



Na podlagi četrtega odstavka 63. člena Zakona 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 in 141/22 – ZNUNBZ) Vlada Republike Slovenije izdaja

U R E D B O

o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023

I. DEL

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen (vsebina)

(1) Ta uredba določa vsebino dogovora o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljnjem besedilu: programi), opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in obseg sredstev za leto 2023.

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

2. člen (pomen izrazov)

Izrazi, uporabljeni v tej uredbi, pomenijo:

1. administrativno tehnični kader je kader, ki izvaja podporne funkcije za temeljne procese;
2. brezšivna skrb je zagotavljanje neprekinjene preskrbe pacienta z zdravili in farmacevtska obravnava pri prehajanju med različnimi ravni zdravstvenega varstva;
3. celotna vrednost programa pomeni vrednost storitev, ki je zagotovljena z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, in vrednost storitev, ki si jo zavarovane osebe zagotovijo z doplačili ali prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem za doplačilo do polne vrednosti storitev;
4. CKZ je center za krepitev zdravja;
5. defektolog v zdravstveni dejavnosti je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica defektolog v zdravstveni dejavnosti;
6. DMS je diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstveni tehnik;

7. DORA je državni presejalni program za zgodnje odkrivanje raka dojk;
8. DPOR je državni program za obvladovanje raka;
9. DS1, DS2, DS3, DS4, DS5 je dežurna služba v skladu s pravilnikom, ki ureja službo nujne medicinske pomoči,
10. iCKZ je integrirani center za krepitev zdravja;
11. izvajalec je izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe;
12. javni zavod je zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonom, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost;
13. koncesionar je pravna ali fizična oseba, ki ji je na podlagi zakona, ki določa zdravstveno dejavnost, podeljena koncesija za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
14. logoped v zdravstveni dejavnosti je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica logoped v zdravstveni dejavnosti;
15. LZM je ločeno zaračunljiv material;
16. ministrstvo je Ministrstvo za zdravje;
17. MoE NRV je mobilna enota nujnega reševalnega vozila v skladu s pravilnikom, ki določa službo nujne medicinske pomoči;
18. MoE REA je mobilna enota reanimobila v skladu s pravilnikom, ki določa službo nujne medicinske pomoči;
19. NIJZ je Nacionalni inštitut za javno zdravje;
20. NMP je nujna medicinska pomoč;
21. nacionalna evidenca je evidenca vseh pacientov oziroma nosilcev bolezni, prizadetih zaradi bolezni, okvar in drugih motenj, za katere velja posebna pozornost na nacionalni ravni, kamor pa ne sodijo interne evidence izvajalcev. Naziv evidence, vsebino, namen, naziv upravljavca ter druge karakteristike so opredeljene v zakonu, ki ureja zbirke podatkov oziroma v drugih predpisih;
22. nacionalni register bolezni je register vseh pacientov, prizadetih zaradi bolezni, okvar in drugih motenj, za katere velja posebna pozornost na nacionalni ravni. Naziv registra, vsebina, namen, naziv upravljavca in druge karakteristike nacionalnega registra so opredeljeni v zakonu, ki ureja zbirke podatkov v zdravstvu, oziroma v drugih predpisih;
23. navodila o beleženju in obračunavanju storitev so navodila, kjer so opisana pravila obračunavanja storitev in materialov po posameznih dejavnostih ter nabor podatkov, ki jih morajo izvajalci evidentirati za opravljene storitve ter pravila za pripravo in izstavljanje dokumentov za obračun, ki jih pripravi Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zavod) in objavi na svoji spletni strani. Sestavni del navodil so šifranti za obračun zdravstvenih storitev;
24. neakutna bolnišnična obravnava je obravnava pacienta, pri katerem je končana diagnostika bolezenskega stanja, zaradi katerega je bil sprejet v akutno bolnišnično obravnavo, uvedena ustrezna terapija in določena rehabilitacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec pacientu izdati ustrezno odpustnico iz akutne bolnišnične obravnave. Neakutna bolnišnična obravnava predstavlja obliko bolnišničnega zdravljenja po končani akutni bolnišnični obravnavi, ko iz zdravstvenih ali socialnih razlogov ni možen odpust pacienta v domače okolje ali ni več možna nega v domačem okolju. Neakutna bolnišnična obravnava obsega podaljšano bolnišnično zdravljenje, zdravstveno nego in paliativno oskrbo;
25. OZG je Osnovno zdravstvo Gorenjske;
26. pediater je zdravnik specialist pediatrije;
27. podvrsta zdravstvene dejavnosti je vrsta zdravstvene dejavnosti, ki v pravilniku, ki določa vrste zdravstvene dejavnosti, sodi pod raven 2;
28. prvi pregled je prvi pregled v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
29. psiholog je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica psiholog v zdravstveni dejavnosti;
30. socialni delavec je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica socialni delavec v zdravstveni dejavnosti;

31. SVIT je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki;
32. TZN je tehnik zdravstvene nege;
33. tim je opredeljen za enega nosilca programa posamezne vrste zdravstvene dejavnosti ali za storitev ter vključuje vrsto in število zdravstvenih delavcev in sodelavcev ter administrativno tehnični kader;
34. utež je storitev, izražena v relativnih enotah;
35. visoka cena količnika je cena, ki se izračuna na podlagi načrtovanega celotnega prihodka za dejavnost otroškega in šolskega dispanzerja, ambulant splošne in družinske medicine, dispanzerja za ženske in načrtovanega števila količnikov za storitve;
36. vrsta zdravstvene dejavnosti je vrsta zdravstvene dejavnosti, ki v pravilniku, ki določa vrste zdravstvene dejavnosti, sodi pod raven 1 (v nadaljnjem besedilu: VZD),
37. ZD je zdravstveni dom;
38. zdravstvena storitev je storitev, ki jo določa zakon, ki ureja pacientove pravice;
39. zobozdravnik je doktor dentalne medicine, ki izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
40. ZORA je državni presejalni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu;
41. ZTM je Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino;
42. ZVC je zdravstveno vzgojni center.

II. DEL

PROGRAM STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

I. Splošne usmeritve za načrtovanje programa

3. člen

(načrtovanje programov)

- (1) Izvajalec programe načrtuje na ravni plana iz pogodb preteklega leta, razen za programe, za katere je s to uredbo določeno drugače.
- (2) Javni zavod programe storitev iz 181. člena te uredbe načrtuje na podlagi realizacije preteklega leta, razen programov splošne in družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja, ki se načrtujejo na ravni plana iz pogodb preteklega leta.
- (3) Če izvajalec za program, ki je plačan po realizaciji, v preteklem letu ni imel priznane realizacije, se zanj obseg programa opredeli na podlagi pričakovane realizacije, ki jo oceni izvajalec, vendar ne manj kot 1.
- (4) Če izvajalec določeno storitev izvaja v obsegu, ki je na letni ravni manjši od 75 storitev, Zavod z izvajalcem ne sklene pogodbe o izvajanju te storitve.
- (5) Prejšnji odstavek se ne uporablja za storitve, kjer je število storitev na nacionalni ravni manjše od 75 in te storitve izvajata največ dva izvajalca, ter za programe, ki se načrtujejo na podlagi realizacije preteklega leta.
- (6) Izvajalec programe načrtuje in poroča realizacijo ločeno po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti, razen v dejavnostih odraslega in mladinskega zobozdravstva ter zobozdravstva za študente, kjer program zdravljenja in protetike načrtuje skupaj.

4. člen
(dogovor o spremembi programa)

Zavod in izvajalec lahko tekom koledarskega leta s pogodbo dogovorita dodatni program ali povečanje obstoječega programa za tiste vrste zdravstvene dejavnosti, za katere so v tej uredbi opredeljena dodatna finančna sredstva (sprememba programa).

5. člen
(nadmestitev izbranega osebnega zdravnika)

(1) V primeru prenehanja delovnega razmerja izbranega osebnega zdravnika je izvajalec dolžan zagotoviti drugega zdravnika, sicer se mu program ustrezno zmanjša. Ko izvajalec zaposli novega izbranega osebnega zdravnika, se mu program poveča.

(2) Povečanje oziroma zmanjšanje programa se izvede na podlagi pisnega obvestila izvajalca Zavodu o zaposlitvi novega izbranega osebnega zdravnika s prvim dnevom v mesecu, ki sledi mesecu, ko Zavod prejme obvestilo, brez sklenitve aneksa k pogodbi.

6. člen
(začasni in trajni prevzem in prestrukturiranje programa)

(1) Če izvajalec šest zaporednih mesecev ne zagotavlja vsaj 85 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, lahko Zavod z drugim izvajalcem dogovori začasni prevzem nerealiziranega programa in o tem obvesti ministrstvo.

(2) Zavod spremlja realizacijo posameznih programov, in sicer do 5. oktobra za prvo polovico pogodbenega leta ter do 5. aprila za drugo polovico pogodbenega leta in celotno pogodbeno leto.

(3) Če izvajalec eno leto ne zagotavlja vsaj 85 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, lahko Zavod z drugim izvajalcem dogovori trajni prevzem nerealiziranega programa v soglasju z ministrstvom.

(4) Zavod in izvajalec lahko v skladu s potrebami prebivalstva dogovorita prestrukturiranje programa med dejavnostmi v okviru sredstev, izračunanih v skladu s to uredbo. Dogovorjeno prestrukturiranje programa med dejavnostmi potrdi ministrstvo.

(5) Dogovorjeno prestrukturiranje se ne sme nanašati na preteklo obdobje.

(6) Prestrukturiranje programov, za katera so bila s to uredbo dogovorjena dodatna sredstva z namenom skrajševanja čakalnih dob, ni mogoče.

(7) Izvajalec ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto, v primeru prestrukturiranja programov glede na predhodno leto, posreduje Zavodu predlog prestrukturiranja v enem mesecu od uveljavitve te uredbe.

(8) Prestrukturiranje programov ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto lahko predlaga tudi Zavod, pri čemer upošteva podatke o številu čakajočih in čakalnih dobah.

(9) Dajanje predlogov prestrukturiranja programov tekom pogodbenega leta ni vezano na

časovne roke.

7. člen
(načrtovanje števila timov)

Pri načrtovanju števila timov se število zaokroži na največ pet decimalnih mest.

II. Posebne usmeritve za načrtovanje programa

1. Program otroškega in šolskega dispanzerja, splošne in družinske medicine,
antikoagulantne ambulante in turistične ambulante

8. člen
(program v dispanzerju za otroke in šolarje)

(1) V dispanzerju za otroke in šolarje se program kurative in preventive načrtuje ločeno, in sicer program kurative v obsegu 75 % tima in program preventive v obsegu 25 % tima. Delež je vezan na zdravnika oziroma izvajalca.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se za koncesionarja, ki ima v koncesijski pogodbi opredeljeno drugačno razmerje med programom kurative in programom preventive, program načrtuje v skladu s koncesijsko pogodbo.

9. člen
(program otroškega in šolskega dispanzerja v drugih zavodih)

(1) ZD Koper za zagotavljanje storitev v Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije Debeli rtič ter ZD Ajdovščina za zagotavljanje dispanzerja za otroke in šolarje v CIRIUS Vipava načrtujeta kurativno dejavnost dispanzerja za otroke in šolarje na ravni iz pogodbe iz preteklega leta in v skladu s kalkulacijo za to dejavnost iz Priloge 1, ki je sestavni del te uredbe.

(2) CIRIUS Kamnik načrtuje program kurative in preventive dejavnost dispanzerja za otroke in šolarje na ravni iz pogodbe preteklega leta in v skladu s kalkulacijo za otroški in šolski dispanzer kurativa iz Priloge 1 te uredbe.

(3) Izvajalec iz prvega in drugega odstavka tega člena storitve, opravljene v teh dispanzerjih, Zavodu obračuna po visoki ceni količnika.

(4) Tim, ki izvaja program v zavodih iz prvega in drugega odstavka tega člena, se ne upošteva za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva s programom otroškega in šolskega dispanzerja ter splošne in družinske medicine.

10. člen
(dodatni tim)

(1) Javni zavod lahko za izvajanje programa splošne in družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja zaposli in v pogodbi z Zavodom dogovori dodatni tim, če presega število glavarinskih količnikov glede na pogodbeno dogovorjene time in normativ iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Preseganje števila glavarinskih količnikov se ugotavlja na datum, ki se uporablja za izračun indeksa doseganja glavarine.

(3) Ob zaposlitvi dodatnega tima javni zavod Zavodu sporoči ime in priimek novega nosilca programa in njegov ordinacijski čas, pri čemer javni zavod ni upravičen do uveljavljanja prehodnega obdobja dveh let za financiranje dodatnega tima v višini 80 % kalkulacije iz Priloge 1 te uredbe.

11. člen
(program splošne in družinske medicine v socialno varstvenem zavodu)

(1) Program splošne in družinske medicine, ki se izvaja v socialno varstvenem zavodu, se načrtuje na podlagi števila postelj iz Priloge 15, ki je sestavni del te uredbe, in pet ur dela tima na posteljo na leto, pri čemer je 1.250 ur en tim.

(2) Izvajalec programa iz prejšnjega odstavka in socialno varstveni zavod s posebnim dogovorom natančneje uredita izvajanje tega programa.

(3) Če izvajalec programa ne zagotavlja v pogodbenem obsegu ali ne sklene dogovora o izvajanju programa s socialno varstvenim zavodom, lahko socialno varstveni zavod Zavodu predlaga sklenitev pogodbe z drugim izvajalcem splošne in družinske medicine. V tem primeru se izvajalcu, ki bi sicer moral zagotoviti program splošne in družinske medicine v socialno varstvenem zavodu, ta program odšteje od dogovorjenega programa.

(4) Ob ustanovitvi novega socialno varstvenega zavoda ali ob širitvi obstoječih zmogljivosti se izvajalcu dodeli dodaten obseg programa oziroma tima splošne in družinske medicine.

12. člen
(program splošne in družinske medicine v socialno varstvenem zavodu Dutovlje)

Program splošne in družinske medicine v socialno varstvenem zavodu Dutovlje, ki ga izvaja ZD Sežana, se zaradi potreb po dodatni psihiatrični obravnavi stanovalcev v dogovorjenem deležu prestrukturira v program psihiatrija v ZD Sežana.

13. člen
(program družinske obravnave za zdrav življenjski slog)

Program družinske obravnave za zdrav življenjski slog izvajajo ZD dr. Adolfa Drolca Maribor (v nadaljnjem besedilu: ZD Maribor), ZD Murska Sobota, ZD Velenje, ZD Nova Gorica, ZD Kamnik, ZD Žalec, ZD Črnomelj, ZD Metlika, ZD Slovenska Bistrica, ZD Lenart, ZD Ormož, ZD Ajdovščina, ZD Piran, OZG Kranj, ZD Slovenske Konjice, ZD Brežice, ZD Ivančna Gorica, ZD Idrija in ZD Logatec.

14. člen

(pediatrični tim v programu družinske obravnave za zdrav življenjski slog)

(1) Pediater in DMS za program družinske obravnave za zdrav življenjski slog sta del pediatričnega tima za preventivo.

(2) Materialni stroški, ki so del kalkulacije za pediatrični tim, vključujejo:

- materialne stroške družinske obravnave za zdrav življenjski slog,
- materialne stroške za delovanje pediatričnega tima (npr. udeležba na usposabljanjih in rednih izpopolnjevanjih ter drugih strokovnih srečanjih),
- aktivnosti sodelovanja in povezovanja v zdravstveni dejavnosti s partnerji v lokalnih skupnostih (npr. šola),
- izvajanje komunikacijskih/medijskih aktivnosti,
- nakup didaktičnih pripomočkov/orodij za izvajanje obravnav.

15. člen

(načrtovanje antikoagulantnega programa)

(1) ZD oziroma koncesionar antikoagulantni program načrtuje na ravni pogodb preteklega leta v skladu s kalkulacijo iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Bolnišnica antikoagulantni program načrtuje v obsegu realiziranega antikoagulantnega programa v okviru specialistične zunajbolnišnične dejavnosti v preteklem letu, v skladu s podatki izvajalca, upoštevajoč kalkulacijo iz Priloge 1 te uredbe.

16. člen

(turistične ambulante)

(1) Zavod ZD, ki pokriva območje občine Bovec, Piran in Kranj ter občin, ki mejijo na te občine, kadar število storitev za paciente, ki imajo stalno prebivališče izven navedenih občin, v letnem merilu presega 5 % vseh opravljenih storitev v dejavnosti splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjih, zagotovi dodatna sredstva, in sicer za ZD Piran v višini sredstev za 0,20 tima, ZD Tolmin v višini 0,5 tima in OZG Kranj v višini 0,4 tima.

(2) Timi iz prejšnjega odstavka se ne upoštevajo za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva s programom splošne in družinske medicine.

2. Dispanzer za ženske

17. člen

(program v dispanzerju za ženske)

(1) Program dispanzerja za ženske je sestavljen iz količnikov iz glavarine in količnikov iz obiskov.

(2) Plan količnikov iz obiskov vključuje storitve preventive in kurative.

(3) Za izvajalca se letni plan količnikov iz obiskov za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu načrtuje na podlagi opredeljenih zavarovanih žensk na aktivnega nosilca dejavnosti in neaktivnega nosilca, največ dve leti na dan 30. november 2022.

(4) Letni plan količnikov iz obiskov za zgodnje odkrivanje raka materničnega vratu se oblikuje v višini tretjine opredeljenih zavarovanih žensk v starostnem obdobju od 20 do 64 let in na podlagi relativne vrednosti odvzema brisa na malignost iz preventivnega namena.

(5) Sestavni del programa dispanzerja za ženske so tudi storitve ultrazvoka. Izvajalec, ki teh storitev ne opravlja sam, storitve ultrazvoka naroča pri drugem izvajalcu in kot naročnik tudi plača storitev.

3. Farmacevtsko svetovanje

18. člen

(program farmacevtskega svetovanja)

(1) Zdravniki na primarni ravni v program farmacevtskega svetovanja napotujejo paciente s polifarmakoterapijo in paciente, za katere menijo, da so težave lahko posledica jemanja zdravil.

(2) Pogoj za pridobitev programa farmacevtskega svetovanja je sklenjena pogodba o delu specialista klinične farmacije z bolnišnico ali javno lekarno oziroma z zaposlitvijo specialista klinične farmacije.

(3) Seznam oseb, ki lahko opravljajo delo v programu farmacevtskega svetovanja, vodi Lekarniška zbornica Slovenije v sodelovanju s Sekcijo kliničnih farmacevtov, Zavod pa ga objavi na svojih spletnih straneh.

(4) Izvajalec, ki ima sklenjeno pogodbo za izvajanje programa farmacevtskega svetovanja, organizira ambulanto za program farmacevtskega svetovanja za izvajanje farmakoterapijskih pregledov najmanj enkrat tedensko, če ima v pogodbi dogovorjeno 0,2 tima oziroma sorazmerno več ali manj, ob večjem ali manjšem pogodbeno dogovorjenem timu, v okviru delovnih tednov ter z upoštevanjem delovnega časa.

(5) Izvajalec iz prejšnjega odstavka v sklopu programa farmacevtskega svetovanja organizira sestanke kakovostnega predpisovanja zdravil, ki jih sestavlja od šest do 15 zdravnikov in specialist klinične farmacije. Delo v skupini iz prejšnjega stavka poteka po vnaprej dogovorjenem programu, ki ga Zavod objavi na svojih spletnih straneh.

(6) Zavod spremlja kazalnike kakovostnega predpisovanja zdravil in o njih letno obvešča zdravnike.

4. Fizioterapija

19. člen

(program fizioterapije)

(1) Izvajalec program fizioterapije načrtuje v številu timov in v številu uteži v skladu s kalkulacijo iz Priloge 1 te uredbe. Program fizioterapije ne vključuje specialnih fizioterapevtskih obravnav, ki jih izvajalec načrtuje posebej.

(2) Specialne fizioterapevtske obravnave se opredelijo v pogodbi med izvajalcem in Zavodom, če ima izvajalec zaposlenega fizioterapevta, ki je na podlagi predhodnega mnenja Razširjenega

strokovnega kolegija za fizioterapijo vpisan v Seznam izvajalcev za specialne fizioterapevtske obravnave. Seznam iz prejšnjega stavka objavi Zavod na svoji spletni strani.

(3) Podlaga za načrtovanje specialne fizioterapevtske obravnave je realizirano število specialnih fizioterapevtskih obravnav v preteklem letu. Ob vključitvi novega fizioterapevta, ki izpolnjuje pogoje iz prejšnjega odstavka, se v izvajanje specialne fizioterapevtske obravnave, v letu, ko začne opravljati delo, načrtuje 100 specialnih fizioterapevtskih obravnav letno.

5. Patronažna zdravstvena nega

20. člen

(program patronažne zdravstvene nege)

(1) Izvajalec število nosilcev v dejavnosti patronažne zdravstvene nege načrtuje na podlagi pogodbe preteklega leta in po izobrazbeni strukturi.

(2) Načrtovani obseg programa izvajalca se opredeli v številu storitev, in sicer se za en tim načrtuje 1.350 storitev na letni ravni.

(3) V program patronažne zdravstvene nege sodijo tudi storitve, povezane z asistirano peritonealno dializo. Načrtovani obseg teh storitev Zavod dogovori v pogodbi z izvajalcem.

21. člen

(patronažna zdravstvena nega v oskrbovanih stanovanjih)

Patronažno zdravstveno nego v oskrbovanih stanovanjih lahko izvaja javni zavod, ki ima to dejavnost opredeljeno v ustanovitvenem aktu, ali zasebni izvajalec s koncesijo za izvajanje zdravstvene nege na domu oziroma patronažne zdravstvene nege.

6. Centri za duševno zdravje, dispanzer za mentalno zdravje, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

22. člen

(program centrov za duševno zdravje)

(1) Program centrov za duševno zdravje otrok in mladostnikov (v nadaljnjem besedilu: CDZOM) in centrov za duševno zdravje odraslih (v nadaljnjem besedilu: CDZO) se vzpostavi in izvaja na primarni ravni zdravstvene dejavnosti.

(2) CDZOM sestavlja en tim v skladu s Prilogo 1 te uredbe, CDZO pa dva tima, in sicer tim za ambulantno obravnavo in tim za skupnostno psihiatrično obravnavo, določen v Prilogi 1 te uredbe.

(3) Če izvajalec ne pridobi potrebnega kadra iz Priloge 1 te uredbe, se mu za manjkajoči kader zniža financiranje kadra in obseg programa, sorazmerno z znižanim obsegom programa pa tudi materialni stroški in amortizacija.

(4) Po vzpostavitvi programa CDZOM oziroma CDZO se ZD na regionalnem območju, ki ga pokriva CDZOM oziroma CDZO, za vsak program priznata dva tima patronažne zdravstvene nege.

23. člen
(CDZOM)

(1) CDZOM se vzpostavi postopoma, v skladu z razpoložljivostjo kadra, do obsega standarda za tim iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Pogoj za začetek financiranja programa CDZOM je zaposlitev nosilca programa, ki je zdravnik specialist otroške in mladostniške psihiatrije, v polovičnem obsegu polnega delovnega časa ali zaposlitev specialista klinične psihologije za polni delovni čas.

(3) Minimalna kadrovska sestava tima CDZOM obsega:

1. zdravnika specialista otroške in mladostniške psihiatrije, zaposlenega za polovični delovni čas ali specialista klinične psihologije za polni delovni čas,
2. tri psihologe,
3. enega defektologa ali enega delovnega terapevta ali dva logopeda,
4. enega socialnega delavca,
5. enega DMS ali dva tehnika zdravstvene nege,
6. administrativno tehnični kader v skladu s četrnim odstavkom 77. člena te uredbe.

(4) Izvajalec minimalno kadrovska sestavo tima iz prejšnjega odstavka zagotovi v 12 mesecih od zaposlitve nosilca programa CDZOM.

24. člen
(CZDO)

(1) CZDO se vzpostavi postopoma, v skladu z razpoložljivostjo kadra, do obsega standarda za ambulantno obravnavno in skupnostno psihiatrično obravnavo iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Pogoj za začetek financiranja programa ambulantne obravnave CZDO je zaposlitev nosilca programa, ki je zdravnik specialist psihiatrije, v polovičnem obsegu polnega delovnega časa.

(3) Minimalna kadrovska sestava tima programa ambulantne obravnave CZDO obsega:

- enega zdravnika specialista psihiatrije, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa,
- enega DMS ali dva tehnika zdravstvene nege,
- enega socialnega delavca, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa,
- dva psihologa,
- administrativno tehnični kader v skladu s četrnim odstavkom 77. člena te uredbe.

(4) Izvajalec minimalno kadrovska sestavo tima iz prejšnjega odstavka zagotovi v 12 mesecih od zaposlitve nosilca programa iz prvega odstavka tega člena.

(5) Pogoj za začetek financiranja programa skupnostna psihiatrična obravnavo v okviru CZDO je zaposlitev nosilca programa, ki je zdravnik specialist psihiatrije, v polovičnem obsegu polnega delovnega časa.

(6) Minimalna kadrovska sestava tima programa skupnostne psihiatrične obravnave v okviru CZDO obsega:

1. enega zdravnika specialista psihiatrije, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa,
2. enega delovnega terapevta,
3. tri DMS,

4. enega socialnega delavca, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa,
5. enega psihologa,
6. administrativno tehnični kader v skladu s četrtrim odstavkom 77. člena te uredbe.

(7) Izvajalec minimalno kadrovsko sestavo tima iz prejšnjega odstavka zagotovi v 12 mesecih od zaposlitve nosilca programa iz petega odstavka tega člena.

25. člen

(vključitev obstoječih programov v CDZOM in CZDO)

(1) Ob vzpostavitvi CDZOM oziroma CDZO se obstoječi program izvajalca s področja psihiatrije, pedopsihiatrije, klinične psihologije in dispanzerja za mentalno zdravje do obsega standarda iz Priloge 1 te uredbe vključijo v program CDZOM in CDZO.

(2) Pri OZG Kranj in ZD Ljubljana se vključitev programov iz prejšnjega odstavka izvede v okviru ZD, vključenih v OZG Kranj, in enot ZD Ljubljana.

26. člen

(program dispanzerja za mentalno zdravje)

(1) Nosilec dejavnosti dispanzerja za mentalno zdravje je psiholog, defektolog ali logoped.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek je nosilec dispanzerja za mentalno zdravje v Območni enoti Kranj ortopedagog, v Območni enoti Ljubljana pa za tri time specialist pedagog.

27. člen

(program centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog)

(1) Program centra za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog se, upoštevajoč število obravnav v letu 2021 in število vzdrževanih v metadonskem programu v letu 2021, oblikuje v številu timov, v skladu s Prilogo 22, ki je sestavni del te uredbe.

(2) Podatki o obravnavanih osebah in številu oseb, vključenih v opioidno substitucijsko terapijo oziroma opioidno agonistično terapijo vzdrževalni metadonski program, se ob pripravi letnega programa posodobijo z zadnjimi znanimi podatki. Na tej podlagi se izvede ustrezna prerazporeditev timov med ZD iz Priloge 21, ki je sestavni del te uredbe, v okviru skupnega števila timov.

7. Zdravstvena vzgoja

28. člen

(program zdravstvene vzgoje za otroke, šolarje in študente, šola za starše ter reproduktivno zdravstveno varstvo žensk)

(1) Načrtovani letni obseg ur učinkovitega dela za izvajanje in pripravo vsebin zdravstvene vzgoje znaša 1.400 ur na nosilca tima zdravstvene vzgoje.

(2) Izvajalci v okviru programa zdravstvene vzgoje opravljajo tudi program šole za starše.

(3) Če šolo za starše na posameznem območju opravlja izvajalec, ki ne izvaja programa zdravstvene vzgoje, se ta program določi na podlagi kalkulacije iz Priloge 1 te uredbe in načrtovanega števila delavnic.

(4) Izvajalec zdravstvene vzgoje nameni najmanj 40 % letnega obsega ur učinkovitega dela za izvajanje zdravstvene vzgoje in največ 60 % za ostale aktivnosti povezane s programom, kot so organizacija, priprava in prevoz.

29. člen
(ZVC in iCKZ)

(1) Plan zdravstveno vzgojnih delavnic je določen v Prilogi 17, ki je sestavni del te uredbe.

(2) Finančna sredstva za izvajanje podpornih aktivnosti so določena glede na velikost centra in so opredeljena v Prilogi 17 te uredbe.

30. člen
(nadgrajen program integrirane preventive kroničnih bolezni)

(1) ZD Celje, ZD Vrhnika in ZD Sevnica izvaja nadgrajen program integrirane preventive kroničnih bolezni in zmanjševanja neenakosti v zdravju. Plan delavnic in individualnih svetovanj je določen v Prilogi 17 te uredbe.

(2) Pri izvajanju zdravstveno vzgojnih delavnic Zdravo hujšanje in S sladkorno boleznijo skozi življenje sodeluje dodaten kader, ki ni del standardnega tima CKZ iz Priloge 1 te uredbe, in sicer:

Izvajalec	Zdravnik specialist družinske medicine	DMS edukator za sladkorno bolezen	Magister farmacije
	Delavci iz ur		
ZD Celje	0.1519	0.0314	0.0078
ZD Vrhnika	0.0653	0.0140	0.0035
ZD	0.0440	0.0105	0.0026

(3) Finančna sredstva za plačilo dodatnega kadra iz prejšnjega odstavka so zagotovljena v okviru materialnih stroškov standardnega tima CKZ iz Priloge 1 te uredbe.

(4) Ukrep iz tega člena velja do 31. avgusta 2023.

31. člen
(program iCKZ)

(1) iCKZ izvaja programe za krepitev zdravja in pogovornih ur odrasle populacije, otrok in mladostnikov, aktivnosti krepitev zdravja v lokalnih skupnostih, vodenju iCKZ, zdravstveni vzgoji projektnega učenja mladih odraslih in v mladinskih centrih ter varni vadbi za nosečnice.

(2) Program iCKZ izvaja ZD Maribor, ZD Murska Sobota, ZD Velenje, ZD Kranj, ZD Nova Gorica, ZD Kamnik, ZD Žalec, ZD Slovenj Gradec, ZD Dravograd, ZD Črnomelj, ZD Metlika, ZD Slovenska Bistrica, ZD Gornja Radgona, ZD Lenart, ZD Ormož, ZD Ajdovščina, ZD Izola, ZD Piran, ZD Slovenske Konjice, ZD Šentjur, ZD Kočevje, ZD Brežice, ZD dr. Franca Ambrožiča Postojna (v nadaljnjem besedilu: ZD Postojna), ZD Ivančna Gorica, ZD Trebnje, ZD Idrija in ZD Logatec.

(3) Ne glede na prejšnji odstavek od 1. septembra 2023 program iCKZ izvaja tudi ZD Celje, ZD Vrhnika, ZD Sevnica, ZD Ljubljana, ZD Domžale, ZD Ptuj, ZD Krško, ZD Laško, ZD Radovljica, ZD Litija, ZD Ribnica, ZD Trbovlje, ZD Ljutomer, ZD Mozirje in ZD Radlje ob Dravi.

(4) Finančna sredstva za vodenje strokovne skupine za preventivo ter preventivnih timov posameznih šol oziroma vrtcev se zagotavljajo za ZD Maribor, ZD Murska Sobota, ZD Velenje, ZD Kranj, ZD Nova Gorica, ZD Kamnik, ZD Žalec, ZD Slovenj Gradec, ZD Dravograd, ZD Črnomelj, ZD Metlika, ZD Slovenska Bistrica, ZD Gornja Radgona, ZD Lenart, ZD Ormož, ZD Ajdovščina, ZD Izola, ZD Piran, ZD Slovenske Konjice, ZD Šentjur, ZD Kočevje, ZD Brežice, ZD Postojna, ZD Ivančna Gorica, ZD Trebnje, ZD Idrija, ZD Logatec, ZD Celje, ZD Vrhnika in ZD Sevnica v skladu s Prilogo 1 te uredbe.

32. člen (zmanjšanje tveganega pitja alkohola)

Izvajalec, ki v skladu s pravilnikom, ki ureja izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, zagotavlja preventivni program, načrtuje dve individualni svetovanji za zmanjšanje tveganega pitja alkohola na leto.

8. Pravica do obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanja otrok in šolarjev

33. člen (obnovitvena rehabilitacija invalidov, udeležba v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanja otrok in šolarjev)

(1) Za izvedbo javnega razpisa za program obnovitvene rehabilitacije invalidov, udeležbe v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanja otrok in šolarjev se pooblasti Zavod. Ministrstvo poda soglasje na osnutek razpisane dokumentacije in na izbor izvajalcev.

(2) Finančna sredstva za izvedbo javnega razpisa iz prejšnjega odstavka zagotovi ministrstvo.

9. Državni preventivni programi SVIT, DORA, ZORA, DPOR

34. člen (program SVIT)

(1) Program SVIT in storitve, ki jih obsega, so določene v pravilniku, ki ureja izvajanje državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka. Nosilec programa SVIT je NIJZ.

(2) Zavod sklene pogodbo s pooblaščenimi presejalnimi kolonoskopskimi centri in pooblaščenimi kolonoskopisti. NIJZ enkrat letno, do 15. februarja, seznanj Zavod in izvajalce z ažurnim seznamom pooblaščenih centrov.

(3) Za paciente s pozitivnim testom na prikrito krvavitev v blatu, za katere izbrani osebni zdravnik presodi, da zdravstveno niso sposobni za ambulantno presejalno kolonoskopijo, se presejalna diagnostična, presejalna terapevtska ali operativna kolonoskopija lahko opravi z varnostno hospitalizacijo zavarovane osebe. Hospitalne skrining kolonoskopije se plačajo po SPP iz rednega programa. Pogoji za obračun hospitalno izvedenih kolonoskopij Zavodu je poročanje v informacijski sistem Programa SVIT in potrditev Programa SVIT o opravljeni storitvi.

35. člen (program DORA)

Program DORA in storitve, ki jih obsega, so določene v pravilniku, ki ureja izvajanje državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka.

36. člen (program ZORA)

(1) Program ZORA in storitve, ki jih obsega, so določene v pravilniku, ki ureja izvajanje državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka.

(2) Za promocijo, spremljanje, vodenje in koordiniranje programa ZORA se Onkološkemu inštitutu Ljubljana zagotovijo sredstva v višini iz pogodbe preteklega leta. Sredstva so namenjena za financiranje plače vodje registra ZORA, DMS, epidemiologa in analitika ter za materialne stroške podjemnih pogodb, izobraževanj in službenih poti, tiskovin, promocije, poštino in informacijsko podporo.

(3) V pogodbi med Onkološkim inštitutom Ljubljana in Zavodom se sredstva za dejavnost programa ZORA določijo namensko in jih ni mogoče prerazporejati na druge programe.

37. člen (program DPOR)

(1) Nosilec programa DPOR je Onkološki inštitut Ljubljana, ki opravlja dejavnosti koordinacije, spremljanja, vodenja, spodbujanja in promocije aktivnosti za zmanjševanje bremena raka v državi.

(2) Sredstva za dejavnost programa DPOR so namenjena za plače koordinatorja DPOR, namestnika koordinatorja DPOR, strokovnega sodelavca za komunikacijsko podporo in materialne stroške za podjemne pogodbe, komunikacijske aktivnosti, organizacijo dogodkov, izobraževanja, službene poti in tiskovine.

(3) V pogodbi med Onkološkim inštitutom Ljubljana in Zavodom se sredstva iz prejšnjega odstavka določijo namensko in jih ni mogoče prerazporejati na druge programe.

10. Dežurstvo v osnovni zdravstveni dejavnosti, nujna medicinska pomoč in reševalni prevozi

38. člen
(dežurstvo)

(1) Dežurna služba se izvaja:

- ob praznikih,
- ob delavnikih od 20. do 7. ure naslednjega dne,
- ob vikendih: od petka od 20. ure do ponedeljka do 7. ure naslednjega dne.

(2) Ne glede na prejšnji odstavek se dežurna služba v zobozdravstveni dejavnosti pri izvajalcih izvaja ob sobotah, nedeljah in praznikih na lokacijah in v ordinacijskem času:

- Ljubljana od 8. do 13. ure;
- Celje, Kranj in Maribor od 8. do 13. ure;
- Koper, Slovenj Gradec, Murska Sobota, Nova Gorica in Novo mesto od 8. do 12. ure.

(3) K ordinacijskemu času iz prvega in drugega odstavka tega člena se izvajalcu prizna ena ura za pripravo na delo.

(4) Dežurna služba se izvaja v ambulanti ZD ali v urgentnem centru (v nadaljnjem besedilu: UC) in se financira s sredstvi nosilcev dežurne službe, ki imajo za program dežurne službe sklenjeno pogodbo z Zavodom.

(5) Odškodninsko odgovornost v primeru škodnega dogodka nosi organizator dežurne službe.

39. člen
(helikopterska NMP)

Zdravstveno ekipo za helikoptersko enoto NMP zagotavlja OZG in ZD Maribor, ekipo za sekundarne helikopterske prevoze pa zagotavlja Univerzitetni klinični center (v nadaljnjem besedilu: UKC) Ljubljana.

40. člen
(program NMP)

Program NMP z dežurno službo je določen v Prilogi 17 te uredbe.

41. člen
(zagotavljanje NMP v posameznih UC)

(1) Splošna bolnišnica Celje zagotavlja NMP z 1,5 ekipe MoE REA in 2,5 ekipe MoE NRV za prebivalce na območju izpostav območne enote Zavoda Celje, Šentjur in Žalec ter delovanje programa DS1 v Enoti za hitre preglede UC Celje.

(2) V zagotavljanje NMP iz prejšnjega odstavka, vključno z dežurno službo, se po razporedu, ki ga določi Splošna bolnišnica Celje, vključujejo zdravniki ZD Celje in koncesionarji z območja občin Celje, Dobrna, Štore in Vojnik.

