravstvenega kartona. Če izvajalcu ni poznan datum nastanka poškodbe ali priznanja poklicne bolezni, se podatek ne navede.
Identifikator poškodbe pri delu oz. poškodbe po tretji osebi izven dela	Podatek se ne navaja.
Premestitev (neposredna napotitev) iz druge bolnišnice	Vpiše se šifra iz šifranta 38.1.
Indikator sprejema	Opredelev, ali gre za planiran ali neplaniran sprejem v bolnišnico. Vpiše se šifra iz šifranta 38.2.
Ponovni sprejem	Ponovni sprejem osebe v bolnišnično obravnavo zaradi iste bolezni, poškodbe ali zastrupitve v isti bolnišnici. Vpiše se šifra iz šifranta 38.3.
Datum in ura prihoda v bolnišnico	Datum in ura prihoda zavarovane osebe v bolnišnico.
Datum in ura začetka bolnišnične obravnave istega tipa	Datum in ura začetka bolnišnične obravnave istega tipa – sprejema v posteljno enoto določene zdravstvene službe, ki izvaja obravnavo akutnega tipa.
Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa	Število vseh epizod v okviru ene bolnišnične obravnave istega tipa. Vpiše se tudi število posameznih dnevnih obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število zaključenih epizod istega tipa od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Lečeča zdravstvena služba z lokacijo	Oznaka lečeče zdravstvene službe z lokacijo, ki je obravnavala osebo v bolnišnični obravnavi istega tipa zaradi glavne diagnoze. V primeru, da je bila oseba zaradi glavne diagnoze obravnavana v več službah, se vpiše tisto, kjer je bila obravnavane najdlje. Navaja se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz RIZDDZ, YY 2-mestna šifra lokacije iz RIZDDZ in ZZZ 3 mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranta 2. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše tisto šifro službe, ki je osebo v obdobju od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna, obravnavala najdlje.
Datum in ura zaključka bolnišnične obravnave istega tipa	Datum zaključka bolnišnične obravnave istega tipa. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se v to polje zapiše datum obračuna.
Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa	Mesto, kamor je ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa napotena oseba ali smrt osebe. Vpiše se šifra iz šifranta 38.4. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2 se v tem polju zapiše vrednost 9.
Vrsta napotitve v drugo bolnišnico (k drugemu izvajalcu)	Vpiše se šifra iz šifranta 38.5. Podatek se izpolni le, če je v polju 'Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2 ali 4.
Šifra druge bolnišnice	Šifra bolnišnice, v katero je oseba napotena ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa. Uporablja se 5-mestne številke izvajalcev iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu. Podatek se izpolni le, če je v polju 'Napotitev/stanje ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2 ali 4.
Število ur v intenzivni terapiji	Število ur zdravljenja na intenzivnem oddelku ali v intenzivni enoti, ne glede na to, če je bila oseba obravnavana na intenzivnem ali neintenzivnem oddelku. Če je bila oseba zdravljena samo na oddelku ali v enoti za intenzivno terapijo, se vpiše celotno trajanje akutne bolnišnične obravnave. Če je del celotnega zdravljenja osebe potekal v intenzivni enoti, organizirani v sklopu nekega drugega oddelka, se v to polje vpiše število ur tega zdravljenja. Če se oseba ni zdravila v intenzivni enoti, se polje pusti prazno. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Teža dojenčka ob sprejemu	Sprejemna teža – samo za osebe v starosti do enega leta (do vključno 364 dni) na začetku bolnišnične obravnave istega tipa. Za ostale osebe se polje ne izpolnjuje. Navaja se teža v gramih. Za novorojenčka se vpiše teža ob porodu.
Ure mehanske ventilacije	Čas od priklopa bolnika na aparat za umetno predihavanje do končnega bolnikovega prehoda na spontano dihanje, izražen v urah. Sicer se polje ne izpolnjuje. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Število dni neakutne obravnave	Število dni neakutne obravnave v okviru celotne bolnišnične obravnave, ki jo je izvajala služba, ki praviloma izvaja akutno obravnavo. Če v okviru akutne bolnišnične obravnave ni bila izvajana tudi neakutna obravnava, se polje ne izpolnjuje. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število dni od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Vrsta bolnišnične obravnave istega tipa	Vpiše se šifra iz šifranta 38.6.
Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za bolnišnično obravnavo istega tipa	Če je v polju 'Vrsta bolnišnične obravnave istega tipa' izbrana vrednost 3 – dolgotrajna dnevna obravnava, se vpiše število posameznih dnevni obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. V drugih primerih se zapiše vrednost 0.
Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige (programi s posebno dolgo čakalno dobo)	Uporablja se naslednji šifrant NIJZ: 1 – ne, 2 – da, Polje se polni le, če je poseg, ki je bil opravljen, tudi opredeljen v naboru nacionalnih programov čakalnih knjig (Šifrant prospektivnih zdravstvenih storitev).
Program čakalne knjige	Vpiše se 6-mestna šifra preiskave oz. posega iz šifranta Nacionalni čakalni seznam (NaČaS) – zadnja verzija je dostopna na spletni strani NIJZ. Polje se polni le, če obravnava sledi vpisu iz čakalne vrste (če je v polju 'Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige' opredeljena vrednost 2).

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Bolnik ni več zaveden v čakalni knjigi (za enak poseg na istem mestu)	Polje opredeljuje, ali je z izidom obravnave odpravljen vzrok za čakanje osebe v določeni čakalni vrsti. Uporablja se naslednji šifrant NIJZ: 1 – ne, 2 – da. Polje se polni le, če obravnava sledi vpisu iz čakalne vrste (če je v polju 'Obravnava sledi vpisu iz čakalne knjige' opredeljena vrednost 2).
Razlog bolnišnične obravnave	Vpiše se šifra iz šifranta 38.7.
Številka poroda	Vpiše se številka, ki jo dobi porodnica v porodni sobi. Številke se vpisujejo po vrstnem redu in ne smejo biti izpuščene. Vpiše se le v primeru bolnišnične obravnave istega tipa če je v polju 'Razlog bolnišnične obravnave' izbrana vrednost 4 - porodi oz. 8 – novorojenec (obrnava novorojenčka).
Datum in ura odpusta iz bolnišnice	Datum in ura odpusta zavarovane osebe iz bolnišnice. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se v to polje zapiše datum obračuna.
Tip bolnišnične obravnave	Tip bolnišnične obravnave definiramo kot skupno značilnost kliničnih aktivnosti, ki jih je bila oseba deležna v času posamezne bolnišnične obravnave. Vpiše se šifra iz šifranta 38.8.
Interni bolnišnični identifikator osebe	Interni bolnišnični identifikator osebe. Vpiše se šifro osebe, ki v informacijskem sistemu izvajalca zdravstvene obravnave enolično določa osebo. Dolžina polja: največ 30 znakov.
Matična številka sprejema v bolnišnico	Vpiše se številka, ki jo dobi oseba ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) in pod katero je vpisana v Matično knjigo bolnišnice.
Status obravnave istega tipa	Status obravnave istega tipa ponazarja ali gre za zaključeno ali nezaključeno obravnavo. Vpiše se šifra iz šifranta 38.9.
Zaporedna številka obračuna iste obravnave istega tipa	Zaporedna številka obračuna iste obravnave istega tipa. Vpiše se kumulativno število vseh obračunov obravnav istega tipa v času od prihoda v bolnišnico vključno z aktualnim obračunom, posredovanih na poročilih.
Datum predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa	Datum predhodnega (prejšnjega) obračuna iste obravnave istega tipa iz predhodno poslanega poročila.
ZZZS številka otroka	ZZZS oziroma ZZZS-TZO številka otroka, s katerim je starš ali skrbnik sobival. V primeru dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ ali listine MedZZ, se navede ZZZS oziroma ZZZS-TZO številka starša oziroma skrbnika, ki je z otrokom sobival. Podatek se navede le v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja.
Matična številka sprejema otroka v bolnišnico	Vpiše se številka, ki jo je otrok dobil ob sprejemu v bolnišnico (in ne na oddelek) in pod katero je vpisan v Matično knjigo bolnišnice. Navede se v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja.
Datum rojstva otroka	Datum rojstva otroka. Podatek se navede v primeru dojenčka, starega manj kot 60 dni, ki še nima KZZ ali Potrdila KZZ ali listine MedZZ. Navede se v podvrstah 701 308 (Doječe matere), 701 309 (Spremljanje) in 701 310 (Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku). V ostalih podvrstah zdravstvene dejavnosti se podatek ne navaja.
Število odpustnih dni	Dnevi začasnih prekinitvev bolnišnične obravnave zaradi vikend odpustov, predhodnih odpustov iz bolnišnice in ponovnih sprejemov zaradi istega zdravstvenega stanja, začasnih premestitev k drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev ali vrste bolnišnične obravnave, ki se izvaja s prekinitvami (dolgotrajna dnevna obravnava z več epizodami). Podatek »Število odpustnih dni« je razlika med datumom in uro vrnitve iz začasnega odpusta ter datumom in uro odhoda na začasni odpust. Vpiše se seštevek ur vseh začasnih prekinitvev obravnave in pretvori v dneve (seštevek deli s 24 in nato zaokroži na celo število: npr. 3,5 dni je 4 dni, 3,4 dni je 3 dni).