(3) Splošna bolnišnica Celje za zagotavljanje delovanja pediatrične urgentne službe (v nadaljnjem besedilu: PUC) načrtuje 1 ekipo standarda »PUC - Pediatrična urgentna ambulanta«. V delovanje PUC se vključujejo pediatri iz območne enote Zavoda Celje.

42. člen

(zagotavljanje NMP na območju izpostav območne enote Zavoda Koper, Izola, Piran)

(1) Za prebivalce na območju izpostave območne enote Zavoda Koper, Izola in Piran, NMP zagotavlja UC v Splošni bolnišnici Izola in ekipe NMP ZD Koper, ZD Izola in ZD Piran, v skladu s Prilogo 17 te uredbe.

(2) Delovanje enote za hitre preglede v UC v rednem delovnem času zagotavlja Splošna bolnišnica Izola, v dežurni službi pa ZD Koper, ZD Izola in ZD Piran s timi iz Priloge 17 te uredbe, ki vključujejo:

- dve dežurni ekipi v času dežurstva,
- eno dodatno dežurno ekipo pediatra ob sobotah, nedeljah in praznikih med 8. in 18. uro,
- eno dodatno dežurno ekipo v poletnem času in ob praznikih, skupaj 102 dni letno na lokaciji ZD Piran v Luciji med 7. in 24. uro, ki vključuje tudi reševalno vozilo z reševalcem,
- zdravstveni kader za izvajanje koordinacije.

43. člen

(zagotavljanje NMP na območju Ljubljane)

(1) Za izvajanje NMP z dežurno službo na območju mestne občine Ljubljana ZD Ljubljana načrtuje:

- 3 time vozila urgentnega zdravnika,
- 1 tim vozila dežurnega zdravnika – neodložljivi hišni obiski,
- 2,5 tima enote za hitre preglede v rednem delovnem času,
- 5 timov dežurne službe 1,
- 1,5 tima triaže in sprejema,
- 0,8 tima programa UC – Enote za bolezni.

(2) Za izvajanje programa NMP UKC Ljubljana zagotovi:

- 11,609 timov MOE nujnega reševalnega vozila,
- 1 tim motornega kolesa,
- sredstva za izvajanje helikopterske NMP in dispečerske službe zdravstva v višini sredstev iz pogodbe preteklega leta.

44. člen

(program nujnih reševalnih prevozov)

Program nujnih reševalnih prevozov se oblikuje v skladu s Prilogo 17 te uredbe.

11. Zobozdravstvena dejavnost

45. člen

(program zobozdravstvene dejavnosti za odrasle)

(1) V zobozdravstveni dejavnosti za odrasle, z izjemo Stomatološke klinike UKC Ljubljana in Srednje šole za farmacijo, kozmetiko in zdravstvo Ljubljana, se število točk za plačilo določi na podlagi:

- dogovorjenega števila timov in 70 % standardnega obsega programa na tim v skladu s Prilogo 1 te uredbe in
- števila opredeljenih zavarovanih oseb na dan 28. februar za drugi kvartal, 31. maj za tretji kvartal, 31. avgust za četrti kvartal in 30. november za prvi kvartal naslednjega leta. Po strukturi opredeljenih oseb Zavod razporedi 30 % programa, načrtovanega za dejavnost zobozdravstva za odrasle.

(2) Pri ugotavljanju števila zavarovanih oseb, opredeljenih na posameznega izvajalca, se pri izračunu planiranega števila točk, ki je odvisen od števila opredeljenih zavarovanih oseb, upošteva:

- če izvajalec v skladu s pogodbo opravlja samo eno dejavnost, se štejejo vse zanj opredeljene osebe v dejavnosti, ki je pogodbeno dogovorjena;
- če izvajalec v skladu s pogodbo opravlja dejavnost mladinskega zobozdravstva in zobozdravstva za odrasle, se štejejo opredeljene osebe, stare 19 let in več, v zobozdravstvo za odrasle;
- osebe, opredeljene za zobozdravnike specialiste otroškega in preventivnega zobozdravstva (pedontologe), se štejejo med neopredeljene osebe;
- če izvajalec v izvajanje prevzame program drugega izvajalca, ki je prenehal z dejavnostjo, se nanj za obdobje največ dveh let prenesejo vsi njegovi opredeljeni pacienti. Po preteku dveh let ali če se zavarovane osebe, ki jih je prevzel, že prej opredelijo za drugega zobozdravnika, se v izračun največjega možnega števila točk za plačilo štejejo le zanj opredeljene osebe. Če se zavarovane osebe v tem obdobju ne opredelijo za drugega zobozdravnika, se te zavarovane osebe uvrstijo med neopredeljene osebe, pri čemer velja, da se, če zobozdravniku preneha delovno razmerje in je imel opredeljene zavarovane osebe, se štejejo te zavarovane osebe dve leti k ZD oziroma h koncesionarju, po tem obdobju pa se štejejo kot neopredeljene osebe;
- izvajalcu, ki v pogodbenem letu začne z opravljanjem dejavnosti brez opredeljenih zavarovanih oseb oziroma izvajalcu za dodatne time v primeru širitev mreže, se prvi dve leti del plana, ki je odvisen od števila opredeljenih zavarovanih oseb, določi na ravni 80 % obsega programa na tim v skladu s Prilogo 1 te uredbe.

(3) Za dejavnost zobozdravstva za odrasle Zavod na svojih spletnih straneh za vsako tromesečje objavi plan točk po izvajalcih.

46. člen

(program zobozdravstvene dejavnosti oseb s posebnimi potrebami)

(1) Program zobozdravstvene dejavnosti oseb s posebnimi potrebami Zavod dogovori v pogodbi z UKC Ljubljana, ZD Maribor in ZD Murska Sobota.

(2) Storitve iz programa iz prejšnjega odstavka se izvajajo v splošni anesteziji.

47. člen

(program čeljustne in zobne ortopedije)

V dejavnosti čeljustne in zobne ortopedije (v nadaljnjem besedilu: ortodontija) izvajalec načrtuje vključitev najmanj 60 dodatnih zavarovanih oseb v ortodontsko zdravljenje in najmanj 90 prvih pregledov, šifra Šifranta Zavoda 01008, preračunano na en tim.

48. člen
(vzgoja za ustno zdravje)

(1) Načrtovani letni obseg ur učinkovitega dela na enega nosilca tima za izvajanje in pripravo vsebin vzgoje za ustno zdravje znaša 1.400 ur.

(2) Izvajalec vzgoje za ustno zdravje realizira najmanj 40 % letnega obsega učinkovitega dela iz ur za izvajanje vzgoje za ustno zdravje in največ 60 % letnega obsega učinkovitega dela iz ur za pripravo (npr. organizacija, čas za prevoz, čas za pripravo, vabljenje).

12. Dejavnost Nacionalnega inštituta za javno zdravje

49. člen
(dejavnost NIJZ)

(1) Program ugotavljanja in obvladovanja nalezljivih bolezní se načrtuje v obsegu, in sicer:

Območna enota Zavoda (izvajalec)	Število timov
- program NIJZ- OE Celje	1,95
- program NIJZ - OE Koper	0,91
- program NIJZ - OE Kranj	1,29
- program NIJZ - OE Ljubljana	3,93
- program NIJZ - OE Maribor	2,09
- program NIJZ - OE Murska Sobota	0,81
- program NIJZ - OE Nova Gorica	0,67
- program NIJZ - OE Novo mesto	0,88
- program NIJZ - OE Ravne na Koroškem	0,48
Skupaj:	13,01

(2) NIJZ program nabave in distribucije cepiv načrtuje v skladu s sprejetim letnim programom cepljenja in zaščite z zdravili ter v sklopu tega programa zagotavlja odgovorne osebe, ki na cepilnem mestu skrbi za sprejem, shranjevanje, izdajo in transport zdravil ter pregled dokumentacije, ki omogoča sledljivost zdravil.

(3) Distribucija cepiv iz prejšnjega odstavka vključuje:

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

(4) NIJZ zagotavlja stalno pripravljenost zdravnika specialista s področja epidemiologije in v ta namen načrtuje sredstva v višini 194.700,64 eura v cenah za januar 2023. Sredstva se valorizirajo po enaki metodologiji kot materialni stroški, ki so vračunani v programe storitev.

(5) NIJZ program priprave, koordiniranja, vodenja in evalvacije programov vzgoje za zdravje otrok in mladostnikov, vzgoje za ustno zdravje, priprave na porod in starševstvo oziroma šole za starše, zdravstvene vzgoje za odrasle in preventivnih programov, ki se izvajajo v okviru primarne zdravstvene dejavnosti načrtuje v številu timov iz razpredelnice, in sicer:

Izvajalec glede na območno enoto Zavoda	Število timov
- program NIJZ- OE Celje	3,00

Izvajalec glede na območno enoto Zavoda	Število timov
- program NIJZ - OE Koper	2,00
- program NIJZ - OE Kranj	2,00
- program NIJZ - OE Ljubljana	5,00
- program NIJZ - OE Maribor	3,00
- program NIJZ - OE Murska Sobota	1,80
- program NIJZ - OE Nova Gorica	1,00
- program NIJZ - OE Novo mesto	1,80
- program NIJZ - OE Ravne na Koroškem	1,00
Skupaj:	20,60

(6) NIJZ je nosilec koordinacije in vodenja programa preventive srčno-žilnih in drugih kroničnih bolezni v osnovnem zdravstvu ter spremljanja dejavnikov tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni. Sredstva za izvajanje programa so opredeljena v Prilogi 1 te uredbe. Sredstva NIJZ nakazuje redno v trimesečjih tistim koordinatorjem, ki delo opravljajo v obsegu dva dni na mesec in o tem poročajo. Preostala sredstva se porabijo za nacionalno vodenje in koordiniranje programa ter spremljanje podatkov o dejavnih tveganja in ogroženosti za srčno-žilne bolezni.

(7) Delo regijskih koordinatorjev se opravlja izven rednega delovnega časa.

(8) NIJZ se za koordinacijo, strokovno podporo pri implementaciji, spremljanju in evalviranju programa Skupaj za zdravje, za zagotavljanje stroškov kadra in materialne stroške zagotovi 280.662 eurov.

(9) NIJZ se za program zmanjševanja škode uporabe prepovedanih drog zagotovi 189.349 eurov.

(10) NIJZ se za koordinacijo in upravljanje implementacije centrov za duševno zdravje zagotovi 494.562 eurov.

(11) NIJZ se za zagotavljanje podpornih zdravstveno-vzgojnih gradiv zagotovi 220.642 eurov.

(12) NIJZ se za širitev mentorske mreže edukatorjev - mentorjev za podporo izvajalcem nemedikamentoznih obravnav na področju sladkorne bolezni tipa 2 v ZVC za povezovanje med primarno in sekundarno ravno zdravstvene dejavnosti zagotovi 8.700 eurov.

(13) NIJZ se za razvojno-implementacijski tim za implementacijo nemedikamentoznih obravnav za zmanjševanje tveganega in škodljivega pitja alkohola v 61 ZD zagotovi 547.062,53 eura.

13. Zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov

50. člen

(zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov)

Izvajalec zagotavlja zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov v ambulanti zavoda za prestajanje kazni zapora, v obsegu in času, ki je določen v programu Priloge 4, ki je sestavni del te uredbe. V preostalem času zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov zagotavljajo na klic, s hišnim obiskom ali na lokaciji ZD.

14. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost

51. člen
(minimalno število prvih pregledov)

(1) Zavod v pogodbah z izvajalec opredeli minimalno število prvih pregledov na tim za naslednje vrste oziroma podvrste zdravstvene dejavnosti:

VZD	Podvrsta dej.	zdr.	Naziv	Min. št. prvih pregledov na tim
204	205		Rehabilitacija	2.590
204	207		Fizioterapija	2.230
206	209		Ginekologija	2.100
208	214		Infektologija	4.085
209	215		Internistika	735
211	220		Kardiologija in vaskularna med.	930
220	229		Okulistika	2.615
222	231		Ortopedija	3.254
234	251		Splošna kirurgija	1.772
239	257		Urologija	1.190
249	217		Tireologija	1.753

(2) Kadar se posamezna subspecialna vrsta zdravstvene dejavnosti izloči iz druge vrste zdravstvene dejavnosti, se prvi pregledi pri tej subspecialni dejavnosti načrtujejo na podlagi izvajalčevih podatkov o realiziranih prvih pregledih.

52. člen
(program CT in MR preiskav)

(1) Načrtovani obseg CT in MR preiskav izvajalca je enak realiziranemu številu preiskav v preteklem letu po posameznih skupinah radioloških diagnostičnih postopkov (v nadaljnjem besedilu: SRDP).

(2) Za SRDP z nazivom CT primerjava in SRDP z nazivom MR primerjava se število preiskav ne načrtuje.

(3) Pogodbena vrednost programa za CT in MR preiskave je enaka realizirani vrednosti programa v preteklem pogodbenem letu.

15. Urgentni centri

53. člen
(program UC)

(1) V UC se financirajo naslednje organizacijske enote:

- triaža in administrativni sprejem,
- enota za hitre preglede (v nadaljnjem besedilu: EHP),
- enota za bolezni (v nadaljnjem besedilu: EzB),
- enota za poškodbe (v nadaljnjem besedilu: EzP),
- enota za opazovanje in nadzor.

(2) Bolnišnica, ki ima vzpostavljen UC, ne načrtuje drugih urgentnih specialističnih ambulant.

(3) Delovanje EHP izvajalec zagotavlja 24 ur na dan vse dni v letu, in sicer v naslednjem obsegu:

URGENTNI CENTER	Delovanje EHP zagotavljajo	Zagotavljanje EHP
BREŽICE	ZD Brežice	Do vzpostavitve dispečerske službe zdravstva: ZD Brežice v okviru 1,3 MoE NRV in DS2. ZD Brežice se priznajo dodatna sredstva v višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
CELJE	SB Celje	SB Celje se v rednem delovnem času prizna 41.232 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.
IZOLA	SB Izola ZD Koper ZD Izola ZD Piran	V času dežurstva ZD Izola, ZD Koper in ZD Piran v okviru DS 3b. V rednem delovnem času SB Izola. Prizna se največ 19.000 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001
JESENICE	ZD Jesenice	Do vzpostavitve dispečerske službe zdravstva: ZD Jesenice v okviru DS2 in MoE NRV. Dodatno se priznajo sredstva v dvojni višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
MARIBOR	ZD Maribor	ZD Maribor ambulanta v okviru DS1. Za delo v rednem delovnem času od ponedeljka do petka od 7. do 20. ure se prizna največ 19.000 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.
MURSKA SOBOTA	SB Murska Sobota ZD Murska Sobota	V času dežurstva ZD Murska Sobota v okviru DS1. V rednem delovnem času se skladno z medsebojno pogodbo SB MS in ZD MS prizna največ 19.000 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.
NOVA GORICA	SB Nova Gorica ZD Nova Gorica	V času dežurstva ZD Nova Gorica v okviru DS1. V rednem delovnem času se izvajalcu, v skladu z medsebojno pogodbo SB Nova Gorica in ZD Nova Gorica, prizna največ 10.000 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.
NOVO MESTO	SB Novo mesto	V času dežurstva SB Novo mesto v okviru pavšala za 1,3 DS1. V rednem delovnem času se SB Novo mesto prizna največ 32.744 količnikov letno po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.
SLOVENJ GRADEC	ZD Slovenj Gradec	Do vzpostavitve dispečerske službe zdravstva: ZD Slovenj Gradec v okviru ekip DS2 in MoE NRV. Dodatno se priznajo sredstva v dvojni višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
TRBOVLJE	ZD Trbovlje	Do vzpostavitve dispečerske službe zdravstva: ZD Trbovlje v okviru 1,6 ekipe MoE NRV in DS2. Dodatno se priznajo sredstva v višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
	ZD Ljubljana	ZD Ljubljana se za delo ambulante v okviru EHP v rednem delovnem času od ponedeljka do petka od 7. do 20. ure priznajo sredstva v obsegu 68.826 količnikov letno, po visoki ceni količnika Splošne ambulante 302 001.

(4) EHP uporabljajo storitve laboratorija UC, tudi ko delovanje EHP zagotavlja ZD.

(5) V primeru iz prejšnjega odstavka lahko bolnišnica zaračuna laboratorijske storitve za EHP ZD največ v višini cene točke za laboratorij, ki jo v kalkulacijah priznava Zavod, znižane za 20 %.

54. člen
(satelitski urgentni center)

(1) Triažo izvaja tudi satelitski urgentni center (v nadaljnjem besedilu: SUC) v obsegu po en tim, in sicer v ZD Kočevje, ZD Postojna, ZD Tolmin, ZD Sežana, ZD Idrija, ZD Ilirska Bistrica, ZD Šmarje, ZD Sevnica, ZD Kranj in ZD Velenje.

(2) SUC mora biti dostopen in odprt vse dni v letu, 24 ur na dan, in sicer tudi v času, ko je ekipa NMP na terenu.

55. člen
(mobilni paliativni tim)

(1) Nosilec programa mobilnega paliativnega tima je zdravnik specialist družinske medicine, urgentne medicine, interne medicine, anesteziologije, reanimatologije in perioperativne medicine ali splošne kirurgije.

(2) Do 31. marca 2023 je program enak programu preteklega leta, od 1. aprila 2023 pa en mobilni paliativni tim poleg ostalih vključuje še enega zdravnika specialista.

(3) Glede na število zdravnikov specialistov lahko Zavod in izvajalec skleneta pogodbo za več timov, vendar ne več kot znaša načrtovano število zdravnikov v enem timu do 31. marca 2023.

16. Dializna dejavnost

56. člen
(program dializne dejavnosti)

(1) Program posameznih vrst dializ je določen na podlagi predloga izvajalca, ki ga posreduje Zavodu v 14 dneh od objave te uredbe. Če izvajalec predloga ne poda v navedenem roku, je program dializ enak realizaciji števila dializ v preteklem letu.

(2) V primeru novega izvajalca dializ se program določi tako, da se realizacija v preteklem letu razdeli med izvajalce na območju območne enote Zavoda v skladu z deležem števila dializnih mest posameznega izvajalca v območni enoti Zavoda.

17. Specialistična bolnišnična dejavnost

A. Akutna bolnišnična obravnava - skupine primerljivih primerov

57. člen
(načrtovanje programa akutne bolnišnične obravnave – skupine primerljivih primerov)

(1) Program akutne bolnišnične obravnave – skupine primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu: SPP) se načrtuje v številu primerov in uteži.

(2) V primeru širitve ali novega programa se posamezni program akutne bolnišnične obravnave SPP opredeli na podlagi uteži šifer SPP iz šifrantov Zavoda za obračun storitev, in sicer se upoštevajo šifre SPP, v katere se uvršča pretežni delež primerov.

(3) V okviru akutne bolnišnične obravnave – SPP se ločeno načrtujejo prospektivni programi iz Priloge 11, ki je sestavni del te uredbe.

(4) Plan primerov in uteži posameznih prospektivnih programov, ki so plačani po realizaciji in plan primerov ostalih prospektivnih programov, se opredeli na ravni plana iz pogodbe preteklega leta. Plan uteži posameznih prospektivnih programov se določi na podlagi fiksne uteži iz Priloge 11 te uredbe (utež za obračun) oziroma na podlagi priznane uteži na primer iz leta 2022.

(5) Za program kirurškega zdravljenja rakavih bolezni in program možganske kapi se plan uteži določi na podlagi realizirane uteži na primer iz leta 2022.

B. Akutna bolnišnična obravnava – drugo

58. člen

(načrtovanje programa akutne bolnišnične obravnave – drugo)

Programi, ki jih izvajalec ne obračunaval Zavodu na podlagi SPP, so:

- programi v bolnišnični dejavnosti: psihiatrija, rehabilitacija, transplantacije, neakutna bolnišnična obravnava, bolnišnična obravnava invalidne mladine, nevrokirurška obravnava – stimulacija globokih možganskih jeder, nevromodulacijski program – stimulacija zadnjih stebričkov hrbtenjače, postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo,
- bolnišnična obravnava zdravih novorojenčkov,
- spremstvo oseb, ki so bolnišnično obravnavane,
- obravnava klinično mrtvih darovalcev organov in tkiv.

59. člen

(programi, ki se načrtujejo na podlagi realizacije)

Programi, plačani po realizaciji iz 181. člena te uredbe, se načrtujejo na podlagi priznane realizacije preteklega leta.

18. Psihiatrija

60. člen

(program psihogeriatrije)

Program psihogeriatrije izvaja psihiatrična bolnišnica, ki ima organizirane ločene geriatrične oddelke.

61. člen

(program varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu)

Program varnostnega ukrepa obveznega psihiatričnega zdravljenja in varstva v zdravstvenem zavodu izvaja UKC Maribor v enoti za forenzično psihiatrijo.

62. člen

(program obravnave otrok, mladostnikov in odraslih z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji)

Program obravnave otrok in mladostnikov z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji izvaja Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna, program obravnave odraslih z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji pa Psihiatrična bolnišnica Idrija.

63. člen

(program skupnostnega bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja)

(1) Program skupnostnega bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja izvajajo Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Psihiatrična bolnišnica Begunje, Psihiatrična bolnišnica Idrija, Psihiatrična bolnišnica Ormož, UKC Maribor in Psihiatrična bolnišnica Vojnik.

(2) Pogoji za sklenitev pogodbe z Zavodom za izvajanje programa iz prejšnjega odstavka, je predložena klinična pot, na podlagi katere izvajalec izvaja obravnave.

(3) V sklopu programa skupnostnega bolnišničnega psihiatričnega zdravljenja se izvaja tudi nadzorovana obravnava po kalkulaciji primera dnevne obravnave.

19. Terciarna zdravstvena dejavnost

64. člen

(program terciarne dejavnosti)

(1) Program terciarne zdravstvene dejavnosti izvaja javni zavod oziroma oddelek javnega zavoda, ki mu je v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, in s pravilnikom, ki določa pogoje za pridobitev naziva klinika oziroma inštitut, podeljen naziv klinika, klinični oddelek ali klinični inštitut.

(2) Izvajalec terciarne zdravstvene dejavnosti je UKC Ljubljana, UKC Maribor, Onkološki inštitut Ljubljana, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik, Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana, Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča, NIJZ in Nacionalni laboratorij za zdravje, okolje in hrano (v nadaljnjem besedilu: NLZOH).

(3) Terciarna dejavnost je sestavljena iz programov terciar I in terciar II.

65. člen

(program terciar I)

(1) Terciar I obsega program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja ter vzpostavitev in koordiniranje posameznih nacionalnih evidenc in nacionalnih registrov.

(2) Program učenja obsega podiplomsko izobraževanje specializacije, znanstvenega magistrerja in doktorata.

(3) Program usposabljanja za posebna znanja obsega:

- usposabljanja, ki so organizirana v okviru izvajalca terciarne zdravstvene dejavnosti za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce, ki niso zaposleni pri njem, v smislu prenosa znanja in najnovejših dognanj iz prakse in literature v prakso na konkretnem zdravstvenem področju in niso sestavni del standardnih izobraževanj za specializante, ter
- daljša usposabljanja (en mesec in več) v tujini za zdravstvene delavce in zdravstvene sodelavce zaposlene pri izvajalcu terciarne zdravstvene dejavnosti.

(4) Program razvoja in raziskovanja obsega raziskovalne (aplikativne, klinične) in razvojne projekte, ki zagotavljajo napredek v izvajanju najvišje izvedenske ravni zdravstvene obravnave ter oblikovanje usmeritev zdravstvene obravnave za celo oziroma večji del države.

(5) Razvojni projekt iz prejšnjega odstavka se izvaja na vseh področjih zdravstva in obsega:

- patente in inovacije (razvoj in vpeljava novih metod in postopkov dela ter analize in izboljšave že obstoječih v pri izvajalcu terciarne zdravstvene dejavnosti),
- prenos lastnega znanja in dosežkov izvajalca terciarne zdravstvene dejavnosti v domači prostor in v tujino ter obratno,
- razvojne naloge in naloge nacionalnega pomena, in sicer vzpostavitev in delovanje nacionalnega sistema za farmakovigilanco, ki obsega vzpostavitev in vzdrževanje nacionalne mreže regijskih koordinatorjev v bolnišnicah in večjih zdravstvenih centrih, izobraževanje na področju farmakovigilance, spodbujanje zdravnikov in drugih zdravstvenih delavcev glede poročanja o neželenih učinkih zdravil, svetovanje v primeru neželenih učinkov, zbiranje in dopolnjevanje poročil o neželenih učinkih, posredovanje poročil Javni agenciji Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke, sodelovanje pri vzpostavitvi uporabnikom prijaznega elektronskega on-line sistema za poročanje, priprava polletnega in letnega poročila za ministrstvo (Svet za zdravila); sodelovanje v nacionalnem odboru za farmakovigilanco, sodelovanje v preventivnih programih za zvečanje varnosti pacientov oziroma varne rabe zdravil.

(6) Nacionalne evidence in nacionalni registri iz prvega odstavka tega člena so:

UPRAVLJALEC	ZAP. ŠT.	NACIONALNI REGISTER IN NACIONALNA EVIDENCA
UKC Ljubljana	NIJZ 13	Register o zastrupitvah in drugih učinkih kemikalij
	NIJZ 28	Register bolnikov s sladkorno boleznijo in vrojenimi presnovnimi motnjami in endokrinopatijami
	NIJZ 33	Register hemofilikov
	NIJZ 34	Register rizičnih otrok
	NIJZ 36	Register ekstrapiramidnih bolnikov
	NIJZ 39	Register oseb s cerebralno paralizo
	NIJZ 45	Register oseb, ki jih ogrožajo kardiovaskularne bolezni
	NIJZ 53.2	Register redkih nemalighnih bolezni
UKC Ljubljana skupaj z NIJZ	NIJZ 35	Register cerebrovaskularnih bolnikov
Onkološki inštitut Ljubljana	NIJZ 25	Register raka

	NIJZ 26	Register organiziranega odkrivanja raka materničnega vratu
	NIJZ 38	Register družinske polipoze
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	NIJZ 29	Register TBC bolnikov
	NIJZ 32	Register bolnika, ki prejema kisik in umetno ventilacijo na domu
NIJZ	NIJZ 20	Register prirojenih anomalij
	NIJZ 35	Register cerebrovaskularnih bolnikov
	NIJZ 43	Register poklicnih bolezni, sumov na poklicne bolezni in bolezni v zvezi z delom
	NIJZ 44	Register bolnikov srca in ožilja
	NIJZ 48	Evidenca nalezljivih bolezni
	NIJZ 49	Register obveznikov za cepljenje in izvajanje cepljenja
	NIJZ 50	Evidenca varstva prebivalstva pred steklino
	NIJZ 51	Register stranskih pojavov po cepljenju
	NIJZ 52	Evidenca pojavnosti infekcije s HIV, AIDS-a in smrti zaradi AIDS-a
	NIJZ 53	Evidenca pojavnosti spolno prenesenih bolezni
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana	NIJZ 30	Register hospitaliziranih psihiatričnih bolnikov
	NIJZ 31	Register samomorov in drugih samomorilnih poskusov
	NIJZ 37	Register oseb odvisnih od alkohola

66. člen
(program terciar II)

Terciar II obsega:

- najvišjo stopnjo usposobljenosti zdravstvenih timov na posameznem strokovnem področju (subspecialni timi), vključno s podpodročji,
- ozko specializirane laboratorije, diagnostične in terapevtske enote,
- trajno ali občasno horizontalno povezanost več strok oziroma več strok pri različnih izvajalcih za najboljše reševanje problemov zdravstvene obravnave (interdisciplinarni ekspertni konziliji) vključno z izdajo mnenj v zvezi s postopki zdravljenja v tujini,
- težavnost – najbolj zahtevna bolnišnična zdravljenja, kjer stroški praviloma presegajo zaračunano vrednost.

67. člen
(mnenja pristojnih klinik oziroma kliničnih inštitutov za zdravljenje v tujini)

Terciarna dejavnost zagotavlja tudi izdajo mnenj pristojnih klinik oziroma kliničnih inštitutov v zvezi s postopki uveljavljanja pravice do pregleda, preiskave in zdravljenja v tujini (v nadaljnjem besedilu: zdravljenje v tujini) v skladu zakonom, ki ureja zdravstveno varstvo in zavarovanje, in pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje.

20. Diagnostične preiskave vzorcev tkiv in krvi v tujini

68. člen

(program diagnostičnih preiskav vzorcev tkiv in krvi v tujini)

(1) Program diagnostičnih preiskav vzorcev tkiv in krvi v tujini, vključno s stroški pošiljanja vzorcev prek hitre pošte v tujino, se UKC Ljubljana financira na podlagi pavšala, ki znaša 504.000 eurov.

(2) Odločanje o izvajanju diagnostičnih preiskav vzorcev tkiv in krvi v tujini je v pristojnosti UKC Ljubljana.

21. Lekarniška dejavnost

69. člen

(program lekarniških storitev)

Program lekarniških storitev zajema izdajo zdravil in živil za posebne zdravstvene namene, ki so razvrščena na pozitivno in vmesno listo in so predpisana na receptni obrazec Zavoda, izdajo zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog ter kognitivne storitve v okviru programa brezšivne skrbi.

70. člen

(načrtovanje programa lekarniških storitev)

(1) Program lekarniških storitev se načrtuje v višini realizacije preteklega leta.

(2) Za lekarno, ki začne poslovati v letu 2023, se program načrtuje v obsegu enega tima iz Priloge 1 te uredbe.

(3) Dežurstvo v lekarnah se opravlja na območju mesta ali za več občin v skladu s Prilogo 14, ki je sestavni del te uredbe.

22. Zdravstvena dejavnost socialno varstvenih zavodov, zavodov za usposabljanje in zavodov za izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami

71. člen

(program v socialno varstvenem zavodu)

(1) Program v socialno varstvenem zavodu se določi s številom dni zdravstvene nege in se načrtuje v višini realizacije preteklega leta.

(2) Zmožljivosti za izvajanje programa zdravstvene nege so določene s številom postelj oziroma mest v posameznem socialno varstvenem zavodu, kar določa Priloga 15 te uredbe.

(3) Program v socialno varstvenem zavodu, pri katerem se število postelj spremeni, se določi glede na strukturo realizacije vrste zdravstvene nege preteklega leta.

(4) Socialno varstvenem zavodu, ki sklene prvo pogodbo z Zavodom, se:

- obseg zdravstvene nege izračuna na podlagi števila postelj, 90 % deleža zasedenosti postelj ter števila dni v neprestopnem letu,

- struktura storitev izračuna na podlagi realizirane povprečne strukture storitev zdravstvene nege izvajalcev istega tipa glede na Prilogo 15 te uredbe, v letu 2021, in sicer:

	Delež	Delež	Delež
Tip storitev	zdravstvena nega I	zdravstvena nega II	zdravstvena nega III
Tip A	17,27 %	5,85 %	76,88 %
Tip B + C	4,75 %	18,42 %	76,83 %
Tip C1	0,66 %	1,60 %	97,74 %

(5) Načrtovani obseg storitev za asistirano peritonealno dializo izvajalec z Zavodom dogovori v pogodbi.

72. člen

(zagotavljanje drugih dejavnosti socialno varstvenega zavoda)

(1) Socialno varstveni zavod v okviru programa iz prejšnjega člena izvaja tudi storitve fizioterapije in delovne terapije ter zagotavlja specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti v skladu s kadrovskim normativom za posamezne vrste zdravstvene nege iz Priloge 15 te uredbe.

(2) Za izvajalce, za katere storitve fizioterapije, delovne terapije in specialistične zdravstvene dejavnosti niso vključene v zdravstveno nego, preko kadrovskih normativov za izvajalce tip A, B, C in C 1 iz Priloge 15 te uredbe, je plan teh storitev enak planu iz pogodb preteklega leta.

(3) Izvajalec v okviru pogodbeno dogovorjenega programa za svoje oskrbovance izvaja fizioterapevtske storitve z naslednjimi šiframi Šifrantov Zavoda: 12051, 12052, 12053, 13621, 13622, 85501, 85531, 85532, 85550, 86001, 86010, 86021, 86022, 86040, 86050, 86120, 86210, 86310, 87120, 93301, 93320, 93321, 94301, 94302, 94320, 94401, 94402, 94420, 94430, 94440, 94450, 94501, 94502, 94511, 94512, 94520, 94530, 94540, 94551, 94601, 94610, 94620, 94630, 94640, 94701, 94712, 94720, 97740, 94770 in 94780.

73. člen

(program socialno varstvenega zavoda za usposabljanje)

(1) Socialno varstveni zavod za usposabljanje v dnevni centrih izvaja program za otroke in mladostnike do 26. leta starosti.

(2) Socialno varstveni zavod za usposabljanje v okviru pogodbeno dogovorjenega programa storitev izvaja tudi program obravnave oseb z nezgodno poškodbo glave.

74. člen

(program v zavodu za izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami)

(1) Program v zavodu za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami iz 18. člena Zakona o usmerjanju otrok s posebnimi potrebami (Uradni list RS, št. 58/11,

40/12 – ZUJF in 90/12) se določi s številom dni zdravstvene nege oziroma v skladu s Prilogo 2 te uredbe, za programe v centru za sluh in govor, in se načrtuje v višini plana iz pogodbe preteklega leta.

(2) Program centra za sluh in govor v skladu s Prilogo 2 te uredbe obsega tudi logopedске, psihološke, defektološke, otorinolaringološke, avdiološke in pedopsihiatrične dejavnosti, ki se načrtujejo na ravni plana iz pogodb preteklega leta.

(3) Center za sluh in govor v okviru pogodbeno dogovorjenega programa storitev izvaja logopedске obravnave za oskrbovance in za zunanje uporabnike.

23. Zdraviliška dejavnost

75. člen

(program zdraviliškega zdravljenja)

(1) Program zdraviliškega zdravljenja se določi posebej za stacionarno zdraviliško zdravljenje in posebej za ambulantno zdraviliško zdravljenje. Zdravilišče izvaja program v skladu s Prilogo 20, ki je sestavni del te uredbe.

(2) Program nemedicinskih oskrbnih dni za stacionarno zdraviliško zdravljenje se načrtuje v višini realizacije preteklega leta, pri čemer ne sme biti manjši od 100 nemedicinskih oskrbnih dni.

(3) Program zdraviliških storitev za stacionarno zdraviliško zdravljenje se načrtuje v višini 20,5 točk na nemedicinski oskrbni dan.

(4) Program ambulantnega zdraviliškega zdravljenja se načrtuje v višini realizacije preteklega leta, pri čemer se število storitev načrtuje v višini 20,5 točke na dan. Število načrtovanih dni rehabilitacije ne sme biti manjše od 100.

III. DEL

ZMOGLJIVOSTI IN VREDNOTENJE PROGRAMOV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

76. člen

(vrednosti programov in cene zdravstvenih storitev)

Vrednosti programov in cene storitev iz te uredbe se nanašajo na njihovo celotno vrednost, to je vrednost iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in vrednost iz dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

77. člen

(načrtovanje števila timov in zaposlenih)

(1) Načrtovanje števila timov temelji na 1.430 urah letnega učinkovitega dela ambulante, če je nosilec programa zdravnik, psiholog, specialist klinične psihologije, defektolog, logoped oziroma surdopedagog in specialist klinične logopedije.

(2) Če je nosilec programa zdravnik specialist v območju sevanja, načrtovano število timov temelji na 1.254 urah letnega učinkovitega dela ambulante.

(3) Za nosilca programa, ki ni naveden v prvem in drugem odstavku tega člena, načrtovanje števila timov temelji na 1.700 urah letnega učinkovitega dela ambulante.

(4) Delež administrativno-tehničnega kadra v kalkulacijah za načrtovanje in financiranje programov storitev lahko v bolnišnični dejavnosti znaša največ 17 %, v drugih dejavnostih pa največ 15,27 % zdravstvenega kadra, razen izjem, določenih v Prilogi 1 te uredbe.

(5) Načrtovano število zdravstvenih delavcev in zdravstvenih sodelavcev v socialno varstvenem zavodu je, glede na strukturo dni zdravstvene nege, v skladu z normativi za delo, dogovorjenimi v Prilogi 15 te uredbe.

(6) V dejavnosti, ki ni standardizirana, se kadrovske zmogljivosti določajo v številu in kadrovski sestavi iz pogodb preteklega leta.

(7) O elementih za oblikovanje cen storitev za nov program, ki ni posebej opredeljen, se dogovorita Zavod in izvajalec s pogodbo. Za pripravo predloga pogodbe izvajalec v roku sedmih dni po prejemu poziva Zavoda, Zavodu predloži kalkulacijo cene iz prejšnjega stavka v skladu s to uredbo.

78. člen (elementi za oblikovanje cen storitev)

Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev se upoštevajo naslednji elementi:

- plače,
- materialni stroški,
- amortizacija,
- drugi prejemki zaposlenih po kolektivni pogodbi,
- druge zakonske obveznosti.

79. člen (sredstva za plače)

(1) Sredstva za plače se vračunajo v programe oziroma cene storitev tako, da se upošteva:

- načrtovano število delavcev posamezne vrste zdravstvene dejavnosti,
- plačni razred,
- znesek osnovne plače,
- sredstva za delovno dobo,
- dodatki, določeni s kolektivno pogodbo.

(2) Če Vlada Republike Slovenije in reprezentativni sindikati javnega sektorja sprejmejo aneks h kolektivni pogodbi v javnem sektorju, ki posega na področje plač v javnem sektorju, ali v primeru sprememb zakona, ki ureja sistem plač v javnem sektorju, oziroma drugega predpisa, ki ureja navedeno področje, se te spremembe avtomatično upoštevajo v kalkulacijah cen storitev.

(3) Vračunanje osnovnih plačnih razredov v programih oziroma cenah storitev po dejavnosti je razvidno iz Priloge 5, ki je sestavni del te uredbe.