13.5.2.1 Obračunski podatki bolnišnične obravnave

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, ki jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2.
Oznaka primera	Oznaka, ali se obravnava šteje kot primer ali ne. Pravila za navajanje podatka so po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti opisana v Tabeli 3. Definicija oznake primerov Tabela 3: Uporabljajo se vrednosti po šifrantu: 0 – Ne, 1 – Da, -1 – Da (za dobropise in popravke poročil). Če je izbrana storitev ločeno zaračunljivi material iz šifranta 15.28 ali evidenčna storitev, je vrednost 0.
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve iz šifranta 15.
Število storitev	Število opravljenih zdravstvenih storitev. Navede se vrednost 1. Pri ločeno zaračunljivem materialu in storitvah (šifrant 15.28) se lahko navede 1 ali več v skladu z omejitvijo iz šifranta 15.28.
Število enot za storitev	Število dni, uteži za SPP, kosov... za eno opravljeno storitev; odvisno od vrste storitve, kot je opredeljeno s šifranti 15.
Cena za eno enoto storitve	Cena za eno enoto storitve. Navede se cena brez DDV (cena iz cenika). Če je izbrana evidenčna šifra storitve iz šifranta 15 se vpiše vrednost 0.
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (CVS) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. Celotna vrednost storitve = št. storitev * št. enot za eno storitev * cena za eno enoto storitev * (1+stopnja DDV/100). V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje hospitalizacije ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se celotna vrednost storitve izračuna na naslednji način: Celotna vrednost storitve = ((št. storitev * št. enot za eno storitev * cena za eno enoto storitev) / št. dni hospitalizacije) * št. dni z urejenim zavarovanjem * (1+stopnja DDV/100). Pri evidenčnih storitvah je Celotna vrednost storitve enaka 0.
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. OVS za OZZ se za vrste dokumentov 1-6 in 15-16 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\text{št. storitev} * \text{št. enot za eno storitev} * \text{cena za eno enoto storitev} * (1+\text{stopnja DDV}/100)) * (1-\text{odstotek doplačila}/100)$. OVS za tip zavarovane osebe 18 in 19 se za vrste dokumentov 7 - 12 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za PZZ} = CVS - OVS \text{ za OZZ}$. V primeru, ko tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje hospitalizacije ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se obračunana vrednost storitve izračuna na naslednji način: Obračunana vrednost storitve = ((št. storitev * št. enot za eno storitev * cena za eno enoto storitev) / št. dni hospitalizacije) * št. dni z urejenim zavarovanjem * (1+stopnja DDV/100) * (1-odstotek doplačila/100). Pri evidenčnih storitvah je Obračunana vrednost storitve enaka 0. Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.

13.5.2.1.1 Podatki o terapevtskih ali diagnostičnih postopkih (0..30)

Pri obračunu zdravil iz Seznama B se podatki ne navajajo.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna št. terapevtskega ali diagnostičnega postopka	Zaporedna številka terapevtskega ali diagnostičnega postopka znotraj bolnišnične obravnave. Uporablja se šifrant 38.11.
Šifra terapevtskega ali diagnostičnega postopka	Šifra postopka, opravljenega v bolnišnični obravnavi istega tipa po Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Obvezen je naslednji vrstni red beleženja postopkov: <ul style="list-style-type: none"> – postopek, opravljen za zdravljenje glavne bolezni ali stanja, – postopek, opravljen zaradi zdravljenja dodatnih bolezni ali stanj, – diagnostični postopek, povezan z glavno boleznijo ali stanjem, – diagnostični postopek, povezan z dodatno boleznijo ali stanjem, Prvi postopek je označen kot glavni postopek.
Datum terapevtskega ali diagnostičnega postopka	Datum, ko je bil postopek opravljen.

13.5.2.1.2 Podatki o diagnozi po MKB (0..30)

Pri obračunu zdravil iz Seznama B se podatki ne navajajo.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna št. diagnoze MKB	Zaporedna številka diagnoze.
Šifra diagnoze MKB	Vpiše se šifra MKB skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni. Pri obračunu zdravil iz Seznama B, se podatki ne navajajo.

13.5.2.1.3 Podatki o zdravstvenih delavcih (od 0 do 40)

RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Podatek se navaja samo za zdravnika, ki je opravil oziroma sodeloval pri izvedbi storitve. Poročanje ne velja za dejavnost, ki ni bolnišnična (Q84.300) ter za storitve iz seznamov storitev 15.28 in 15.139 (izjema je E0811, za katero je obvezno navajanje farmacevta, ki to storitev izvaja in zdravnika, ki pri tem sodeluje).
-------------------------	--

13.5.2.2 Podatki o vrsti (prospektivnega) programa

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Šifra vrste (prospektivnega) programa	Podatek se izpolni v primeru obračuna storitve iz šifranta 15.26. Vpiše se šifra po šifrantu Vrste (prospektivnega) programa, šifrant 38.10, z upoštevanjem veljavnosti za poročanje iz šifranta 38.10a, ter v skladu s šifrantom K15, K15.1 ob upoštevanju pogodbeno dogovorjenih vrst prospektivnega programa. Šifra 99 velja za neprospektivni program in za prospektivni program, če ta ni dogovorjen v pogodbi z Zavodom na dan zaključka obravnave.

13.5.2.3 Podatki o oznaki bolezni

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Oznaka bolezni	Podatek se izpolni skladno s šifrantom 38.12 v primeru obračuna storitve iz šifranta 15.26. Dodatna pogoja za navajanje oznake sta vsebinsko ustrezen poseg in diagnoza. Če ne gre za zdravljenje bolezni iz šifranta 38.12, se podatek ne navede.