80. člen (sredstva za delovno dobo)

Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev se v vseh dejavnostih obračunajo sredstva za delovno dobo v višini 6,44 % vračunane osnovne plače.

81. člen
(dodatki po kolektivni pogodbi)

(1) Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev se dodatki po kolektivni pogodbi vračunajo v vrednost programov oziroma cene storitev tako, da se upoštevajo naslednji odstotki:

Dejavnost	Podvrste zdravstvene dejavnosti	odstotek
- v splošni in dispanzerski dejavnosti	podvrste: od 001 do 004, 007, 009, 011, 013, 014, 025, od 026 do 028, od 031 do 033, 036, 039, 051, od 057 do 059, 258, 606	2,50 %
- farmacevtsko svetovanje	302 001 Z0042	2,90 %
- v dejavnosti NMP brez administrativno tehničnega kadra - dežurna služba 1, 2, 3a, 3b, triaža satelitski urgentni center (zdr. specialist 2 oziroma dipl. zdravstvenik 2) mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (zdravnik specialist 2)	338 040, 338 041, 338 042, 338 043, 338 046 338 062	82,39 %
- dežurna služba 2, 3a, 3b (zdr. specialist 1 in /ali dipl. zdravstvenik 1) mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (zdravnik specialist 1)	338 041, 338 042, 338 043 338 062	5,73 %
- dežurna služba 4	338 044	36,73 % *
- dežurna služba 5	338 045	20,00 % *
- dispečerska služba, mobilna enota reanimobila, mobilna enota nujnega reševalnega vozila mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (diplomirani zdravstvenik)	338 038, 338 047, 338 049 338 062	39,23 %
- helikopter, motorno kolo	338 024, 338 049	22,50 %
- enota za hitre preglede	338 051	2,50 %
- mobilna enota dežurnega zdravnika za neodložljive hišne obiske	338 063	
* zdravnik specialist		73,64 %
* tehnik zdravstvene nege		21,74 %
- administrativno tehnični kader	razen 338 038	2,50 %
- administrativno tehnični kader	338 038	20,20 %
- v zobozdravstveni dejavnosti	od 404 101 do 404 107, 401 110, 402 111, 405 113, 406 114, 442 116, 446 125	2,50 %
- dežurna služba v zobozdravstveni dejavnosti brez administrativno tehničnega kadra	438 115	85,26 %

- administrativno tehnični kader	438 115	2,50 %
- v dejavnosti reševalne službe - nenujni reševalni prevozi	513 150, 513 151, 513 153	39,23 %
- v lekarniški dejavnosti	743 601, 743 602, 743 603, 743 604, 743 606, 743 615	3,20 % ***
- v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (s psihiatrijo)	podvrste: 203, od 205 do 212, od 214 do 222, 224, 227, 229, 231, 232, 236, 237, od 239 do 242, od 246 do 249, 251, od 255 do 257, 259, od 261 do 263, 269, 276, 278, 282, 283	2,50 %
- urgentni centri: triaža in sprejem, opazovalna enota	238 271, 238 272	9,60 %
dispečerska služba, enota za bolezni, enota za poškodbe, PUC (brez administrativno tehničnega kadra)	238 273, 238 274, 238 275, 238 277, 238 280, 238 281	39,23 %
administrativno tehnični kader	238 277, 238 280, 238 281	2,50 %
- mobilni paliativni tim	241 279	33,14 %
- v dializni dejavnosti	216 225	22,50 %
- v specialistični bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije)	podvrste: 300, 303, od 305**** do 307, 359	33,14 % **
- v specialistični bolnišnični dejavnosti – psihiatrija	130 312, 130 341	28,15 % **
- v specialistični bolnišnični dejavnosti: doječe matere, sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku, program zdravljenja in rehabilitacije oseb s komorbidnostjo	701 308, 701 309, 701 310	2,50 %
- sredstva za brezšivno skrb v bolnišnični dejavnosti	101 300 E0811, 104 305 E0811, 130 341 E0811, 130 312 E0811, 124 341 E0811	2,90 %
- v zdravstveni dejavnosti domov za starejše	644 411, 644 412, 644 413, 644 415, 602 419, 644 410, 644 425	13,37 %
- v zdravstveni dejavnosti posebnih socialno varstvenih zavodih za odrasle in enot za posebne oblike varstva v domovih starejših občanov in v domskem varstvu varstveno delovnih centrov	644 416, 644 417, 644 418	26,28 %
- v socialno varstvenih zavodih za usposabljanje: Center Dolfke Boštjančič, Zavod dr. M. B. Dornava	644 406, 644 407, 644 408, 602 401, 602 402, 602 403, 644 405 E0690	25,26 %
- v socialno varstvenih zavodih za usposabljanje: Center za usposabljanje, delo in varstvo Dobrna, Dom Matevža Langusa Radovljica ter Center za usposabljanje, delo in varstvo Črna na Koroškem	644 406, 644 407, 644 408, 602 401, 602 402, 602 403	19,70 %
- v zavodih za usposabljanje	602 402****, 644 406, 644 407, 644 408	17,88 %
- v zavodih za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju in svetovalnih centrih	644 409	10,40 %
- v zavodih za rehabilitacijo po pridobljeni možganski poškodbi	644 405 E0432	14,14 %
- v centrih za korekcijo sluha in govora	644 409	10,40 %
- podaljšan program bolnišnične rehabilitacije za starejše	104 305	13,37 %
- v zdraviliški dejavnosti	104 501, 204 503	5,07 %
- za nemedicinski oskrbni dan v zdraviliški	104 501, 701 310	5,80 %

dejavnosti, sobivanje starša ob stacionarnem zdraviliškem zdravljenju otroka in invalida		
- v dejavnosti NIJZ in NLZOH	246 820, 246 821, 705 822	2,50 %

* Dodatek se upošteva v višini 30% (dodatek za pripravljenost)

** V bolnišnični dejavnosti (brez psihiatrije) sredstva za dodatke brez dežurstva znašajo 9,6%, v bolnišnični dejavnosti psihiatrije pa 10,9%.

*** Brez dodatkov za dežurno službo - vrednost dodatkov za dežurno službo je opredeljena v Prilogi 14 te uredbe

**** Razen 104 305 podaljšan program bolnišnične rehabilitacije za starejše

***** Samo CIRIUS Vipava

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

82. člen

(vračunanje sredstev za zakonske obveznosti)

(1) Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev se zakonske obveznosti izvajalca vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini 16,10 % od vračunanih bruto plač v skladu s to uredbo.

(2) Vračunane bruto plače vključujejo sredstva za vračunane osnovne plače iz Priloge 5 te uredbe, vračunana sredstva za delovno dobo iz 80. člena te uredbe, sredstva za dodatke po kolektivni pogodbi iz 81. člena te uredbe in sredstva za redno delovno uspešnost.

83. člen

(vračunanje sredstev za regres, jubilejno nagrado, premijo kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja)

(1) Pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev se sredstva za regres vračunajo v vrednost programov oziroma cene zdravstvenih storitev v višini minimalne plače v tekočem letu na planiranega delavca oziroma v višini sredstev za regres, ki je dogovorjen za javni sektor.

(2) Sredstva za jubilejne nagrade, odpravnine in solidarnostne pomoči se vračunajo v vrednost programov oziroma cene storitev v višini 180,82 eura na planiranega delavca.

(3) Sredstva za premije kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja se vračunajo v vrednost programov oziroma cene storitev v višini, dogovorjeni v preteklem letu, povečani za koeficient rasti povprečne plače, kot izhaja iz sklepa, ki določa uskladitev minimalne premije dodatnega pokojninskega zavarovanja za javne uslužbence.

84. člen

(dodatek za dvojezičnost v kalkulaciji)

(1) Izvajalcu se za dodatek za dvojezičnost zagotovi 4 % od vračunane osnovne plače zaposlenih, ki delajo na območjih občin, v katerih živi italijanska ali madžarska narodna skupnost.

(2) Osnova za izračun dodatka za dvojezičnost za program dermatologije, revmatologije,

otorinolaringologije, pnevmologije, okulistike - presejanje diabetične retinopatije, zdravstvene nege in patronažne zdravstvene nege je 75 % vračunanih bruto plač za te dejavnosti iz pogodbe med Zavodom in izvajalcem.

(3) Na dodatke za dvojezičnost se dodatno obračunajo sredstva za zakonske obveznosti iz 82. člena te uredbe.

85. člen (materialni stroški v kalkulaciji)

(1) Materialni stroški se izračunajo po dogovorjenih normativih iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Za programe, za katere standard ni določen, se višina materialnih stroškov izračuna na podlagi materialnih stroškov iz pogodb preteklega leta in v skladu s to uredbo.

(3) Vračunani materialni stroški vključujejo sredstva za obvezno strokovno izpopolnjevanje zdravnikov v višini 159,53 eura na zdravnika, sredstva za nezgodno zavarovanje delavcev in sredstva za investicijsko vzdrževanje.

(4) Sestavni del materialnih stroškov so namenska sredstva za informatizacijo, ki se v kalkulacijah prikazujejo ločeno.

(5) ZD in koncesionarju, ki izvaja koordinacijo preventive in NMP, se zagotovi 111,93 eura za vsak tim splošnega, otroškega in šolskega zdravnika, splošnega zdravnika v socialno varstvenem zavodu, zobozdravnika za odrasle, otroškega in mladinskega zobozdravnika ter zobozdravnika za študente v izpostavi oziroma občini (brez pedontologa) koncesionarja. Navedena sredstva se ob sklepanju pogodb vračunajo v materialne stroške programa zdravstvene vzgoje oziroma vzgoje za ustno zdravje na podlagi stanja na dan 1. januar tekočega leta, pri čemer se število nosilcev za koordinacijo preventive med letom ne spreminja.

(6) Izvajalec v breme materialnih stroškov pacientom zagotavlja oskrbo kroničnih ran s sodobnimi oblogami za nego rane. Če zdravnik na sekundarni ravni zdravstvene dejavnosti predlaga sodobno oblogo, jo izbrani osebni zdravnik upoštevajoč strokovne smernice lahko zamenja z enakovredno drugo sodobno oblogo.

(7) Izvajalec posebej obračunava preparate za fluorizacijo zob v skladu z navodili Zavoda.

(8) Vračunani materialni stroški v cenah storitev socialno varstvenega zavoda so namenjeni izvajanju storitev zdravstvene nege in rehabilitacije ter vključujejo tudi sredstva za zagotavljanje medicinskih pripomočkov v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in za kritje drugih materialnih stroškov, potrebnih za izvajanje storitev.

86. člen (amortizacija v kalkulaciji)

(1) Amortizacija se izračuna na podlagi dogovorjenih normativov iz Priloge 1 te uredbe.

(2) Za programe, za katere standard ni določen, se višina amortizacije izračuna na podlagi amortizacije iz pogodb preteklega leta in v skladu s to uredbo.

87. člen
(dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe)

(1) Za zdravstveno obravnavo gluhe zavarovane osebe, ki potrebuje tolmača, izvajalec Zavodu zaračuna storitev dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe. Vrednost storitve se določi v skladu s Tarifo za tolmače slovenskega znakovnega jezika (Uradni list RS, št. 106/12, 167/21 in 53/22).

(2) Stroški storitve se obračunajo v ustreznem deležu med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem, in sicer se upoštevajo obračunani deleži za storitve, ob katerih je bila storitev tolmačenja opravljena.

88. člen
(cene storitev)

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

1. V zdravstveni dejavnosti na primarni ravni za:

- količnik za glavarino in količnik za kurativne in preventivne storitve za dejavnost ambulant splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske,
- storitev v referenčni ambulanti do 31. decembra 2023,
- visoko ceno količnika za ambulanto splošne medicine v socialno varstvenem zavodu,
- utež v dejavnosti fizioterapije,
- točko za mobilno enoto nujnega reševalnega vozila za tuje zavarovane osebe po zakonodaji Evropske unije in meddržavnih pogodbah, evidenčna cena točke za poškodbe po tretji osebi itd.,
- točko v dejavnosti reševalne službe za nenujne reševalne prevoze,
- točko v dejavnosti zobozdravstva,
- točko v ostalih ožjih dejavnostih,
- storitve iz Priloge 1 te uredbe,

2. V lekarniški dejavnosti za:

- točko,

3. V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti za:

- točko,
- posege, operacije,
- nemedicinsko oskrbni dan,
- storitve iz Priloge 1 te uredbe,

4. V dializni dejavnosti za:

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

5. V specialistični bolnišnični dejavnosti za:

a) utež za programe akutne bolnišnične obravnave – SPP

- dodatek k ceni uteži za primer izvajalcev terciarne zdravstvene dejavnosti. Ta se izračuna posebej za terciar I in terciar II, in sicer kot razmerje med načrtovano

vrednostjo programa terciarne dejavnosti izvajalca (posebej za terciar I in terciar II) in načrtovanim številom uteži izvajalca,

- b) povprečno ceno primera:
- psihiatrična dejavnost (primer v bolnišnični dejavnosti psihiatrije, dnevna obravnava, skupnostna psihiatrija, nadzorovana obravnava, obravnava v tuji družini, zdravljenje in rehabilitacija oseb s komorbidnostjo, psihogeriatija),
 - rehabilitacijska dejavnost,
 - rehabilitacija invalidne mladine,
 - motnje hranjenja in čustvovanja,
 - transplantacija ledvic, srca, kostnega mozga, jeter, roženice, pljuč itd.,
- c) bolnišnični oskrbni dan (v nadaljnjem besedilu: BOD) ali nemedicinsko oskrbni dan (v nadaljnjem besedilu: NOD):
- nego na oddelku za podaljšano bolnišnično zdravljenje (BOD),
 - rehabilitacijo invalidne mladine (BOD),
 - zdravstveno nego in paliativno oskrbo (BOD),
 - nemedicinsko oskrbo (NOD),
 - doječe matere (NOD),
 - sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku (NOD),
 - forenzično psihiatrijo (BOD),
 - BOD za bolnišnično zdravljenje oseb z izrečenim ukrepom obveznega psihiatričnega zdravljenja, ki temelji na izračunu povprečne cene primera posamezne psihiatrične bolnišnice. Zavod realizirane BOD do vključno 48. dne plača po polni ceni BOD, če je zdravljenje daljše, pa realizirane bolnišnično oskrbne dneve od vključno 49. dne naprej plača po 50 % vrednosti BOD,
- č) storitve iz Priloge 1 te uredbe,
- d) robotsko asistiranje posege pri večjih operacijah s področja urologije in ginekologije ter resekcije tumorjev jeter, želodca, debelega črevesa in danke izvajalec Zavodu zaračuna dodatek k storitvi iz Priloge 1 te uredbe,

6. V zdravstveni dejavnosti socialno varstvenih zavodov za:

- dan najzahtevnejše zdravstvene nege,
- povprečni dan zdravstvene nege, ki vključuje sredstva za nego I, II, III, zdravstveno rehabilitacijo in specialistične storitve,
- povprečno ceno točke za storitve v centrih za korekcijo sluha in govora,

7. V zdraviliški dejavnosti za:

- nemedicinski oskrbni dan,
- točko zdraviliškega zdravljenja.

(2) Za dejavnosti iz prejšnjega odstavka so cene določene po podvrstah zdravstvenih dejavnosti iz šifrantov Zavoda za obračun storitev. Pri določanju cen za dejavnosti, ki so standardizirane, je dopustno 0,1 % odstopanje vrednosti programa na letni ravni posamezne kalkulacije glede na vrednost programa, ki je dogovorjena s kalkulacijo, oziroma 10 % odstopanje pri ceni storitve do 0,5 eura (maksimalno 1 cent), 2,5 % odstopanje pri ceni storitve nad 0,5 eura do 1 euro, 1 % odstopanje pri ceni storitve nad 1 do 2 eura ter 0,5 % odstopanje pri ceni storitve nad 2 eura.

(3) Cene iz prejšnjega odstavka se določijo za šest mesecev vnaprej s poračunom morebitne razlike v ceni v naslednjem šestmesečnem obdobju.

89. člen

(določanje vrednosti programov v pavšalu)

Ne glede na prejšnji člen izvajalci obračunavajo Zavodu naslednje programe v pavšalu:

1. glavarina za dejavnost ambulant splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske, pavšal za boljšo dostopnost do izbranega osebnega zdravnika, turistične ambulante, program zdravstvene vzgoje, vključno s ZVC in CKZ, služba NMP in dežurne službe v skladu s 37. členom te uredbe, program centrov za zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, del preventivnih programov DORA, SVIT in ZORA, DPOR, 20 % programa dispanzerjev za mentalno zdravje, ki se organizacijsko in vsebinsko povezujejo na geografskem območju z vzpostavljenimi novimi CDZOM, 40 % programa centrov za duševno zdravje (centri za duševno zdravje otrok in mladostnikov, ambulantna obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih, skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih), družinska obravnava za zdrav življenjski slog. Ne glede na prejšnji stavek Zavod centre za duševno zdravje, ki so začeli z delovanjem po 1. juliju 2021, eno leto od začetka delovanja centra financira v pavšalu, nato 40 % programa v pavšalu in 60 % programa v storitvah,
2. vzgoja za ustno zdravje, dežurna služba v zobozdravstvu, program zobozdravstvene obravnave varovancev s posebnimi potrebami,
3. zdravljenje Fabryeve bolezni, medicina dela prometa in športa, subspecialistični ambulantni timi za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in kombiniranimi stanji, subspecialistični ambulantni gerontopsihiatrični tim, prednostna obravnava otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju na terciarni ravni (UKC Ljubljana, UKC Maribor in Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana),
4. UC: triaža in administrativni sprejem, enota za opazovanje in nadzor, enota za hitre preglede, dispečerska služba zdravstva,
5. pavšal za vzpostavitev in vodenje nacionalnih evidenc in registrov,
6. dežurna služba v lekarniški dejavnosti,
7. mesečni pavšali za dejavnost NIJZ in NLZOH,
8. dodatek za dvojezičnost,
9. diagnostične preiskave vzorcev tkiv in krvi v tujini, vključno s stroški pošiljanja vzorcev prek hitre pošte v tujino,
10. zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov, ki se pri posameznih ambulantah med obveznim zdravstvenim zavarovanjem in državnim proračunom za dopolnilno zdravstveno zavarovanje deli v naslednjem razmerju:

Naziv podvrste zdravstvene dejavnosti	Šifra podvrste zdravstvene dejavnosti	obvezno zdravstveno zavarovanje	državni proračun
- splošna ambulanta	302 005	85 %	15 %
- dispanzer za otroke in šolarje	327 015	100 %	
- psihiatrija	230 243	91 %	9 %
- zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog	302 006	100 %	
- klinična psihologija	549 050	100 %	
- dispanzer za žene	306 008	90 %	10 %
- zobozdravnik za odrasle	404 108	56 %	44 %
- zobozdravnik za mladino	404 109	100 %	

90. člen
(ločeno zaračunljivi materiali in storitve)

(1) Izvajalec lahko poleg materialnih stroškov iz 85. člena te uredbe, glede na zdravstveno dejavnost, ki jo opravlja, posebej zaračunava:

1. standardno kovino za zobozdravstvene storitve v skladu s pravili, ki določajo obvezno zdravstveno zavarovanje,
2. materiale in elemente pri zobnoprotetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov – implantološka kirurgija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 215 224, 442 116, 403 112, 406 114),
3. materiale in elemente pri zobnoprotetični rehabilitaciji s pomočjo zobnih vsadkov – implantološka protetika (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 405 113),
4. konfekcijske elemente za fiksne ortodontske aparate,
5. ICT, HBS-Ag, test na toksoplazmozo in test na okužbo HIV pri izbranem ginekologu in v dejavnosti ginekologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 206 209),
6. preiskave brisov pri ženskah (Papanicolau - kurativa in preventiva) pri izbranem ginekologu,
7. meritev nuhalne svetline in dvojni presejalni test (laboratorijske preiskave PAPP-A in prosti HCG opravljene skupaj z meritvijo nuhalne svetline) do 14. tedna nosečnosti pri izbranem ginekologu, v primeru, da storitev in preiskavo izvajalec zagotovi v breme svojih stroškov. Meritev nuhalne svetline lahko kot ločeno zaračunljiv material Zavodu zaračuna tudi izvajalec v javni mreži, ki je storitev dejansko opravil na podlagi napotitve izbranega ginekologa zavarovanke,
8. četverni presejalni test (AFP, hCG.uE3, Inhibin A in BIP), če je prvi obisk nosečnice pri izbranem ginekologu po 14. tednu nosečnosti,
9. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti gastroenterologije in endoskopije: hemostazni klip, držalo za klip, fleksibilno injekcijsko iglo za endoskop, ligacijsko zanko, aplikator za ligacijsko zanko, tuš označevalec za velike polipe, tumorje (SPOT), polipektomijske zanke (zanke za endoskopsko operativno odstranjevanje polipov). Polipektomijske zanke lahko izvajalci Zavodu zaračunajo posebej tudi v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti s področja ambulantne kirurgije, kjer se v okviru proktologije izvajajo za obravnavane paciente tudi storitve kolonoskopije in nimajo posebej opredeljene dejavnosti gastroenterologije in endoskopije,
10. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti gastroenterologije: Kultura in antibiogram *Helicobacter pylori* po dveh neuspešnih poiskusih zdravljenja okužbe,
11. v dejavnosti urologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 139 301 in 239 257): diagnostično sredstvo za izvedbo fotodinamične diagnostike oziroma fluorescentne cistoskopije s hexaminolevulinatom pri odkrivanju in zdravljenju raka sečnega mehurja, ki se izvede na osnovi mejnega citološkega izvida,
12. material za oskrbo (prebrizgavanje) podkožne valvule (porta) pri onkoloških pacientih (po potrjeni diagnozi z ustreznim laboratorijskim izvidom histopatologije na vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti: 202 204, 202 268, 210 219, 234 251, 241 279),
13. nadzorne kužnine na prisotnost večkratno odpornih mikroorganizmov,
14. CBCT slikanje in CBCT odčitavanje v specialistični zobozdravstveni dejavnosti (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 215 224, 401 110, 402 111, 403 112, 405 113, 406 114, 442 116),
15. direktna imunoflorescenčna preiskava kože za diagnostično potrditev ob kliničnem sumu na avtoimunske bulozne kožne bolezni, avtoimunske bolezni vezivnega tkiva in vaskulitise s kožno prizadetostjo (DIF kože); preiskava se kot ločeno zaračunljiv material lahko obračuna v specialistični zunajbolnišnični dermatološki dejavnosti, v okviru 1 tima največ desetkrat letno,
16. presejalni test za neinvazivno določitev plodovega genotipa RHD iz periferne krvi RhD negativnih nosečnic, kot določa pravilnik, ki ureja transfuzijske preiskave in postopke ob transfuziji,
17. histopatološke preiskave v dejavnosti zobozdravstvo za odrasle po odstranitvi obzobnih lezij brez ekstrakcije ali po ekstrakciji,

18. krvne in / ali imunološke preiskave v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti revmatologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 232 249),
19. odvzem brisa za potrditev okužbe z virusom SARS-CoV-2,
20. neposredno dokazovanje nukleinske kisline SARS-CoV-2,
21. odvzem brisa SARS – Cov-2 in HAGT,
22. odvzem brisa in enostavni test na virus SARS-CoV-2 z metodo verižne reakcije s polimerazo (bolnišnice, ki imajo dovoljenje in izvajajo enostavne teste na virus SARS-CoV-2 z metodo verižne reakcije s polimerazo),
23. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pnevmologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 229 239): alergeni za podkožno imunoterapijo,
24. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti dermatologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 203 206): mikrobiološke preiskave pred uvedbo sistemske terapije,
25. v specialistični zunaj bolnišnične dejavnosti infektologije predizpostavitvena zaščita pred HIV (HBS-Ag -preiskava za dokaz virusnega hepatitisa in testiranje na HIV),
26. v ambulantah družinske medicine določitev vrednosti vitamina B12 in določitev vrednosti folne kisline (od 1. 4. 2023),
27. serološke preiskave na boreliozo za izvajalce v specialističnih zunajbolnišničnih dejavnostih, ki izvedejo ambulantno zdravljenje borelioze na podlagi napotnice izbranega zdravnika zavarovane osebe.

(2) ZD, koncesionar, socialno varstveni zavod, ki je izvajalec splošne in družinske ambulante oziroma otroškega ali šolskega dispanzerja, ter bolnišnica za programe splošnih ambulant, ginekoloških dispanzerjev, ginekoloških ambulant, ambulant za bolezni dojk lahko posebej obračunava tudi:

1. serološke preiskave na boreliozo;
2. testiranje HIV v skladu s priporočili, ki jih izda ministrstvo;
3. histopatološke preiskave;
4. mikrobiološke preiskave;
5. citološke preiskave punktata dojke (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 202 204, 206 209, 206 210, 206 263, 228 238, 231 246, 234 251, 235 252, 306 007);
6. tumorske markerje za dejavnost bolezni dojk (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 206 209, 206 210, 206 263);
7. TSH, FT3 in FT4 (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001, 302 002, 327 009, 327 013);
8. določitev PSA v skladu s strokovnimi priporočili. Preiskavo lahko izvajajo le verificirani laboratoriji iz seznama, ki ga je pripravilo ministrstvo (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001, 327 009, 302 002);
9. HPV testiranje v skladu s smernicami za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu v ginekološki dejavnosti (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 306 007).
10. laboratorijske preiskave za nadzor pacienta zaradi vnetne revmatične bolezni med zdravljenjem z imunomodulirajočimi zdravili pri izbranem osebnem zdravniku (hemogram in DKS, kreatinin, AST, ALT, albumin, preiskave seča). Preiskave se izvajajo v skladu s Prilogo 8, ki je sestavni del te uredbe.
11. hitre teste za določanje povzročiteljev infekcij (streptokok A, specifični in nespecifični Mono test, vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001, 302 002, 327 009, 327 013).

(3) Bolnišnica za program ginekoloških ambulant ter ambulant za bolezni dojk lahko kot ločeno zaračunljiv material obračunava le tumorske markerje za dejavnost bolezni dojk in test na okužbo HIV v specialistični ambulantni dejavnosti ginekologije.

(4) Zavod določi seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje (seznam A) in način njihovega obračunavanja.

(5) Izvajalec posebej zaračunava zdravila iz seznamov A in B v skladu s pravilnikom, ki ureja razvrščanje zdravil na listo.

(6) Bolnišnica posebej zaračunava zdravila na recept iz pozitivne in vmesne liste izdane v okviru programa brezšivne skrbi.

(7) Bolnišnica načrtuje sredstva za citološke in patohistološke preiskave v odstotku od vračunanih sredstev za materialne stroške v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, ki se načrtuje v točkah (vključno s funkcionalno diagnostiko) ali storitvah (dermatologija, revmatologija, otorinolaringologija, pnevmologija), v višini, in sicer:

Naziv ter vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti		% materialnih stroškov
Dermatologija	203 206	24,21 %
Ginekologija	206 209	64,67 %
Infektologija	208 214	2,53 %
Internistika	209 215	17,84 %
Kirurgija	234 251	23,40 %
Maksilofacialna kirurgija	215 224	5,18 %
Okulistika	220 229	1,66 %
Onkologija	210 219	12,83 %
Otorinolaringologija	223 232	27,92 %
Pedriatrija	227 237	13,32 %
Pnevmologija	229 239	16,14 %
Revmatologija	232 249	6,07 %
Urologija	239 257	105,75 %
Bolezni dojk	206 210	32,90 %
Gastroenterologija	205 208	105,51 %
Tireologija	249 217	3,46 %

(8) Sredstva iz prejšnjega odstavka se načrtujejo ločeno. Citološke in patohistološke preiskave bolnišnica obračunava kot ločeno zaračunljive zdravstvene storitve največ do višine načrtovanih sredstev v posamezni dejavnosti v deležu obveznega zdravstvenega zavarovanja. Načrtovana sredstva se povečajo v primeru enkratnega dodatnega programa ali plačila preseganja programa v skladu z merili za obračun.

(9) Socialno varstveni zavod lahko posebej zaračunava infuzijske sisteme, i.v. kanile, komplete za dekolonizacijo ter ampulirana in druga zdravila iz seznama A, ki jih predpiše zdravnik specialist, ki dela na podlagi pogodbe s socialno varstvenim zavodom.

(10) Lekarna Zavodu posebej zaračunava zdravila in živila za posebne zdravstvene namene, izdana na recept, ter zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, po nabavni ceni oziroma največ do najvišje priznane vrednosti, ki je določena v Centralni bazi zdravil (v nadaljnjem besedilu: CBZ). Lekarna v okviru priprave metadona v obliki solucije zmešane s sadnim sokom Zavodu zaračuna sok, plastenko, signaturo ter konzervans za sok, in sicer po cenah, ki ne smejo preseči cen iz Priloge 5 te uredbe.

(11) NIJZ Zavodu posebej zaračunava imunološka zdravila v skladu s sprejetim letnim programom cepljenja in zaščite z zdravili. NIJZ kot ločeno zaračunljiv material Zavodu zaračunava tudi testerje za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu.

(12) ZTM Zavodu na podlagi sklenjene pogodbe posebej zaračunava:

- strošek priprave plazme, pridobljene v Republiki Sloveniji, za namen predelave v zdravila,
- strošek predelave plazme v zdravila ter
- stroške shranjevanja in razdeljevanja teh zdravil bolnišnicam na podlagi razdelilnika, ki ga pripravi ministrstvo za vsako leto posebej.

(13) Končne cene zdravil iz plazme, pridobljene v Republiki Sloveniji, morajo biti stroškovno utemeljene in ne smejo presegati cen, za katera ZTM predhodno pridobi soglasje ministrstva.

(14) Izvajalci zdraviliškega zdravljenja in koncesionarji, ki imajo podeljeno koncesijo na področju gastroenterologije, lahko Zavodu zaračunajo tudi varnostno hospitalizacijo (po ceni NOD in za en dan oskrbo na negovalnem oddelku – storitev 11416 iz šifrantov Zavoda za obračun storitev), ki je potrebna pri izvajanju nekaterih specialističnih ambulantnih storitev.

(15) Cene LZM in storitev v tej uredbi veljajo in se uporabljajo v medsebojnih poslovnih odnosih izvajalcev ter med izvajalec in Zavodom.

(16) Za obračun zdravil iz petega, desetega in enajstega odstavka tega člena izvajalec uporablja nabavne cene zdravil, oblikovane v skladu s predpisi, ki urejajo cene zdravil. Nabavne cene zdravil ne smejo biti višje od cen za obračun iz CBZ.

(17) Cena za obračun iz prejšnjega odstavka je regulirana cena, in sicer najvišja dovoljena cena (v nadaljnjem besedilu: NDC) ali izredna višja dovoljena cena (v nadaljnjem besedilu: IVDC). Če se Zavod s proizvajalec zdravil oziroma njegovim zastopnikom dogovori za nižjo ceno, je cena za obračun dogovorjena cena. V informacijskem sistemu Zavoda v CBZ se vodijo podatki o cenah za obračun na določen dan. Cene za obračun so v CBZ brez DDV, poročajo pa se v skladu z Navodilom o beleženju in obračunavanju storitev in izdanih materialov.

(18) Če ni cene za obračun, se pri obračunu zdravil upošteva nabavna cena zdravila.

(19) Če izvajalec z dobaviteljem za zdravila, LZM, cepiva, krvne pripravke in zdravila iz seznama A in B dogovori nižje cene, kot so določene v tej uredbi oziroma z drugimi predpisi, Zavodu navedeno zaračuna po dogovorjenih nižjih cenah.

(20) Za programe, ki so plačani v pavšalu, izvajalec Zavodu ne sme zaračunavati LZM, razen v primerih, kjer je to določeno v Navodilih o beleženju in obračunavanju storitev.

91. člen

(posebnosti v zvezi z ločeno zaračunljivim materialom in storitvami)

Naslednji izvajalci lahko Zavodu posebej obračunajo:

1. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – SOČA: polnjenje baklofenske črpalke. Če se v pogodbenem letu pojavi potreba po dodatnih reimplantacijah, Zavod vsako nadaljnjo reimplantacijo odobri na podlagi pisnega zahtevka, in sicer isti dan oziroma najpozneje naslednji dan po prejemu zahtevka. Odobritev je v pisni obliki,
2. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – SOČA: reimplantacija stimulatorja v nevromodulacijskem programu. Če se v pogodbenem letu pojavi potreba

- po dodatnih reimplantacijah stimulatorjev, Zavod vsako nadaljnjo reimplantacijo odobrava na podlagi pisnega zahtevka, in sicer isti dan oziroma najpozneje naslednji dan po prejemu zahtevka. Odobritev je podana v pisni obliki;
3. Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – SOČA: pripomočki za nadomestno komunikacijo;
 4. Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik in Pediatrična klinika UKC Ljubljana: zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki).

92. člen
(posebnosti pri oblikovanju cen)

(1) Cene, oblikovane po tej uredbi, in določene s pogodbo med izvajalec in Zavodom, se uporabljajo tudi za izračun doplačil zavarovanih oseb, za obračun storitev za tuje zavarovane osebe po zakonodaji Evropske unije in meddržavnih pogodbah, za begunce, za osebe, za katere se stroški zdravljenja krijejo iz državnega proračuna (npr. nezavarovane osebe) ter za obračun storitev med izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom.

(2) Cene storitev izvajalca, ki opravlja storitve za drugega izvajalcega, ki se zagotavljajo iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja, odobri minister, pristojen za zdravje. Pri tem se upoštevajo enaki kalkulativni elementi za oblikovanje cen, kot se uporabljajo za pogodbene izvajalce Zavoda.

(3) Cene presejalnih kolonoskopij, presejalnih terapevtskih kolonoskopij, delnih kolonoskopij, operativnih kolonoskopij in presejalnih patohistoloških preiskav izvedenih v okviru programa SVIT se revalorizirajo z indeksom spreminjanja vrednosti točke za specialistično zunajbolnišnično dejavnost gastroenterologije in endoskopije iz Priloge 1 te uredbe.

(4) Cena dihalnih testov in cena odvzema organov pri posameznem donorju iz Priloge 1 te uredbe ter sredstva za izvajanje podpornih aktivnosti zdravstveno vzgojnih centrov iz Priloge 17 te uredbe se revalorizirajo pri pripravi nove uredbe enkrat letno v skladu z revalorizacijo materialnih stroškov in to uredbo.

(5) Cena storitve ESWL iz Priloge 1 te uredbe se usklajuje skladno z revalorizacijo materialnih stroškov v skladu z določbami te uredbe.

(6) Cena transplantacije vključuje tudi stroške odvzema organov pri posameznem donorju v višini iz Priloge 1 te uredbe, ki jo izvajalec transplantacije krije bolnišnicam, ki izvede eksplantacijo. Nosilec oziroma izvajalec transplantacije krije tudi stroške priprave na transplantacijo, če je opravljena pri drugem izvajalcu, v višini, ki je vračunana v ceni transplantacije. Cenik določi izvajalec transplantacij.

(7) Cena poroda vključuje tudi strošek protibolečinske terapije.

(8) Če so za posamezne ambulantne storitve v tej uredbi dogovorjene cene storitev, je izvajalec te storitve v celoti dolžan načrtovati, evidentirati in obračunavati po cenah iz te uredbe.

(9) Cene storitev zdraviliškega zdravljenja vključujejo sredstva za kritje stroškov za vsa zdravila ter za druge pripomočke, ki jih izvajalci zdraviliškega zdravljenja morajo zagotavljati pri stacionarnem zdraviliškem zdravljenju zavarovanih oseb. Za zavarovane osebe napotene na zdraviliško zdravljenje izvajalci zdraviliškega zdravljenja zaračunajo Zavodu storitve NMP po ceni točke zdraviliškega zdravljenja.

(10) Če izvajalec ne zagotovi s kalkulacijo določenega kadra, se mu za manjkajoči kader zmanjšajo vračunana sredstva, in sicer v:

1. ZVC,
2. CKZ,
3. CDZOM,
4. ambulantni obravnavi v okviru CDZO,
5. skupnostni psihiatrični obravnavi v okviru CDZO,
6. subspecialističnih ambulantnih timih za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in kombiniranimi stanji,
7. psihogeriatriji,
8. mobilnih paliativnih timih.

(11) Izvajalcu iz 3. do 5. točke prejšnjega odstavka se za manjkajoči kader zniža financiranje, obseg programa in sorazmerno z znižanim obsegom programa tudi materialni stroški in amortizacija.

(12) Sredstva za laboratorijske preiskave, ki jih opravlja izvajalec, so vključena v ceno storitev in se ne obračunavajo posebej. V breme Zavoda je možno obračunati laboratorijske storitve v skladu z določbami te uredbe.

(13) Kemične in biokemične laboratorijske storitve si izvajalci med seboj obračunajo po evidenčni ceni točke za laboratorijske storitve, ki je določena v kalkulacijah za delo ambulant, diagnostične mikrobiološke preiskave po vrednosti točke kot jo potrjuje ministrstvo, ostale laboratorijske storitve pa po povprečni ceni točke za specialistično zunajbolnišnično dejavnost internistike, ki je dogovorjena v pogodbi z Zavodom.

(14) Storitve zobozdravstvenega rentgena si izvajalci med seboj obračunavajo po veljavni ceni točke. Število točk na preiskavo si izvajalci med seboj obračunavajo v skladu s šifranti Zavoda za obračun zdravstvenih storitev.

(15) Preiskave s področja laboratorijske biomedicine se izvajajo v medicinskih laboratorijih, ki izpolnjujejo pogoje iz pravilnika, ki ureja pogoje, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine in imajo dovoljenje ministrstva za opravljanje te dejavnosti. Ta določba se ne uporablja za laboratorije s področja medicinske genetike in laboratorije s področja reproduktivne biologije.