13.5.2.4 Podatki o apliciranih zdravilih iz Seznama B

Sklop podatkov poročajo in obračunavajo le izvajalci za zdravila iz Seznama B z nabavno vrednostjo večjo od 0, ki so v CBZ navedeni v omejitvi predpisovanja, in sicer na tistih vrstah in podvrstah bolnišnične zdravstvene dejavnosti, pri katerih je opredeljena šifra storitve Q0265, Q0266, Q0267 in Q0268 iz šifranta 15.28. Zdravilo se lahko obračuna takrat, ko je obravnava zaključena, torej skupaj s storitvijo, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano, saj zdravilo sodi v sklop zdravstvene storitve. Za več pojasnil glej poglavje 3.5.7 »LZM, zdravila iz Seznama B in nadrejena storitev«. Podatki o apliciranih zdravilih iz Seznama B.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2.
Identifikator storitve pri izvajalcu	Interna številka storitve, ki jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti – uporablja se šifrant 2.
Oznaka primera	Oznaka, ali se obravnava šteje kot primer ali ne. Ker gre za zdravilo iz Seznama B, se uporabi vrednost po šifrantu: 0 – Ne
Vsebina obravnave	Šifra vsebine obravnave po šifrantu 12.
Šifra storitve	Šifra opravljene storitve iz šifranta 15.28.
Število storitev	Število opravljenih zdravstvenih storitev. Navede se vrednost 1.
Število enot za storitev	Navede se vrednost 1.
Cena za eno enoto storitve	Navede se celotna vrednost storitve (zdravila). Izračun je naveden v polju Celotna vrednost storitve. Pri evidenčnih storitvah je Cena za eno enoto storitve enaka 0.
Celotna vrednost storitve	Celotna vrednost storitve (zdravila) je seštevek obračunane vrednosti storitve za OZZ (OVS za OZZ) in obračunane vrednosti doplačil (OVS za PZZ), pri čemer je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, obračunana vrednost doplačil 0. Pri evidenčnih storitvah je Celotna vrednost storitve enaka 0. CVS se izračuna po naslednji formuli: $CVS = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \text{ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«}))$ Če tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se celotna vrednost storitve izračuna na način: $CVS = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \text{ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«})) / \text{št. dni zdravljenja} * \text{št. dni z urejenim zavarovanjem}$
Odstotek doplačila	Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, se navede vrednost 0.
Obračunana vrednost storitve	Obračunana vrednost storitve (OVS) je za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, enaka celotni vrednosti storitve. Pri evidenčnih storitvah je Obračunana vrednost storitve enaka 0. V spodnji formuli se vnese podatke iz sklopa Podrobni podatki o apliciranem zdravilu glede na nacionalno šifro zdravila. OVS za OZZ se za vrste dokumentov 4-12 in 15-16 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za OZZ} = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \text{ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«})) * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$ OVS za PZZ se za vrste dokumentov 7-12 izračuna po naslednji formuli: $OVS \text{ za PZZ} = CVS - OVS \text{ za OZZ}$ Če tuja zavarovana oseba (vrsta dokumenta 4,5,6) nima urejenega zavarovanja za celotno obdobje zdravljenja ali je del obdobja zavarovana pri drugem nosilcu zavarovanja, se obračunana vrednost storitve izračuna na način: $OVS \text{ za OZZ} = (\sum(\text{Količina apliciranega zdravila} * \text{Nabavna cena zdravila} / \text{Polje iz CBZ} \text{ »Število osnovnih enot za aplikacijo v pakiranju«})) / \text{št. dni zdravljenja} * \text{št. dni z urejenim zavarovanjem} * (1 - \text{odstotek doplačila} / 100)$ Za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje, je odstotek doplačila 0.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za opravljeno zdravstveno storitev.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost storitve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Identifikator nadrejene storitve	Navede se številka nadrejene (glavne) storitve (npr. SPP), v okviru katere je bila izvedena tudi podrejena (dopolnilna) storitev (zdravilo npr. Q0265,...). Nadrejena storitev ne sme biti storitev LZM (glej pojasnilo v poglavju 3.5.7). Navede se interna številka storitve, kot jo vodi izvajalec v lastnih evidencah. Številka mora biti enolična pri izvajalcu. Identifikator nadrejene storitve mora biti enak identifikatorju storitve, v okviru katere je bilo zdravilo aplicirano.
Datum aplikacije zdravila	Datum aplikacije zdravila
Lečeča zdravstvena služba z lokacijo	Lečeča zdravstvena služba z lokacijo, kjer je bilo zdravilo aplicirano. Vnese se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz RIZDDZ, YY 2-mestna šifra lokacije iz RIZDDZ in ZZZ 3-mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifranta 2.
RIZDDZ številka delavca - predpisovalca	Navede se 5-mestna številka delavca - zdravnika, ki je zdravilo predpisal, iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3).
Telesna površina zavarovane osebe	Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno površino in imajo v CBZ označbo, da je potrebno navesti telesno površino zavarovane osebe, se vpiše podatek v m ² na 2 decimalni mesti natančno, sicer je polje prazno.
Telesna masa zavarovane osebe	Za zdravila, ki se odmerjajo glede na telesno maso in imajo v CBZ označbo, da je potrebno navesti telesno maso zavarovane osebe, se, se vpiše podatek v kg na 1 decimalno mesto natančno, sicer je polje prazno.
Vrsta obravnave bolnika	Šifra vrste obravnave bolnika iz šifranta 40 skladno s šifrantom K10.
Šifra diagnoze MKB	Skladno s šifrantom 50.1 Mednarodna klasifikacija bolezni se vpiše šifra diagnoze MKB, za katero poteka zdravljenje z zdravilom.

Dodatni nabor podatkov o zdravlilih iz Seznama B za izjemne primere v bolnišnični dejavnosti

Dodatni nabor podatkov o zdravlilih iz Seznama B se pošilja za izjemne primere aplikacij zdravil iz Seznama B v bolnišnični dejavnosti pri izvajalcih/dejavnostih, ki niso navedena v omejitvi predpisovanja.

Primer: Bolniku je bilo uvedeno ali aplicirano zdravilo iz Seznama B pri izvajalcu 1, ki je opredeljen v omejitvi predpisovanja. Zaradi neke druge bolezni, ki se ne zdravi s tem zdravilom, je bolnik hospitaliziran pri izvajalcu 2 ali v drugi dejavnosti, ki nista opredeljena v omejitvi predpisovanja za to zdravilo. Če se izkaže, da mora bolnik v času tega zdravljenja nadaljevati tudi z zdravljenjem z zdravilom, ki ga je prejemal pri izvajalcu 1, lahko izvajalec 2, po odobritvi in navodilih izvajalca 1, bolniku aplicira potrebno zdravilo.

Nov sklop podatkov pošlje izvajalec 2, ki sicer ni opredeljen v omejitvi predpisovanja, vendar je v času hospitalizacije tega bolnika zaradi izjemnih razmer (po principu »zdravilo sledi bolniku«), poleg obravnave aktualne bolezni, nadaljeval tudi z zdravljenjem z zdravilom iz Seznama B. V nov sklop izvajalec 2 navede podatke o izvajalcu, ki je predhodno apliciral/ uvedel zdravilo, torej o izvajalcu 1.

Podatki o izvajalcu, ki je predhodno apliciral/ uvedel zdravilo

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Vrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti (po šifrantu 2), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. Šifra vrste zdravstvene dejavnosti je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik, ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran v dejavnosti, ki ni opredeljena v omejitvi predpisovanja in CBZ.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti – predhodna aplikacija	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti (po šifrantu 2), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran v dejavnosti, ki ni opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
ZZS številka izvajalca - predhodna aplikacija	9-mestna številka izvajalca (kakor jo vodi Zavod v svojih bazah podatkov), kjer je bilo zdravilo iz Seznama B uvedeno oz. predhodno aplicirano. ZZS številka izvajalca je opredeljena v omejitvi predpisovanja in v CBZ. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran v dejavnosti oz. pri izvajalcu, ki ni opredeljen v omejitvi predpisovanja in v CBZ.
RIZDDZ številka delavca – predhodna aplikacija	Navede se 5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3), ki je zdravilo iz Seznama B uvedel oz. predhodno apliciral. Podatek se navaja le takrat, ko je bolnik, ki že zdravilo dobiva, hospitaliziran pri izvajalcu, ki ni opredeljen v omejitvi predpisovanja.

13.5.2.4.1 Podrobni podatki o apliciranem zdravilu iz Seznama B

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Nacionalna šifra zdravila	Polni se 6 - mestna nacionalna (delovna) šifra izdanega zdravila glede na predpis. Poroča se samo tiste šifre zdravil iz Seznama B, ki imajo v CBZ polju »Šifra liste« vrednost 18 ali 19.
Količina apliciranega zdravila	Količina apliciranega zdravila je izražena kot število enot za apliciranje. Pri teh zdravilih so običajno enote ampule ali vial. Število enot za apliciranje za posamezno pakiranje zdravila je navedeno v CBZ. Podatek se vnese na štiri decimalna mesta natančno (če ni bila izdana cela enota za apliciranje, npr. ampula, se del enote za apliciranje vpiše kot decimalno število). Če bolnik prejme 1 ampulo, se vpiše 1,0000, če prejme tretjino ampule, se vpiše 0,3333, če prejme 2 in pol ampule, se vpiše 2,5000.
Nabavna cena zdravila	Vpiše se nabavno ceno na debelo z vsemi popusti za originalno pakiranje zdravila z DDV, ki jo je plačal izvajalec. Pri evidenčnih storitvah je cena enaka 0.
Datum nabave zdravila	Navede se datum, ko je izvajalec nabavil zdravilo.

13.5.2.5 Podatki o zdravstveni listini (0...5)

Obveznost navajanja tega sklopa podatkov je opredeljena z obveznostjo navajanja podatkov po šifrantu K4 stolpec 14.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zaporedna številka zapisa / listine	Zaporedna številka zapisa ali listine v isti obravnavi, pri čemer 1 pomeni prvi zapis, 2 drugi zapis, itd. Navajanje podatkov je obvezno glede na obveznost navajanja tega sklopa podatkov.
Oznaka podlage za obravnavo	Navede se oznaka dokumenta, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo. Dovoljene so naslednje vrednosti: 1 – zdravstvena listina, 9 – obravnava brez dokumenta. Navajanje podatkov je obvezno glede na obveznost navajanja tega sklopa podatkov.
Vrsta zdravstvene listine	Navede se šifra vrste zdravstvene listine iz šifranta 27. Dovoljene so naslednje vrednosti: 1 – napotnica, 90 – bela napotnica (ni listina OZZ). Podatek je potrebno obvezno izpolniti, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Številka zdravstvene listine	Navede se originalna številka zdravstvene listine, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo. Številko bele napotnice se navede z vodilnimi ničlami (skupaj 15 mest: 000000111111111). Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Datum izdaje zdravstvene listine	Datum izdaje zdravstvene listine, vpisan na izdani zdravstveni listini. Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Šifra izvajalca – napotovalca	5-mestna RIZDDZ številka izvajalca - napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu. Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in Vrsta zdravstvene listine ni 90 - bela napotnica. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
RIZDDZ številka delavca – napotovalca	5-mestna številka delavca – napotovalca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3). Navajanje podatka je obvezno, če je pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Šifra diagnoze MKB – sprejemna/napotna	Navede se šifra sprejemne/napotne diagnoze skladno s šifrantom 50.1 MKB-10-AM, ver.11. Navajanje podatka je obvezno, če pri 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina. V ostalih primerih navajanje podatka ni dovoljeno.
Vrsta predhodne zdravstvene listine*	Navede se šifra vrste predhodne zdravstvene listine 1 – Napotnica ali 90 – Bela napotnica (ni listina OZZ). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
Številka predhodne zdravstvene listine*	Navede se številka predhodne zdravstvene listine. Pri zeleni napotnici se navede originalna številka zdravstvene listine, ki je podlaga za sprejem zavarovane osebe v obravnavo, pri beli napotnici pa številka z vodilnimi ničlami (skupaj 15 mest: 0000001111111111). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
RIZDDZ številka delavca – predhodnega napotovalca*	Navede se 5-mestna številka delavca – predhodnega napotovalca (IOZ) iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (šifrant 3). Podatek je obvezen, kadar izvajalec izvede storitve na podlagi bele napotnice, ki jo je izdal zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti).
Šifra vrste zdravstvene storitve (VZS) - iz listine	Šifra vrste zdravstvene storitve iz šifranta VZS, vpisana na izdani zdravstveni listini iz sistema eNaročanja. Navajanje podatkov je obvezno, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in je 'Vrsta zdravstvene listine' 1 – napotnica, za ostale vrste listin je navajanje dovoljeno. V ostalih primerih navajanje podatkov ni dovoljeno.
Identifikator naročila	Identifikator naročila – IDT za izvedeno naročilo iz sistema eNaročanja. Navajanje podatkov je obvezno, če je v podatku 'Oznaka podlage za obravnavo' navedena vrednost 1 - zdravstvena listina in je 'Vrsta zdravstvene listine' 1 – napotnica, v ostalih primerih je navajanje dovoljeno.
Šifra vrste zdravstvene storitve (VZS) – iz naročila	Šifra vrste zdravstvene storitve iz šifranta VZS iz naročila v sistemu eNaročanja (lahko se razlikuje od šifre vrste zdravstvene storitve iz napotne listine). Navajanje podatkov je obvezno ne glede na podatek 'Oznaka podlage za obravnavo' in 'Vrsta zdravstvene listine', če je izpolnjen podatek 'Identifikator naročila'. V ostalih primerih navajanje podatkov ni dovoljeno.

*Opomba: Sklop podatkov o predhodni zdravstveni listini se navede samo v spodaj opisanem primeru: Kadar zasebni izvajalec na sekundarni ravni (v samoplačniški ambulanti) izda belo napotnico, mora pacient pri nadaljnjem uveljavljanju storitev v breme OZZ pri izvajalcu na sekundarni ravni, poleg bele napotnice predložiti še predhodno napotnico (zeleno napotnico), ki jo je na primarni ravni izdal izbrani osebni zdravnik (IOZ). Izvajalec storitev OZZ na sekundarni ravni je v tem primeru dolžan poročati podatke o beli napotnici in podatke o predhodni napotnici, ki jo je izdal IOZ.

13.6 Struktura »AOR«: podatki za obračun zdravil

V tem poglavju so opisani podatki, ki jih izvajalec beleži pri obračunu zdravil s pozitivne liste (743 601).

Izjeme: pri obračunu stroškov parenteralne prehrane (743 606), storitev izven rednega delovnega časa (743 615), zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog (743 603) in preparatov za fluorizacijo zob (743 604) se navede struktura »PGO«.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Zavodova evidenčna številka recepta	Evidenčna številka recepta, ki jo lekarni vrača on-line sistem ob on-line zapisu podatkov o izdaji zdravila.
Priznana vrednost zdravila	Je enaka nabavni ceni zdravila, razen v primerih zdravil z najvišjo priznano vrednostjo, katerih cena presega najvišjo priznano vrednost (NPV) in kjer je razlog izdaje zdravila, ki presega NPV, različen od 1, 2, 4 ali 5; v tem primeru je vrednost zdravila enaka NPV z dodanim DDV. Za peroralne antibiotične suspenzije, pri katerih je za pripravo potrebno dodati vehikel, ki pa ni dodan gotovemu pakiranju zdravila, se k zgoraj navedeni vrednosti zdravila lahko doda tudi vrednost vehikla skupaj z DDV. Za magistralna zdravila razvrščena na pozitivno listo se kot priznana vrednost zdravila šteje vrednost posameznih sestavin, materiala in zaščitnih sredstev ter dodanim DDV. Magistralna zdravila s Seznamom magistralnih zdravil na recept, pa se šteje, da so ta razvrščena na pozitivno listo.
Vrednost storitve	Je zmnožek števila točk za storitve po seznamu lekarniških storitev za sklepanje pogodb z Zavodom ter veljavno vrednostjo točke z dodanim DDV.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za izdano zdravilo in opravljeno storitev.
Znesek DDV za zdravilo	Navede se znesek DDV za priznano vrednost zdravila.
Znesek DDV za storitve	Navede se znesek DDV za vrednost storitve.

Seštevek vrednosti zdravila in vrednosti storitev mora biti enak priznanemu znesku OZZ, ki ga lekarna prejme iz on-line sistema. Prav tako morajo biti z on-line zapisi usklajeni podatki: Priznana vrednost zdravila, Vrednost storitve, Znesek DDV za zdravilo, Znesek DDV za storitve. Postopek izračuna posameznih vrednosti je opisan v Prilogi 7 - Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu.