(16) Pregledovanje brisov materničnega vratu (CPL) se izvaja v citopatoloških laboratorijih, ki izpolnjujejo pogoje iz pravilnika, ki ureja pogoje, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za pregledovanje brisov materničnega vratu in imajo dovoljenje ministrstva za opravljanje te dejavnosti.

(17) Preiskave na toksoplazmozo, ki jih Zavod plačuje posebej, bodo izvajalci naročali v laboratorijih, ki izpolnjujejo pogoje iz pravilnika, ki ureja pogoje, ki jih morajo izpolnjevati laboratoriji za izvajanje preiskav na področju laboratorijske medicine in imajo dovoljenje ministrstva za opravljanje te dejavnosti.

(18) Zavod plačuje ultrazvok ščitnice izvajalcem, ki jih določi Razširjeni strokovni kolegij za nuklearno medicino in so objavljeni na spletni strani Zavoda.

(19) Cene magistralnih pripravkov se oblikujejo tako, da se obračuna nabavna vrednost porabljenih surovin, elementov ovojnine in vrednost opravljenih storitev. Osnovni storitvi se

obračuna dodatna storitev glede na pogoj dela, ki ga zahteva zdravilna učinkovina ali namen magistralnega zdravila.

93. člen
(vrednotenje NMP)

(1) Za opravljene storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil izvajalec Zavodu izstavi evidenčni obračun po ceni, ki predstavlja 2,5–kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem, določene v Prilogi 1 te uredbe. Evidenčni obračun vključuje tudi startnino v višini 30 točk. Po tej ceni izvajalec obračuna tudi storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil za osebe, zavarovane po mednarodnih sporazumih v skladu z evropskim pravnim redom ter bilateralnimi sporazumi o socialni varnosti.

(2) Za določitev kilometrov, ki so podlaga za obračun opravljenih reševalnih prevozov v točkah, se uporablja aplikacija Google zemljevidi oziroma dejanska razdalja, če jo izvajalec prevoza verodostojno dokaže. Aplikacija Google zemljevidi se uporablja tudi v vseh drugih primerih, ko je obračun povezan z razdaljo (npr. v dejavnosti patronažne zdravstvene nege in nege na domu). V primeru dokazanih nepravilnosti v aplikaciji Google zemljevidi, izvajalec in Zavod sporazumno določita drugačno število kilometrov posamezne poti. Pri tem se upošteva število kilometrov po najhitrejši (in ne po najkrajši) poti.

94. člen
(vrednotenje programa zdravstvene vzgoje in integriranih centrov za krepitev zdravja)

(1) Finančna sredstva, ki jih izvajalec prejme za iCKZ, so namenjena za izvajanje programov in zagotavljanje materialnih stroškov.

(2) Materialni stroški zajemajo tudi stroške dodatnega kadra za izvajanje programa za krepitev zdravja, za izvajanje komunikacijskih oziroma medijskih aktivnosti iCKZ-jev, za nakup didaktičnih pripomočkov oziroma orodij za izvajanje nemedikamentoznih obravnav, materialne stroške za delovanje iCKZ ter stroške za medkulturno mediacijo.

95. člen
(financiranje programa SVIT)

NIJZ se za izvajanje programa SVIT zagotovijo sredstva za upravljanje, vabljenje in testiranje na prikrito krvavitev v blatu ter za stroške testnih kompletov po cenah iz Priloge 17 te uredbe.

96. člen
(vrednotenje terciarne zdravstvene dejavnosti)

Terciarna zdravstvena dejavnost se vrednoti na podlagi meril in programa iz 19. poglavja te uredbe in se obračuna kot dodatek k ceni.

97. člen
(načrtovanje sredstev za program terciar I in terciar II)

(1) Izhodiščna načrtovana sredstva za program terciarne dejavnosti znašajo:

IZVAJALEC	Terciar I	Terciar II	SKUPAJ
UKC Ljubljana	20.966	89.722	110.688
UKC Maribor	7.275	22.680	29.955
Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik	1.591	3.180	4.771
Onkološki inštitut Ljubljana	2.142	9.020	11.161
Univerzitetna psihiatrična klinika Ljubljana	2.446	1.119	3.565
Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Republike Slovenije – Soča	1.005	3.698	4.703
NIJZ	637	0	637
SKUPAJ	36.062	129.419	165.481

(2) Stomatološka klinika UKC Ljubljana vključi sredstva za program terciarne zdravstvene dejavnosti v ceno točke za storitve, in sicer v višini 10 % svojega celotnega prihodka (brez sredstev za LZM in sredstev za terciar).

98. člen
(vrednost programa za terciar I)

Vrednost programa za terciar I določa seštevke sredstev za program učenja, program usposabljanja za posebna znanja, program razvoja in raziskovanja ter vzpostavitve in koordiniranje nacionalnih čakalnih list, nacionalnih registrov in nacionalnih evidenc, in sicer:

1. izvajanje obveznih izobraževanj za specializacije zdravnikov poteka po predpisanem programu specializacije. Če klinika prepusti del usposabljanja drugemu izvajalcu, stroške tega usposabljanja zagotavlja iz sredstev za terciarno dejavnost:
 - za program učenja izvajalec vodi mesečno evidenco o številu udeležencev podiplomskega izobraževanja skupaj s številom mentorjev in opravljenih mentorskih ur za vaje.
 - vrednost programa učenja se določi na podlagi seštevka bruto plač zaposlenih (II bruto) (mentorjev, predavateljev v deležu za ta program) ter materialnih stroškov za ta program. Pri podiplomskem izobraževanju specializantov je iz sredstev za plače treba izločiti sredstva (mentorski dodatek II bruto) za glavne in neposredne mentorje.
2. v program usposabljanja za posebna znanja sodijo tista usposabljanja, za katera je izvajalec dobil soglasje pristojnega razširjenega strokovnega kolegija ter jih je nato dogovoril v pogodbi z Zavodom. Izobraževanja, ki so sestavni del podiplomskega izobraževanja, ne morejo biti vključena v ta program.

99. člen
(vrednost programa za terciar II)

(1) Vrednost programa za terciar II določa seštevke sredstev za izvedenost in težavnost za posameznega izvajalca terciarne zdravstvene dejavnosti.

(2) Sredstva za izvedenost so po merilih razdeljena na letno nadomestilo stroškov vodenja subspecialnih laboratorijev, stroškov subspecialnih timov in interdisciplinarnih ekspertnih konzilijev:

- subspecialni laboratorij je specializiran laboratorij v terciarni instituciji, ki edini v državi opravlja storitve za redke in kompleksne bolezni na nacionalni ravni ter tudi laboratoriji v

okviru nacionalnih programov, ki jih odobri ministrstvo. Subspecialni laboratorij se od visoko specializiranega laboratorija razlikuje po poslanstvu in je zato plačan iz sredstev za terciar, visoko specializirani pa na podlagi SPP.

- subspecialni tim je visoko specializiran tim strokovnjakov v terciarni instituciji, ki načrtuje in izvaja celovito zdravstveno obravnavo redkih in zapletenih bolezni v državi.
- tematski interdisciplinarni ekspertni konziliji je skupina strokovnjakov iz različnih zdravstvenih področij, ki se sestajajo redno v določeni sestavi na opredeljeni lokaciji z namenom izmenjave mnenj in izkušenj o načinu obravnave kompliciranih pacientov iz svojega področja.

100. člen

(financiranje zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih)

(1) Ne glede na spremembo obsega in strukture zdravstvene nege pri posameznem socialno varstvenem zavodu med letom se pogodbeni cena storitev ne spremeni. Sprememba se upošteva kot osnova za izračun pogodbene cene storitev v naslednjem letu.

(2) Izvajalci domskega varstva v varstveno delovnih centrih za kategorizacijo oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege uporabljajo metodologijo Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege v delu, ki se nanaša na posebne socialno varstvene zavode in enote domov za starejše za posebne oblike varstva. Financiranje storitev se izvaja na podlagi izvedene kategorizacije oskrbovancev skladno z metodologijo in v višini, določeni za posamezno vrsto zdravstvene nege za splošne socialno varstvene zavode tipa B in varstveno delovne centre (domsko varstvo).

(3) Pri načrtovanju, evidentiranju in obračunavanju storitev zdravstvene nege v dnevni centrih se kot planska obračunska enota storitev v socialno varstvenih zavodih upoštevajo dnevi zdravstvene nege I.

101. člen

(boljše vrednotenje programov)

(1) Za boljše vrednotenje že dogovorjenih programov se z namenom povečanja kakovosti obravnave, dostopnosti in kadrovske okrepitev zagotovi dodatna sredstva, in sicer:

Zap. št.	Program	Izvajalec	Obseg	Dodatna sredstva letna raven	Dodatna sredstva 2023
1	Povišanje vračunanih sredstev za informatizacijo			17.378.381,80	15.930.183,32
2	Povišanje deleža administrativno tehničnega kadra (v nadaljnjem besedilu: ATK) v bolnišnični dejavnosti, iz ATK v bolnišnični dejavnosti in v splošni ambulanti, Otroško šolskem dispanzerju se izloči zdravstveni administrativni sodelavec			24.851.415,45	22.780.464,16

3	Uvedba nove klasifikacije SPP z začasnimi utežmi SPP	Vsi izvajalci akutne bolnišnične obravnave v sistemu SPP		16.600.000,00	16.600.000,00
4	Laboratorijski delavci - povišanje vkalkuliranih plačnih razredov			6.084.767,51	5.577.703,56
5	Sprememba SMS v DMS v dejavnostih Dializa I, oralna in maksilofacialna kirurgija, psihiatrija in antikoagulantna ambulanta			1.232.842,00	1.130.105,17
6	Sredstva za informatizacijo (ePrijava nezgode in poškodbe pri delu – poročilo zdravnik) v ambulantah družinske medicine ter v otroško-šolskih dispanzerjih	V skladu s Prilogo 10, ki je sestavni del te uredbe			341.936,11
7	Mobilni paliativni tim - nov model plačevanja			473.112,94	354.834,71
8	Povišanje cene ePosveta - finančna vzpodbuda za boljše sodelovanje med primarno in sekundarno ravni			56.485,00	42.363,75
9	Pripomočki za nadomestno komunikacijo	URI Soča		58.000,00	43.500,00
10	Endodontija - prenova storitev			3.150.000,00	2.887.500,00
11	Postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo (OBMP)			1.578.852,23	1.184.139,17
12	Cena lekarniške točke - spremembe v strukturi tima			1.880.313,00	1.723.620,25
13	Določitev vrednosti vitamina B12 in določitev vrednosti folne kisline v ambulantah družinske medicine (LZM)			1.320.000,00	990.000,00

14	Povečanje kadra v integriranih centrih za krepitev zdravja - Zelo velik integriran CKZ	ZD Maribor	1 tim	45.951,00	42.121,75
15	Povečanje kadra v integriranih centrih za krepitev zdravja - Velik integriran CKZ	ZD Murska Sobota	4 timi	250.314,64	229.455,09
		ZD Velenje			
		ZD Kranj			
		ZD Nova Gorica			
16	Povečanje kadra v integriranih centrih za krepitev zdravja - Srednji integriran CKZ	ZD Kamnik	3 timi	161.783,46	148.301,51
		ZD Žalec			
		ZD Slovenska Bistrica			
17	Povečanje kadra v integriranih centrih za krepitev zdravja - Majhen integriran CKZ	ZD Gornja Radgona	15 timov	770.994,45	706.744,91
		ZD Lenart			
		ZD Ormož			
		ZD Ajdovščina			
		ZD Izola			
		ZD Piran			
		ZD Slovenske Konjice			
		ZD Šentjur			
		ZD Kočevje			
		ZD Brežice			
		ZD Postojna			
		ZD Ivančna Gorica			
		ZD Trebnje			
		ZD Idrija			
ZD Logatec					
18	Upravljanje Programa Svit	NIJZ		306.570,00	281.022,50
19	Vabljenje v Program Svit	NIJZ	314.000 oseb	226.562,38	207.682,18
20	Testiranje na prikrito krvavitev v blatu	NIJZ	192.465 oseb	378.440,38	346.903,68
21	Povišanje cen testerjev za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu (SVIT)	NIJZ	300.000 oseb	342.000,00	313.500,00
22	Zagotavljanje podpornih zdravstvenovzgojnih gradiv	NIJZ		158.119,81	144.943,16

23	Ambulanta za prednostno obravnavo otrok in mladostnikov s težavami v duševnem zdravju na terciarni ravni - vključitev dipl.med.sestre	UKC Ljubljana (1 DMS), UKC Maribor (1 DMS), UPK Ljubljana (3 DMS)		189.051,66	173.297,36
24	Dispanzer za ženske - povišanje vkalkuliranih sredstev za amortizacijo			1.064.098,90	975.423,99
25	Povišanje cene histopatoloških preiskav (LZM)			330.728,73	303.168,00
26	Pedopsihiatrija - boljše vrednotenje			126.420,00	115.885,00
	SKUPAJ			79.015.205,35	73.574.799,31

(2) Ukrepi veljajo od 1. februarja 2023, razen ukrep iz 3. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki velja od 1. januarja 2023 ter ukrepi iz 7., 8., 9., 11. in 13. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljajo do 1. aprila 2023.

(3) Višina sredstev za informatizacijo (ePrijava nezgode in poškodbe pri delu) iz 6. točke tabele iz prvega odstavka tega člena, ki jih prejme posamezni izvajalec, je razvidna iz Priloge 10 te uredbe. Sredstva se izvajalcu zagotovijo pri prvem obračunu storitev v letu 2023.

102. člen (širitve programov)

(1) Za širitve programov oziroma uvajanje novih terapij pri zdravljenju se z namenom povečane dostopnosti do zdravstvenih storitev in odprave oziroma skrajševanja čakalnih dob zagotovi dodatna sredstva, in sicer:

Zap. št.	Program	Izvajalec	Obseg	Dodatna sred. letna raven	Dodatna sred. 2023
Osnovna zdravstvena dejavnost					
1	Splošna ambulanta / družinska medicina		10,5 timov	1.654.948,39	1.517.036,03
	od tega:	OE Celje	2		
		OE Kranj	2		
		OE Ljubljana	3,5		

		OE Novo mesto	1,5		
		OE Ravne na Koroškem	1,5		
2	Ambulante družinske medicine – širitev referenčnih ambulant		117 timov	5.050.586,97	4.629.704,72
3	Ambulanta za neopredeljene			10.000.000,00	10.000.000,00
4	Otroški in šolski dispanzer		6,5 timov	1.032.073,35	946.067,24
	od tega:	OE Krško	0,5		
		OE Kranj	2,5		
		OE Ljubljana	2,5		
		OE Novo mesto	0,5		
		OE Ravne na Koroškem	0,5		
5	Dispanzer za ženske		7 timov	1.237.985,27	1.134.819,83
	od tega:	OE Celje	2		
		OE Koper	1,5		
		OE Krško	0,5		
		OE Kranj	1		
		OE Maribor	1		
		OE Novo mesto	1		
6	Dispanzer za ženske	za občino Brezovica	1 tim	176.855,04	162.117,12
7	Razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo	ZD Murska Sobota	0,1 tima	54.853,74	50.282,59
8	CDZOM	OZG Kranj (ZD Kranj)	1 tim	748.656,74	686.268,68

9	CDZOM	ZD Idrija	1 tim	748.656,74	686.268,68
10	CDZOM	ZD Slovenska Bistrica	1 tim	748.656,74	686.268,68
11	CDZO	ZD Slovenske Konjice	1 tim	389.181,47	356.749,68
12	Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru CDZO	ZD Slovenske Konjice	1 tim	501.686,14	459.878,97
13	CDZO	ZD Logatec	1 tim	389.181,47	356.749,68
14	Skupnostna psihiatrična obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih	ZD Logatec	1 tim	501.686,14	459.878,97
15	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Kranj)		2 tima	99.256,60	90.985,22
		ZD Kranj	1,5		
		ZD Tržič	0,5		
16	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Idrija)		2 tima	99.256,60	90.985,22
		ZD Idrija	1		
		ZD Tolmin	1		
17	Patronažna služba (v okviru CDZOM)		2 tima	99.256,60	90.985,22

	ZD Slovenska Bistrica)				
		ZD Slovenska Bistrica	1		
		ZD Slovenske Konjice	1		
18	Patronažna služba (v okviru CDZO ZD Slovenske Konjice)		2 tima	99.256,60	90.985,22
		ZD Slovenske Konjice	1		
		ZD Slovenska Bistrica	1		
19	Patronažna služba (v okviru CDZO ZD Logatec)		2 tima	99.256,60	90.985,22
		ZD Postojna	0,5		
		ZD Ilirska Bistrica	0,5		
		ZD Sežana	0,5		
		ZD Cerknica	0,5		
20	Center za duševno zdravje za otroke in mladostnike (nerealizirani timi iz leta 2022)	ZD Ljubljana	4 timi	2.994.626,97	2.745.074,72
21	CDZO (nerealiziran tim iz leta 2022)	ZD Novo mesto	1 tim	389.181,47	356.749,68
22	CDZOM (nerealiziran tim iz leta 2022)	ZD Novo mesto	1 tim	748.656,74	686.268,68

23	Preoblikovanje dveh konzorcijskih srednjih integriranih CKZ v 4 majhne integrirane CKZ		4 timi	552.300,00	506.275,00
		ZD Metlika			
		ZD Dravograd			
		ZD Črnomelj			
		ZD Slovenj Gradec			
24	Nadgradnja pilotnih centrov za krepitev zdravja v integrirane CKZ - velik integriran CKZ	ZD Celje	1 tim	146.225,48	48.741,83
25	Nadgradnja pilotnih centrov za krepitev zdravja v integrirane CKZ - srednji integriran CKZ	ZD Vrhnika	1 tim	110.051,27	36.683,76
26	Nadgradnja pilotnih centrov za krepitev zdravja v integrirane CKZ - majhen integriran CKZ	ZD Sevnica	1 tim	89.368,40	29.789,47
27	Nadgradnja zdravstvenovzgojnih centrov v integrirane CKZ - Zelo velik ZD	ZD Ljubljana	1 tim	220.350,00	73.450,00

28	Nadgradnja zdravstvenovzgojnih centrov v integrirane CKZ - velik integriran CKZ	ZD Domžale	2 tima	690.464,00	230.154,67
		ZD Ptuj			
29	Nadgradnja zdravstvenovzgojnih centrov v integrirane CKZ - srednji integriran CKZ	ZD Krško	1 tim	229.838,00	76.612,67
30	Nadgradnja zdravstvenovzgojnih centrov v integrirane CKZ - majhen integriran CKZ	ZD Laško	8 timov	1.710.608,00	570.202,67
		ZD Radovljica			
		ZD Litija			
		ZD Ribnica			
		ZD Trbovlje			
		ZD Ljutomer			
		ZD Mozirje			
		ZD Radlje ob Dravi			

31	Razvojno-implementacijski tim za vzpostavitev novih 15 integriranih centrov za krepitev zdravja, podpore njihovem delovanju ter zagotavljanju kakovosti preventivnih obravnav in obravnav za krepitev zdravja v centrih za krepitev zdravja	NIJZ		153.261,24	51.087,08
32	Cepivo proti gripi			1.970.232,62	985.116,31
33	DPOR	Onkološki inštitut		120.000,00	110.000,00
34	Preventivni zdravstveni pregledi registriranih športnikov v 7. in 5. razredu osnovne šole (nerealizirane širitve)	Izvajalci preventivne dejavnosti v otroško-šolskih dispanzerjih (327 011) in medicine dela, prometa in športa (301 258)		269.000,00	246.583,33
35	Farmacevt svetovalec (nerealizirane širitve)	Izpostave:	8,16 tima	459.207,70	420.940,40
		Žalec	0,12		
		Piran	0,16		
		Kranj	0,27		
		Jesenice	0,12		
		Radovljica	0,13		
		Škofja Loka	0,15		

		Tržič	0,06		
		Ljubljana	3,02		
		Domžale	0,22		
		Grosuplje	0,28		
		Kamnik	0,25		
		Ribnica	0,15		
		Cerknica	0,14		
		Maribor	1,32		
		Ptuj	0,37		
		Lenart	0,09		
		Novo mesto	0,5		
		Ravne na Koroškem	0,35		
		Radlje ob Dravi	0,15		
		Slovenj Gradec	0,16		
		Mozirje	0,15		
Zobozdravstvena dejavnost					
36	Zobozdravstvo za odrasle		18,5 timov	2.781.264,03	2.549.492,02
	od tega:	OE Celje	3		
		OE Koper	4		
		OE Krško	1,5		
		OE Kranj	3		
		OE Ljubljana	3		
		OE Maribor	1		
		OE Novo mesto	3		
37	Zobozdravstvo za mladino		7,5 timov	861.087,30	789.330,02
	od tega:	OE Celje	2		
		OE Koper	2		
		OE Krško	0,5		
		OE Kranj	1		
		OE Ljubljana	1		
		OE Novo mesto	1		
38	Ortodontija	ZD Slovenske Konjice	0,7	121.166,88	111.069,64
39	Ortodontija	Javni razpis MZ	1	173.095,55	129.821,66
Specialistična zunajbolnišnična dejavnost					
40	Mobilni paliativni tim		4 timi	593.731,60	445.298,70
	od tega:	SB Izola	1		
		bolnišnice	3		

41	Subspecialistični tim za obravnavo odraslih z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji	PB Idrija	80 primerov	121.728,00	91.296,00
42	UC - Enota za bolezni	ZD Ljubljana	0,8 tima	1.936.126,49	1.774.782,62
Lekarniška dejavnost					
43	Sredstva za kognitivne storitve pregled uporabe zdravil (PUZ) in kontrolni pregled uporabe zdravil (in k PUZ).	lekarne		944.212,50	449.006,25
Bolnišnična dejavnost					
44	Subspecialistični tim za obravnavo odraslih z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji - bolnišnična obravnava	PB Idrija	30 primerov	162.126,90	121.595,18
45	Subspecialistični tim za obravnavo otrok in mladostnikov z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji - bolnišnična obravnava	Mladinsko klimatsko zdravilišče Rakitna	60 primerov	574.415,40	430.811,55

Dejavnost socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje					
44	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Turzis d.o.o., Medic hotel Renče	6.935 19 mest	160.406,55	147.039,34
45	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,08 tima	12.648,25	11.594,23
46	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevnem centru za leto 2023 Od tega:	Dom upokojencev Kranj	7.800 30	218.860,20	190.238,03
		CSS Škofja Loka	1.560 6		
		DSO Logatec	2.730 14		
		Dom upokojencev Vrhnika	2.600 10		
		Koroški dom starostnikov	3.640 14		
47	Povečanje programa zdravstvene nege – dnevno varstvo	CUDV Črna na Koroškem	2.500 10 mest	55.250,00	50.645,83
48	Povečanje programa zdravstvene nege	CUDV Dobrna	6.570 18 mest	244.666,80	224.277,90
49	Povečanje programa zdravstvene nege – dnevno varstvo	CUDV Draga Ig	14.000 56 mest	405.720,00	371.910,00

50	Povečanje programa zdravstvene nege	ZUDV Dornava	7.300 20 mest	276.597,00	253.547,25
51	Povečanje programa zdravstvene nege - obravnava otrok z motnjami v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi težavami	ZUDV Dornava	2.190 6 mest	297.555,30	247.962,75
52	Povečanje programa zdravstvene nege - obravnava otrok z motnjami v duševnem razvoju ter vedenjskimi in čustvenimi težavami	CUDV Draga Ig	2.190 6 mest	297.555,30	272.759,03
53	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Kranj	1.250 5 mest	27.887,50	25.563,54
54	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Novo mesto	5.000 10 mest	132.200,00	121.183,33
55	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Saša	3.000 12 mest	71.220,00	65.285,00
56	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Tončke Hočevar Ljubljana	1.250 5 mest	29.787,50	27.305,21
57	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Nova Gorica	5.000 20 mest	125.600,00	115.133,33

58	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Šentjur Slovenske Konjice	2.500 10 mest	47.275,00	43.335,42
59	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Postojna Cerknica	2.500 10 mest	43.200,00	39.600,00
60	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Koroški dom starostnikov	6.570 18 mest	154.000,80	141.167,40
61	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,07 tima	11.067,22	10.144,95
62	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	CSS Škofja Loka	5.840 16 mest	131.692,00	120.717,67
63	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,06 tima	9.486,19	8.695,67
64	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom starejših občanov Novo mesto	7.300 20 mest	177.171,00	162.406,75
65	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,08 tima	12.648,25	11.594,23

66	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom upokojencev Izola	2.190 6 mest	49.209,30	45.108,53
67	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,02 tima	3.162,06	2.898,56
68	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom upokojencev Gradišče	3.650 10 mest	80.190,50	73.507,96
69	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,04 tima	6.324,12	5.797,11
70	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Lambrechtov dom Slovenske Konjice	4.745 13 mest	124.319,00	113.959,08
71	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,05 tima	7.905,16	7.246,39
72	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom starejših Šentjur	3.650 10 mest	87.052,50	79.798,13

73	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,04 tima	6.324,12	5.797,11
74	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom ob Savinji Celje	5.840 16 mest	144.656,80	132.602,07
75	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,06 tima	9.486,19	8.695,67
76	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom starejših občanov Tezno	4.380 12 mest	108.492,60	99.451,55
77	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,05 tima	7.905,16	7.246,39
78	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom Petra Uzarja Tržič	4.015 11 mest	90.819,30	83.251,03
79	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,04 tima	6.324,12	5.797,11

80	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom upokojencev Ptuj	7.300 20 mest	173.083,00	158.659,42
81	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,08 tima	12.648,25	11.594,23
82	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom upokojencev Sežana	1.460 4 mesta	33.623,80	28.019,83
83	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,02 tima	3.162,06	2.635,05
84	Program začasnih namestitev v DSO zdravstvena nega	Dom starejših Rakičan	6.570 18 mest	163.527,30	136.272,75
85	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,07 tima	11.067,22	9.222,68
86	Povečanje števila delavcev - 0,6 fizioterapevta - 0,5 delovnega terapevta	CKSG Portorož	11.161 točk 11.250 točk	34.961,29	32.047,85

87	Povečanje števila delavcev - 0,92 psihologa - 1 diplomirana medicinska sestra	ZGN Ljubljana	17.554 točk	70.991,51	65.075,55
88	Povečanje števila delavcev - 0,34 zdravstvenega tehnika - 1 psiholog v 1 klinični psiholog	CSG Maribor	2.862 točk	27.566,64	25.269,86
89	Povečanje števila delavcev - 3 diplomirane medicinske sestre - 2 logopeda v 2 klinična logopeda	CIRIUS Kamnik		160.584,94	147.202,86
90	Povečanje števila delavcev - 1 diplomirana medicinska sestra - 1 psiholog Povečanje programa zdravstvene nege in rehabilitacije	CIRIUS Vipava	9.284 dni zdravstvene nege	78.265,76 622.823,00	71.743,61 570.921,08
NEREALIZIRANE ŠIRITVE SOCIALNO VARSTVENIH ZAVODOV					
91	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SPIK ING d.o.o. Hajdina	49.275 storitev "dan zdrav. nege"	1.046.601,00	959.384,25
92	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,6 tima	94.861,86	86.956,71

93	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SeneCura d.o.o. Maribor	21.900	storitev "dan zdrav. nege"	518.154,00	474.974,50
94	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,24	tima	37.944,74	34.782,68
95	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	DOM UPRAVLJANJE d.o.o. Vrtojba	49.275	storitev "dan zdrav. nege"	1.046.601,00	959.384,25
96	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,6	tima	94.861,86	86.956,71
97	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SeneCura d.o.o. Komenda	22.338	storitev "dan zdrav. nege"	474.459,12	434.920,86
98	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,27	tima	42.687,84	39.130,52
99	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SeneCura d.o.o. Pivka	21.024	storitev "dan zdrav. nege"	446.549,76	409.337,28

100	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,26 tima	41.106,81	37.681,24
101	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Comett domovi d.o.o. Šenčur	51.575 storitev "dan zdrav. nege"	1.173.331,25	1.075.553,65
102	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,63 tima	99.604,95	91.304,54
103	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Comett domovi d.o.o. Dom Viharnik Kranjska gora	10.950 storitev "dan zdrav. nege"	249.112,50	228.353,13
104	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,12 tima	18.972,37	17.391,34
105	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Karion Dom Danijela Halasa Velika Polana	5.840 storitev "dan zdrav. nege"	139.751,20	128.105,27
106	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,06 tima	9.486,19	8.695,67
	SKUPAJ			53.454.674,75	46.318.091,37

Skupaj 101. in 102. člen		132.469.880, 09	119.892.880, 70
--------------------------	--	--------------------	--------------------

(2) Ukrepi iz prejšnjega odstavka veljajo od 1. februarja 2023, razen ukrepa iz 3. in 33. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljata od 1. januarja 2023, ukrepi iz 51., 82., 83., 84. in 85. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljajo od 1. marca 2023, ukrepi iz 38., 39., 42. in 43. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljajo od 1. aprila 2023, ukrep iz 46. točke tabele iz prejšnjega odstavka za Koroški dom starostnikov, ki velja od 1. maja 2023, ukrepa iz 32. in 41. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljata od 1. julija 2023 ter ukrepi iz 24., 25., 26., 27., 28., 29., 30. in 31. točke tabele iz prejšnjega odstavka, ki veljajo od 1. septembra 2023.

(3) Dodatna sredstva iz 2. točke tabele iz prvega odstavka tega člena se zagotovi izvajalcu ambulant splošne in družinske medicine za tiste ambulante, ki še nimajo vzpostavljenega dela na način referenčne ambulante. Širitve se izvedejo v skladu s predlogom, ki ga pripravi NIJZ.

IV. DEL

SKLEPANJE POGODB

103. člen (ugotavljanje preskrbljenosti)

Za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva Republike Slovenije s programi oziroma storitvami se določi gravitacijsko območje izvajalcev. Gravitacijsko območje se določi tako, da se upoštevajo zadnji znani podatki o številu prebivalcev, ki so zavarovane osebe, korigirani glede na strukturo opredeljenih zavarovanih oseb na nosilca dejavnosti, kjer je ta korekcija za programe na primarni ravni smiselna.

1. Javni razpis programov in storitev za sklepanje pogodb

104. člen (javni razpis programov in storitev)

(1) Zavod objavi javni razpis za izvajalce, ki z Zavodom nimajo sklenjene pogodbe oziroma imajo zaradi dogovorjenega poznejšega datuma začetka poslovanja lekarn in socialno varstvenih zavodov z Zavodom sklenjeno začasno pogodbo. Na razpis se lahko prijavijo tudi izvajalci, ki imajo sklenjeno pogodbo z Zavodom, če želijo izvajati program, ki ni vključen v pogodbo in njihove širitve niso opredeljene v 102. členu te uredbe. Ponudniki so svoje prijave dolžni predložiti na obrazcih, ki jih pripravi Zavod.

(2) Razpis iz prejšnjega odstavka se ne nanaša na koncesionarje, s katerimi je Zavod dolžan skleniti pogodbo o izvajanju storitev v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

(3) Izvajalci, ki niso zajeti v prvem in drugem odstavku tega člena in že imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo, Zavod ponudi sklenitev pogodbe, v kateri se v skladu s to uredbo opredeli obseg in vrednotenje programa.

(4) Zavod s koncesionarji, lekarnami, socialno varstvenimi zavodi, zavodi za usposabljanje, zavodi za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju, zavodi za izobraževanje otrok in mladostnikov z motnjami v razvoju, zdravilišči in ZTM sklene pogodbo za obdobje pet let.

105. člen
(postopek izbire izvajalcev)

- (1) Zavod opravi izbiro med izvajalci v roku, določenem z javnim razpisom iz prejšnjega člena.
- (2) Koncesionar ob prijavi na javni razpis Zavodu predloži odločbo o podelitvi koncesije in pogodbo o koncesiji ter vso potrebno dokumentacijo, v skladu z razpisnimi pogoji, do datuma, določenega v razpisu, ter izjavo, s katero jamčijo, da bo program začeli izvajati v dogovorjenem roku, sicer se šteje, da je od ponudbe oziroma pogodbe odstopil.
- (3) Zavod izvajalca, ki odda nepopolno ponudbo, pozove na dopolnitev v roku sedmih dni od javnega razpisa. Če izvajalec v roku ponudbe ne dopolni, se šteje, da je od prijave odstopil.
- (4) Zavod v roku 30 dni po izbiri sklene pogodbe s posameznimi izvajalci.

2. Arbitraža

106. člen
(arbitraža zaradi neizbire)

Ponudnik, ki na javnem razpisu ni izbran, lahko na Zavod vloži pisno zahtevo, da o izbiri odloči arbitraža, in sicer v roku sedmih delovnih dni od prejema sklepa Zavoda, da ni bil izbran.

107. člen
(arbitraža o pogodbi)

- (1) Če izvajalec v roku sedmih delovnih dni ne podpiše predložene pogodbe oziroma v tem roku ne predlaga arbitražnega postopka, se šteje, da od ponudbe odstopa.
- (2) Izvajalec, ki ne soglaša s predlagano pogodbo Zavoda, v roku iz prejšnjega odstavka od prejetja pogodbe, predloži Zavodu pisno zahtevo za arbitražni postopek. V zahtevi natančno opredeli določbe pogodbe, za katere meni, da so v nasprotju s to uredbo, ter predlog kandidata za predsednika in dva člana arbitraže.
- (3) Predlog kandidatov iz prejšnjega odstavka vsebuje ime in priimek ter naslov kandidatov.
- (4) Po preteku roka za začetek arbitražnega postopka začne izvajalcu, ki ima z Zavodom že sklenjeno pogodbo, teči odpovedni rok iz sklenjene pogodbe. Odpovedni rok za pogodbo je enak odpovednemu roku iz 113. člena te uredbe.
- (5) Po prejemu pisne zahteve za arbitražo iz prvega odstavka tega člena oziroma po tem, ko je v skladu s prejšnjim odstavkom zahtevo podal Zavod, Zavod začne s postopkom sklica arbitražnega postopka.
- (6) Prvi do šesti odstavek tega člena se smiselno uporabijo tudi za sklepanje aneksov k pogodbam o izvajanju programa storitev.

108. člen

(sestava arbitraže)

(1) Arbitraža je sestavljena iz petih članov, pri čemer vsaka stranka predlaga dva člana in njuna namestnika, predsednika pa določita stranki sporazumno.

(2) Če pogodbeni stranki ne dosežeta soglasja o predsedniku arbitraže, ga določi ministrstvo. Predsednik ne sme biti delavec ali predstavnik pogodbenih strank, ki sta v arbitražnem sporu.

(3) Arbitraža odloča ob prisotnosti vseh članov ali njihovih namestnikov.

109. člen
(postopek in odločanje arbitraže)

(1) Na začetku arbitražne obravnave predstavi pogodbeni stranka, ki je predlagala arbitražni postopek, sporna vprašanja in poda mnenje, v katerih elementih predlagana pogodba ni v skladu z določbami te uredbe. Zatem poda svoje stališče druga stranka. Ves čas obravnave lahko obe stranki predložita ali zahtevata od druge stranke predložitev dokazov o vprašanih, ki so sporni.

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

(3) Tekom arbitražnega postopka in do sprejema odločitve lahko:

- stranka od svoje zahteve odstopi oziroma umakne zahtevo za arbitražni postopek,
- stranki dosežeta sporazum oziroma se pobotata.

(4) V primeru iz prve alineje prejšnjega odstavka izvajalec podpiše predlagano pogodbo iz tretjega odstavka 104. člena te uredbe, sicer se šteje, da od pogodbe odstopa. V primeru iz druge alineje prejšnjega odstavka se pogodba uskladi z dogovorjeno vsebino sporazuma (ali pobota), izvajalec pa pogodbo podpiše v sedmih delovnih dneh od prejetja osnutka pogodbe, sicer se šteje, da od pogodbe odstopa. Če ne gre za primer iz prejšnjega odstavka, arbitraža sprejme odločitev. Arbitraža odloči z večino glasov vseh članov. Arbitražna odločitev je dokončna in je podlaga za sklenitev pogodbe med izvajalcem in Zavodom.

(5) Če izvajalec po odločitvi arbitraže ne podpiše pogodbe v sedmih delovnih dneh od prejema pogodbe, lahko Zavod uvede začasno financiranje izvajalca v višini vrednosti programa, ugotovljenega v skladu z Dogovorom in sklepom arbitraže. Ne glede na prejšnji stavek Zavod lahko odpove pogodbo, če izvajalec ne želi skleniti pogodbe na podlagi odločitve arbitraže v desetih dneh po prejemu veljavnega zapisnika arbitraže.

(6) Potek arbitraže je javen.

110. člen
(poslovník arbitraže)

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

(2) Če se pogodbeni stranki ne moreta sporazumeti o poslovníku o delu arbitraže, sprejme

poslovník predsednik in člani arbitraže.

111. člen
(delovanje arbitraže)

(1) Arbitraža, ki odloča o zahtevi ponudnika, ki na javnem razpisu ni bil izbran, pri svojem delu upošteva:

- arbitraža je pri svojem delu neodvisna in samostojna;
- sedež arbitraže je v Ljubljani;
- arbitraža je ustanovljena za odločanje o zahtevi izvajalca, ki na razpisu Zavoda ni bil izbran;
- udeleženci arbitraže sami zagotavljajo sredstva za njeno delo.