13.7 Struktura »MP«: Podatki za obračun MP

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Podatki o izdanih MP	
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Identifikator izdaje	Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji MP) v on-line sistem.
Vrednost celotne izdaje	Celotna vrednost izdanega pripomočka z vključenim DDV (število kosov * cena).
Odstotek doplačila	Navede se vrednost 0.
Obračunana vrednost MP	Vrednost pripomočka, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za izdani MP po šifrantu 15.40.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost MP.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Podatki o izposojenih MP	
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Identifikator izdaje	Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji izposojenega MP) v on-line sistem
Vrednost celotne izposoje	Celotna vrednost izposoje z vključenim DDV (število dni izposoje * cena * število kosov).
Odstotek doplačila	Navede se vrednost 0.
Obračunana vrednost izposoje MP	Vrednost pripomočka, ki se krije iz OZZ z vključenim DDV.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za izposojeni MP po šifrantu 15.40.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost izposoje MP.
Število dni izposoje	Število dni, za katere se obračuna izposojevalnina. Pri izračunu števila dni izposoje se upoštevata prvi in zadnji dan izposoje. Podatek se posreduje za izposojene MP, ki so izposojeni v obdobju poročanja. Pri poročanju se navede identifikator izdaje, ki je bil dodeljen iz on-line sistema ob izdaji izposojenega MP. Za šifro vrste MP 0386 (Vakuumska opornica za stopalo - kratka gibljiva - desna), 0387 (Vakuumska opornica za stopalo - kratka gibljiva - leva), 0388 (Vakuumska opornica za stopalo - visoka negibljiva – desna), 0389 (Vakuumska opornica za stopalo - visoka negibljiva – leva), 0561 (Hodulja za zadajšnji vlek), 0632 (Pulzni oksimeter z alarmom) in 0635 (Izkašljevalnik), je podatek v mesecu izposoje enak 1, v vseh ostalih mesecih se obračun ne posreduje.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Identifikator izposoje MP	Identifikator izposoje MP dobavitelj pridobi ob on line zapisu seznama zavarovanih oseb, ki imajo izposojen MP, z identifikatorjem izposoje MP je dobavitelj bral podatke o seznamu zavarovanih oseb in številu dni izposoje MP.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Identifikator odgovora preverjanja OZZ	Identifikator odgovora preverjanja OZZ iz on-line sistema, ki ga pri preverjanju veljavnosti OZZ prejme dobavitelj v povratni informaciji iz Zavoda. Nanašati se mora na način dostopa 1 (glej poglavje 12.2.2.). V primeru dobropisov ali bremepisov dobavitelj navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo). Če je MP izposojen znotraj obračunskega obdobja, se posreduje sled, ki je bila pridobljena ob zapisu podatkov o izposoji v on-line sistem. Če je bil MP izposojen v preteklih obračunskih obdobjih, se posreduje sled iz naknadnega branja OZZ (glej poglavje 10).
Identifikator odgovora preverjanja MedZZ	Identifikator odgovora preverjanja MedZZ iz on-line sistema prejme dobavitelj pri zapisu oz. branju podatkov o tuji zavarovani osebi in njenem zavarovanju. V primeru dobropisov ali bremepisov dobavitelj navede tisti identifikator odgovora, ki ga je navedel na osnovnem dokumentu (računu, zahtevku za plačilo). Ne glede na datum izposoje MP se posreduje sled, ki je bila pridobljena ob zapisu podatkov o izposoji v on-line sistem (glej poglavje 10).
Podatki o pavšalu pri prvi izposoji MP	
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Identifikator izdaje	Navede se identifikator izdaje, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka (izdaji izposojenega MP) v on-line sistem
Celotna vrednost pavšala pri prvi izposoji	Navede se cena, znesek pavšala iz pogodbe, ki vključuje DDV. Podatek je obvezen pri posredovanju podatka o izdaji izposojenega MP, če je datum izdaje izposojenega MP v obdobju poročanja.
Odstotek doplačila pavšala pri prvi izposoji	Navede se vrednost 0.
Obračunana vrednost pavšala pri prvi izposoji	Vrednost pavšala, ki se krije iz OZZ, z vključenim DDV.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za izposojeni MP po šifrantu 15.40.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost pavšala pri prvi izposoji.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.
Podatki o popravilih/vzdrževanjih/prilagoditvah MP	
Vrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra vrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2.
Podvrsta zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti po šifrantu 2. Za pripomočke, ki se popravljajo, se v polje vnese šifra podvrste zdravstvene dejavnosti za popravilo pripomočka. Za pripomočke, ki se vzdržujejo, se v polje vnese šifra podvrste zdravstvene dejavnosti za vzdrževanje pripomočka. Za pripomočke, ki so predmet prilagoditve, se v polje vnese šifra podvrste zdravstvene dejavnosti za prilagoditev pripomočka.
Identifikator vzdrževanja / popravila / prilagoditve	Navede se identifikator vzdrževanja / popravila / prilagoditve, ki je bil dodeljen ob zapisu podatka o vzdrževanju / popravilu / prilagoditvi v on-line sistem.
Oznaka vzdrževanje / popravila / prilagoditve	Navede se oznaka glede na vrsto posredovanega obračuna (vzdrževanje / popravila / prilagoditve)
Celotna vrednost vzdrževanja / popravila / prilagoditve	Celotna vrednost vzdrževanja oz. popravila oz. prilagoditve z vključenim DDV, odobrenega po predračunu oz. pogodbi.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Odstotek doplačila	Navede se vrednost 0.
Obračunana vrednost vzdrževanja / popravila / prilagoditve	Vrednost vzdrževanja oz. popravila oz. prilagoditve pripomočka z vključenim DDV, ki se krije iz OZZ.
Stopnja DDV	Navede se stopnja DDV za MP po šifrantu 15.40.
Znesek DDV	Navede se znesek DDV za obračunano vrednost vzdrževanja / popravila / prilagoditve.
Nosilec kritja razlike do polne vrednosti storitve	Navede se šifra 20 iz šifranta 8.

13.8 Definicija oznake primerov

Tabela 3: Definicija navajanja oznake primerov po posameznih vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnostih

Zdravstvena dejavnost, vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti	Definicija primera	Pravilo za navajanje*
Q86.100 Bolnišnična zdravstvena dejavnost:		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo:	Primer je vsaka obravnava	1 – da
– storitve E0002 na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 127 359 bolnišnična obravnava invalidne mladine in 141 311 Paliativna oskrba hospic	Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo ali vsaka obravnava prvič fakturirana v koledarskem letu (skladno s pravili obračunavanja)	0 – ne 1 – da
– storitve E0007 na vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti 141 304 Paliativna oskrba, 144 306 Zdravstvena nega v bolnišnični dejavnosti in 147 307 Podaljšano bolnišnično zdravljenje		0 – ne
– vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti: 104 501 Zdraviliško zdravljenje – stacionarno, 104 502 Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje, 104 504 Zdraviliško zdravljenje – negovalni oddelek in 104 505 Nadaljevalno zdraviliško zdravljenje – negovalni oddelek	Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo	0 – ne 1 – da
– zdravila iz Seznama B, LZM in E0631, E0708		0 – ne
Q86.210 Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti, z izjemo:	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je: obisk (prvi ali ponovni).	1 – da
– 301 258 Medicina dela, prometa in športa	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike**)	0 – ne 1 – da
– 302 003 Centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	Podatek se ne navaja.	
– zdravila iz Seznama A in B		0 – ne
Q86.220 Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost:		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo:	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike**, brez posegov in operacij, brez dializ, brez CT, MR, RTG, PET CT, UZ obravnave, mamografije)	0 – ne 1 – da
– 216 225 Izvajanje dializ	Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo ali vsaka obravnava prvič fakturirana v koledarskem letu	0 – ne 1 – da
– 221 230 Radioterapija	Zaključen cikel zdravljenja (obračun primera ob zaključku posameznega cikla zdravljenja)	1 – da
– 204 503 Zdraviliško zdravljenje - ambulantno	Primer je nova zavarovana oseba, sprejeta v obravnavo	0 – ne 1 – da
– zdravila iz Seznama A in B		0 – ne
Q86.230 Zobozdravstvena dejavnost		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo:	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni)	1 – da

Zdravstvena dejavnost, vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti	Definicija primera	Pravilo za navajanje*
<ul style="list-style-type: none"> – 404 101 Zobozdravstvena dejavnost za odrasle - zdravljenje, – 404 102 Zobozdravstvena dejavnost za odrasle - protetika, – 404 103 Zobozdravstvena dejavnost za mladino - zdravljenje, – 404 104 Zobozdravstvena dejavnost za mladino - protetika, – 404 105 Zobozdravstvena dejavnost za študente – zdravljenje, – 404 106 Zobozdravstvena dejavnost za študente – protetika – 404 119 Zobozdravstvena dejavnost za mladino - zdravljenje – osebe od vključno 19 leta dalje – 404 120 »Zobozdravstvena dejavnost za mladino – protetika – osebe od vključno 19 leta dalje« 	Primer je vsaka obravnava, ki se navede pri zdravljenju ali pri protetiki (pri obeh hkrati ni mogoče)	0 – ne 1 – da
Q86.901 Alternativne oblike zdravljenja		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je npr.: obisk (prvi ali ponovni) brez funkcionalne diagnostike**)	1 – da
Q86.909 Druge zdravstvene dejavnosti		
Za vse podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo:	Primer je vsaka obravnava (obravnavan primer je obisk (prvi ali ponovni))	1 – da
<ul style="list-style-type: none"> – 513 150 Nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem, – 513 151 Sanitetni prevozi bolnikov na/z dialize, – 513 153 Ostali sanitetni prevozi bolnikov 	Primer je vsak prevoz ene zavarovane osebe v eno smer	1 – da
<ul style="list-style-type: none"> – 506 027 Delovna terapija, – 507 028 Fizioterapija 	Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo Novo sprejeta zavarovana oseba je nov delovni nalog	0 – ne 1 – da
Q87.100 Dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti z izjemo:	Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo ali vsaka obravnava prvič fakturirana v koledarskem letu	0 – ne, 1 – da
– 644 409 Medicinska oskrba v socialnovarstvenih zavodih	Primer je vsaka obravnava	1 – da
Q88.109 Socialno varstvo brez nastanitve za starejše in invalidne osebe		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Primer je novo sprejeta zavarovana oseba v obravnavo ali vsaka obravnava prvič fakturirana v koledarskem letu	0 – ne 1 – da
G47.730 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah s farmacevtskimi izdelki		
– Za vse vrste in podvrste z izjemo:	Podatek se ne navaja.	
- 743 606 Parenteralna prehrana	Primer je vsaka oseba.	1 - da
G47.740 Trgovina na drobno v specializiranih prodajalnah z medicinskimi in ortopedskimi pripomočki		
Za vse vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Podatek se ne navaja.	
O84.300 Dejavnost obvezne socialne varnosti		
Samo za vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti: <ul style="list-style-type: none"> – 701 308 Doječe matere, – 701 309 Spremljanje, – 701 310 Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku – 701 824 Povračilo proračun RS 	Primer je vsaka obravnava.	1 – da

Opombi: *Če sta pri posamezni vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti hkrati navedeni dve možnosti (0-ne in 1-da), izvajalec izbere eno izmed možnosti, skladno z definicijo oznake primera. Če pa je pri posamezni vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti navedena samo ena možnost (npr. 0-ne), mora izvajalec to možnost vedno označiti pri tej vrsti in podvrsti zdravstvene dejavnosti.

**Storitve funkcionalne diagnostike so storitve na tistih podvrstah zdravstvene dejavnosti, ki so navedene v vsakoletnem Dogovoru v Prilogi I/a. Pri obračunu je potrebno upoštevati omejitve, navedene pod posamezno kalkulacijo (podvrsto zdravstvene dejavnosti) iz Priloge I/a. V primeru dveh ali več obračunanih storitev v okviru ene obravnave, se obravnava šteje kot primer, če vsaj ena storitev ne pomeni funkcionalne diagnostike. Če so v okviru obravnave vse storitve funkcionalne diagnostike, potem se takšna obravnava ne šteje kot primer.

14. Pravila izmenjave dokumentov za obračun

Izvajalec izstavi vse elektronske dokumente za obračun na elektronski naslov Zavoda (podrobnosti v tehničnem navodilu). Obvezne priloge k dokumentom (poglavje 14.7) pošlje skupaj s papirnim seznamom poslanih listin OZZ ali MedZZ (vzorec v prilogi 2) v papirni obliki pristojni območni enoti Zavoda.

Papirne dokumente izvajalec izstavi pristojni območni enoti Zavoda.

Vrste dokumentov, ki jih izvajalec lahko izstavi Zavodu, so navedene v šifrantu 26.

14.1 Kriteriji in pravila za sestavo dokumentov

V eni pošiljki je lahko poljubno število dokumentov, in sicer ne glede na strukturo (»PGO«, »Obravnava«, »SBD obravnava« itd.), ne glede na vrsto ali podvrsto zdravstvene dejavnosti, ne glede na vrsto dokumenta, ne glede na tip zavarovane osebe itd. Izjema so podatki o zdravih (opis v poglavju 13.8.), ki jih izvajalci posredujejo v ločeni pošiljki (ločena XML shema v tehničnem navodilu). V istem dokumentu pa je lahko le ena od struktur: »PGO«, »Obravnava«, »SBD obravnava«, »AOR« ali »MP«.

Kriteriji za ločevanje dokumentov so enaki splošnim podatkom o dokumentu, ki so navedeni v poglavju 13.2.1. Če se spremeni eden od teh podatkov, je potrebno izdelati nov dokument. Npr. v primeru različnih obdobjih opravljenih storitev (obračunskih obdobjih) je potrebno izdelati ločene dokumente, to pomeni za vsako obračunsko obdobje posebej (mesec, polovica meseca, dekada itd., odvisno od vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti). Izjema so tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (opis v poglavjih 11.1., 11.2. in 11.3.) ter obravnava gluhe zavarovane osebe (701 812) za katere izvajalec izstavi račun za vsako zavarovano osebo posebej za katerokoli strukturo.

14.2 Izstavljanje računov, zahtevkov za plačilo, dobropisov in bremepisov

Dejavnosti, za katere izvajalci izstavljajo Zavodu račune, zahtevke za plačilo, dobropise in bremepise, so navedene v prilogi 1b (Povezovalni šifrant K2).

V dejavnostih, kjer zavarovana oseba oziroma prejemnik storitve ne prejme individualnega računa, izstavi izvajalec Zavodu račun. V dejavnostih, kjer izvajalec za opravljene storitve izstavi zavarovani osebi račun, oziroma za dogovorjena vračila drugih stroškov (npr. za specializacije, pripravnike in sekundarije), izstavi izvajalec Zavodu zahtevke za plačilo.

Izvajalec lahko izstavi račun, zahtevek za plačilo, dobropis ali bremepis za opravljene zdravstvene storitve po katerikoli od struktur »PGO«, »Obravnava«, »SBD«, »AOR« ali »MP«.

Račun, zahtevek za plačilo, dobropis ali bremepis se lahko nanaša na opravljene zdravstvene storitve za eno zavarovano osebo ali pa za več zavarovanih oseb. Izjema je obračun opravljenih zdravstvenih storitev tujim zavarovanim osebam po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah (opisanih v poglavjih 11.1, 11.2 in 11.3), obračun obravnave gluhe zavarovane osebe (701 812), kjer izvajalec obračuna vsako zavarovano osebo posebej (izstavi individualni račun, individualni dobropis oziroma bremepis).

Za zdraviliško dejavnost se računi izstavljajo sprotno po končanem zdraviliškem zdravljenju zavarovanih oseb. Če se zdravljenje nadaljuje po izteku meseca, zdravilišče za celotno obdobje zdraviliškega zdravljenja izstavi dva računa. Za zaključeni mesec izstavi račun glede na število zdraviliških dni in točk v mesecu. Za preostanek zdravljenja, ki se nadaljuje v naslednji mesec, pa izstavi zdravilišče nov račun po končanem zdravljenju.

V dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego izstavi izvajalec ločen račun za nego IV (644 410 in 644 425).

V primeru napake na računu ali zahtevku za plačilo prejme izvajalec od Zavoda obvestilo o napaki. Če Zavod zavrne račun ali zahtevek za plačilo v celoti, se izda nov račun ali zahtevek za plačilo s pravilnimi podatki. Če je račun ali zahtevek za plačilo zavrnen delno, izvajalec za nepravilni del pošlje Zavodu dobropis z negativnimi vrednostmi oziroma bremepis s pozitivnimi vrednostmi, in sicer po enaki strukturi podatkov kot originalni dokument (račun/zahtevek). Z dobropisom oziroma bremepisom izvajalec popravi podatke enega (posameznega) originalnega dokumenta.

Podatki na dokumentih morajo imeti takšen predznak (+ oziroma -), kot ga določa šifrant 26: skupna vrednost dokumenta, znesek osnove za DDV, znesek DDV (v splošnih podatkih in v podrobnih podatkih o storitvi), količina zavrnjenega zdravila, količina apliciranega zdravila, oznaka primera, število storitev, celotna vrednost storitve (oziroma MP), obračunana vrednost storitve (oziroma MP), priznana vrednost zdravila.

14.3 Izstavljanje poročil, popravkov poročil in obračunskih računov

Izvajalci mesečno izstavljajo Zavodu poročila o opravljenem delu za naslednje (avansirane) dejavnosti:

- splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.210),
- zobozdravstvena dejavnost (Q86.230),
- druge zdravstvene dejavnosti (Q86.909),
- specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.220),
- bolnišnična zdravstvena dejavnost (Q86.100),
- zdravilišča za fizioterapijo, specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost (Q86.100, Q86.220),
- NIJZ cepiva (O84.120),
- dejavnost nastanitvenih ustanov za bolniško nego (Q87.100),
- dejavnost obvezne socialne varnosti (O84.300, doječe matere, spremljanje, sobivanje starša ob hospitalitiranem otroku).

Posamezne podvrste dejavnosti v okviru zgoraj naštetih dejavnosti, za katere izvajalci izstavljajo račune oziroma zahtevke za plačilo, so navedene v prilogi 1b (Povezovalni šifrant K2).

Mesečna poročila ne spreminjajo stanja v saldakontih (namenjena so analitičnemu spremljanju izvajanja pogodb). Poročila so podlaga za kasnejši obračunski račun. Mesečna poročila se izstavljajo za vse podlage zavarovanja, razen za tuje zavarovane osebe po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah. Pravila za obračun storitev tem osebam so opisana v poglavju 11.

Za izstavljanje poročil o nujni medicinski pomoči (338 024, 338 040, 338 042, 338 045, 338 046, 338 048, 338 049, 338 062 in 338 063), o storitvah urgentnih centrov, pediatrije – urgentna ambulanta in za storitve izven rednega delovnega časa (dežurna služba v zobozdravstvu – 438 115) za vse razloge veljajo še dodatna pravila obračunavanja, ki so opisana v poglavjih 4 in 6.

Izvajalec lahko izstavi Zavodu poročilo ali popravek poročila za opravljene storitve po strukturi: »PGO«, »Obravnava« oz. »SBD obravnava«. Poročilo oziroma popravek poročila s strukturo »Obravnava« se lahko nanaša na opravljene zdravstvene storitve za eno zavarovano osebo ali pa za več zavarovanih oseb. Na poročilu s strukturo »PGO« oziroma popravku poročila s strukturo »PGO« lahko izvajalec na enem dokumentu obračuna vse programe, ki se plačujejo v pavšalu oziroma po glavarini, vključno z zdravstveno vzgojnimi delavnicami za odraslo populacijo, šolo za starše itd.