(2) Arbitražo sestavlja:

- največ pet arbitrov ministrstva,
- največ pet arbitrov Zavoda,
- po en arbiter Zdravniške zbornice Slovenije, Lekarniške zbornice Slovenije, Združenja zdravstvenih zavodov Slovenije, Skupnosti slovenskih naravnih zdravilišč ter Skupnosti socialnih zavodov Slovenije in Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije (skupno en arbiter);

(3) Zahteva za arbitražo se posreduje ministrstvu in hkrati vsem partnerjem. Ministrstvo mora najpozneje v petih dneh od prejema zahteve za arbitražo pozvati partnerje, da imenujejo arbitre in njihove namestnike. Udeleženec arbitraže pisno sporoči vsem partnerjem ime arbitra in njegovega namestnika, ki ga bo zastopal v postopku, v roku osem dni od poziva ministrstva za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov. Vsak arbiter ima lahko namestnika, ki ima enake pravice in obveznosti kot arbiter.

(4) Vsak udeleženec arbitraže, ki predstavlja izvajalca, se lahko pisno odpove pravici do udeležbe v posameznem arbitražnem postopku v roku za imenovanje arbitrov in njihovih namestnikov.

(5) Prvi narok arbitraže ministrstvo skliče najpozneje v 15 dneh od vložitve zahteve za arbitražno presojo. Če vsi partnerji soglašajo, se ti roki lahko podaljšajo za največ enkrat. Soglasja za preložitve prvega naroka arbitraže mora pridobiti predlagatelj preložitve in jih najpozneje en dan pred sklicem prvega naroka arbitraže predložiti ministrstvu.

(6) Arbiter oziroma njegov namestnik najpozneje na začetku naroka predloži pooblastila za zastopanje v arbitražnem postopku.

(7) Člani arbitraže izmed sebe izvolijo predsednika arbitraže in njegovega namestnika. Namestnik je lahko izvoljen izmed članov ali namestnikov.

(8) Predsednik arbitraže vodi delo arbitraže, zagotavlja zakonitost postopka ter pripravi pisni odpravek sporazuma oziroma rzsodbe. Arbitraža ima zapisnikarja, ki zapisuje vsa pomembna dejstva in podatke o poteku arbitraže po nareku predsednika arbitraže. V kolikor predsednik arbitraže na zapisnik ne povzame vseh pomembnih dejstev in izjav arbitrov, lahko posamezni arbiter zahteva njihov zapis in jih narekuje zapisnikarju. Na koncu razprave se izdela zapisnik, ki vsebuje tudi vsebino sporazuma oziroma odločitve. Podpišejo ga vsaj po en pooblaščen predstavnik ali namestnik arbitra prisotnih partnerjev.

(9) Arbitraža je sklepčna, če sta na seji prisotna vsaj dva arbitra, ki ju imenuje ministrstvo, vsaj

dva arbitra, ki ju imenuje Zavod ter vsaj en arbiter, ki zastopa izvajalca.

(10) Vsak udeleženec arbitraže lahko povabi na sejo arbitraže pooblaščenca, ki ima na podlagi zahteve posameznega arbitra pravico razpravljati o pravnih vidikih spornih vprašanj ali postopkov.

(11) Arbitraža odloča soglasno.

(12) Postopek pred arbitražo je javen in mora biti opravljen hitro.

(13) Za pojasnitev posameznih spornih vprašanj ali predložitve dodatnih argumentov lahko vsak arbiter določi katerokoli osebo, ki jo je povabil na narok.

3. Pogodbe z izvajalci

112. člen (sklepanje pogodb)

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

113. člen (ničnost pogodbe)

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

- pridobitev posla ali
- za sklenitev posla pod ugodnejšimi pogoji ali
- za opustitev dolžnega nadzora nad izvajanjem pogodbenih obveznosti ali
- za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je mogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbeni stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku;

je nična.

114. člen (odstop od pogodbe)

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

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

(3) Do izteka odpovednega roka izvajalec opravlja program storitev v skladu s pogodbo.

(4) V primeru izvajalca zdravstvene dejavnosti s koncesijo preneha veljati pogodba tudi, če mu

je odvzeto dovoljenje za opravljanje dejavnosti ali koncesija, in sicer z dnem odvzema dovoljenja oziroma s prenehanjem koncesijskega razmerja in koncesijske pogodbe v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost.

115. člen
(uporaba pogodbe za leto 2023)

Pogodba, sklenjena med Zavodom in izvajalcem, za leto 2023 se uporablja od 1. januarja 2023. Pogodbe z novimi lekarnami in novimi socialno varstvenimi zavodi začnejo veljati od prvega dneva naslednjega meseca, ko ti izpolnjujejo vse pogoje za delovanje.

116. člen
(spremembe v programu)

(1) Pogoj za pridobitev dodatnega programa je, da ima izvajalec zaposlene zdravnike za vse v pogodbi že dogovorjene time ter za dodaten obseg programa. Pri tem se za ugotavljanje števila dejansko zaposlenih zdravnikov za vsakega posameznega zdravnika šteje zaposlitev največ do 1.

(2) V splošnih in družinskih ambulantah ter otroškem in šolskem dispanzerju lahko izvajalec za širitev programov kot nosilca te dejavnosti prijavi tudi specializanta družinske medicine ali pediatrije v zadnjem letniku specializacije, ob izpolnjevanju vseh pogojev, ki jih določa zakon, ki ureja zdravniško službo. V primeru iz prejšnjega stavka, se zahtevek za povračilo stroškov specializacije, ki jih izvajalec v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo pridobi iz proračuna za tega specializanta, zmanjša za delež prijave specializanta kot nosilca programa splošne in družinske ambulate oziroma programa otroškega in šolskega dispanzerja.

(3) Spremenjen obseg programa splošne ambulate v socialno varstvenem zavodu ne vpliva na obseg in vrednost programa drugih ambulant splošne in družinske medicine, ki jih zagotavlja izvajalec.

(4) Znotraj območne enote Zavoda so možna prestrukturiranja, in sicer v okviru finančnih sredstev, izračunanih v skladu s to uredbo. V otroškem in šolskem dispanzerju se program kurative načrtuje v obsegu 75 %. Delež je vezan praviloma na posameznega zdravnika in oziroma na izvajalca, izjema so koncesionarji, ki imajo v koncesijski pogodbi drugačno razmerje med preventivo in kurativo.

(5) Preventivne zdravstvene preglede registriranih športnikov v 5. in 7. razredu osnovne šole lahko izvajajo izvajalci, ki seznam zdravnikov objavijo na spletni strani programa ZDAJ.

(6) V dispanzerju za ženske lahko izvajalec za širitev programov kot nosilca te dejavnosti prijavi tudi specializanta ginekologije in porodništva v zadnjem letniku specializacije, ob izpolnjevanju vseh pogojev, ki jih določa zakon, ki ureja zdravniško službo. Zahtevek za povračilo stroškov dela s strani proračuna za tega specializanta se zmanjša za delež prijave kot nosilca dispanzerja za ženske.

117. člen
(pogodbe z zdravilišči)

Z zdravilišči, ki v pretežni meri izvajajo program ambulantne fizioterapije za zavarovane osebe izpostav Zavoda, v katerih ZD nimajo ambulantne fizioterapije, bo Zavod v pogodbi dogovoril program za te izpostave posebej. Ta program je mogoče prenesti na zavarovane osebe drugih izpostav Zavoda le, če zdravilišče nima čakalne dobe za zavarovane osebe lokalnega gravitacijskega območja.

118. člen
(sredstva za mobilne enote NMP)

Sredstva, namenjena mobilnim enotam NMP (in sicer MoE REA), mobilni enoti nujnega reševalnega vozila (v nadaljnjem besedilu: NRV) na lokaciji ZD Radlje, ZD Ravne in ZD Slovenj Gradec, se nakažejo Zdravstveno reševalnemu centru Koroške na podlagi veljavne pogodbe med Zdravstveno reševalnim centrom Koroške in ZD.

V. DEL

OBVEZNOSTI IZVAJALCEV

119. člen
(obveznost izvajalcev v dispanzerju za mentalno zdravje)

Če izvajalec v dispanzerju za mentalno zdravje opravi storitev, ki je v skladu z Navodili za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni sestavni del sistematičnega preventivnega pregleda otroka oziroma šolarja, izvajalec to storitev zaračuna Zavodu v okviru programa dispanzerja za mentalno zdravje.

120. člen
(standardi storitev)

(1) Izvajalec zavarovanim osebam nudi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja.

(2) Izvajalec lahko zavarovanim osebam nudi nadstandardne storitve in materiale, za katere se zavarovani osebi zaračuna razlika med vrednostjo standardne in nadstandardne storitve in materiala.

(3) Pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev izvajalec seznaniti zavarovano osebo o višini doplačila za storitev (po specifikaciji) in pridobi njeno pisno soglasje.

121. člen
(uveljavljanje storitev v samoplačniški ambulanti)

(1) Če zavarovana oseba uveljavlja storitve v samoplačniški ambulanti, pisno izjavi, da od Zavoda ne bo zahtevala povračila stroškov.

(2) Samoplačniške storitve sme izvajalec opravljati izven ordinacijskega časa, opredeljenega v pogodbi z Zavodom.

(3) Zavarovani osebi, ki uveljavlja storitve v samoplačniški ambulanti, izvajalec predpiše zdravila na beli recept.

122. člen

(obveznosti izdajatelja naloga za patronažno dejavnost)

Izdajatelj naloga za patronažno dejavnost krije stroške za zdravila, ki se ne predpisujejo na recept, stroške materiala in opreme, potrebne za odvzem in stroške izvedbe laboratorijskih storitev, stroške sodobnih oblog za oskrbo kroničnih ran ter stroške zahtevnejše opreme, če se ne predpisuje na recept.

123. člen

(obveznosti antikoagulantne ambulante)

Če patronažna služba odvzame kri za potrebe antikoagulantne ambulante, stroške materiala in opreme, potrebne za odvzem, in stroške izvedbe laboratorijskih storitev, krije antikoagulantna ambulanta, ki odvzeti vzorec pregleda.

124. člen

(obveznosti izvajalcev)

(1) Obveznosti izvajalcev so:

1. izvajati program enakomerno skozi vse leto,
2. zagotavljati laboratorijske in druge diagnostične storitve, potrebne za proces diagnostike in zdravljenja, ki so vključene v ceno zdravstvene storitve,
3. zavarovanim osebam zagotoviti tolmačenje zdravniških izvidov, izdanih v elektronski obliki, brez dodatnega zaračunavanja,
4. izvajanje prvih pregledov brez čakalnih dob v splošnih in družinskih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih,
5. zagotoviti zavarovanim osebam prosto izbiro osebnega zdravnika, tako da nobena zavarovana oseba ne ostane brez izbranega osebnega zdravnika oziroma se ji omogoči obravnava v ambulanti za neopredeljene. Če zdravnik prevzame ambulanto drugega zdravnika, mora neselektivno opredeljevati zavarovane osebe do standarda glavarinskih količnikov iz Priloge 1 te uredbe,
6. v času odsotnosti izbranih osebnih zdravnikov zagotoviti nadomeščanja v okviru ordinacijskega časa tako, da zdravniško službo opravlja zdravnik z isto strokovno usposobljenostjo (v nadaljnjem besedilu: nadomestni zdravnik). O svoji odsotnosti in nadomestnem zdravniku izvajalec obvesti zavarovane osebe in Zavod,
7. v primeru vgrajevanja različnih materialov v telo uporabljati materiale z mednarodnim certifikatom CE,
8. omogočati nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom in magistrom farmacije Zavoda vpogled v dokumentacijo, ki je podlaga za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer je treba upoštevati določbe zakona, ki določa varstvo osebnih podatkov,
9. zagotavljati varne in visoko kakovostne zdravstvene obravnave, vključno z vpeljevanjem kliničnih poti, kazalnikov kakovosti in drugih metod ter orodij kakovosti iz 131. člena te uredbe,
10. po zaključku zdravljenja na zahtevo zavarovanih oseb izstaviti specifikacijo opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev. Če je obračunska enota primer in je zavarovana oseba bivala pri izvajalcu manj kot znaša povprečna ležalna doba v preteklem letu pri tem izvajalcu, izvajalec zavarovani osebi izstavi informativni račun tako, da je vrednost storitve izračunana kot zmnožek med številom dni, ko je zavarovana oseba bivala pri izvajalcu, in količnikom med ceno primera in povprečno ležalno dobo v preteklem letu

- pri tem izvajalcu,
11. zagotavljati zanesljiv in varen informacijski sistem za nemoteno delovanje oziroma elektronsko poslovanje in izvajanje e–storitev v sistemu zdravstvenega varstva,
 12. začeti z uporabo eDN (e-delovni nalog) za fizioterapijo v treh mesecih od objave navodil za uporabo delovnega naloga, a najpozneje do 1. 10. 2023,
 13. v svojih prostorih zagotavljati in omogočati promocijo in oglaševanje državnih preventivnih zdravstvenih programov z razpoložljivimi komunikacijskimi gradivi in orodji, ki so del preventivnih programov, v obsegu najmanj 25 % prostora in infrastrukture, namenjene informiranju in oglaševanju,
 14. na vidnem mestu objaviti plakate, zloženke in drugo gradivo. Zavoda, ki se nanaša na uresničevanje pravic zavarovanih oseb,
 15. od 1. januarja 2023 za namene izvajanja, beleženja, poročanja in obračunavanja zdravstvenih storitev uporabljati novo verzijo slovenskega prevoda avstralske modifikacije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene v vseh zdravstvenih dejavnosti (MKB - 10 - AM verzija 11):
 - terapevtskih in diagnostičnih postopkov v bolnišnični dejavnosti (KTDP verzija 11),
 - SPP v bolnišnični dejavnosti za obračunavanje akutne bolnišnične obravnave po metodologiji SPP (AR-DRG (SPP) verzija 10.0),
 16. od 1. januarja 2023 evidentiranje opravljenega dela v akutni bolnišnični obravnavi za namene razvrščanja v nove šifre SPP po novi klasifikaciji MKB 10 - AM verzija 11 in KTDP verzija 11 skladno s Standardi kodiranja – avstralske različice s slovenskimi dopolnitvami za obravnave, zaključene od 1. januarja 2023,
 17. pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku upoštevanje navodil, ki jih je potrdili RSK za družinsko medicino v sodelovanju z drugimi pristojnimi RSK in so objavljena na spletni strani Zavoda,
 18. upoštevanje meril za sprejem pacientov v akutno bolnišnično obravnavo, ki so objavljena na spletni strani Zavoda.

125. člen
(ordinacijski čas)

(1) Ordinacijski čas se dogovori v pogodbi o izvajanju programa storitev med izvajalcem in Zavodom.

(2) Ordinacijski čas za zavarovane osebe se najmanj v obsegu ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa zagotavlja od 16. ure.

(3) Ordinacijski čas se med letom lahko spremeni samo s predhodnim pisnim soglasjem obeh pogodbenih strank.

(4) Izjema od obveznosti iz drugega odstavka tega člena velja:

1. v dejavnosti, kjer zaradi zahtev diagnostičnih preiskav popoldanski čas ni primeren (npr. gastrokopija),
2. v dejavnosti, kjer se izvaja kontinuirana terapija, vezana na enakomerne časovne presledke in zaradi majhnega števila ekip pri izvajalcu dela ni smiselno organizirati izmenske,
3. če je v pogodbi z izvajalcem dogovorjen manjši obseg programa od 0,5 tima,
4. v splošni ambulanti v socialnem zavodu,
5. v mladinskem zobozdravstvu, če je lokacija ambulante v šoli,
6. v drugih primerih, ko je do zavarovanih oseb prijaznejši dopoldanski čas, če izvajalec argumentira razloge in pridobi soglasje lokalne skupnosti.

(5) Minimalni ordinacijski čas znaša 35 ur učinkovnega dela nosilca programa na teden, razen če je nosilec programa:

- zdravnik specialist, zobozdravnik, psiholog, specialist klinične psihologije, defektolog, logoped oziroma surdopedagog, specialist klinične logopedije, pri čemer minimalni ordinacijski čas znaša 32,5 ur učinkovnega dela ambulante,
- zdravnik specialist v območju sevanja, pri čemer minimalni ordinacijski čas znaša 28,5 ur učinkovnega dela ambulante,
- doktor dentalne medicine specialist čeljustne in zobne ortopedije, pri čemer minimalni ordinacijski čas znaša 25 ur učinkovnega dela ambulante.

(6) Doktor dentalne medicine specialist čeljustne in zobne ortopedije v okviru 32,5 ur učinkovnega tedenskega dela ambulante največ 7,5 ur nameni za načrtovanje ortodontskih aparatov, oziroma največ 8 ur v okviru neefektivnega tedenskega dela ambulante. Preostali čas nameni ordinacijskemu času za delo s pacienti.

126. člen

(objava nosilcev programov in ordinacijskih časov)

(1) Izvajalec na vidnem mestu v čakalnici in na svoji spletni strani objavi:

- seznam zdravnikov, ki jih zavarovane osebe lahko izberejo v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in njihov ordinacijski čas;
- seznam zdravnikov, ki delajo v specialističnih ambulantah, in njihov ordinacijski čas;
- seznam nosilcev drugih dejavnosti, ki opravljajo storitve obveznega zdravstvenega zavarovanja, in njihov ordinacijski čas.

(2) Objavljeni ordinacijski čas mora biti v skladu z ordinacijskim časom iz prejšnjega člena.

127. člen

(nenujni reševalni prevozi)

(1) Naročnik naroča nenujne reševalne prevoze samo pri izvajalcih nenujnih reševalnih prevozov, ki imajo sedež v istem kraju kot naročnik oziroma so najbližji naročniku.

(2) Prejšnji odstavek se ne uporablja, kadar se izvajalec nenujnih reševalnih prevozov vrača na svoj sedež in lahko sočasno zagotovi prevoz novega pacienta, ali izjemoma, če je to bolj racionalno, prevoz izvede izvajalec, ki ima sedež bližje prebivališču pacienta.

(3) Naročnik in izvajalec nenujnih reševalnih prevozov zagotavlja izvajanje prevozov tako, da se sočasno prepelje več pacientov, oziroma vozila opravljajo vožnje brez pacientov v najmanjši možni meri.

(4) Izvajalec nenujnih prevozov z reševalnim vozilom izjemoma sočasno prepelje dodatno največ dva pacienta, ki imata indikacijo za sanitetni prevoz. Pri tem se upošteva število registriranih sedežev v vozilu, zmanjšano za tri.

(5) Izvajalec nenujnega reševalnega prevoza prevoz opravi v predvidenem času, pri čemer se upošteva ura obravnave pacienta in čas zaključka obravnave ter časovno okno, znotraj katerega sme izvajalec spremeniti predvideni čas za eno uro za prevoze znotraj regije in za dve uri za prevoze v druge regije, o čemer obvesti naročnika. Ta čas se lahko podaljša samo iz objektivnega razloga (npr. zastoj v prometu) ali po dogovoru z naročnikom.

(6) Izvajalec sanitetnih prevozov hkrati prepelje največ toliko pacientov, kolikor je registriranih sedežev v vozilu, zmanjšano za dva.

(7) Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem, izvajalec za prevoz vsakega pacienta poleg dejansko prevoženih kilometrov (v točkah) obračuna startnino v obsegu 30 točk.

(8) Pri nenujnih reševalnih prevozih s spremljevalcem, sme izvajalec obračunati tudi kilometre za razdaljo, ki jo prevozi brez pacienta.

(9) Izvajalec sanitetne prevoze obračunava v številu kilometrov (v točkah), ki za posameznega pacienta predstavljajo razdaljo med njegovim bivališčem in dializnim centrom, Onkološkim inštitutom Ljubljana ali drugim izvajalcem storitev, kamor je bil pacient napoten. Za vsak prevoz pacienta izvajalec Zavodu obračuna tudi startnino, ki znaša 8 km za razdalje do vključno 10 km in 16 km za razdalje nad 10 km.

(10) Izvajalec sanitetnih prevozov ne obračuna prevoza za razdaljo, ki jo prevozi brez pacienta.

(11) Število kilometrov (v točkah) za sanitetne prevoze pacientov na in z dialize izvajalec načrtuje v skladu s Prilogo 17 te uredbe, obračuna pa ločeno od ostalih sanitetnih prevozov, in sicer po vnaprej pripravljenem seznamu pacientov in številu kilometrov, ki jih lahko za vsakega pacienta obračuna Zavodu. Vsakršno spremembo seznama pacientov za prevoz na in z dialize med letom izvajalec pred obračunom posreduje v potrditev Zavodu. Podlaga za obračun je potrjen seznam oseb in obračunskih razdalj. Sklepanje aneksov k pogodbi za te spremembe ni potrebno.

(12) Izvajalec sme obračunati Zavodu tudi prevoze na in z dialize, ki so posledica občasnih migracij pacientov, če predhodno pridobi pisno soglasje območne enote Zavoda, kjer ima pacient stalno bivališče. V tem primeru Zavodu obračuna prevoz za razdaljo od začasnega bivališča do najbližjega dializnega centra in startnino iz devetega odstavka tega člena.

(13) Izvajalec program prevozov na in z dialize izvaja tako, da pripelje pacienta na dializo 60 minut pred začetkom dialize in ga odpelje do 60 minut po zaključku dialize.

128. člen (zagotavljanje stalne dostopnosti)

Za nemoteno zagotavljanje stalne dostopnosti je izvajalec v dejavnostih splošne in družinske medicine, otroški in šolski dispanzer ter zobozdravstva za odrasle in mladino dolžan ordinacijski čas za zavarovane osebe predhodno uskladiti s koordinatorjem te dejavnosti v izpostavi Zavoda.

129. člen (storitve po naročilu imenovanih zdravnikov)

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

130. člen
(poročanje izvajalcev o opravljenem programu storitev)

(1) Izvajalci za opravljene storitve Zavodu izstavijo račune, zahtevke za plačilo in poročila v skladu z Navodili o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

(2) Račune, zahtevke za plačilo in poročila izvajalci dostavijo Zavodu najpozneje do 10. v mesecu za pretekli mesec.

(3) Socialno varstveni zavodi in zavodi za usposabljanje račune dostavljajo Zavodu tudi dvakrat mesečno, in sicer najpozneje do 25. v mesecu za storitve opravljene od 1. do vključno 15. v tekočem mesecu in najpozneje do 10. v mesecu za storitve opravljene od 16. do konca preteklega meseca.

(4) Lekarne izstavijo Zavodu zahtevke za plačilo za opravljene storitve in izdana zdravila na recept z obračunanim davkom na dodano vrednost najmanj enkrat in največ trikrat mesečno, in sicer najpozneje do 10. v mesecu za pretekli mesec.

(5) Ne glede na prejšnji odstavek lahko lekarna izstavi Zavodu zahtevke za plačilo večkrat na mesec za zdravila na recept, katerih nabavna vrednost za posamezno pakiranje znaša najmanj 900 eurov.

(6) Izvajalci zdraviliškega zdravljenja račune za opravljene storitve s področja zdraviliškega zdravljenja izstavljajo sproti po končanem zdraviliškem zdravljenju zavarovanih oseb. Če se zdravljenje nadaljuje po izteku meseca, izvajalec zdraviliškega zdravljenja 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 izvajalec izstavi nov račun po končanem zdravljenju.

(7) Bolnišnice poročajo ZTM na mesečni ravni, in sicer 15. dan v mesecu za pretekli mesec, ter Strokovnemu svetu za preskrbo s krvjo na šest mesečni ravni (na dan 1. april in 1. oktober tekočega leta) naslednje podatke:

- o porabljenih zdravilih iz tuje plazme,
- o porabi zdravil iz plazme, pridobljene v Republiki Sloveniji,
- o trenutnih zalogah zdravil posebej iz tuje ter iz plazme, zbrane v Republiki Sloveniji, in
- o količinah neporabljenih zdravil iz plazme, posebej iz tuje ter iz plazme, zbrane v Republiki Sloveniji, zaradi pretečenega roka uporabe ali drugega razloga, zaradi katerega se ta zdravila ne sme ali ne more uporabiti.

(8) Priloge k dokumentom za obračun, ki jih izvajalci pošiljajo Zavodu v papirni obliki, skladno z navodili Zavoda, izvajalci dostavijo Zavodu v roku pet delovnih dni od dneva elektronsko posredovanih podatkov.

(9) Račune in zahtevke za plačilo, ki jih izvajalec dostavi Zavodu v tekočem mesecu za storitve opravljene pred več kot dvema mesecema, Zavod zavrne, razen v primeru objektivnih razlogov za zamudo, ki jih ugotovita pogodbeni partnerja, vendar najpozneje do 31. januarja za preteklo leto.

(10) Poročila za preteklo leto, ki jih izvajalec dostavi Zavodu po 10. januarju, Zavod zavrne, razen v primeru objektivnih razlogov za zamudo, ki jih ugotovita pogodbeni partnerja.

(11) Naknadno ugotovljene nepravilnosti pri razmejevanju med obveznim in prostovoljnim zdravstvenim zavarovanjem se za primere, stare do treh let, poračunajo v tekočem letu.

(12) Račune, ki jih izvajalci izstavljajo na podlagi obdobjnih obračunov, izvajalci dostavijo Zavodu v petih dneh po prejemu obvestila Zavoda o višini obračuna za posamezno obračunsko obdobje. Obvestilo o višini obračuna Zavod posreduje izvajalcem v 45 dneh po izteku obdobja, za katerega se pripravlja obračun ali po prejemu obvestila izvajalca o prenehanju opravljanja dejavnosti. Izjema je obvestilo o višini obračuna za obdobje od januarja do junija, ki ga Zavod posreduje izvajalcem do 15. septembra. Nestrinjanje izvajalca z višino obračuna ne zadrži obveznosti izvajalca, da Zavodu izstavi račun v višini, navedeni v obvestilu. Sporni del obračuna izvajalec in Zavod rešujeta naknadno.

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

(14) Zavod izvajalcu v roku 15 dni od prejema popolne dokumentacije zavrne račune, zahteve za plačilo in poročila, ki niso sestavljena v skladu z opredelitvami tega člena, ali niso v skladu s pogodbo.

(15) Če izvajalec ne izpolni obveznosti posredovanja dokumentov v Centralni register podatkov o pacientu (v nadaljnjem besedilu: CRPP) v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva, pravilnikom, ki ureja pogoje, roke, način vključitve in uporabe e-zdravja za obvezne uporabnike in seznamom obveznih tipov dokumentov CRPP za storitve v šifrantih Zavoda za obračun, se šteje, da zdravstvena storitev ni zaključena oziroma ne šteje med realizirane storitve.

(16) Izvajalci so dolžni pri obračunu zdravstvenih storitev navesti pravilno številko zdravstvenega delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: RIZDDZ).

(17) Kontrolo ujemanja na obračunskih dokumentih poslanih RIZDDZ številke zdravstvenih delavcev s podatki v RIZDDZ izvaja Zavod.

(18) Javni zavod o opravljenih storitvah po zdravstvenih delavcih mesečno poroča svetu zavoda, ministrstvu in uradu, pristojnemu za nadzor, kakovost in investicije v zdravstvu.

131. člen (kakovost in varnost)

(1) Izvajalci do 1. 1. 2024:

- vzpostavijo sistem celovitega vodenja kakovosti in izmed svojih zaposlenih določijo osebo - skrbnika sistema kakovosti (zdravstvenega delavca ali sodelavca z izkušnjami iz zdravstvenih procesov), ki skrbi za izvedbo implementacije in delovanje sistema vodenja kakovosti,
- določijo osebo - pooblaščenca za varnost, ki je zadolžen za obvladovanje varnostnih tveganj, spremljanje varnostnih odklonov in razvoj kulture varnosti pri izvajalcih,
- vzpostavijo in začnejo spremljati zadovoljstvo zaposlenih in pacientov (ter drugih uporabnikov) na podlagi sprejete metodologije ministrstva in o rezultatih ter ukrepih konec leta poročajo ministrstvu,
- poročajo o opravljenih storitvah, vključno s poročanjem kazalnikov kakovosti, preko vzpostavljenega spletnega portala, v skladu z navodili ministrstva.

(2) Klinične poti izvajalci objavijo in ob spremembi ažurirajo na svojih spletnih straneh.

(3) Izvajalci so dolžni spremljati kazalnike kakovosti, ki so določeni v Prilogi 9, ki je sestavni del te uredbe.

132. člen

(opredeljevanje zavarovanih oseb za osebne zdravnike)

(1) Minimalna obremenitev zdravnika specialista družinske medicine in zdravnika specialista pediatrije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti znaša 1895 glavarinskih količnikov. Po doseženi obremenitvi iz prejšnjega stavka lahko zdravnik odkloni nadaljnje opredeljevanje zavarovanih oseb.

(2) Zdravnik v otroškem in šolskem dispanzerju ne sme odklanjati otroške in šolske populacije zaradi opredeljevanja odrasle populacije.

(3) Zdravnik v dispanzerju za ženske lahko preneha z opredeljevanjem novih oseb, ko doseže obremenitev slovenskega povprečja glavarinskih količnikov.

133. člen

(minimalni obseg programa)

(1) Za programe, kjer zavarovane osebe izbirajo osebne zdravnika, izvajalec zagotovi, da vsak izbrani osebni zdravnik, izbrani ginekolog oziroma izbrani zobozdravnik izvaja program v obsegu najmanj 0,1 tima.

(2) Prejšnji odstavek se ne uporablja za izbranega osebnega zdravnika v domovih za starejše občane.

134. člen

(obveznosti izvajalcev programa zdravstvene vzgoje)

(1) Izvajalec programa zdravstvene vzgoje za otroke, šolarje, študente, odrasle, šole za starše ter reproduktivnega zdravstvenega varstva žensk za potrebe nadzora ministrstva in Zavoda hrani v evidenci podpise udeležencev vsakega srečanja posameznih skupinskih delavnic in individualne obravnave, skupaj z datumi posameznih srečanj, izvajalci in seznama zavodov, v katerih so se skupinske delavnice in individualne obravnave izvršile. V primeru izvedbe programa zdravstvene vzgoje v vrtcih ali šolah zadostuje podpis prisotnega predstavnika teh ustanov.

(2) Vsi ZVC in iCKZ osebam iz ciljne populacije v svojem gravitacijskem območju ponudijo vse vrste delavnic iz Programa svetovanja za zdravje oziroma Programa za krepitev zdravja.

(3) Zdravstveni domovi v ZVC in iCKZ zagotavljajo kader (standardni tim) v obsegu, opredeljenem v Prilogi 17 te uredbe (za ZVC) in v Prilogi 1 te uredbe (za iCKZ) ter v skladu s kriteriji, opredeljenimi v Navodilih – ZVC in Navodilih – iCKZ (navodila NIJZ). Če izvajalec ne zagotovi s standardom predvidenega kadra, se mu za manjkajoči kader zmanjšajo vračunanih sredstva. V primeru pomanjkanja lastnih zmogljivosti lahko ZVC in iCKZ za izvajanje posameznih delavnic najame tudi katerikoli drug pooblaščen ZVC in iCKZ iz seznama v Prilogi 17 te uredbe.

(4) Izvajalec za potrebe nadzora ministrstva in Zavoda hrani v evidenci podpise udeležencev vsakega srečanja posameznih skupinskih delavnic in individualne obravnave, skupaj z datumi posameznih srečanj, izvajalci in sezname ustanov, v katerih so se skupinske delavnice in individualne obravnave izvršile.

(5) ZD in iCKZ o vseh izvedenih aktivnostih mesečno poročajo NIJZ na obrazcih, ki jih pripravi NIJZ, in sicer do 10. v mesecu za pretekli mesec.

135. člen
(poročanje CDZOM in CDZO)

CDZOM in CDZO o vseh izvedenih aktivnostih poročajo na predpisanih obrazcih NIJZ štirikrat letno.

136. člen
(poročanje NIJZ)

NIJZ o opravljenem delu poroča Zavodu dvakrat letno na obrazcih, ki jih izda Zavod, in sicer v 45 dneh po koncu poročevalskega obdobja.

137. člen
(poročanje NIJZ o programu SVIT)

(1) NIJZ za upravljanje progama SVIT do 15. februarja vsako leto predloži poročilo o realizaciji in namenski porabi sredstev za preteklo leto. Poročilo zajema podatke o namenski porabi sredstev za plače, sejnine, stroške pošiljanja vabil in stroške programskega sveta. V poročilu navede tudi:

- vključenost ciljne populacije,
- odzivnost ciljne populacije,
- delež odkritih predrakavih sprememb,
- delež odstranjenih predrakavih sprememb,
- delež odkritega raka.

(2) NIJZ v letnem poročilu posreduje Zavodu seznam kolonoskopistov oziroma kolonoskopskih centrov in patohistologov oziroma patohistoloških centrov, ki ne dosegajo standardov kakovosti. Tem izvajalcem Zavod ne podaljša pogodbe.

138. člen
(poročanje Onkološkega inštituta Ljubljana o programu DORA)

Onkološki inštitut za upravljanje programa DORA do 31. marca vsako leto Zavodu in ministrstvu posreduje poročilo o realizaciji programa in namenski porabi sredstev (s specifikacijo stroškov za posamezno nalogo) za preteklo leto. Poročilo mora vsebovati tudi:

- izvedene naloge,
- vključenost ciljne populacije,
- odzivnost ciljne populacije,
- delež odkritega neinvazivnega in invazivnega raka,

- doseganje standardov kakovosti po posameznih izvajalcih in doseganje dogovorjenih standardov kakovosti programa v celoti.

139. člen

(poročanje Onkološkega inštituta Ljubljana o programu DPOR)

Onkološki inštitut Ljubljana do 30. aprila pošlje Zavodu vsebinsko in finančno poročilo o programu DPOR na obrazcu, ki ga pripravi Zavod.

140. člen

(obravnava in obračunavanje storitev v programu DORA)

(1) Obravnava v programu DORA mora biti izvedena ob upoštevanju sprejetih standardov kakovosti in vključuje naslednje storitve:

- mamografijo obeh dojk v dveh projekcijah,
- dvojno odčitavanje vseh mamografskih slik,
- ob sumu na spremembo ponovni pregled, kjer se opravi potrebno neinvazivno (dodatna mamografska diagnostika in ultrazvočna preiskava) in invazivno diagnostiko (klinični pregled kirurga, stereotaktično biopsijo dojke, ultrazvočno punkcijo, kirurško biopsijo in lokalizacijo netipnih lezij),
- histopatološke preiskave odvzetega materiala,
- poročanje Centralni upravljavski enoti trikrat letno skladno s protokolom sledenja standardom kakovosti izvajanja programa.

(2) Za posamezno žensko, vabljen v program DORA, lahko izvajalec obračuna storitev le enkrat, ne glede na to, ali je bil potreben poleg prvega tudi ponovni obisk.

141. člen

(opredelitev diagnoze na napotnici za neobičajne tipne spremembe ali druge spremembe v dojki)

(1) Simptomatska ženska je ženska z neobičajno tipno spremembo ali drugo spremembo v dojki ne glede na starost oziroma ženska, ki sodi v ogroženo skupino skladno z določbami pravilnika, ki ureja izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarnem nivoju.

(2) Simptomatska ženska je diagnostično obdelana v mamografski ambulanti ali ambulanti za bolezni dojk na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani osebni zdravnik ali izbrani ginekolog.

(3) Izbrani osebni zdravnik ali izbrani ginekolog na napotnici označi z D48.6 – neoplazma negotove narave v dojki ali Z03.1 – opazovanje zaradi suma na maligno neoplazmo.

142. člen

(poročanje Onkološkega inštituta Ljubljana o programu ZORA)

Onkološki inštitut Ljubljana do 31. marca vsako leto pošlje Zavodu vsebinsko in finančno poročilo o programu ZORA na obrazcu, ki ga določi Zavod.

143. člen
(obveznosti izvajalcev v dejavnosti zobozdravstva)

- (1) Program posameznih dejavnosti zobozdravstva se realizira v razmerju:
- zobozdravstvo za odrasle: 40 % nege, 60 % protetike, delež protetike je lahko tudi večji zaradi skrajševanja čakalnih dob;
 - zobozdravstvo za študente: 85 % nega in zdravljenje ter 15 % protetika;
 - pedontologija in mladinsko zobozdravstvo: 90 % otroci, 10 % odrasli; program za odrasle se deli v razmerju 50 % nega in zdravljenje in 50 % protetika in ne zajema storitev, opravljenih v urgentni službi;
 - zdravljenje zobnih in ustnih bolezni: 80 % parodontologija, 20 % nega in zdravljenje, če ni čakalne dobe;
 - stomatološka protetika: 20 % nega in zdravljenje, 80 % protetika;
 - ortodontija: 100 % ortodontske storitve.
- (2) V dejavnosti ortodontije se beleži tudi število izdanih ortodontskih aparatov v skladu z Navodilom za evidentiranje in obračunavanje storitev.
- (3) Mladinski zobozdravniki zaradi opredeljevanja odrasle populacije ne smejo odklanjati otrok in mladine.
- (4) Zobozdravnik pri izvajalcu, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo in izpolnjuje pogoje za izbranega osebnega zobozdravnika, sprejme vse zavarovane osebe, ki ga izberejo. Odkloni jih lahko, če za 10 % preseže povprečno število opredeljenih na zobozdravnika v svoji dejavnosti na območju območne enote Zavoda, kjer ima sedež dejavnosti. Če ima na območju območne enote Zavoda sedež dejavnosti en sam izvajalec, mora sprejeti vse zavarovane osebe, ki ga izberejo. Zavod na svoji spletni strani za dejavnosti zobozdravstva za odrasle, mladino in študente objavlja seznam izvajalcev, ki ne dosegajo oziroma presegajo povprečno število opredeljenih zavarovanih oseb na zdravnika v svoji dejavnosti na območju območne enote Zavoda, kjer ima sedež dejavnosti.

144. člen
(obveznosti izvajalcev programa vzgoje za ustno zdravje)

Izvajalec programa vzgoje za ustno zdravje za otroke, šolarje, dijake, študente in ostale mladostnike za potrebe nadzora ministrstva in Zavoda hrani evidenco vseh izvedenih skupinskih in individualnih obravnav, nosilcev vzgoje za ustno zdravje, število udeležencev, ciljne skupine datum, čas in vsebino predavanj in aktivnosti, ime ustanove, v katerih so se obravnave vzgoje za ustno zdravje izvršile. V primeru izvedbe programa vzgoje za ustno zdravje v vrtcih ali šolah zadostuje podpis prisotnega predstavnika teh ustanov.