Popravek poročila izvajalec izstavi zgolj v primeru, ko se je zdravstvena obravnava (obisk, prevoz) oziroma zdravstveni program (pavšal, glavarina itd.) že knjižil kot pravilen, pa se je kasneje (npr. ob nadzoru) ugotovila napaka. Popravki poročila imajo vedno negativne vrednosti. Za napake, ugotovljene ob neposredni obdelavi (kontroli) poročila na Zavodu, prejme izvajalec od Zavoda obvestilo o napaki in zanj ne izstavi popravka poročila, ampak za to osebo, obisk, prevoz itd. pošlje novo (pravilno) poročilo. Zavod s prvotnega poročila knjiži nesporne zadeve.

Obračunski račun, ki je podlaga za knjiženje v saldakontih (pri Zavodu in izvajalcih), izvajalci pošljejo Zavodu na podlagi predhodnega Zavodovega obvestila. Kadar se obračun nanaša na dejavnosti, ki se avansirajo in na dejavnosti, ki se ne avansirajo, je potrebno izstaviti ločen obračunski račun za avansirane dejavnosti (poročilo, račun) in ločen obračunski račun za neavansirane dejavnosti (račun). Če je obračun pozitiven pri eni ali več dejavnostih in negativen pri eni ali več dejavnostih, je potrebno izstaviti ločen obračunski račun za dejavnosti s pozitivnimi zneski in za dejavnosti z negativnimi zneski.

V primeru napake na obračunskem računu se ta zavrne v celoti. Izvajalec pošlje nov obračunski račun.

V primeru zagotavljanja zdravstvenega varstva za pripornike in obsojence, ki se plačuje v pavšalu, izstavi izvajalec Zavodu dokument za OZZ (poročilo), kjer se ločeno prikažejo zneski pavšala po posameznih podvrstah zdravstvenih dejavnosti.

Podatki na dokumentih morajo imeti takšen predznak (+ oziroma -), kot ga določa šifrant 26: skupna vrednost dokumenta, znesek osnove za DDV, znesek DDV, oznaka primera, število storitev, celotna vrednost storitve, obračunana vrednost storitve. Izjema je negativni obračunski račun (VD 14), ki mora imeti negativni predznak na sledečih podatkih: skupna vrednost dokumenta, znesek osnove za DDV, znesek DDV (v splošnih podatkih in v podrobnih podatkih o storitvi), celotna vrednost storitve, obračunana vrednost storitve.

14.4 Zavračanje pošiljk in dokumentov

Zavod bo izvajalcem v elektronski obliki posredoval informacije o ustreznosti prejetih pošiljk in podatkov tako za pravilne, kot tudi za zavrjene pošiljke in dokumente.

V primeru odkrite napake se lahko zavrne celotna pošiljka, celoten dokument ali pa le njegov del. Celotna pošiljka se zavrne v primeru odkritih napak v podatkih o pošiljki, pošiljatelju in prejemniku. V primeru odkrite napake v dokumentu se lahko zavrne celoten dokument ali pa le njegov del.

14.4.1 Zavračanje dokumentov v celoti

Zavod zavrne dokument v celoti v primeru odkrite napake pri vrstah dokumentov s strukturo »PGO«, strukturo »Zdravila«, pri dobropisih, bremepisih, popravkih poročil in pri individualnih računih za MedZZ, ne glede na nivo podatka, na katerem se odkrije napaka. Cel dokument se zavrne tudi v primeru odkrite napake na splošnih podatkih dokumenta ali v primeru zavrnitve vseh oseb dokumenta ali v primeru, ko ima podatek (na splošnem ali na podrobnem nivoju) neustrezen predznak glede na vrsto dokumenta.

14.4.2 Delno zavračanje dokumentov

Delno zavračanje je možno pri vrstah dokumentov s strukturo »Obravnava«, »SBD obravnava«, »AOR«, »MP«, razen pri dobropisih, bremepisih in popravkih poročil.

Delno zavračanje je možno:

- za strukturo »Obravnava« na nivoju (ene) obravnave,
- za strukturo »AOR« na nivoju (enega) recepta,
- za strukturo »MP« na nivoju (enega) izdanega/izposojenega MP,
- za strukturo »SBD obravnava« na nivoju (ene) obravnave.

Pri vrsti dokumenta 15 (poročilo) se evidentira priznani del dokumenta. Pri vrsti dokumenta 1 (račun/zahtevki) se evidentira celoten dokument, plača pa se priznani del dokumenta.

14.4.3 Zavračanje naročilnic, ki so zapisane v sistem on-line pri zdravniku in dobavitelju

Zavod bo zavrnil obračun pripomočkov, ki so pravilno in v celoti zapisani v sistem on-line pri izvajalcih zdravstvenih storitev (zdravnikih) in jih dobavitelj še enkrat vnese v sistem on-line. Dobavitelj sme naročilnico, ki jo je v sistem on-line že zapisal zdravnik, vnesti ponovno le v naslednjih primerih:

- je na naročilnici predpisanih več pripomočkov, kot jih je izvajalec zapisal v on-line (dobavitelj vnese samo tiste, ki jih zdravnik ni zapisal v on-line),
- je naročilnica uradno popravljena (žig in podpis) s strani zdravnika.

14.5 Pravila obračuna v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj v strukturah PGO, Obravnava, SBD obravnava in MP

Poslovni proces sklepanja pogodb in posledično objavljanja cen zdravstvenih storitev ne omogoča vedno uvajanja sprememb, ki bi veljale samo v naprej. Če pride do spremembe cene za nazaj (za že pretečeno obdobje), ta vedno velja za celo obračunsko obdobje. Spremembo cene za nazaj Zavod rešuje na dva načina:

- razliko v ceni Zavod poračuna pri izvedbi obdobnih obračunov (že objavljena cena v ceniku se ne spremeni);
- Zavod v ceniku objavi novo ceno, ki velja »za nazaj« (spremeni se že objavljena cena v ceniku). V nadaljevanju so opisani postopki, ki jih v tem primeru izvedejo Zavod in izvajalci.

V kolikor se spremeni že objavljena cena (točka 2), se stari ceni v ceniku zapiše datum zaključka cene. Nova cena se zapiše v ceniku z novim datumom objave (nov datum objave > datuma prve objave). Novo objavljena cena ima lahko datum zaključka ali ne (datum zaključka ni določen). Spremembo Zavod objavi na portalu (cenik ima oznako »S« - sprememba). Izvajalec vedno uporablja zadnjo veljavno ceno za tisto obdobje.

V kolikor je izvajalec že posredoval dokumente za to obdobje s prvotno objavljeno ceno in je dokument že obdelan (kontroliran in poknjizen) na Zavodu, je potrebno te poslane dokumente ustrezno popraviti. To pomeni:

- Če gre za poročila (VD 15, 16), izvajalec pošlje:
 - popravek poročila (od spremembe cene dalje) in po potrebi*,
 - novo poročilo.
- Če gre za račune/zahtevke (vse VD, razen 13-16), izvajalec pošlje:
 - dobropis (od spremembe cene dalje) in po potrebi*.
 - nov račun.
 - bremepis (od spremembe cene dalje) in po potrebi*.

*Izraz »po potrebi« je uporabljen zato, ker izvajalci popravkov oz. dobropisov zaradi premajhne razlike v vrednosti ne posredujejo.

V popravljenih in novih dokumentih morajo biti obračunane samo storitve, ki se nanašajo na spremembo cene.

V kolikor se sprememba cene za nazaj objavi isti dan kot je izvajalec že posredoval dokumente, lahko izvajalec:

- umakne pošiljko, v kateri so dokumenti s ceno, ki jo bo potrebno popraviti in ponovno posreduje pošiljko s popravljenimi cenami, saj dokumenti še niso obdelani (skontrolirani in knjiženi). To lahko stori v roku do 2 ur po oddaji pošiljke.
- če pošiljke isti dan ne umakne, Zavod dokument (zaradi spremenjene cene) zavrne. Izvajalec v tem primeru pošlje nov dokument s popravljenimi cenami.

Če je na posredovano in obdelano poročilo/račun s prvotno objavljeno ceno vezan popravek poročila/dobropis oz. bremepis, izvajalec posreduje popravek poročila/dobropis za priznane vrednosti ter novo poročilo/račun z novo objavljenimi cenami.

Navedena pravila veljajo za vse dokumente za obračun (tudi npr. za mednarodno zavarovanje idr.).

14.6 Pravila obračuna v primeru sprememb podatkov za nazaj v strukturah »AOR« in »MP«

V tem poglavju so opisana pravila za izvajanje popravkov podatkov obračuna za nazaj za zdravila na recept in MP. Ta pravila veljajo v primerih, ko so podrobni podatki o izdanih zdravilih oziroma MP že zapisani v on-line sistemu in je dokument za obračun (račun / zahtevek za plačilo) na Zavodu že evidentiran (sprejet kot pravilen).