145. člen
(obveznost vključevanja v dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti)

- (1) V dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti se enakomerno in enakopravno vključijo vsi izvajalci zobozdravstva, ki opravljajo dejavnost izbranega osebnega zobozdravnika v zobnih ambulantah za odrasle in za mladino na območju posamezne območne enote Zavoda, kjer ima nosilec dežurne službe sedež, razen če se izvajalci sporazumno dogovorijo drugače.
- (2) Delež vključevanja se določi glede na obseg programa pri posameznem izvajalcu. Razpored pripravi zdravstveni dom kot organizator te službe, oziroma koncesionar, za katerega se

dogovorijo izvajalci teh dejavnosti. V spornih primerih razpored vključevanja izvajalcev v dežurno službo ter lokacijo izvajanja določi ustanovitelj zdravstvenega zavoda, kjer ima nosilec dežurne službe sedež.

(3) Če koordinacijo preventive in dežurne službe zobozdravstvene dejavnosti izvaja koncesionar, zdravstveni dom nakaže 80 % sredstev, ki jih je prejel za ta namen tistemu koncesionarju, ki to koordinacijo izvaja.

146. člen

(poročanje o realizaciji programa zobozdravstva za mladino)

(1) Izvajalci realizacijo programa zobozdravstva za mladino poročajo ločeno glede na starost.

(2) Za poročanje o realizaciji točk za osebe do dopolnjenega 19. leta starosti izvajalec uporablja ceno točke za zobozdravstvo za mladino, za poročanje o realizaciji točk za zavarovane osebe od vključno 19 let pa ceno točke zobozdravstva za odrasle.

147. člen

(poročanje o realizaciji programa patronažne zdravstvene nege)

Storitve patronaže zdravstvene nege na domu, ki jih v skladu z delovnim nalogom izvajalec opravi ob nedeljah in praznikih oziroma dela prostih dnevih, lahko Zavodu obračuna po ceni, povišani za 30 %.

148. člen

(obveznost vključevanja v program NMP v dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva)

(1) V zagotavljanje NMP vključno z dežurno službo se enakomerno in enakopravno vključijo vsi izvajalci osnovnega zdravstvenega varstva, ki opravljajo dejavnost izbranega osebnega zdravnika, razen osebnega ginekologa.

(2) Delež vključevanja se določi glede na obseg programa posameznega izvajalca. To velja za zdravstvene domove in izvajalce s koncesijo, in sicer po razporedu, ki ga pripravi zdravstveni dom ali bolnišnica kot organizator te službe.

(3) Razpored zagotavljanja NMP se prilagaja razporedu rednega ordinacijskega dela in lokaciji zavoda, ki je v skladu s pravilnikom, ki ureja službo NMP, določen za izvajanje NMP na svojem območju.

(4) Razliko v prejetih in porabljenih sredstvih za plače izvajalcev NMP javni zavod uporabi tako, da prednostno financira dodiplomsko izobraževanje zdravstvenih reševalcev za naziv diplomirani zdravstvenik, diplomirana medicinska sestra in ostalo strokovno izobraževanje v sistemu NMP.

149. člen

(poročanje o realizaciji storitev NMP za regresno odškodninske zahtevke)

(1) Za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov izvajalci NMP izstavijo evidenčni obračun Zavodu za opravljene storitve, in sicer lažja, srednja, težka in zahtevna oskrba na terenu.

(2) Izvajalci opravljene storitve iz prejšnjega odstavka poročajo na podlagi visoke cene količnika iz obiskov v splošni in družinski ambulantni dejavnosti.

(3) Poleg opravljenih storitev iz prvega odstavka tega člena izvajalec Zavodu izstavi tudi evidenčni obračun za storitve, opravljene v ambulanti NMP (dežurna služba), in sicer v skladu z Navodili Zavoda o beleženju in obračunavanju storitev.

150. člen

(poročanje o realizaciji storitev mobilnih enot nujnih reševalnih vozil)

(1) Za opravljene storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil izvajalec Zavodu izstavi poročilo za pavšal in evidenčni obračun po ceni, ki predstavlja 2,5–kratno ceno točke za nenujne reševalne prevoze s spremljevalcem, določeno v Prilogi 1 te uredbe.

(2) Evidenčni obračun vključuje tudi startnino v višini 30 točk. Po tej ceni izvajalec obračuna tudi storitve mobilnih enot nujnih reševalnih vozil za osebe, zavarovane po mednarodnih sporazumih v skladu z evropskim pravnim redom ter bilateralnimi sporazumi o socialni varnosti.

151. člen

(obveznosti izvajalcev na terciarni ravni)

(1) Izvajalci terciarne dejavnosti sprejmejo načrt dela v okviru terciarne dejavnosti, pri čemer opredelijo načrtovano porabo sredstev za terciar in ob koncu poslovnega leta posredujejo poročilo o realizaciji. Načrtovana in dejanska poraba sredstev vsebujeta namen porabe, količino in vrednost. Izvajalci posredujejo poročilo Zavodu in ministrstvu.

(2) Poročilo o realizaciji terciarne dejavnosti so izvajalci dolžni izdelati za obdobje preteklega koledarskega leta, skladno z merili za vrednotenje in Navodili Zavoda o beleženju in obračunavanju storitev, in sicer vsako leto do 28. februarja. Če izvajalec terciarne dejavnosti Zavodu ne posreduje poročila ali ga ne pripravi v zahtevani obliki, se v spornem delu poročila porabljena sredstva štejejo kot neutemeljena.

152. člen

(poročilo za terciar I)

(1) Za program učenja izvajalec vodi mesečno evidenco o številu udeležencev podiplomskega izobraževanja skupaj s številom mentorjev in opravljenih mentorskih ur za vaje.

(2) Poročilo o realizaciji programa usposabljanja za posebna znanja vključuje naslov izobraževanja, število udeležencev, število mentorjev, število porabljenih ur za realizacijo programa ter sredstva za materialne stroške in bruto plače (II. bruto) v deležu za ta program. Za daljša usposabljanja zdravstvenih delavcev in sodelavcev v tujini, ki so dogovorjena v pogodbi z Zavodom, soglasje pristojnega RSK ni potrebno, mora pa biti iz poročila razviden tudi poimenski seznam udeležencev posameznega programa, delovno mesto in izobrazba udeleženca (specialnost delavca) ter termin usposabljanja.

(3) Izvajalec izvaja raziskovalne in razvojne projekte, katerih naročnik je ministrstvo. Če ministrstvo projektov ne definira, razvija svoje projekte ali projekte tujega naročnika (ki jih ta tudi financira), da opraviči status terciarnosti.

(4) Izvajalec ob podpisu pogodbe z Zavodom oziroma aneksa k pogodbi predloži seznam projektov, opredeljenih v svojem poslovnem in finančnem načrtu, in sicer v obliki, iz katere je razviden naslov projekta, naročnik projekta (tuji naročniki so navedeni le v primeru sofinanciranja projekta), kratek opis projekta, jasno opredeljeni cilji, datum začetka in predvideni datum zaključka projekta ter finančni načrt stroškov dela in materialnih stroškov za ta program.

(5) Do sredstev za terciar so na podlagi prejšnjega odstavka upravičeni projekti, ki se izvajajo v skladu s predvidenim terminskim planom. Projekt je končan, ko recenzent poda svoje mnenje o projektu in se ta tudi javno objavi.

(6) V poročilu Zavodu izvajalec navede naslov, vrsto projekta (nacionalni, temeljni, aplikativni, administrativni), naročnika, mesto objave, trenutno stanje projekta, datum začetka in datum zaključka projekta. Za posamezen projekt izvajalec v poročilu navede tudi dejansko višino porabljenih sredstev za plače (II. bruto v deležu za določen projekt) in materialne stroške. Če je bil projekt sofinanciran, izvajalec navede tudi višino sofinanciranih sredstev za plače (II bruto) in materialne stroške. Projekti in raziskave, ki jih je v celoti financiral zunanji naročnik, se v poročilo ne vključijo.

(7) Izvajalci v poročilo vključijo naziv DELujočega nacionalnega registra in nacionalne evidence poimenski seznam zaposlenih za vodenje posameznega nacionalnega registra in nacionalne evidence, delež delovnega časa za vodenje ter letne materialne stroške.

153. člen
(poročilo za terciar II)

(1) Izvajalci poročajo o porabi sredstev za izvedenost, ki vključuje subspecialne laboratorije, subspecialne time in interdisciplinarne ekspertne konzilije ter težavnost.

(2) Izvajalci vodijo evidenco stroškov vodenja subspecialnega laboratorija, ki vključuje: naziv subspecialnega laboratorija, poimensko sestavo članov tima, njihovo izobrazbo, delež delovnega časa v laboratoriju, letno amortizacijo opreme in ceno reagentov za preiskave. V nadomestilu stroškov za terciar se na podlagi evidence upošteva samo bruto plača (II bruto) zaposlenih v laboratoriju, in sicer v deležu opravljenega dela za subspecialno obravnavo ter amortizacija potrebne opreme in strošek reagentov, iz nadomestila pa so izključeni stroški raziskav.

(3) Izvajalci vodijo evidenco stroškov subspecialnih timov, ki vključuje: naziv subspecialnega tima, strukturo tima, njihovo izobrazbo, delež delovnega časa za delo v timu, vrednost letne amortizacije opreme, kupljene za dejavnost subspecialnega tima. V nadomestilu stroškov za terciar se na podlagi evidence upošteva samo razlika med stroški tima (ki jih opredeljuje bruto plača (II bruto) zaposlenih v timu v deležu opravljenega dela za subspecialno obravnavo in amortizacija potrebne opreme) ter povrnjenimi stroški skozi SPP oziroma preko drugih oblik financiranja. Stroški obravnave pacienta so financirani preko SPP oziroma preko drugih virov financiranja.

(4) Izvajalci v poročilu za interdisciplinarne ekspertne konzilije navedejo ime konzilija, poimensko sestavo članov konzilija, delež delovnega časa za prispevek na konziliju ter znesek materialnih stroškov konzilija. V nadomestilu stroškov za terciar se na podlagi poročila upošteva bruto plača (II bruto) članov konzilija v deležu opravljenega dela na konziliju ter pripadajoče materialne stroške.

(5) Za izračun sredstev za težavnost izvajalci poročajo o zavarovanih osebah, ki so bile terciarno obravnavane, sledeče podatke: identifikator obravnave pri izvajalcu, datum sprejema in datum odpusta iz bolnišnice, identifikator storitve pri izvajalcu, šifra storitve, število enot za storitev, cena za enoto mere iz končnega letnega obračuna brez dodatka za terciar, LZM v zaračunani vrednosti, stroški obravnave ločeno po kalkulativnih elementih (stroški skupaj, plače (II. bruto), materialni stroški, amortizacija) ter stroški za izvedenost, vezani na identifikator obravnave. Za zavarovano osebo je treba navesti tudi podatek o napotitvi zavarovane osebe ob zaključku obravnave (1-domov, 2-v drugo bolnišnico, 3-v dom za ostarele ali socialni zavod, 4-zavarovana oseba je umrla).

154. člen
(obveznosti izvajalcev lekarniške dejavnosti)

- (1) Izvajalci zagotavljajo oskrbo z zdravili v rednem obratovalnem času in v dežurstvu.
- (2) Redni obratovalni čas dogovorita izvajalec in Zavod v pogodbi.
- (3) Izvajalec lekarniške dejavnosti ima naslednje obveznosti:
 - vzdrževanje primerne zaloge zdravil, ki omogoča redno oskrbo zavarovanih oseb z zdravili, ki so dosegljiva na domačem tržišču,
 - izdajanje zdravil zavarovanim osebam na podlagi veljavnega recepta Zavoda v skladu s predpisi, ki urejajo področje zdravil, splošnimi akti ter navodili Zavoda,
 - zagotavljanje oskrbe z zdravili v času, ki je opredeljen s pogodbo med izvajalcem in Zavodom. V primeru, če je lekarna začasno zaprta, mora izvajalec o tem obvestiti zavarovane osebe in Zavod na primeren način,
 - lekarna posreduje podatke o izdanih zdravilih na recept v skladu z veljavnimi navodili za zajem in posredovanje podatkov v elektronski sistem Zavoda.
- (4) Izvajalec lekarniške dejavnosti odgovarja za kvalitetno izvajanje storitev in ugotovljene pomanjkljivosti, ki so posledica dela v lekarni.
- (5) Izvajalec lekarniške dejavnosti ne odgovarja za nepravilno izpolnjene podatke o zavarovani osebi v administrativnem delu recepta, ki je dolžnost predpisovalca zdravila.

155. člen
(obveznosti izvajalcev zdraviliške dejavnosti)

- (1) Izvajalci zdraviliškega zdravljenja izvajajo dogovorjeni program tako, da bodo:
 1. nudili zavarovanim osebam storitve v skladu s pravili, ki določajo obvezno zdravstveno zavarovanje v ustreznem standardu in kvaliteti ter v skladu z doktrino medicinske rehabilitacije z naravnimi zdravilnimi sredstvi,
 2. obvestili zavarovane osebe pred prihodom na zdraviliško zdravljenje o terminu zdraviliškega zdravljenja,
 3. zagotovili začetek zdraviliškega zdravljenja, ki je nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, neposredno po končanem bolnišničnem zdravljenju ali najpozneje pet dni po prejemu obvestila Zavoda o odobritvi tega zdravljenja. Če je zavarovani osebi vročena odločba Zavoda o odobritvi zdraviliškega zdravljenja pozneje, kot je zdravilišče prejelo obvestilo Zavoda iz prejšnjega stavka, zdravilišče zagotovi začetek zdraviliškega zdravljenja v petih dneh od dneva, ko je zavarovani osebi vročena odločba, pri čemer datum vročitve odločbe zavarovani osebi preveri pri Zavodu,

4. zagotovili sprejem na zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, za vse zavarovane osebe, ki so upravičene do nadomestila plače zaradi začasne zadržanosti od dela, najpozneje v desetih dneh, po prejemu obvestila o odobritvi takšnega zdravljenja s strani imenovanega zdravnika Zavoda. Ostale zavarovane osebe bodo izvajalci zdraviliškega zdravljenja sprejemali na zdravljenje po vrstnem redu iz čakalnega seznama,
5. zagotovili osebam, napotnim na zdraviliško zdravljenje, neprekinjeno zdravljenje v obsegu in trajanju kot ga opredeli imenovani zdravnik Zavoda tudi ob sobotah, nedeljah in praznikih. Prav tako bodo najpozneje v sedmih dneh po končanem zdravljenju osebnemu zdravniku zavarovane osebe posredovali odpustno pismo,
6. predloge za podaljšanje zdraviliškega zdravljenja Zavodu pošiljali po pošti. Predlogi se bodo obravnavali isti dan oziroma v najkrajšem možnem času. Območne enote Zavoda bodo odločbo o podaljšanju zdraviliškega zdravljenja poslale k izvajalcem zdraviliškega zdravljenja pred iztekom zdraviliškega zdravljenja.

(2) V primeru prejema nepopolno izpolnjene odločbe za zdraviliško zdravljenje s strani imenovanega zdravnika Zavoda ali napotnega zdravnika, izvajalec zdraviliškega zdravljenja ni dolžan sprejeti zavarovane osebe na zdravljenje in mora vrniti odločbo imenovanemu zdravniku Zavoda ali napotnemu zdravniku oziroma zahteva dopolnitev odločbe.

(3) Izvajalec zdraviliškega zdravljenja, ki prejme odločbo za standard, ki ga ne izvaja, mora takšno odločbo vrniti imenovanemu zdravniku Zavoda.

(4) Izvajalci zdraviliškega zdravljenja izbirajo med storitvami standardov, na podlagi katerih je zavarovana oseba napotena na zdraviliško zdravljenje. Na predlog zdraviliškega zdravnika lahko imenovani zdravnik Zavoda spremeni tipe standardov zdraviliškega zdravljenja, za katere je zavarovana oseba napotena na zdraviliško zdravljenje. Imenovani zdravnik Zavoda posreduje spremembo tipov standardov izvajalcu zdraviliškega zdravljenja pisno.

(5) Seznam storitev po tipih standardov zdraviliškega zdravljenja, ki jih izvajalec zdraviliškega zdravljenja lahko obračuna Zavodu, je v Prilogi 19, ki je sestavni del te uredbe.

156. člen (obveznosti socialno varstvenih zavodov)

Socialno varstveni zavodi opravljajo oziroma organizirajo program zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije kot del osnovne zdravstvene dejavnosti tako, da:

1. zagotavljajo oskrbovancem storitve zdravstvene nege skladno s stopnjo zahtevnosti in standardi tipov nege iz Priloge 1, Priloge 15 in Priloge 22 te uredbe,
2. zagotavljajo fizioterapevtske, delovnoterapevtske, logopedске in druge rehabilitacijske storitve,
3. zagotavljajo oskrbovancem specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost,
4. zagotavljajo oskrbovancem infuzijske sisteme, plenice za inkontinentne, sete za dekolonizacijo ter ostale pripomočke po strokovno medicinskih kriterijih v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje,
5. v sodelovanju z območnimi izvajalci organizirajo zagotavljanje storitev s področja osnovne zdravstvene dejavnosti za oskrbovance v ambulantni socialno varstvenega zavoda ter ob postelji oskrbovanca v obsegu, določenem v skladu s to uredbo in pogodbo,
6. skladno z razpoložljivimi zmogljivostmi zagotavljajo sprejem pacientov iz bolnišnic, pri katerih je bolnišnično zdravljenje zaključeno in potrebujejo le še zdravstveno nego in storitve osnovne zdravstvene dejavnosti, česar iz socialnih ali strokovnih razlogov ni

mogoče zagotoviti na pacientovem domu.

157. člen

(evidentiranje in obračun storitev v dejavnosti dermatologije)

Če izvajalec v dejavnosti dermatologije evidentira in obračuna storitev 'DER001 Celotni pregled', pregledane osebe ne sme napotiti k drugemu specialistu-dermatologu razen v primeru subspecialističnih storitev (kirurgija, flebologija, alergološka testiranja) ali za storitve, ki jih izvajajo le določeni izvajalci.

158. člen

(evidentiranje in obračun storitev v dejavnosti pnevmologije)

Če izvajalec v dejavnosti pnevmologije evidentira in obračuna storitev »PUL001 Celotni pregled«, pregledane osebe ne napoti k drugemu specialistu-pulmologu ali internistu, razen v primeru subspecialističnih storitev ali za storitve, ki jih smejo izvajati le določeni izvajalci. Če pregledana oseba potrebuje rentgensko slikanje, izvajalec, ki ne razpolaga z rentgenskim aparatom, to zagotovi po načelu naročnik je plačnik v treh delovnih dneh.

159. člen

(obračunavanje programa neakutne bolnišnične dejavnosti)

(1) Izvajalci program neakutne bolnišnične dejavnosti obračunavajo na podlagi BOD (v nadaljnjem besedilu: BOD), in v skladu z naslednjimi pravili:

- če se v eni hospitalizaciji izvaja samo neakutna obravnava, se ob odpustu, ne glede na dolžino trajanja, 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 se obračuna v BOD-ih, in sicer se lahko obračunajo vsi BOD-i neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale šest dni ali več. BOD-i vseh neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale manj kot šest dni, obračunsko sodijo v okvir akutne obravnave. Ti BOD-i se Zavodu ne obračunajo.

(2) Pravila iz prve in druge alineje prejšnjega odstavka veljajo tudi v primeru izmenjavanja epizod primerov v dejavnosti psihiatrije in v drugih tipih akutne obravnave, ki se ne obračunavajo na podlagi SPP, z neakutno bolnišnično obravnavo. Tako se ob odpustu ne glede na število epizod obračuna en primer obravnave ter število BOD za neakutno obravnavo, če so izpolnjeni pogoji iz druge alineje prejšnjega odstavka.

(3) Za premestitev iz akutne obravnave v neakutno obravnavo in obratno, ter za dolžino trajanja neakutne bolnišnične obravnave, mora obstajati medicinska indikacija.

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

(5) Izvajalcu, ki nima samostojnega organizacijskega oddelka, se cena BOD zniža na 70 % cene BOD, določene v kalkulaciji podaljšanega bolnišničnega zdravljenja, bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe iz Priloge 1 te uredbe. Ta določba ne velja za program neakutne bolnišnične obravnave v psihiatričnih bolnišnicah.

160. člen
(sprejem v akutno bolnišnično obravnavo)

Za namen obračuna in plačila zdravstvenih storitev bodo izvajalci pri presoji za odločitev o sprejemu v akutno bolnišnično obravnavo upoštevali merila iz Priloge 12, ki je sestavni del te uredbe.

161. člen
(obračunavanje programov v bolnišnični dejavnosti)

(1) Primer programa v bolnišnični dejavnosti predstavlja zaključeno stacionarno ali nestacionarno bolnišnično obravnavo aktualnega zdravstvenega problema zavarovane osebe in vključuje vse storitve v času bolnišničnega zdravljenja, ki lahko poteka v več epizodah. Izjeme so določene s pravili kodiranja. Primer se glede na vsebino programa lahko evidentira in obračuna z različnimi enotami mere, npr. utež (višina), medicinsko oskrbni dan (število).

(2) Izvajalec lahko med potekom bolnišnične obravnave pacientu predlaga začasni odpust iz bolnišnice, če sta hkrati izpolnjena naslednja pogoja:

- začasni odpust ne vpliva na poslabšanje zdravstvenega stanja pacienta;
- izvajalec pacientu, in po potrebi spremljevalcu, poravnava potne stroške zaradi tega odpusta.

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

(4) Primer programa ali obstoječa epizoda zdravljenja se ne zaključi:

- s prekinitvijo zdravljenja zaradi začasnega odpusta na željo izvajalca ali pacienta.
- z začasno premestitvijo na drugo zdravstveno obravnavo ali k drugemu izvajalcu skladno s 163. členom te uredbe. Za začasno premestitev na drugo zdravstveno obravnavo šteje tudi utemeljena sprememba vrste bolnišnične obravnave, iz stacionarne v nestacionarno oziroma dnevno obravnavo ali obratno, kadar predstavlja drug pogodbeno dogovorjen program.
- z zaključkom ene epizode pri nezaključeni obravnavi, ki poteka v več epizodah, ki je lahko stacionarna, nestacionarna ali kombinirana, posamezna epizoda ne predstavlja zaključka obravnave.

(5) V skladu s prejšnjim odstavkom 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 obravnavah, katerih storitev se obračunava v dnevih, se dnevi med začasno prekinitvijo zdravljenja in ponovnim sprejemom v isto obravnavo ne obračunavajo, temveč se spremljajo evidenčno.

(6) Če člani ekipe v specialistični ambulanti izjemoma neposredno obravnavajo pacienta več kot štiri ure, ambulantni način obravnave lahko preide v bolnišnični. V takšnem primeru se lahko obračuna primer dnevne bolnišnične obravnave, pri čemer vrednost izbrane šifre SPP ne more presegati 0,5 uteži. Bolj zahtevni primeri se lahko dnevno obravnavajo, če to dopušča medicinska indikacija. Izvajalec s koncesijo, ki v okviru specialistične bolnišnične dejavnosti izvaja zgolj dnevno obravnavo, v primeru prehoda iz ambulantnega v bolnišnični način

obravnave Zavodu ne obračuna zahtevnejših primerov (utež višja kot 0,5), razen za izjeme, ki jih dogovori v pogodbi z Zavodom.

(7) Določba iz prejšnjega odstavka velja samo za izvajalce, ki imajo v pogodbi poleg programa specialistične ambulante dejavnosti opredeljeno tudi specialistično bolnišnično dejavnost - akutno obravnavo po modelu SPP in ne velja za primere v urgentni specialistični ambulantni obravnavi.

162. člen

(obračunavanje storitev v primeru urgentne obravnave)

(1) Urgentne obravnave v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti se lahko obračunajo:

- le v primeru, ko obstaja medicinska indikacija za urgentno obravnavo, ki je dokumentirana v zdravstvenem kartonu. Obravnava neurgentnega pacienta v UC oziroma na delovišču urgentne ambulante se obračuna v okviru redne ambulante.
- Nujne primere, katerih obravnava se ne zagotavlja v okviru urgentnega centra ali jih triaža urgentnega centra preusmeri v specialistične ambulante, prednostno obravnavajo redne specialistične ambulante. Navedeni primeri ne štejejo kot primer obravnave UC in se obračunajo kot specialistični ambulantni primeri in storitve. Obravnavo nujnih primerov s področja nevrologije, otorinolaringologije in infektologije ni mogoče obračunati kot redno specialistično ambulantno obravnavo.
- Na isti dan za istega pacienta ne sme biti obračunana oziroma evidentirana obravnava v UC in v specialistični ambulanti bolnišnice, razen če gre za dve povsem različni stanji npr. naročeni na pregled v specialistični ambulanti in sveža poškodba.

(2) Kadar izvajalec v okviru obravnave v UC ali urgentne specialistične ambulantne ugotovi, da je sprejem v bolnišnično obravnavo, skladno z merili iz Priloge 12 te uredbe, utemeljen in ga izvajalec lahko zagotovi, obračuna poleg storitev v UC ali v urgentnih specialističnih ambulantah tudi primer bolnišničnega zdravljenja. Če bolnišnične obravnave ne more zagotoviti sam, zaračuna le storitve, izvedene v UC oziroma v urgentnih specialističnih ambulantah. Izvajalec ne more zaračunati SPP za primer, ki je bil obravnavan v opazovalni enoti urgentnega centra, trajanje pa je bilo krajše od 25 ur.

(3) Če gre za predvidljiv sprejem ali dogovorjen sprejem v akutno bolnišnično obravnavo, se storitev UC, urgentne specialistične ambulantne obravnave in tudi drugih storitev ne obračunava posebej, saj so te storitve sestavni del cene bolnišničnega primera. Ta določba velja tudi v času dežurne službe.

163. člen

(obračunavanje storitev v primeru premestitev)

(1) Če izvajalec med bolnišnično obravnavo ugotovi, da so za odpravo zdravstvenega problema pacienta potrebni posegi, ki jih sam ne more izvesti, se z drugim izvajalcem, ki te posege izvaja, dogovori o premestitvi.

(2) V primeru dokončne premestitve pacienta k drugemu izvajalcu lahko prvi izvajalec primer bolnišnične obravnave obračuna ob premestitvi v skladu s pravili kodiranja, saj drugi izvajalec zaključi zdravljenje pacienta. V primeru začasne premestitve prvi izvajalec po vrnitvi pacienta od drugega izvajalca nadaljuje zdravljenje pacienta v okviru iste obravnave kot pred premestitvijo in ob zaključku zdravljenja lahko obračuna le en primer bolnišnične obravnave.

(3) Drugi izvajalec lahko zaračuna storitve v bolnišnični dejavnosti, če medicinska indikacija opravičuje sprejem v bolnišnično obravnavo, sicer pa storitve v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti če gre za:

- storitve, ki niso v neposredni povezavi s sedanjo bolnišnično obravnavo, in je bil pacient nanje naročen že pred sprejemom v bolnišnično obravnavo prvega izvajalca;
- storitve, ki so sicer v neposredni povezavi s sedanjo bolnišnično obravnavo, vendar jih prvi izvajalec ne izvaja.

(4) Rutinske diagnostične in terapevtske storitve drugi izvajalec zaračuna prvemu izvajalcu po načelu naročnik je plačnik, saj so te že zajete v ceni bolnišnične obravnave.

164. člen

(obračun po dnevih ponavljajočih se obravnav)

Pri storitvah, ki imajo v nazivu pripis dnevna obravnava, trajanje obravnave nad 4 ure ni pogoj za obračun. Po dnevih ponavljajoče se obravnave se z SPP obračunajo, ko je zaključen cikel, ne glede na število obravnav. Izvajalci zagotavljajo podatke o številu pacientov, ciklusov in obravnav.

165. člen

(obračun akutne bolnišnične obravnave v primeru aplikacij zdravil iz seznama A in B)

Obračun akutne bolnišnične obravnave je v primeru aplikacij zdravil iz seznama A in B upravičen, kadar v poteku aplikacije pride do zapletov oziroma je do njih prišlo ob predhodni aplikaciji, zaradi česar je potreben dodatni nadzor oziroma zdravstveno stanje pacienta zahteva podaljšano obravnavo.

166. člen

(obračun storitev specialistične zunajbolnišnične dejavnosti med hospitalizacijo pacienta)

Med hospitalizacijo pacienta se lahko posebej obračunajo tudi storitve specialistične ambulantne dejavnosti dialize, kemoterapije, radioterapije, zdravljenja s hiperbarično komoro in načrtovane zdravstvene storitve, za katere ima pacient potrjen datum v čakalnem seznamu pri izvajalcu zdravstvenih storitev, pri čemer velja, da medicinska indikacija za ambulantno zdravljenje predstavlja nadaljevanje utečenega zdravljenja, ki ni v neposredni povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo.

167. člen

(obračun ostalih storitev med hospitalizacijo pacienta)

Izvajalci poleg storitev akutne bolnišnične obravnave med hospitalizacijo pacienta lahko obračunajo tudi:

- ob SPP se lahko obračuna akutna dializa (dializa II), če je ta medicinsko utemeljena,
- Onkološki inštitut Ljubljana lahko obračuna tudi storitev iz Šifrantov Zavoda za obračun zdravstvenih storitev s šifro 46620 Onkološko genetsko svetovanje, če je medicinsko utemeljena in je k medicinski dokumentaciji priložen izvid opravljene storitve,
- Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča lahko obračuna tudi storitev iz Šifrantov Zavoda za obračun zdravstvenih storitev s šifro E0449 Računalniško podprta vadba

- hoje, če je ta medicinsko utemeljena in je k medicinski dokumentaciji priložen izvid opravljene storitve,
- ob obračunu postopka oploditve z biomedicinsko pomočjo se, kadar je to strokovno doktrinarno utemeljeno, v specialistični ambulantni dejavnosti klinična genetika (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 213 222) lahko obračuna tudi preimplantacijska genetska diagnostika, in sicer storitev iz Šifrantov Zavoda za obračun zdravstvenih storitev s šifro 46642 (PVO) Kromosomska preiskava celic.

168. člen
(upravičenost obračuna SPP za novorojenčka ob porodu)

Ob šifri SPP za porod izvajalci hkrati ne smejo obračunati tudi šifre SPP za novorojenčka,. Kadar pa je po porodu potrebna diagnostična obravnava dojenčka zaradi potrditve ali izključitve suma na neko bolezen oziroma anomalijo, je za to obravnavo izvajalec upravičen zaračunati šifro SPP P67D za novorojenčka.

169. člen
(ostale posebnosti obračuna storitev v akutni bolnišnični obravnavi)

(1) Šifri SPP K10Z in K11A iz Šifrantov Zavoda za obračun storitev lahko obračunavajo le izvajalci, ki imajo z Zavodom pogodbeno dogovorjen program operacij morbidne debelosti.

(2) Program psihogeriatrije izvajajo psihiatrične bolnišnice, ki imajo organizirane ločene geriatrične oddelke, program obravnave pacientov z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji pa psihiatrične bolnišnice z organiziranimi ločenimi oddelki/enotami za zasvojenost. Oba programa se obračunata za paciente, sprejete na podlagi strokovnih indikacij iz Priloge 13, ki je sestavni del te uredbe.

(3) Zdravljenje s hiperbarično komoro izvajalec lahko obračuna samo za primere indikacij iz Priloge 13 te uredbe.

(4) Izvajalci lahko obračunavajo operacije sive mreže v okviru akutne bolnišnične obravnave (SPP), če je potrebna splošna anestezija in v primeru strokovnih indikacij iz Priloge 13 te uredbe.

(5) V neakutni bolnišnični obravnavi mora biti za obračunan programa geriatrične rehabilitacije v medicinski dokumentaciji zaveden individualni program oziroma načrt rehabilitacije pacienta in spremljanje njegovega napredka.

170. člen
(predpisovanje ortopedskih čevljev)

Za predpisovanje ortopedskih čevljev po mavčnem odlitku lahko Univerzitetni rehabilitacijski inštitut Soča obračuna aplikativne točke ob izdaji pripomočka (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 702 651 aplikacija pripomočka), UKC Maribor, SB Slovenj Gradec in SB Celje pa obračunajo točke v okviru specialistično zunajbolnišnične dejavnosti (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 204 207 fizijatrija).

171. člen

(poročanje izvajalcev o materialnih stroških in zdravilih po pacientu)

(1) Izvajalci, ki so vključeni v projekt Vzpostavitev celovitega upravljanja sistema SPP, poročajo Zavodu podatke o materialnih stroških in zdravilih po pacientu skladno z Navodilom o zbiranju in posredovanju podatkov za izračun uteži SPP.

(2) Izvajalcu, ki ne posreduje podatkov, se pri končnem letnem obračunu odštejejo namenska sredstva, ki jih je prejel za vzpostavitev sistema za evidentiranje materialnih stroškov in zdravil po pacientu.

172. člen

(poročanje o prospektivnem programu)

(1) Ena akutna bolnišnična obravnava pacienta (en SPP) obračunsko predstavlja največ eno vrsto prospektivnega programa, kjer se za evidentiranje realizacije upoštevajo naslednja merila:

1. porod in splav se evidentirata na podlagi možnih šifer SPP iz Priloge 11 te uredbe,
2. za ostale prospektivne programe (razen kirurškega zdravljenja rakave bolezni) mora biti v okviru akutne bolnišnične obravnave opravljen vsaj en poseg iz Priloge 11 te uredbe, dodatno pa tudi ustrezna pripadajoča glavna diagnoza, če je v tej prilogi posebej opredeljena,
3. če se opravljeni posegi iz seznama iz drugega odstavka tega člena a navezujejo na več kot eno vrsto storitev prospektivnega programa, se evidentira tista pogodbeno vrsta storitve, ki ima višjo utež za končni letni obračun. Izjema so porod in splav, kirurško zdravljenje rakave bolezni in zdravljenje možganske kapi,
4. za programe, ki se plačujejo po realizaciji (izjema porod, splav), zgolj opravljen poseg iz seznama iz drugega odstavka tega člena ni zadosten pogoj za evidentiranje vrste prospektivnega programa. Poseg iz seznama iz drugega odstavka tega člena mora namreč nedvoumno predstavljati temeljno zdravljenje oziroma diagnostiko bolezni v povezavi z (glavno) diagnozo bolezni, pri čemer se morata diagnoza in poseg skupaj navezovati na isto vrsto storitev prospektivnega programa,
5. med kirurško zdravljenje rakave bolezni sodijo obravnave pacientov, operiranih zaradi obravnave rakave bolezni (glavna diagnoza rak) in ne zaradi zapletov rakave ali drugih bolezni. Pri tem mora biti glavna diagnoza obravnave enaka eni od glavnih diagnoz iz poglavij MKB 10 »Maligne neoplazme« (C00-C96) in »Neoplazme in situ« (D00-D09), hkrati pa mora biti izveden tudi vsaj en temeljni kirurški poseg, ki v povezavi z glavno diagnozo nedvoumno predstavlja kirurško zdravljenje rakave bolezni,
6. za zdravljenje možganske kapi velja, da mora biti glavna diagnoza obravnave enaka eni od diagnoz iz poglavij MKB 10, navedenih v seznamu iz drugega odstavka tega člena za ta program, hkrati pa mora biti izveden poseg 96008-00 nevrološka ocena. Pri evidentiranemu posegu 96008-00 nevrološka ocena je treba v medicinski dokumentaciji priložiti izpolnjene strokovne ocenjevalne lestvice nevrološke prizadetosti (NIHSS), motnje zavesti (Glasgowska lestvica) in funkcionalne prizadetosti (mRS).

(2) Zavod objavi seznam posegov in diagnoz za identifikacijo prospektivnega programa ter posegov za identifikacijo robotsko asistiranih kirurških posegov, perkutane vstavitve aortne zaklopke (TAVI), katetrške ablacije aritmij in zdravljenje klonalnih krvnih novotvorb s celično terapijo CAR-T.

173. člen

(neakutna bolnišnična obravnava)

Izvajalec na oddelek neakutne bolnišnične obravnave sprejme paciente, ki:

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

174. člen
(obračun storitev zdraviliškega zdravljenja)

(1) Poleg storitev rehabilitacije lahko izvajalec obračuna Zavodu še začetno in nadaljnjo oskrbo za stacionarno zdraviliško zdravljenje pacienta, ki potrebujejo 24 urno nego, prevezovanje postoperativnih ran, kroničnih ali inficiranih ran, nadzor terapije in zapletov pri pacientih po operacijah, radio ali kemoterapije ter pomoč pri dnevnih aktivnostih. Takšne napotitve bo imenovani zdravnik Zavoda posebej označil na napotnici. Te paciente bodo izvajalci namestili na negovalne oziroma rehabilitacijske oddelke, kjer morajo biti sobe ena poleg druge, opremljene s posteljami, ki so dostopne s treh strani oziroma omogočajo nego. Pacientom mora biti omogočen dostop z invalidskim vozičkom, ob postelji in v kopalnici pa zagotovljena signalizacija za klic na pomoč, kakor tudi negovalno osebje in medicinska sestra 24 ur na dan. Za te paciente lahko izvajalec obračuna Zavodu začetno oskrbo za prvi dan bivanja s šifro Šifrantov Zavoda 11103 in za ostale dni nadaljnjo oskrbo s šifro 11403. Za paciente, ki so ob sprejemu na zdraviliško zdravljenje popolnoma nesamostojne pri hranjenju in osnovnih higienskih potrebah lahko izvajalec obračuna Zavodu naslednje oskrbe, če so pacienti premeščeni:

- iz bolnišničnega oddelka nevrologije začetno oskrbo za prvi dan s šifro Šifrantov Zavoda 11105 in za ostale dni nadaljnjo oskrbo s šifro 11405,
- iz bolnišničnega oddelka kirurgije ali travmatologije začetno oskrbo za prvi dan s šifro Šifrantov Zavoda 11109 in za ostale dni nadaljnjo oskrbo s šifro 11409,
- iz bolnišničnega oddelka ortopedije začetno oskrbo za prvi dan s šifro Šifrantov Zavoda 11110 in za ostale dni nadaljnjo s šifro 11410,
- iz bolnišničnega oddelka kardiokirurgije začetno oskrbo za prvi dan s šifro Šifrantov Zavoda 11103 in za ostale dni nadaljnjo oskrbo s šifro 11403,
- iz bolnišničnega oddelka onkologije začetno oskrbo za prvi dan s šifro Šifrantov Zavoda 11114 in za ostale dni nadaljnjo oskrbo s šifro 11415.