Ta pravila se ne uporabljajo za popravke v primeru spremembe cene z veljavnostjo za nazaj za MP; pravila za to so opisana v poglavju 14.5.

Zavod ob potrditvi računa/zahtevka za plačilo za zdravila na recept ali MP zaklene on-line zapise potrjenih računov/zahtevkov. S tem je zagotovljeno, da se en on-line zapis lahko obračuna le enkrat. Če dobavitelj ali lekarna naknadno ugotovi napako na že potrjenih in evidentiranih podatkih (ali pa napako ugotovi Zavod ob npr. nadzoru), izstavi dobropis za vse napačno izdane recepte oziroma naročilnice. Zavod na podlagi prejetega dobropisa odklene on-line zapise receptov oziroma naročilnic in jih izloči iz evidence.

Dobavitelj oziroma lekarna lahko izstavi nov račun oziroma zahtevek za plačilo šele po prejemu odgovora na izdani dobropis. Recepte oziroma naročilnice mora ponovno zapisati v on-line sistem in pridobiti nove identifikatorje izdaje oziroma evidenčne številke recepta (številke, ki jih vrača on-line sistem). Novo prejete identifikatorje izdaje oziroma evidenčne številke recepta dobavitelj oziroma lekarna navede na novem računu oziroma zahtevku za plačilo.

14.7 Priloge k dokumentom za obračun

14.7.1 Priloge, ki jih arhivira izvajalec

Priloge k elektronskim obračunskim dokumentom, ki jih arhivira izvajalec in jih za potrebe Zavodovega nadzora hrani 3 oziroma 5 let, so:

- listine, ki so podlaga za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz OZZ (šifrant 27, razen naročilnic za MP, ki jih je v on-line sistem zapisal dobavitelj in receptov) izvajalec hrani 5 let,
- vse priloge k dokumentu za obračun, ki so podlaga za izdajo in obračun MP (naročilnice MP, Potrdila o upravičenosti do servisa medicinskega pripomočka, izjave za nadstandard za MP, potrjene predračune za vzdrževanja, popravila, prilagoditve in funkcionalno ustreznost), ko je naročilnice MP v sistem on-line zapisal zdravnik ali delavec Zavoda, Vloge za ponovno izdajo ušesnega vložka, dokumente o prevzemu potrošnih materialov za izkašljevalnike ter vse reverze izvajalec hrani 5 let,
- recepte in evidence o izdanih zdravilih izvajalec hrani 3 leta. Posebne recepte in evidence o zdravilih, ki vsebujejo narkotične in psihotropne snovi iz skupine II, IIIa in IIIc Zakona o proizvodnji in prometu s prepovedanimi drogami, izvajalec hrani 5 let,
- fotokopije listin EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, ki so podlaga za uveljavljanje pravic zavarovanih oseb iz MedZZ izvajalec hrani 5 let,
- naročilnico za zdravila za nadomestno zdravljenje (opis v poglavju 9.2.2.1) izvajalec hrani 5 let,
- naročilnico za preparate za fluorizacijo zob (opis v poglavju 9.2.2.2) izvajalec hrani 3 leta,
- priloge, ki jih izvajalci pošiljajo po Zavodovih navodilih (sezname oseb, dobavnice itd.), se hranijo 5 let.

Izvajalci in dobavitelji so Zavodu na posebno zahtevo dolžni predložiti vse dokumente drugih izvajalcev in dobaviteljev, na podlagi katerih so obračunali posamezne storitve (npr. račune za LZM, stroške obravnave gluhe zavarovane osebe).

14.7.2 Obvezne papirne priloge

Priloge k dokumentom za obračun, ki jih izvajalec v papirni obliki posreduje Zavodu, so:

- Originalne naročilnice MP (NAR-1, NAR-2 oz. NAR-3), če je naročilnico v on-line sistem zapisal dobavitelj in Potrdilo o začasni upravičenosti do izposoje. Za obračun vzdrževanj in popravil dihalnih aparatov (0606, 0607, 0609), izposojenih pred 1.3.2010, so obvezne priloge specifikacija zahtevka in kopija delovnega naloga. Način pošiljanja je opredeljen na vzorcu papirnega seznama poslanih naročilnic (Priloga 2) in velja tako za osebe, ki imajo urejeno OZZ v Sloveniji kot tudi za tuje zavarovane osebe.

- Kopija listine EUKZZ, certifikata oziroma kartice Medicare, kadar ni šifre in naziva tujega nosilca zavarovanja v šifrantu 37. Izvajalec posreduje kopijo listine (istočasno z dokumentom za obračun) na OE Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca. Na kopiji mora biti navedena številka elektronskega dokumenta za obračun.
- Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju za osebe, ki uveljavljajo pravice do bolnišničnega zdravljenja s Potrdilom MedZZ oz. KZZ ali Potrdilom KZZ (opredeljeno v poglavju 11). Izvajalec posreduje Obvestilo o bolnišničnem zdravljenju tuje zavarovane osebe na OE Zavoda, pristojno po sedežu izvajalca, dvakrat, in sicer prvič ga posreduje, takoj ko sprejme zavarovano osebo v zdravljenje, drugič pa, ko zavarovana oseba zaključi bolnišnično zdravljenje.

Če je dokument zavržen zaradi napačno ali pomanjkljivo izpolnjene listine, Zavod vrne originalno listino. Izvajalec pošlje nov dokument na podlagi verodostojno popravljene originalne listine.

14.7.3 Izvajalci in dejavnosti, za katere so dovoljeni papirni računi

Papirni računi so dovoljeni za obračun izvedbe:

- skupinske obnovitvene rehabilitacije (podvrste dejavnosti 701 551 – 701 558); obvezna priloga je seznam udeležencev,
- zdravstvenega letovanja otrok in šolarjev (podvrsta dejavnosti 701 550); obvezna priloga je seznam udeležencev,
- izobraževanja otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju (podvrsta dejavnosti 644 409),
- specializacij pri nepogodbenih izvajalcih (podvrsta dejavnosti 701 810).

Za navedene papirne račune so izdelani vzorci (priloga 2).

14.7.4 Naročilo izpisa dokumentov

Zavod lahko izjemoma, z namenom dokazovanja upravičenosti nastalih stroškov v regresnih odškodninskih zahtevkih ali pri uveljavljanju povračil stroškov za tuje zavarovane osebe, naroči pri izvajalcu izpis enega ali več dokumentov za obračun.

Za naročilo izpisa dokumenta ali izpisa posameznih podatkov iz dokumenta Zavod uporabi obrazec »Naročilo izvajalcu za izpis dokumenta in/ali za posredovanje listine OZZ ali MedZZ«. Vzorec naročila izvajalcu je v prilogi 2. Izvajalec izpisani dokument oziroma podatke iz dokumenta žigosa, podpiše in pošlje na naslov naročnika. Vzorca izpisanega dokumenta za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov in za tuje zavarovane osebe sta v prilogi 2.

Izpis za regresno odškodninske zahtevke (Potrdilo o višini stroškov za zavarovano osebo) se vedno nanaša na eno zavarovano osebo. Če so na dokumentu za zavarovano osebo obračunane različne storitve z različnimi razlogi obravnave, se izpišejo ali vse storitve ali pa zgolj storitve z določenimi razlogi obravnave. To opredeli Zavod z obrazcem »Naročilo izvajalcu za izpis dokumenta in/ali za posredovanje listine OZZ ali MedZZ«.

15. Priloge

Priloga 1: a) Šifranti za obračun Zavodu in b) Povezovalni šifranti

Priloga 2: Vzorci dokumentov

Priloga 3: a) Skupine tujih zavarovanih oseb, b) Izvor podatkov na listinah tujih nosilcev zavarovanja in
c) Potrdilo MedZZ

Priloga 4: Sklep o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Priloga 5: Sklep o določitvi odstotkov vrednosti zdravstvenih storitev, ki se zagotavljajo v OZZ

Priloga 6: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o predpisanih in izdanih MP v on-line sistem

Priloga 7: Navodilo za zajem in posredovanje podatkov o izdanih zdravilih na recept v on-line sistemu

Priloga 8: Pravila za izračun vrednosti storitev, dokumenta in DDV

Priloga 9: Kode MKB, ki pod določenimi pogoji opredeljujejo 100 odstotno plačilo iz OZZ

Številka: 0072-17/2024-DI/1

Datum: 7. maj 2024

Sladjana Jelisavčić,
Vodja – direktorica področja I,
Področje zdravstvene analitike in ekonomike