(2) Za zdraviliško zdravljenje pacientov, ki niso nameščene na negovalni oziroma rehabilitacijski oddelek, lahko izvajalec obračuna Zavodu začetno oskrbo s šifro Šifrantov Zavoda 11503 za prvi dan bivanja zavarovane osebe ter nadaljnjo oskrbo s šifro Šifrantov Zavoda 11504 za vsak drugi dan bivanja zavarovane osebe pri izvajalcu.

(3) Za ambulantno zdraviliško zdravljenje pacienta lahko izvajalec obračuna Zavodu začetno oskrbo s šifro Šifrantov Zavoda 11503 za prvi dan in nadaljnjo oskrbo s šifro 11504 dvakrat v času rehabilitacije pri izvajalcu.

(4) Začetno oskrbo lahko izvajalec zaračuna Zavodu samo enkrat, tudi če je bilo zdraviliško zdravljenje prekinjeno, razen če je bilo zdraviliško zdravljenje prekinjeno za več kot teden dni.

(5) Pri zdraviliškem zdravljenju, ki traja 21 dni lahko izvajalec zaračuna Zavodu nadaljnjo oskrbo

desetkrat, pri zdraviliškem zdravljenju, ki traja 14 dni pa šestkrat.

175. člen

(zagotavljanje kadra in cena zdravstvene nege za novi SVZ)

(1) Novi izvajalec v prijavi na razpis Zavoda predloži seznam potrebnega kadra v skladu s Prilogo 15 te uredbe, navede datum začetka delovanja ter načrt zasedanja zmogljivosti in zaposlovanja. Pogodbene cene zdravstvene nege se oblikujejo ob predpostavki, da izvajalec z ustreznim kadrom razpolaga.

(2) Vsake tri mesece od datuma veljavnosti pogodbe do polne zasedenosti zmogljivosti izvajalec Zavodu predloži seznam zaposlenih delavcev ter podatek o zasedenosti.

(3) Če glede na zasedenost zmogljivosti ne zaposluje kadra skladno s Prilogo 15 te uredbe in je odstopanje višje od 2 %, se mu cena zniža za odstotek odstopanju od navedenega standarda. Znižana cena zdravstvene nege se uporablja do novega pogodbenega leta oziroma do sklenitve nove pogodbe.

(4) Pri ugotavljanju zagotavljanja kadra skladno s Prilogo 15 te uredbe se upošteva medsebojno nadomeščanje kadra, in sicer med tehnikom zdravstvene nege in diplomirano medicinsko sestro/višjo medicinsko sestro, med diplomiranim fizioterapevtom/višjim fizioterapevtom in diplomiranim delovnim terapevtom/višjim delovnim terapevtom, med diplomiranim fizioterapevtom/višjim fizioterapevtom in diplomirano medicinsko sestro/ višjo medicinsko sestro ter med bolničarjem - negovalcem in strežnico.

176. člen

(obračun storitev v SVZ)

(1) Razvrščanje oskrbovancev po tipih zdravstvene nege v socialno varstvenih zavodih bo potekalo na podlagi Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege v Prilogi 22 te uredbe.

(2) Izvajalci ne bodo zaračunavali zdravstvene nege za čas, ko so posamezni oskrbovanci napoteni na obnovitveno rehabilitacijo, bolnišnično zdravljenje ali v drugih primerih celodnevnih odsotnosti. Dan odhoda in vrnitve oskrbovanca se štejeta za en dan nege.

(3) V primeru premestitve oskrbovanca iz enega v drug socialno varstveni zavod, za dan, ko se izvede premestitev, obračuna zdravstveno nego samo izvajalec, ki je sprejel oskrbovanca.

(4) 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 zdravstvene nege v skladu z Navodili o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

(5) Storitve v povezavi z asistirano peritonealno dializo izvajalci evidentirajo in obračunavajo na podlagi klasifikacije in cen storitev iz Priloge 1 te uredbe.

(6) Upravičenost do pripomočkov za inkontinentne po strokovno medicinskih kriterijih v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja ugotavlja, predpiše in evidentira v medicinski dokumentaciji zdravnik, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost v socialno varstvenem zavodu.

(7) Evidenco o prejetih pripomočkih za inkontinentne vodi zdravstveno negovalna služba izvajalca v zdravstveno negovalni dokumentaciji.

VI. DEL

OBVEZNOSTI ZAVODA

1. Financiranje in obdobjni obračun

177. člen (avansi)

(1) Zavod izvajalcem, ki izstavlja poročila o opravljenem delu, prvi obrok avansa v višini 50 % mesečnega avansa nakaže do 10. v mesecu. Drugi obrok v višini 20 % mesečnega avansa Zavod nakaže izvajalcem do 20. v mesecu, ki sledi mesecu nakazila prvega obroka avansa. Preostala sredstva do višine mesečnega avansa Zavod izvajalcem nakaže do konca meseca, ki sledi mesecu nakazila prvega obroka avansa.

(2) Če je zadnji dan zapadlosti plačila sobota, nedelja, dela prost dan ali dela prost dan v plačilnem sistemu Target 2, se plačilo izvede prvi delovni dan po zadnjem dnevu zapadlosti, razen za prvi del mesečnega avansa, ki se izvede zadnji delovni dan pred zadnjim dnevom njegove zapadlosti.

(3) Zavod na svoji spletni strani meseca decembra objavi kriterije glede števila obrokov avansov in rokovnik za plačilo avansov za naslednje leto.

(4) Če tekoči prilivi Zavoda in najvišji možni obseg izdatkov Zavoda, opredeljen v odloku, ki določa okvir za pripravo proračunov sektorja država, omogočajo dinamiko plačil avansov v celoti za posamezni mesec, Zavod zdravstvenim domovom in bolnišnicam nakaže avanse brez zamikov.

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

178. člen (ustavitev avansiranja)

(1) Zavod lahko ustavi izplačilo avansa, plačilo računa ali zahtevka za plačilo, če:

- izvajalec Zavodu do roka ne pošlje podatkov, ki bi jih v skladu s to uredbo moral poslati (npr. računi, zahtevki za plačilo, dobropisi; poročila, popravki poročil; obračunski računi; podatki, potrebni za sklenitev pogodbe, dobropis oziroma storno poročila v skladu z ugotovitvami nadzora, če ni zahteval sodnega varstva). Pri odločanju o ustavitvi izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo Zavod obravnava vsakega izvajalca posebej in pri tem upošteva tudi objektivne težave izvajalca in morebitno nezmožnost posredovanja podatkov na prvi dan v mesecu, če je ta dan sobota, nedelja ali praznik,
- koncesionar ne ravna v skladu z določbami pogodbe o koncesiji oziroma odločbe o podelitvi koncesije.
- izvajalec ne spoštuje določb pravilnika, ki ureja naročanje in upravljanje čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah,

– izvajalec ne vključuje v storitve eZdravja in eNaročanja.

(2) Zaustavitev izplačila avansa, plačila računa ali zahtevka za plačilo iz prejšnjega odstavka traja dokler izvajalec ne odpravi razlogov za zaustavitev.

179. člen
(plačilo izvajalcem)

(1) Pravilno in pravočasno izstavljene račune in zahtevke za plačilo, ki se vsebinsko in količinsko ujemajo s pogodbo in obvestili o obračunu, Zavod poravnava najpozneje v 30 dneh po prejemu popolne dokumentacije.

(2) Lekarnam Zavod poravnava zahtevke za plačilo 30. dan od prejema popolne dokumentacije.

(3) Če Zavod ugovarja zahtevku iz prejšnjega odstavka, mora plačati nesporni del obveznosti.

(4) Če predpisane papirne priloge k dokumentom izvajalci posredujejo Zavodu po poteku petih delovnih dni od posredovanja elektronske dokumentacije, začne teči rok za plačilo računa ali zahtevka za plačilo od dneva prejema papirnih prilog.

180. člen
(obračun storitev)

(1) Zavod izvede obračun opravljenih storitev na podlagi meril iz te uredbe ter na podlagi poročil o realizaciji pogodbeno dogovorjenega programa. Obračun obveznosti med izvajalci in Zavodom se obvezno izvede za prvi kvartal, prvo polletje in za koledarsko leto (končni letni obračun).

(2) V obračun za posamezno obdobje se, razen v primerih, kjer je s to uredbo določeno drugače, vključijo poleg prenosov nedoseženega plana in neplačane realizacije iz preteklega obdobja vse opravljene storitve v tekočem obdobju, vendar največ do plana storitev za to obdobje. Pri tem se upoštevata obdobjni plan in realizacija storitev tako, da se preseganje ali nedoseganje realizacije storitev glede na plan v obravnavanem obdobju prenaša v naslednje obračunsko obdobje. Prenosi niso možni iz enega koledarskega leta v drugo.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena Zavod izvajalcem, ki izpolnjujejo pogoje iz 15. člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega (Uradni list RS, št. 100/22 in 141/22 – ZNUNBZ; nadaljnjem besedilu: ZNUZSZS) v letu 2023, obračuna storitve v skladu z ZNUZSZS.

(4) Storitve zdravljenja pacientov s COVID-19 so sestavni del rednega programa posamezne vrste zdravstvene dejavnosti in se ne štejejo za ločen program.

181. člen
(plačilo programov po realizaciji)

(1) Ne glede na drugi odstavek prejšnjega člena se po realizaciji plačujejo naslednji programi:

1. Osnovna zdravstvena dejavnost:
 - otroški in šolski dispanzer – preventiva,
 - državna presejalna programa DORA in SVIT,

- sanitetni prevozi pacientov na/z dialize,
 - individualne učne delavnice – individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola,
 - priprava in apliciranje zdravil s seznama A in B (Priloga 1),
 - storitve v povezavi z asistirano peritonealno dializo,
 - cepljenje odraslih proti gripi v ambulantah NIJZ,
 - specialne fizioterapevtske obravnave,
 - menjava nizkoprofilne perkutane gastrostome (PEG),
 - storitve za zdravljenje pacientov s COVID-19, ki so evidentirane z diagnozami v skladu z evidencami in navodili Zavoda na podlagi podatkov, prejetih od izvajalcev,
 - obiski in posegi v ambulanti splošne in družinske medicine, otroškem in šolskem dispanzerju,
 - splošna ambulanta v socialno varstvenih zavodih, otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih,
 - CDZOM, ambulantna obravnava v okviru CDZO, skupnostna psihiatrična obravnava v okviru CDZO,
 - preventivni zdravstveni pregledi registriranih športnikov v 5. in 7. razredu osnovne šole v medicini dela, prometa in športa,
 - antikoagulantni program,
2. Zobozdravstvena dejavnost:
- dodatek k ceni storitve v zobozdravstvu zaradi alergije na standardne materiale,
 - ortodontija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 401 110),
 - zoboprotetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov (vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti 215 224, 442 116, 405 113, 403 112, 406 114),
3. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost:
- dialize (število/dnevi),
 - radioterapevtske storitve,
 - onkologija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 210 219),
 - diagnostične storitve molekularne genetike v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti onkologije iz Priloge 1 te uredbe (Onkološki inštitut Ljubljana, UKC Ljubljana, UKC Maribor, Univerzitetna klinika za pljučne bolezni in alergijo Golnik),
 - urologija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 239 257, šifra storitve Z0030),
 - kardiologija in vaskularna medicina (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 211 220),
 - nevrologija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 218 227),
 - ortopedija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 222 231, šifra storitve Z0030),
 - pedopsihiatrija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 224 242, šifra storitve Z0030),
 - bolezni dojk,
 - revmatologija,
 - operacija kile (šifra storitve E0261 in E0622),
 - operacije karpalnega kanala (šifra storitve E0263),
 - ortopedske operacije rame v dnevni obravnavi (šifra storitve E0438),
 - medikamentozni splavi,
 - amniocenteze,
 - diagnostična histeroskopija,
 - histeroskopska operacija,
 - biopsija horionskih resic, kordocinteza,
 - zdravljenje starostne degeneracije makule in diabetičnega makularnega edema,

- presejanje diabetične retinopatije,
- priprava in apliciranje zdravil s seznama A in B (Priloga 1),
- RTG,
- storitve ultrazvoka,
- CT preiskave,
- PET CT preiskave,
- MR preiskave,
- mamografija, ki ni del programa DORA,
- scintigrafija dopaminskega prenašalca (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 249 217, šifra storitve E0625),
- izrezanje bazalnoceličnega in skvamoznega karcinoma kože in malignega melanoma,
- izrezanje benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva/destrukcija benigne kožne tvorbe (brez kiretaže),
- terapevtska artroskopija (šifra storitve E0439),
- ekscizija malignega tumorja kože (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 203 206),
- ambulantna kardiološka rehabilitacija,
- proktoskopija in rektoskopija,
- sklerozacija in ligatura,
- diagnostične storitve hematologije iz Priloge 1 te uredbe za izbiro in izvajanje najustreznjšega zdravljenja malignih krvnih bolezni (UKC Ljubljana, UKC Maribor),
- pregledi iz Priloge 1 te uredbe, ki se nanašajo na zdravljenje pacientov s HIV okužbo,
- storitve iz Priloge 1 te uredbe za program nevromodulacije,
- računalniško podprta vadba hoje (šifra storitve E0449),
- diagnostična obravnava težavnega poteka bolezni dihal, obravnava pacienta po presaditvi pljuč, letni pregled pacienta s cistično fibrozo, kontrolni pregled pacienta s cistično fibrozo v dejavnosti pnevmologija,
- program Humana mlečna banka v dejavnosti ginekologija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 206 209),
- program presejanja novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo v dejavnosti pediatrija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 227 237),
- storitve za zdravljenje pacientov s COVID-19, ki so evidentirane z diagnozami v skladu z evidencami in navodili Zavoda na podlagi podatkov, prejetih od izvajalcev,

4. Specialistična bolnišnična dejavnost:

- doječe matere (NOD),
- sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku skladno s prvim odstavkom 40. člena Pravil OZZ,
- nadzorovane obravnave v specialistično bolnišnični dejavnosti psihiatrije,
- forenzična psihiatrija (BOD) – UKC Maribor,
- transplantacije,
- nevrokirurške obravnave – stimulacije globokih možganskih jeder,
- postopki oploditve z biomedicinsko pomočjo,
- obravnave v specialistični bolnišnični dejavnosti v Bolnišnici za otroke Šentvid pri Stični (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 127 359),
- akutna bolnišnična obravnava SPP v skladu s to uredbo in Prilogo 11 te uredbe,
- storitve iz Priloge 1 te uredbe za program nevromodulacije,
- dodatek pri bilateralni kohlearni implantaciji,

- dodatek za poseg katetrské ablacije aritmij,
 - dodatek za brezšívno skrb v bolnišnični obravnavi,
 - storitve za zdravljenje pacientov s COVID-19, ki so evidentirane z diagnozami v skladu z evidencami in navodili Zavoda na podlagi podatkov, prejetih od izvajalcev.
5. Lekarniška dejavnost:
- vse storitve,
6. Zdraviliška dejavnost:
- zavod plača izvajalcem zdraviliškega zdravljenja vse opravljene nemedicinske oskrbne dni in storitve zdraviliškega zdravljenja, ki so izražene v točkah, največ do 20,5 točk na nemedicinski oskrbni dan oziroma na dan rehabilitacije v programu ambulantnega zdraviliškega zdravljenja. Če izvajalec zdraviliškega zdravljenja v koledarskem letu realizira več kot 20,5 točk na nemedicinsko oskrbni dan oziroma na dan rehabilitacije v programu ambulantnega zdraviliškega zdravljenja, izstavi Zavodu dobropis za preveč zaračunane točke na podlagi končnega letnega obračuna, ki ga pripravi Zavod. Omejitev v višini 20,5 točk na nemedicinski oskrbni dan oziroma dan rehabilitacije v programu ambulantnega zdraviliškega zdravljenja se ne uporablja v primerih, ko je zavarovana oseba nameščena na negovalnem oddelku. Navedeno se uporablja za nadaljevalno bolnišnično zdravljenje in za zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja.
7. Zdravstvena dejavnost socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje:
- vse storitve, pri čemer je obseg obračunanih storitev omejen z najvišjim številom storitev, ki jih je mogoče realizirati glede na število mest iz Priloge 15 te uredbe. Najvišje število storitev posameznega izvajalca je število mest pomnoženo s 365 oziroma 366 dni v prestopnem letu. Zaračunavanje storitev nad možnim številom se poračuna pri obračunih,
 - storitve v povezavi z asistirano peritonealno dializo v oskrbovanih stanovanjih,
8. Drugo:
- presejalno testiranje pri krvodajalcu za vsako odvzeto enoto krvi in komponento krvi za aferezo na prisotnost virusa Zahodnega Nila (Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino).

182. člen
(prerazporejanje sredstev med programi)

Prerazporejanje sredstev se pri končnem letnem obračunu izvede na ravni izvajalca do višine pogodbeno dogovorjenih sredstev, korigiranih s povprečnim deležem obveznega zdravstvenega zavarovanja v koledarskem letu, in sicer:

1. Med ločeno načrtovanimi programi (znotraj posamezne alineje):
 - nega in patronaža (brez asistirane peritonealne dialize),
 - psihiatrija, primer v bolnišnični dejavnosti – psihogeriatrja (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 130 341, šifra storitve E0750) in psihiatrija, primer v bolnišnični dejavnosti (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 130 341, šifra storitve E0051).
2. V okviru enega načrtovanega programa:
 - operacije na ožilju ene noge in operacija na ožilju na obeh nogah hkrati.

183. člen
(posebnosti obračuna)

(1) Če izvajalec trajno prekine izvajanje zdravstvenih programov oziroma prekine pogodbo z Zavodom v času pred končnim letnim obračunom, Zavod ob prejemu informacije o trajnem prenehanju izvajanja dejavnosti oziroma prekinitvi pogodbe, za tega izvajalca izvede izredni končni letni obračun.

(2) Izvajalec mora Zavodu vrniti ugotovljeno preplačilo v roku 7 dni od prejema obvestila Zavoda o višini izvedenega izrednega končnega letnega obračuna.

(3) Morebitni kasnejši poračuni za obdobje, ko je bil izvajalec pogodbeno še aktiven, za izvajalce, ki so trajno prekinili pogodbo z Zavodom o izvajanju storitev in za katere je bil že izveden končni letni obračun, se ne izvedejo. V primeru, da izvajalec menja pravno obliko delovanja, se izredni končni letni obračun ne izvede.

(4) Če izvajalec zavarovano osebo uvrsti na čakalni seznam in ji s tem po mnenju pristojnega konzilija glede na njeno zdravstveno stanje določi predolgo čakalno dobo, zavarovana oseba pa zato pri Zavodu zaradi zdravljenja v tujini zahteva povrnitev stroškov, se izvajalcu zmanjša vrednost programa za odobreni znesek povrnitve stroškov zavarovani osebi.

(5) Če izvajalec zavarovani osebi neupravičeno zaračuna opravljene storitve, Zavod neupravičeno zaračunani znesek vrne zavarovani osebi. Pri naslednjem obračunu se neupravičeno zaračunani znesek izvajalcu odšteje.

(6) Za izvajalce, ki izstavljajo račune oziroma zahtevke za plačilo, se izvede poračun razlike v ceni za posamezno obračunsko obdobje, z izjemo kolonoskopij in patohistoloških preiskav SVIT.

(7) Za sistemske nepravilnosti pri končnem obračunu, ugotovljene po zaključku poslovnega leta, ministrstvo na predlog izvajalcev ali Zavoda potrdi način urejanja obveznosti med izvajalcem in Zavodom.

(8) V dejavnostih, ki so vključene v obračun, se upoštevajo tekoče povprečne obračunske cene. Za izračun tekočih povprečnih obračunskih cen se upoštevata obračunsko obdobje in veljavnost pogodbe z izvajalcem.

2. Izvajanje obračuna v splošni in družinski medicini, otroškem in šolskem dispanzerju

184. člen
(plačilo programa v splošni in družinski medicini, otroškem in šolskem dispanzerju)

(1) Zavod plačuje izvajalce splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja na podlagi glavarine in storitev, izvajalce splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja v socialno varstvenih zavodih pa na podlagi opravljenih storitev.

(2) Izvajalce splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja v socialno varstvenem zavodu, Zavod plačuje na podlagi kalkulacije iz Priloge 1 te uredbe, splošna in družinska medicine (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001), otroški in šolski

dispanzer (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 327 009) in opravljenih storitev, po visoki ceni količnika iz obiskov.

185. člen
(plačilo količnikov)

- (1) Zavod plača izvajalcem vse količnike iz glavarine in vse opravljene količnike iz obiskov.
- (2) Izjema je program otroškega in šolskega dispanzerja – kurativa, in sicer v delu, ki se nanaša na plačilo količnikov iz obiskov. Zavod izvajalcem tega programa plača:
- realizirano število količnikov iz obiskov, če izvajalec preseže pogodbeno dogovorjeni plan količnikov iz obiskov ali če ne realizira najmanj 13.000 količnikov iz obiskov na tim,
 - planirano število količnikov iz obiskov, če izvajalec realizira najmanj 13.000 količnikov iz obiskov na tim in ne preseže pogodbeno dogovorjenega števila količnikov iz obiskov.
- (3) Število glavarinskih količnikov pri izvajalcu se izračuna na podlagi števila pri njem opredeljenih zavarovanih oseb in pripadajočega števila količnikov glede na njihovo starostno strukturo, pri čemer se upoštevajo opredeljene zavarovane osebe pri aktivnih nosilcih in pri neaktivnih nosilcih dve leti po prenehanju njihovega dela, na dan 28. februar, 31. maj, 31. avgust in 30. november tekočega leta. Tako izračunani glavarinski količniki so podlaga za izračun obveznosti Zavoda do izvajalca po trimesečnih obdobjih.
- (4) Glavarinski količniki zavarovanih oseb, opredeljenih na specializante, se vključijo v izračun skupnega števila glavarinskih količnikov pri izvajalcu, in sicer do zaključka specializacije.
- (5) Izvajalec upravičenost glavarinskih količnikov zavarovanih oseb, opredeljenih za specializante, dokazuje s posredovanjem naslednjih podatkov Zavodu:
- ime in priimek specializanta,
 - predvideni datum zaključka specializacije,
 - izjavo specializanta, da bo po zaključeni specializaciji prevzel ambulanto pri izvajalcu, pri katerem je specializiral.

186. člen
(plačilo posegov)

Zavod plača izvajalcem splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja realizirane male, srednje in velike posege ter obsežno delo po visoki ceni količnika iz obiskov.

187. člen
(plačilo dodatnih timov na podlagi širitev iz te uredbe)

- (1) Izvajalec splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja, ki zaposli dodatnega zdravnika na podlagi širitev iz 102. člena te uredbe, prejme za dodatni tim prvi dve leti 80 % sredstev kalkulacije za ambulanto splošne in družinske medicine (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001) oziroma otroškega in šolskega dispanzerja (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 327 009), in sicer v deležu, ki ga z urnikom zagotavlja dodatni zdravnik.
- (2) Glavarinski količniki tima iz prejšnjega odstavka se dve leti ne upoštevajo pri izračunu skupnega števila glavarinskih količnikov pri izvajalcu, razen na predlog izvajalca, da se prehodno obdobje dveh let predčasno zaključí.

188. člen

(priznavanje glavarinskih količnikov v primeru prevzema programa drugega izvajalca)

Če izvajalec v izvajanje prevzame program drugega izvajalca, ki je prenehal z opravljanjem zdravstvene dejavnosti, se mu prvi dve leti priznajo tudi količniki za glavarino prejšnjega izvajalca, pri tem pa skupno doseganje glavarinskih količnikov, po posameznih obračunskih obdobjih, ni nižje od 80 % standarda glavarinskih količnikov iz Priloge 1 te uredbe. Po preteku tega obdobja se za obračun glavarine upošteva dejansko stanje glavarinskih količnikov, glede na število opredeljenih zavarovanih oseb.

189. člen

(plačilo programa družinske obravnave za zdrav življenjski slog)

(1) Izvajalci družinske obravnave za zdrav življenjski slog, ki se izvaja v okviru preventive otroškega in šolskega dispanzerja, so med letom plačani v pavšalu.

(2) Izvajalci o izvedenih aktivnostih mesečno poročajo na obrazcih NIJZ, in sicer do 10. v mesecu za pretekli mesec. NIJZ o ustreznosti izvajanja programa posameznega izvajalca poroča Zavodu do 1. marca za preteklo leto, in sicer za vsak mesec posebej.

(3) Izvajalec je upravičen do plačila pavšala le za mesece, za katere je NIJZ posredoval poročilo o izvedenih aktivnostih in je NIJZ dal pozitivno mnenje.

(4) Za mesece preteklega leta, za katere je NIJZ dal negativno mnenje, se izvajalcu pri obračunu za obdobje januar - marec tekočega leta pavšal odvzame.

190. člen

(plačilo storitev laboratorija v okviru referenčne ambulante)

(1) Izvajalci, ki imajo v pogodbi dogovorjen program referenčne ambulante, do 31. 12. 2023 dokazujejo namenskost porabe sredstev za laboratorij. V ta namen za stroške lastnega laboratorija evidenčno poročajo o opravljenih laboratorijskih preiskavah v skladu s Prilogo 18 te uredbe.

(2) Za stroške tujega laboratorija izvajalci upoštevajo plačane račune drugim laboratorijem. O stroških za tuj laboratorij izvajalci poročajo Zavodu v skladu z navodili Zavoda.

(3) Izvajalci poročajo o stroških preiskav v svojem in tujem laboratoriju za preiskave v referenčnih ambulantah in ambulantah splošne in družinske medicine, pri čemer ne upoštevajo preiskave, ki jih Zavodu zaračunajo kot ločeno zaračunljiv material.

(4) Načrtovana sredstva za laboratorij se izračunajo tako, da se najprej določi delež višine sredstev za laboratorij v kalkulaciji splošne in družinske medicine iz Priloge 1 te uredbe, nato pa se s tem deležem množi obračunana vrednost ambulante splošne in družinske medicine (količniki iz glavarine in količniki iz obiskov oziroma pavšala za nove nosilce) pri posameznem izvajalcu. Tej vrednosti se prišteje vračunana vrednost laboratorija iz referenčnih ambulant. Pri izračunu realiziranih sredstev se upošteva dejanska realizirana vrednost lastnega in tujega laboratorija za vse ambulate skupaj.

(5) Če so dejansko porabljena sredstva za laboratorij v koledarskem letu nižja od vračunanih sredstev za laboratorij, Zavod razliko poračuna pri obračunu za prvo trimesečje naslednjega leta.

(6) Zavod lahko izvede naknadni nadzor porabljenih sredstev. Če je v nadzoru ugotovljeno, da je izvajalec posredoval napačne podatke o realiziranih stroških za laboratorij, se mu pri prvem naslednjem obračunu odšteje neupravičeno prikazan znesek v dvojni višini.

3. Izvajanje obračuna v dispanzerju za ženske

191. člen (določitev glavarinskih količnikov)

(1) Za program dispanzerja za ženske se glavarinski količniki določijo na podlagi števila zavarovanih oseb in števila količnikov na osebo v posameznem starostnem razredu, in sicer:

- v prvem tromesečju na podlagi števila zavarovanih oseb na dan 31. december preteklega leta,
- v drugem tromesečju na podlagi števila zavarovanih oseb na dan 31. marectekočega leta,
- v tretjem tromesečju na podlagi števila zavarovanih oseb na dan 30. junija tekočega leta,
- v četrtem tromesečju na podlagi števila zavarovanih oseb na dan 30. september tekočega leta.

(2) Količniki, izračunani na osnovi dejanskega števila opredeljenih zavarovanih žensk v ginekoloških dispanzerjih pri aktivnih nosilcih in neaktivnih nosilcih največ dve leti, ki se preštevajo 28. februarja, 31. maja, 31. avgusta in 30. novembra tekočega leta, se pri vsakem nosilcu, v sorazmerju z že opredeljenimi ženskami, korigirajo navzgor tako, da so razporejeni vsi možni količniki. Tako izračunani količniki so podlaga za obračun obveznosti po trimesečnih obdobjih.

(3) Plan glavarinskih količnikov na nosilca, naveden v Prilogi 1 te uredbe, je izračunan na osnovi števila količnikov iz prve alineje prvega odstavka tega člena in nosilcev iz pogodb preteklega leta.

(4) Če se spremeni število nosilcev, se plan glavarinskih količnikov na tim ustrezno preračuna.

192. člen (plačilo količnikov)

(1) Zavod plača izvajalcem vse glavarinske količnike, količnike iz obiskov pa v skladu z naslednjimi merili:

- izvajalcu, ki ima povprečno število količnikov iz glavarine na tim enako ali manjše od slovenskega povprečja, in ne preseže pogodbeno dogovorjenega števila količnikov iz obiskov (preventiva in kurativa skupaj), se plača planirano število količnikov iz obiskov, v nasprotnem primeru pa se mu plačajo vsi realizirani količniki,
- izvajalcu, ki preseže slovensko povprečje števila količnikov iz glavarine in ne preseže pogodbeno dogovorjenega števila količnikov iz obiskov, povečanega za 50 % preseganja povprečnih količnikov iz glavarine, se plača planirano število količnikov iz obiskov, povečano za 50 % preseganja povprečnih količnikov iz glavarine, v nasprotnem primeru se mu plačajo vsi realizirani količniki,

- v vseh navedenih primerih je pogoj, da izvajalec realizira vsaj 15.000 količnikov iz obiskov na tim (preventiva in kurativa skupaj), v nasprotnem primeru se izvajalcu plača realizirano število količnikov iz obiskov.

(2) Plačilo se izvede v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje.

193. člen
(glavarina v primeru novih programov)

(1) Izvajalci, ki v pogodbenem letu začnejo z delom programa dispanzerja za ženske brez opredeljenih zavarovanih žensk, prejemajo prvi dve leti 80 % sredstev za glavarino, izračunanih na podlagi povprečnega števila opredeljenih zavarovanih oseb v Sloveniji v dejavnosti.

(2) Po preteku obdobja iz prejšnjega odstavka se za obračun glavarine upošteva dejansko stanje števila opredeljenih zavarovanih oseb.

(3) Če izvajalec svojo glavarino poveča nad 80 % povprečja v Sloveniji prej kot v dveh letih, se na njegov predlog upošteva njegova dejansko dosežena glavarina.

194. člen
(priznanje glavarinskih količnikov v primeru prevzema programa)

(1) Če izvajalec prevzame program dispanzerja za ženske drugega izvajalca, ki je prenehal z dejavnostjo, se mu prva štiri leta priznajo tudi količniki za glavarino prejšnjega izvajalca glede na doseganje glavarine po posameznih obračunskih obdobjih, pri tem pa skupna glavarina ne more biti nižja od 80 %.

(2) Po preteku obdobja iz prejšnjega odstavka se za obračun glavarine upošteva dejansko število opredeljenih zavarovanih oseb.

195. člen
(nerealizacija preventivnega programa)

(1) Če izvajalec dispanzerja za ženske ne realizira programa preventive, dogovorjenega v pogodbi z Zavodom, mu Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjša plačilo v višini nerealiziranih količnikov za preventivo, ovrednotenih z nizko ceno količnika.

(2) Šteje se, da je program preventive pri posameznem izvajalcu dispanzerja za ženske realiziran, če izvajalec doseže najmanj 70 % pogodbeno dogovorjenega programa preventivnih pregledov raka materničnega vratu.

(3) Plačilo se izvede v deležu za obvezno zdravstveno zavarovanje.

4. Farmacevtsko svetovanje

196. člen
(plačilo programa farmacevtskega svetovanja)

Zavod v okviru končnega letnega obračuna programa farmacevtskega svetovanja zagotovi izvajalcu plačilo programa v višini odstotka doseganja načrtovanega števila poročenih enot, pri

čemer se realiziranim enotam prišteje 10 % planiranih enot izvajalca, vendar končno plačilo ne presega načrtovanih sredstev izvajalca.

5. Fizioterapija

197. člen

(plačilo programa fizioterapije)

(1) Zavod pri končnem letnem obračunu v programu fizioterapije upošteva:

- realizirano število uteži izvajalca v tekočem letu, vendar največ do pogodbenega obsega.
- delež opravljenih temeljnih postopkov v primerjavi s podpornimi postopki. Temeljne postopke po opredelitvi RSK za fizioterapijo predstavljajo fizioterapevtski postopki s šiframi: FT003, FT006-FT018, FT029-FT032, FT035, FT037-FT044 in FT046 iz Navodil o beleženju in obračunavanju storitev in izdanih materialov. Izvajalcu, ki pri izvajanju fizioterapije v posameznem koledarskem letu opravi manj kot tretjino temeljnih fizioterapevtskih postopkov, se obveznost Zavoda pri obračunu zniža za 2 %.

(2) Specialne fizioterapevtske obravnave Zavod plača izvajalcu v realiziranem obsegu.

6. Patronažna zdravstvena nega

198. člen

(opredelitev realiziranega programa patronažne zdravstvene nege)

Priznana vrednost realiziranega programa patronažne zdravstvene nege (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 510 029 patronažna služba in 544 034 nega na domu; brez asistirane peritonealne dialize) se v končnem letnem obračunu opredeli na način:

- realizirana vrednost programa izvajalca (v nadaljnjem besedilu: RV) se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev iz Priloge 1 te uredbe,
- če izvajalec realizira oziroma preseže skupno načrtovano število storitev, se mu prizna RV, vendar največ do pogodbene vrednosti,
- če izvajalec ne realizira skupnega načrtovanega števila storitev, se primerja RV in pogodbena vrednost, zmanjšana za odstotek nedoseganja skupnega načrtovanega števila storitev (v nadaljnjem besedilu: ZmanPV). Če je RV večja od ZmanPV, se izvajalcu prizna ZmanPV, sicer pa RV.

7. CDZO in CDZOM, dispanzer za mentalno zdravje, razvojne ambulante z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

199. člen

(plačilo programa CDZO in CDZOM)

(1) Ne glede na določbo 189. člena te uredbe se program CDZOM in CDZO se v 40 % plača v pavšalu, preostali del pa na podlagi opravljenih storitev.

(2) Izjema so centri vzpostavljeni po 1. juliju 2021, za katere velja financiranje v pavšalu eno leto po vzpostavitvi centra.

200. člen
(plačilo programa dispanzerjev za mentalno zdravje)

- (1) Program dispanzerjev za mentalno zdravje se v 20 % plača v pavšalu, preostali del pa na podlagi opravljenih storitev.
- (2) NIJZ Zavodu posreduje poročilo o ustreznosti sodelovanja in udeleževanja na skupnih timskih sestankih do 15. januarja za preteklo leto.
- (3) V primeru negativnega mnenja NIJZ se pri končnem letnem obračunu izvajalcu pavšal odvzame.

201. člen
(plačilo programa razvojnih ambulant z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo)

- (1) Zavod zagotavlja financiranje kadra razvojne ambulante z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo postopoma na podlagi predložene pogodbe o zaposlitvi oziroma sklenjene podjemne pogodbe in na podlagi kalkulacije iz Priloge 1 te uredbe.
- (2) Če izvajalec ne pridobi vsega načrtovanega kadra, se mu za manjkajoči kader zniža financiranje kadra in obseg programa.
- (3) Izvajalec, ki sam ne zagotavlja kadrovske zasedbe tima razvojnih ambulant z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo iz Priloge 1 te uredbe in ima sklenjeno pogodbo za opravljanje določenih storitev z drugim izvajalcem, naroča obravnavo zavarovanih oseb pri drugem izvajalcu po načelu naročnik je plačnik.
- (4) V primeru iz prejšnjega odstavka morebitne potne stroške zavarovane osebe krije izvajalec.

202. člen
(plačilo programa centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog)

- (1) Zavod program centrov za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog plačuje v pavšalu.
- (2) Izvajalci poročajo evidenčne storitve v skladu s šifranti Zavoda za obračun zdravstvenih storitev.

8. Zdravstvena vzgoja

203. člen
(plačilo programa zdravstvene vzgoje)

- (1) Program zdravstvene vzgoje se med letom plača v pavšalu, pri končnem letnem obračunu pa se višina plačila določi glede na odstotek realiziranega letnega števila ur za izvajanje vsebin zdravstvene vzgoje v skupnem letnem planu učinkovitih ur, in sicer:

Realizirano letno število ur za izvajanje vsebin zdravstvene vzgoje v skupnem letnem planu učinkivnih ur (v %)	Odstotek pogodbeno dogovorjene vrednosti programa, ki ga prejmejo izvajalci
40 % in več	100 %
od 30 % do 39,99 %	95 %
od 20 % do 29,99 %	80 %
manj kot 20 %	2-kratnik odstotka realiziranega letnega števila ur za izvajanje vsebin zdravstvene vzgoje v skupnem letnem planu učinkivnih ur

(2) Prejšnji odstavek zaradi drugačne vsebine programa ne velja za izvajalce Slovensko društvo Hospic, Društvo za zdravje srca in ožilja Slovenije in UKC Ljubljana.

204. člen

(plačilo programa za zmanjšanje tveganega pitja alkohola)

(1) Zavod vsa realizirana individualna svetovanja za zmanjšanje tveganega pitja alkohola plača do ravnih načrtovanih sredstev vseh izvajalcev za ta program.

(2) V primeru preseganja programa se ob končnem letnem obračunu zagotovijo sredstva za preseženo realizacijo največ do višine nerealiziranih sredstev za skupinske zdravstveno vzgojne delavnice in individualna svetovanja za opuščanje kajenja.

(3) Če so iz kvote za skupinske zdravstveno vzgojne delavnice in individualna svetovanja za opuščanje kajenja realizirana vsa sredstva, se cena individualnih svetovanj za zmanjšanje tveganega pitja alkohola zniža do višine načrtovanih sredstev iz tega člena.

205. člen

(poračun plačila zdravstveno vzgojnih in psihoedukativnih delavnic in individualnih svetovanj)

(1) NIJZ pripravi in Zavodu posreduje podatke o delavnicah preteklega leta, ki jih Zavod odšteje pri obračunu za prvi kvartal tekočega leta, do 30. aprila za preteklo leto, in sicer na podlagi primerjave podatkov, ki jih je NIJZ prejel na obrazcih in realizacije zdravstveno vzgojnih in psihoedukativnih delavnic in individualnih svetovanj, ki jo Zavod objavlja na svoji spletni strani.

(2) Zaradi posebnosti vključevanja ciljne populacije v zdravstveno vzgojne obravnave je v okviru posamezne vrste zdravstveno vzgojne delavnice dopustno prelivanje števila udeležencev, pri čemer je število udeležencev posamezne izvedene delavnice, ki presega predpisano število udeležencev, mogoče upoštevati pri obračunavanju izvedene delavnice, ki se je je udeležilo manj udeležencev, kot je predpisano.

206. člen

(plačilo ZVC)

(1) ZVC lahko realizacijo skupinskih delavnic in individualnih svetovanj prilagodi potrebam zavarovanih oseb glede na vrsto in obseg tveganja in potrebe nefarmakološkega zdravljenja bolezni v populaciji, ki jo pokriva. Prilagoditev skupinskih delavnic in individualnih svetovanj potrebam zavarovanih oseb ZVC utemelji s poročilom na predpisanem obrazcu NIJZ, ki ga pošlje Zavodu do 15. januarja za preteklo leto.

(2) Zavod na podlagi prejetega poročila ZVC ob končnem obračunu plača ves tako izvedeni program do ravni načrtovanih sredstev pri posameznem izvajalcu, ob izpolnjenem pogoju, da je ZVC v obračunskem letu izvedel vse vrste zdravstvenovzgojnih in psihoedukativnih delavnic ter individualno ali skupinsko svetovanje za opuščanje kajenja.

(3) Pri obračunu za prvi kvartal, se sredstva preteklega leta, ki ostajajo neporabljena zaradi nerealiziranega programa zdravstvene vzgoje in individualnih svetovanj, porabijo za plačilo celotne realizacije v tistih ZVC, kjer je realizacija zdravstvenovzgojnih in psihoedukativnih delavnic ter individualnih svetovanj presegla načrtovan obseg storitev oziroma sredstev in jo je ZVC utemeljil s poročilom na predpisanem obrazcu NIJZ.

207. člen

(plačilo programa podpornih aktivnosti ZVC)

(1) NIJZ pripravi poročilo o izvajanju programa podpornih aktivnosti ZVC iz Priloge 17 te uredbe do 1. marca za preteklo leto.

(2) Če izvajalec prejme negativno mnenje NIJZ, se mu pri obračunu prvega kvartala tekočega leta odšteje 20 % vrednosti prejetega pavšala za preteklo leto.

208. člen

(plačilo programa CKZ)

(1) Program CKZ se med letom plača v pavšalu, pri končnem letnem obračun pa se višina plačila določi na podlagi realizacije plana delavnic in svetovanj, in sicer:

Realizacija plana zdravstvenovzgojnih / psiho edukativnih delavnic in individualnih svetovanj v okviru Programa za krepitev zdravja	Odstotek pogodbeno dogovorjene vrednosti CKZ
85,00 % in več	100 %
od 75,00 % do 84,99 %	90 %
od 65,00 % do 74,99 %	75 %
od 55,00 % do 64,99 %	65 %
od 50,00 % do 54,99 %	55 %
do 49,99 %	50 %

(2) NIJZ pripravi poročilo o delovanju CKZ do 1. marca za preteklo leto in ga posreduje Zavodu in ministrstvu.

(3) Če izvajalec prejme negativno mnenje NIJZ, se mu pri obračunu prvega kvartala tekočega leta odšteje 7 % vrednosti končnega letnega obračuna te dejavnosti za preteklo leto.

209. člen

(plačilo programa za vodenje strokovne skupine za preventivo)

(1) Izvajalec si zagotovi pogodbeno dogovorjena sredstva za vodenje strokovne skupine za preventivo – velik CKZ, za vodenje strokovne skupine za preventivo – srednji in majhen CKZ in za vodenje strokovne skupine za preventivo in preventivnih timov posameznih šol in vrtcev v primeru pozitivnega mnenja NIJZ.

(2) NIJZ pripravi mnenje do 1. marca za preteklo leto na podlagi poročil izvajalca o izvajanju aktivnosti.

(3) Če izvajalec prejme negativno mnenje NIJZ, se mu pri obračunu za prvi kvartal tekočega leta odšteje 50 % vrednosti prejetih sredstev za preteklo leto.

9. Državni preventivni programi SVIT, DORA, ZORA, DPOR

210. člen

(plačilo programa SVIT, DORA, ZORA in DPOR)

Če je poraba sredstev za upravljanje programa SVIT, DORA, ZORA in DPOR nižja od načrtovane, se nosilcu programa odšteje neporabljeni del pri prvem obračunu naslednjega leta.

10. Dežurna služba v osnovni zdravstveni dejavnosti

211. člen

(plačilo programa dežurne službe)

Dežurna služba v osnovni zdravstveni dejavnosti je plačana na podlagi programa dela v pavšalu.

11. Zobozdravstvena dejavnost

212. člen

(plačilo programa zobozdravstvene dejavnosti za mladino)

(1) Program zobozdravstvene dejavnosti za mladino se plača največ do 15 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa.

(2) Realizacije točk za zavarovane osebe od vključno 19 let in naprej, ki presega 10 % pogodbeno dogovorjenega plana točk, Zavod ne plača. Navedena določba se ne uporablja za izvajalca Ješe Ognjenovič Mateja in Fajfar Furlan Mojca.

(3) Realizacija točk za zavarovane osebe do dopolnjenega 19. leta se plača po ceni točke zobozdravstva za mladino, realizacija točk za zavarovane osebe od vključno 19 let in naprej pa po ceni točke zobozdravstva za odrasle.

(4) Zavod v obračunu upošteva povprečni delež obveznega zdravstvenega zavarovanja izvajalca v dejavnosti.

213. člen

(plačilo preseganja programa v zobozdravstveni dejavnosti)

Izvajalcu, ki ne izpolnjujejo pogojev iz 15. člena ZNUZSZS, Zavod plača do 5 % preseganje pogodbeno dogovorjenega programa v dejavnostih, in sicer:

Šifra vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Naziv VZD
--	-----------

404 101	Zobozdravstvo za odrasle
404 105	Zobozdravstvo za študente
405 113	Stomatološka protetična dejavnost
406 114	Parodontologija /zobne bolezni in
442 116	Oralna in maksilfacialna kirurgija

214. člen

(plačilo programa v dejavnostih zobozdravstva za odrasle in zobozdravstva za študente)

(1) V dejavnostih zobozdravstva za odrasle in zobozdravstva za študente je na tim načrtovanih 1.614 točk za RTG slikanja, v dejavnosti zobozdravstva za mladino pa 807 točk.

(2) Nerealiziranih točk za RTG slikanja ni mogoče nadomestiti z realizacijo drugih zobozdravstvenih storitev.

(3) Če je število realiziranih točk za RTG slikanja manjše od načrtovanega, se pri končnem letnem obračunu plačajo točke v realizirani višini.

215. člen

(plačilo programa ortodontije)

(1) V dejavnosti ortodontije si izvajalec pri končnem letnem obračunu zagotovi:

- plačilo realiziranega obsega programa, če v koledarskem letu na novo vključi v zdravljenje vsaj 72 oseb in izvede vsaj 100 prvih pregledov (šifra storitve 01008);
- če izvajalec ne doseže pogojev iz prejšnje alineje, obenem pa v koledarskem letu na novo vključi v zdravljenje vsaj 60 oseb in izvede vsaj 90 prvih pregledov (šifra storitve 01008), si pri končnem letnem obračunu zagotovi plačilo realiziranega obsega programa največ do pogodbeno dogovorjenega programa;
- če izvajalec ne doseže pogojev iz prejšnje alineje, se mu pri končnem letnem obračunu upošteva realizacija programa največ do pogodbeno dogovorjenega programa, od česar se mu odšteje 4 % obračunane vrednosti programa.

(2) Pogoji iz prejšnjega odstavka veljajo za en tim in se ustrezno preračunajo glede na število timov v pogodbi, razen pri UKC Ljubljana, kjer se pogoji upoštevajo za 2,70 tima.

216. člen

(plačilo programa za ustno zdravje)

(1) Program vzgoje za ustno zdravje je med letom plačan v pavšalu, pri končnem letnem obračunu pa se višina plačila določi glede na odstotek realiziranega letnega števila ur za izvajanje vsebin vzgoje za ustno zdravje v skupnem letnem planu učinkovitih ur, in sicer:

Realizirano letno število ur za izvajanje vsebin z vzgoje za ustno zdravje v skupnem letnem planu učinkovitih ur (v %)	Odstotek pogodbeno dogovorjene vrednosti programa, ki ga prejmejo izvajalci
40 % in več	100 %
od 30 % do 39,99 %	95 %
od 20 % do 29,99 %	80 %
manj kot 20 %	2-kratnik odstotka realiziranega letnega števila ur za

izvajanje vsebin vzgoje za ustno zdravje v skupnem letnem planu učinkovitih ur
--

(2) Izvajalci Zavodu ne zaračunavajo storitev, ki se evidentirajo s šiframi 45310, 45315, 46926, 46950, 95195, 95197 in 13090 iz Šifranta Zavoda za obračun storitev.

217. člen
(plačilo programa pedontologije)

Zavod v dejavnosti pedontologije plača izvajalcem realizirani program, povečan za 30 % pogodbeno dogovorjenega plana, skupaj največ do pogodbeno dogovorjenega plana, v deležu OZZ.

218. člen
(plačilo programa dežurne službe v zobozdravstveni dejavnosti)

Dežurna služba v zobozdravstveni dejavnosti je plačana na podlagi programa dela v pavšalu.

12. Specialistična zunajbolnišnična dejavnosti

219. člen
(plačilo prvih pregledov)

V dejavnostih iz 51. člena te uredbe, za katere je določeno minimalno število prvih pregledov, se pri končnem letnem obračunu plača 20 % višja osnovna cena pregleda (ob evidenčni šifri E0273 obračunani pregled in začetna oskrba, v dejavnosti okulistike pa dodatno še storitve 12220, 12240, 12241, 12251 in 12255), in sicer za vsak opravljen prvi pregled.

220. člen
(plačilo preseganja programa)

(1) Izvajalcu, ki ne izpolnjujejo pogojev iz 15. člena ZNUZSZS, Zavod plača do 10 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa (točk) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti, in sicer:

Vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti	Naziv dejavnosti	Vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti	Naziv dejavnosti
204 205	rehabilitacija	209 240	alergologija
204 207	fiziatrija	215 224	maksilofacialna kirurgija
205 208	gastroenterologija	220 229	okulistika
206 209	ginekologija	227 237	pediatrija
206 212	zdravljenje neplodnosti	230 241	psihiatrija
208 214	infektologija	234 251	splošna kirurgija
209 215	internistika	249 216	diabetologija
249 217	tireologija		

(2) Če izvajalec pri dejavnostih, kjer je določeno minimalno število prvih pregledov, ne doseže vsaj 90 % minimalnega števila prvih pregledov in ima hkrati čakajoče nad dopustno čakalno dobo v sistemu eNaročanje na dan 31. december, se mu pri končnem letnem obračunu prizna do 5 % preseganje realizacije točk nad planom.

(3) Če izvajalec pri dejavnostih, kjer je določeno minimalno število prvih pregledov, preseže minimalno število prvih pregledov, se mu pri končnem letnem obračunu prizna preseganje realizacije nad povečanim planom glede na kriterije iz prejšnjega stavka, največ v višini realiziranih prvih pregledov nad planom prvih pregledov, ovrednotenih s povprečnim številom točk za prvi pregled.

(4) Če izvajalec v dejavnostih urologije in ortopedije ne doseže najmanj 90 % minimalnega števila prvih pregledov in ima hkrati čakajoče paciente nad dopustno čakalno dobo v sistemu eNaročanje na dan 31. december za leto, za katerega se izvaja obračun, se mu pri končnem letnem obračunu prizna največ do 10 % presežene realizacije točk nad planom iz pogodbe.

(5) Podatek o številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo po posameznih dejavnostih na dan 31. december za posameznega izvajalca pripravi NIJZ do 15. 1. za preteklo leto.

(6) Zavod plača do 5 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa za:

- operacije sive mreže,
- operacije - vitreoretinalna kirurgija,
- operacije na ožilju – krčne žile.

(7) Zavod plača do 20 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa v UC – enota za bolezni in UC – enota za poškodbe. V primeru, da je realizacija programa manjša od plana, Zavod plača plan v deležu obveznega zdravstvenega zavarovanja.

221. člen

(plačilo programa dermatologije)

(1) Plačilo realiziranega programa dermatologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. realizirana vrednost izvajalca se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe;
2. izvajalcu se prizna celotna pogodbena vrednost programa, ko izpolni enega od pogojev, in sicer:
 - v celoti izvede ali preseže načrtovani obseg programa in tudi načrtovano število celotnih pregledov;
 - ali izvede vsaj 75 % načrtovanega obsega programa in tudi vsaj 100 % načrtovanega števila celotnih pregledov;
3. v nasprotnem primeru se izvajalcu izračuna priznana vrednost programa, in sicer:
 - kadar izvede oziroma preseže načrtovani obseg programa, ne izvede pa načrtovanega števila celotnih pregledov, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti in nato zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih pregledov.
 - kadar ne izvede načrtovanega obsega programa, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti, zmanjšane za odstotek nedoseganja načrtovanega obsega programa. Če pri tem tudi ne izvede načrtovanega števila celotnih pregledov, se priznana vrednost iz te alineje dodatno zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih pregledov.

222. člen

(plačilo programa fizioterapije)

(1) Izvajalcem programa fizioterapije, ki niso realizirali nobene storitve, ki se evidentirajo s šiframi iz Šifrantov Zavoda za obračun storitev 12030, 13631, 13633, 13691, 19701, 19702, 36195, 36196, 93302, 93310, 93321, 93341, 93345, 93432, 93451, 93452, 93453, 93491 in 93492 in realizirajo najmanj 33.667 točk na tim, se pri končnem letnem obračunu prizna pogodbeno vrednost programa v deležu obveznega zdravstvenega zavarovanja, v nasprotnem primeru pa se pogodbeno dogovorjena vrednost programa zniža v skladu z indeksom doseganja znižanega normativa.

(2) Izvajalcem, ki v pogodbenem letu niso obračunali nobene storitve iz prejšnjega odstavka, se plača preseganje programa glede na znižan normativ, ki znaša 33.667 točk na tim.

223. člen (plačilo programa klinične genetike)

Plačilo realiziranega programa klinične genetike se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. realizirana vrednost programa izvajalca se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe,
2. izvajalcu se prizna celotna pogodbeno vrednost programa, če:
 - v celoti izvede ali preseže načrtovan obseg programa in je tudi realizirana vrednost višja ali enaka načrtovani ali
 - načrtovanega obsega programa ne izvede, realizirana vrednost programa pa je višja ali enaka pogodbeni vrednosti;
3. v drugih primerih se izvajalcu prizna realizirana vrednost.

224. člen (plačilo programa otorinolaringologije)

Plačilo realiziranega programa otorinolaringologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. realizirana vrednost programa izvajalca se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev iz Priloge 1 te uredbe),
2. izvajalcu se prizna celotna pogodbeno vrednost programa, ko izpolni enega od pogojev, in sicer:
 - v celoti izvede ali preseže načrtovani obseg programa in tudi načrtovano število celotnih ali subspecialističnih pregledov,
 - ali izvede vsaj 85 % načrtovanega obsega programa in tudi 100 % načrtovanega števila celotnih ali subspecialističnih pregledov.
3. v nasprotnem primeru se izvajalcu izračuna priznana vrednost programa, in sicer:
 - kadar izvede oziroma preseže načrtovani obseg programa, ne izvede pa načrtovanega števila celotnih ali subspecialističnih pregledov, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti in nato zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih ali subspecialističnih pregledov,
 - kadar ne izvede načrtovanega obsega programa, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti, zmanjšane za odstotek nedoseganja načrtovanega obsega programa. Če pri tem tudi ne izvede načrtovanega števila celotnih ali subspecialističnih pregledov, se priznana vrednost iz te alineje dodatno zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih ali subspecialističnih pregledov.

225. člen
(plačilo programa pnevmologije)

Plačilo realiziranega programa pnevmologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. RV programa izvajalca se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe.
2. Izvajalcu se prizna celotna pogodbeno vrednost programa, ko izpolni enega od pogojev, in sicer:
 - v celoti izvede ali preseže načrtovani obseg programa in tudi načrtovano število celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov ali
 - izvede vsaj 85 % načrtovanega obsega programa in tudi vsaj 100 % načrtovanega števila celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov.
3. Izvajalcu se izračuna priznana vrednost programa, in sicer:
 - kadar izvede oziroma preseže načrtovani obseg programa, ne izvede pa načrtovanega števila celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti in nato zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov,
 - kadar ne izvede načrtovanega obsega programa, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti, zmanjšane za odstotek nedoseganja načrtovanega obsega programa. Če pri tem tudi ne izvede načrtovanega števila celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov, se priznana vrednost iz te alineje dodatno zmanjša za odstotek nedoseganja načrtovanega števila celotnih pregledov ali subspecialističnih pregledov.

226. člen
(plačilo programa eozinofilne bolezni)

Eozinofilne bolezni prebavi: diagnostika in zdravljenje pri otrocih in mladostnikih, genetsko presejalno odkrivanje in celotna obravnava otrok in mladostnikov z družinsko hiperholesterolemijo.

Zavod plača vse opravljene storitve do načrtovane letne vrednosti programa.

227. člen
(plačilo mobilnega paliativnega tima)

(1) Plačilo realiziranega programa mobilnega paliativnega tima se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. RV se izračuna na podlagi števila realiziranih storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe,
2. izvajalcu se prizna celotna pogodbeno vrednost programa če:
 - v celoti izvede ali preseže načrtovani obseg programa;
 - doseže vsaj 85 % načrtovanega programa, realizirana vrednost programa pa je višja ali enaka pogodbeni vrednosti.
3. v drugih primerih se izvajalcu prizna realizirana vrednost, vendar ne višja od načrtovane vrednosti.

(2) Pri končnem letnem obračunu Zavod upošteva dodaten kriterij, in sicer realizacija storitev mobilnega paliativnega tima na daljavo oziroma brez prisotnosti pacienta (šifre storitev iz

šifrantov Zavoda za obračun storitev MPT003, od MPT005 do MPT014 in MPT017) ne sme presegati 66 % realizacije vseh storitev.

(3) Če izvajalec presega kriterij iz prejšnjega odstavka, se obveznost Zavoda za plačilo zniža za 2 %.

13. Specialistična bolnišnična dejavnost

228. člen

(obračun programa akutne bolnišnične obravnave - SPP)

Za program akutne bolnišnične obravnave – SPP se obračun izvede za:

- programe, plačane po realizaciji v skladu s Tabelo 1 iz Priloge 11 te uredbe,
- programe, za katere je opredeljeno plačilo delnega preseganja plana v skladu s Tabelo 1 iz Priloge 11 te uredbe,
- program ostale akutne bolnišnične obravnave – SPP.

229. člen

(obračun posameznih prospektivnih programov)

(1) V obračun posameznih prospektivnih programov plačanih po realizaciji se vključijo vsi realizirani primeri, ki se ovrednotijo po realizirani uteži na primer, ki ne more preseči uteži za obračun iz Tabele 1 Priloge 11 te uredbe in ceni uteži za obračunsko obdobje. Realizirane in neplačane uteži iz te postavke se prenesejo in prištejejo k realizaciji programa ostala akutna bolnišnična obravnava.

(2) V obračun posameznega prospektivnega programa, kjer je plačano delno preseganje plana, se vključijo vsi realizirani primeri največ do preseganja opredeljenega v Tabeli 1 Priloge 11 te uredbe. V obračun vključeni primeri se ovrednotijo po uteži na primer za obračun iz Tabele 1 Priloge 11 te uredbe in ceni uteži za obračunsko obdobje. Neplačani primeri in uteži iz te postavke se prenesejo in prištejejo k realizaciji programa ostale akutne bolnišnične obravnave.

230. člen

(ugotovitev realizacije ostale akutne bolnišnične obravnave)

(1) Realizacija primerov programa ostale akutne bolnišnične obravnave se ugotovi tako, da se od celotne realizacije primerov akutne bolnišnične obravnave odšteje:

- realizacija primerov za program, plačan po realizaciji in
- realizacija primerov za program, kjer je plačano preseganje plana.

(2) K ugotovljeni realizaciji primerov iz prejšnjega odstavka se prišteje še prenos neplačanih primerov iz programa, za katere Zavod plača delno preseganje plana.

(3) Realizacija uteži programa ostale akutne bolnišnične obravnave se ugotovi tako, da se od celotne realizacije uteži akutne bolnišnične obravnave odšteje:

- realizacija uteži za program, plačan po realizaciji in
- realizacija uteži za program, kjer je plačano delno preseganje plana.

(4) Tako ugotovljeni realizaciji uteži iz prejšnjega odstavka se prišteje še prenos neplačanih uteži iz programa, ki je plačan po realizaciji in programa, kjer je plačano delno preseganje plana. Prenos uteži skupaj s priznano realizacijo uteži programov iz 56. in 57. člena te uredbe ter

realizacijo uteži programa »ostala akutne bolnišnične obravnave« se upoštevajo največ do skupne čiste realizacije uteži izvajalca.

(5) V obračun programa ostala akutne bolnišnične obravnave se vključijo realizirane uteži največ do višine načrtovanih uteži programov ostala akutne bolnišnične obravnave skupaj in pripadajoči primeri.

231. člen

(obračun v primeru kirurškega zdravljenja rakave bolezni ali zdravljenje možganske kapi)

Če je v okviru prospektivnega programa iz Tabele 1 Priloge 11 te uredbe izvedena obravnava, ki pomeni tudi kirurško zdravljenje rakave bolezni ali zdravljenje možganske kapi, se takšna obravnava pri končnem letnem obračunu upošteva kot vrsta prospektivnega programa kirurško zdravljenje rakave bolezni ali zdravljenje možganske kapi.

232. člen

(plačilo programa akutne bolnišnične obravnave – SPP)

Izvajalec, ki hkrati realizira skupni plan primerov in uteži, je upravičen najmanj do plačila celotnega pogodbenega programa akutne bolnišnične obravnave SPP.

233. člen

(obračun sredstev za terciar)

(1) V obračun akutne bolnišnične obravnave se vključijo načrtovana sredstva za terciar 1. Priznana obračunska vrednost za terciar 2 se določi na podlagi indeksa realiziranih uteži celotne akutne bolnišnične obravnave in ne more preseči pogodbeno dogovorjenih sredstev za terciar 2.

(2) Kliničnemu inštitutu za medicino dela, prometa in športa UKC Ljubljana se sredstva za program terciarne zdravstvene dejavnosti zagotovijo v pavšalu.

(3) Izvajalcu, ki ne utemelji porabe sredstev načrtovanih za terciar, se mu za neutemeljen del porabe odštejejo sredstva pri obračunu v naslednjem letu.

234. člen

(plačilo programa druge bolnišnične dejavnosti)

(1) Zavod plača do 20 % preseganje pogodbeno dogovorjenega programa in sicer:

- skupnostne bolnišnične psihiatrije,
- zdravstvene nege in paliativne oskrbe (neakutna bolnišnična obravnava),
- podaljšanega bolnišničnega zdravljenja (neakutna bolnišnična obravnava).

(2) Zavod plača največ 20 vstavitev umetnega srca v koledarskem letu.

14. Lekarniška dejavnost

235. člen
(obračun lekarniške dejavnosti)

(1) Zavod lekarnam poleg zdravil in živil za posebne zdravstvene namene ter zdravil za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog plača tudi lekarniške storitve, opravljene pri teh izdajah, in sicer po ceni točke, veljavni v času izdaje.

(2) Za zdravila z najvišjo priznano vrednostjo bo Zavod lekarnam plačal nabavno ceno še največ 14 dni po vsakokratni uveljavitvi novega seznama, vendar le za zdravila, ki so bila nabavljena pred veljavnostjo novih najvišjih priznanih vrednosti in katerih nabavna cena ne presega predhodno veljavne najvišje priznane vrednosti. Po tem roku, to je na šestnajsti dan veljavnosti seznama, so lekarnice dolžne izdajati zdravila z upoštevanjem veljavne najvišje priznane vrednosti, in sicer tako, da je na voljo vsaj eno zdravilo v skupini brez doplačila.

(3) Zavod plača lekarnam kognitivne storitve po ceni točke, veljavni v času opravljene storitve. Pogoji za plačilo kognitivnih storitev je prenos osebne kartice zdravil (OKZ) v CRPP.

236. člen
(plačilo dežurne službe v lekarnah)

(1) Zavod plača dežurno službo v lekarnah na podlagi programa dela. Vse ure opravljene v času dežurne službe štejejo kot delo preko delovnega časa.

(2) Obseg sredstev za izvajanje dežurne službe v lekarniški dejavnosti se določi vsako leto ob upoštevanju plač, dogovorjenih v tej uredbi in dejanskega števila dni dežurne službe.

(3) Sredstva za dežurno službo, ki so opredeljena v Prilogi 14 te uredbe, povečana še za vrednost davka na dodano vrednost, Zavod razpredi med izvajalce na podlagi dogovorjenega programa izvajanja dežurne službe v območni enoti Zavoda.

15. Nadzor

237. člen
(nadzor Zavoda nad izvajanjem pogodb)

(1) Zavod mora četrtletno posredovati vsem deležnikom seznam opravljenih nadzorov.

(2) Zavod izvede nadzor nad evidencami in obračunavanjem opravljenih storitev tako, da preveri:

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

(3) Zavod kopije zapisnikov nadzorov posreduje deležnikom na njihovo zahtevo.

(4) Pri finančno medicinskem nadzoru zdravnika oziroma zobozdravnika je lahko na predlog nadzorovanega zdravnika prisoten predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije. Pri finančno medicinskih nadzorih v lekarnah je lahko prisoten predstavnik Lekarniške zbornice Slovenije.

16. Druge obveznosti

238. člen (posredovanje obvestil Zavoda)

- (1) Zavod o spremembah postopkov pri izvajalcih ter spremembah evidentiranja in fakturiranja seznanja izvajalce z okrožnicami najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo.
- (2) Zavod na svojih spletnih straneh zavarovane osebe sproti obvešča o njihovih pravicah in o načinu uveljavljanja pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.
- (3) Zavod navodila, obvestila, okrožnice ter druge dokumente, ki ne zahtevajo odgovora izvajalca, izvajalcem posreduje po elektronski pošti. V ta namen izvajalec ob sklenitvi pogodbe Zavodu posreduje svoj elektronski naslov.
- (4) Zavod obvestila iz tega člena posreduje tudi na ministrstvo.

VII. DEL

KAZENSKÉ DOLOČBE

239. člen (prekrškovni organ)

Prekrškovni organ iz te uredbe je Zavod.

240. člen (prekrški izvajalca zdravstvene dejavnosti)

- (1) Z globo od 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti:
 1. zavarovanim osebam ne nudi standardne storitve in standardnih materialov, opredeljenih v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja (prvi odstavek 120. člena),
 2. v nasprotju z drugim odstavkom 121. člena te uredbe samoplačniške storitve opravlja v ordinacijskem času, opredeljenem v pogodbi v Zavodom,
 3. zavarovanim osebam ne zagotavlja laboratorijskih in drugih diagnostičnih storitev, potrebnih za proces diagnostike in zdravljenja, ki so vključene v ceno zdravstvene storitve (2. točka prvega odstavka 124. člena),
 4. v nasprotju s 3. točko prvega odstavka 124. člena te uredbe zavarovanim osebam dodatno zaračuna tolmačenje zdravniških izvidov, izdanih v elektronski obliki,
 5. ne izvaja prvih pregledov v splošnih in družinskih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih brez čakalne dobe (4. točka prvega odstavka 124. člena),
 6. zavarovanim osebam ne zagotavlja proste izbire osebnega zdravnika oziroma jim ne zagotavlja obravnave v ambulanti za neopredeljene (5. točka prvega odstavka 124. člena),
 7. v času odsotnosti izbranih osebnih zdravnikov ne zagotavlja nadomeščanja v okviru ordinacijskega časa ali o odsotnosti in nadomestnem zdravniku ne obvesti zavarovane osebe ali Zavoda (6. točka prvega odstavka 124. člena),
 8. v primeru vgrajevanja različnih materialov v telo ne uporablja materialov z mednarodnim certifikatom CE (7. točka prvega odstavka 124. člena),

9. nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom in magistrom farmacije Zavoda ne omogoči vpogleda v dokumentacijo, ki je podlaga za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (8. točka prvega odstavka 124. člena),
10. po zaključku zdravljenja na zahtevo zavarovane osebe ne izstavi specifikacije opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev (10. točka prvega odstavka 124. člena),
11. ne zagotavlja zanesljivega ali varnega informacijskega sistema za nemoteno delovanje oziroma elektronsko poslovanje in izvajanje e–storitev v sistemu zdravstvenega varstva (11. točka prvega odstavka 124. člena),
12. ne upošteva meril za sprejem pacientov v akutno bolnišnično obravnavo, ki so objavljena na spletni strani Zavoda (18. točka prvega odstavka 124. člena),
13. v nasprotju s prvim odstavkom 125. člena te uredbe program storitev izvaja izven ordinacijskega časa, opredeljenega v pogodbi v Zavodom,
14. ne zagotavlja ordinacijskega časa za zavarovane osebe najmanj v obsegu ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa od 16. ure (drugi odstavek 125. člena),
15. v nasprotju s petim odstavkom 125. člena te uredbe ne zagotavlja minimalnega ordinacijskega časa zdravnika,
16. na vidnem mestu v čakalnici ali na svoji spletni strani ne objavi seznamov iz prvega odstavka 126. člena te uredbe,
17. izvaja nenujne reševalne prevoze oziroma sanitetne prevoze v nasprotju s prvim, sedmim, desetim ali dvanajstim odstavkom 127. člena te uredbe,
18. ne objavi ali ažurira kliničnih poti na svojih spletnih straneh (drugi odstavek 131. člena),
19. se ne vključuje v dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti v skladu s prvim odstavkom 145. člena te uredbe,
20. se ne vključuje v program NMP v dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva v skladu s prvim odstavkom 148. člena te uredbe,
21. v dejavnosti dermatologije evidentira in obračuna storitve v nasprotju s 157. členom te uredbe,
22. v dejavnosti pnevmologije evidentira in obračuna storitve v nasprotju s 158. členom te uredbe,
23. program neakutne bolnišnične dejavnosti obračuna v nasprotju s prvim odstavkom 159. člena te uredbe,
24. obračuna storitve v bolnišnični dejavnosti v nasprotju s prvim, petim ali šestim odstavkom 161. člena te uredbe,
25. obračuna storitve v primeru urgentne obravnave v specialistični zunaj bolnišnični dejavnosti v nasprotju s prvim, drugim ali tretjim odstavkom 162. člena te uredbe,
26. obračuna obravnavo pacienta v primeru dokončne premestitve pacienta v nasprotju z drugim, tretjim ali četrtem odstavkom 163. člena te uredbe,
27. obračuna po dnevih ponavljajoče se obravnave v nasprotju s 164. členom te uredbe,
28. obračuna akutne bolnišnične obravnave v primeru aplikacij zdravil iz seznama A in B v nasprotju s 165. členom te uredbe,
29. obračuna storitve specialistične zunajbolnišnične dejavnosti med hospitalizacijo pacienta v nasprotju s 166. členom te uredbe,
30. obračuna ostale storitve med hospitalizacijo pacienta v nasprotju s 167. členom te uredbe,
31. obračuna SPP za novorojenčka ob porodu v nasprotju s 168. členom te uredbe,
32. ne upošteva posebnosti obračuna storitev v akutni bolnišnični obravnavi, kot to določa prvi, drugi, tretji, četrti ali peti odstavek 169. člena te uredbe,
33. obračuna storitve zdraviliškega zdravljenja v nasprotju s prvim, drugim, tretjim, četrtem ali petim odstavkom 174. člena te uredbe,
34. obračuna storitve v SVZ v nasprotju s prvim, drugim, tretjim, četrtem, petim, šestim ali sedmim odstavkom 176. člena te uredbe.

- (2) Z globo od 200 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.
- (3) Z globo od 50 do 500 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

241. člen
(prekrški izvajalca lekarniške dejavnosti)

- (1) Z globo od 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v zvezi z opravljanjem lekarniške dejavnosti:
- ne zagotavlja oskrbe zdravil v rednem obratovalnem času in v dežurstvu v skladu s prvim odstavkom 154. člena te uredbe,
 - ne zagotavlja obveznosti v skladu s prvo, drugo, tretjo ali četrto alinejo tretjega odstavka 154. člena te uredbe.
- (2) Z globo od 200 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja lekarniško dejavnost.
- (3) Z globo od 50 do 500 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja lekarniško dejavnost.

242. člen
(prekršek izvajalca zdraviliške dejavnosti)

- (1) Z globo od 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v zvezi z opravljanjem zdraviliške dejavnosti izvaja dogovorjeni program zdraviliškega zdravljenja v nasprotju s prvim ali drugim odstavkom 155. člena te uredbe.
- (2) Z globo od 200 do 5.000 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdraviliško dejavnost.
- (3) Z globo od 50 do 500 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe ali odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja zdraviliško dejavnost.

243. člen
(prekršek socialno varstvenega zavoda)

- (1) Z globo od 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek socialno varstveni zavod, če opravlja oziroma organizira program zdravstvene nege in zdravstvene rehabilitacije kot del osnovne zdravstvene dejavnosti v nasprotju s 156. členom te uredbe.
- (2) Z globo od 50 do 500 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba socialno varstvenega zavoda.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

244. člen
(prenehanje veljavnosti)

Z dnem uveljavitve te uredbe preneha veljati Uredba o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2022 (Uradni list RS, št. 112/22 in 165/22).

245. člen
(ambulante za neopredeljene)

Širitve programov ambulant za neopredeljene osebe in njihov standard se izvajata od 1. januarja 2023.

246. člen
(začetek veljavnosti)

Ta uredba začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

Št. 00704-41/2023
Ljubljana, dne 19. januarja 2023
EVA 2022-2711-0143

Vlada Republike Slovenije
dr. Robert Golob
predsednik

- Priloga 1: Kalkulacije za planiranje in financiranje programov zdravstvenih storitev
- Priloga 2: Kalkulativne podlage za izračun cene točke za programe logopedске, defektološke in avdiološke dejavnosti
- Priloga 3: Cenik ločeno zaračunljivega materiala in storitev
- Priloga 4: Osnovne plače
- Priloga 5: Vkalkulirani plačni razredi
- Priloga 6: Program zdravstvenih storitev za obsojence in pripornike na primarni ravni
- Priloga 7: Navodila za pripravo pacienta v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni in področni anesteziji; Obravnava pacienta pri izbranem zdravniku pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku
- Priloga 8: Laboratorijske preiskave pri izbranem osebnem zdravniku za nadzor pacienta zaradi vnetne revmatične bolezni med zdravljenjem z imunomodulirajočimi zdravili
- Priloga 9: Kazalniki kakovosti
- Priloga 10: Sredstva za informatizacijo ePrijave nezgode in poškodbe pri delu v ambulantah družinske medicine in otroško – šolskih dispanzerjih
- Priloga 11: Prospektivni program akutne bolnišnične obravnave SPP in Seznam posegov iz Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov in Seznam diagnoz iz Mednarodne klasifikacije bolezni za identificiranje prospektivnega programa ter Seznam posegov iz Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov za identificiranje izbranih storitev
- Priloga 12: Seznam meril za presojo sprejema v akutno bolnišnično obravnavo
- Priloga 13: Strokovne indikacije za obračunavanje operacij sivih mren v okviru akutne bolnišnične obravnave
- Priloga 14: Obseg dežurstva v letnem merilu za leto 2023
- Priloga 15: Število mest po posameznih enotah pri izvajalcih, ki izvajajo dejavnost v več enotah ali več dejavnosti
- Priloga 16: Plan zdravstvenih storitev v dnevni centrih za leto 2023
- Priloga 17: Plan zdravstveno-vzgojnih delavnic in individualnih svetovanj od 1. januarja 2023
- Priloga 18: Seznam laboratorijskih preiskav v referenčni ambulanti s pripadajočo splošno ambulanto
- Priloga 19: Seznam storitev zdraviliškega zdravljenja
- Priloga 20: Razvrstitev izvajalcev po standardih, ki jih opravljajo
- Priloga 21: Seznam izvajalcev za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog
- Priloga 22: Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege