



PRILOGA 1 (spremni dopis – 1. del):

Številka: 0070-1/2025
Ljubljana, dne 14. 2. 2025
EVA 2025-2711-001
GENERALNI SEKRETARIAT VLADE REPUBLIKE SLOVENIJE Gp.gs@gov.si
ZADEVA: Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 – predlog za obravnavo
1. Predlog sklepov vlade:
Na podlagi šestega odstavka 21. člena Zakona o Vladi Republike Slovenije (Uradni list RS, št. 24/05 – uradno prečiščeno besedilo, 109/08, 38/10 – ZUKN, 8/12, 21/13, 47/13 – ZDU-1G, 65/14, 55/17 in 163/22) je Vlada Republike Slovenije na ... seji dne ... pod točko ... sprejela naslednji
SKLEP
Vlada Republike Slovenije je izdala Uredbo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 ter jo objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.
Barbara Kolenko Helbl generalna sekretarka
Priloga: –Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025
Prejmejo: – Služba Vlade Republike Slovenije za zakonodajo, – Ministrstvo za zdravje, – Ministrstvo za finance, – Ministrstvo za javno upravo, – Ministrstvo za vzgojo in izobraževanje, – Ministrstvo za delo, družino, socialne zadeve in enake možnosti, – Ministrstvo za solidarno prihodnost, – Ministrstvo za pravosodje, – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.
2. Predlog za obravnavo predloga zakona po nujnem ali skrajšanem postopku v državnem zboru z obrazložitvijo razlogov:
(Navedite razloge, razen za predlog zakona o ratifikaciji mednarodne pogodbe, ki se obravnava po nujnem postopku – 169. člen Poslovnika državnega zbora.)

3.a Osebe, odgovorne za strokovno pripravo in usklajenost gradiva:
<ul style="list-style-type: none"> – dr. Valentina Prevolnik Rupel, ministrica za zdravje, – Iztok Kos, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje, – Denis Kordež, državni sekretar na Ministrstvu za zdravje.
3.b Zunanji strokovnjaki, ki so sodelovali pri pripravi dela ali celotnega gradiva:
/
4. Predstavniki vlade, ki bodo sodelovali pri delu državnega zbora:
/
5. Kratak povzetek gradiva:
<p>V skladu s 63. členom 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, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ) se Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod), pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, vsako leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, in določijo obseg sredstev. Če dogovor ni sklenjen do konca novembra, lahko Vlada Republike Slovenije na podlagi četrtega odstavka 63. člena ZZVZZ določi vsebino programa storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredeli zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določi obseg sredstev.</p> <p>Dogovor med deležniki ni bil sklenjen do konca novembra 2024, zato Vlada Republike Slovenije ob izpolnjevanju pogojev iz četrtega odstavka 63. člena ZZVZZ, določa vsebino dogovora, pri čemer upošteva vsebine iz prvega stavka drugega odstavka 63. člena ZZVZZ ter izredne okoliščine, ki so podlaga za določitev vsebine dogovora. V predlogu Uredbe so upoštevani Resolucija o nacionalnem planu zdravstvenega varstva, Smernice zdravstvene politike za leto 2024 in 2025, ki jih je izdala ministrica za zdravje, z vidika obsega programov pa tudi aktualna demografska gibanja in ekonomske razmere v Republiki Sloveniji.</p> <p>Ministrstvo za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) mora pri opredelitvi vsebin uredbe upoštevati Finančni načrt ZZZS za leto 2025. Finančni načrt Zavoda za leto 2025 je bil sprejet 16. 12. 2024, soglasje nanj pa je Vlada Republike Slovenije podala 22. 1. 2025. Ministrstvo je po sprejemu Finančnega načrta Zavoda pristopilo k aktivnostim za dokončno opredelitev vsebin uredbe. Gradivo smo v medresorsko usklajevanje posredovali 13. januarja 2025.</p> <p>Vsebina predloga Uredbe v osnovi temelji na Uredbi o določitvi programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti, potrebnih za njegovo izvajanje, in določitev obsega sredstev za leto 2024 (Uradni list RS, št. 14/24, 30/24, 47/24, 53/24 – popr. in 109/24).</p> <p>Uredba s 1. februarjem 2025 določa nov model financiranja ambulant družinske medicine in pediatrije z novimi glavarinskimi količniki, ki predstavljajo pretežni del financiranja ambulant, ter uvaja lestvico, ki posamezne time motivira k optimalnemu opredeljevanju zavarovanih oseb.</p> <p>Cilji prenove modela plačevanja ambulant družinske medicine in pediatrije so:</p> <ul style="list-style-type: none"> – spodbujati boljšo dostopnost do osebnih zdravnikov, – spodbujati običajni način zagotavljanja zdravstvenih storitev, ki temelji na obisku zavarovane osebe v ambulanti, – spodbujati celovito obravnavo pacientov, – realneje ovrednotiti glavarino, – stimulatивно nagrajevati time glede na dejansko obremenjenost in – zmanjšati administrativna bremena v ambulanti. <p>Uredba nadgrajuje področje paliativne oskrbe otrok in odraslih, in sicer tako z vidika vsebine, izvajanja kot tudi plačevanja.</p>

Z uredbo se s 1. aprilom 2025 uvaja plačilo krvnih komponent dobaviteljem in ne izvajalcem, ki krvne komponente potrebujejo za izvajanje zdravljenja.

Z uredbo se določa tudi dodatek za neposredno delo z osebami z duševno, telesno ali senzorno motnjo in za neposredno delo z osebami z demenco, za katero je potreben povečan nadzor, se izplačuje pri zavodih, ki v skladu z zakonom, ki ureja socialno varstvo, v mreži javne službe opravljajo socialnovarstveno storitev institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji oziroma pomoč družini na domu in zavodih, ki v skladu z zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo, izvajajo dolgotrajno oskrbo

Z uredbo se zagotovijo dodatna sredstva za standardne materiale za protetiko tako na primarni kot na sekundarni ravni. Spreminja se cena za laboratorija za vse izvajalce ambulantne družinske medicine oziroma splošne medicine. Prav tako se spreminja cena priprave in aplikacije zdravila. Zagotovijo se tudi sredstva za cepivo proti ošpicam, rdečkam, mumpsu in noricam (cepivo OMRN), za cepivo proti mpox (opičjim kozam) ter za cepivo proti klopnemu meningoencefalitisu in sredstva za preglede registriranih športnikov skladno s Pravilnikom o preventivnih pregledih športnikov.

Z uredbo se v patronažnem zdravstvenem varstvu uvaja določilo, ki bo izvajalcem omogočal plačilo preseženega načrtovanega obsega programa do 120 % pogodbene vrednosti pod pogojem, da je izvedenih 5 % preventivnih obravnav.

Predlog uredbe opredeljuje način financiranja posameznih programov in podrobneje določa kalkulativne elemente v skladu s 66. členom ZZZVZ.

V predlogu Uredbe so vključene tako obveznosti izvajalcev zdravstvene dejavnosti, kakor tudi obveznosti ZZZS v zvezi s programi oziroma izvajanjem zdravstvenih storitev, ki so plačani iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

6. Presoja posledic za:

a)	javnofinančna sredstva nad 40.000 EUR v tekočem in naslednjih treh letih	DA/NE
b)	usklajenost slovenskega pravnega reda s pravnim redom Evropske unije	DA/NE
c)	administrativne posledice	DA/NE
č)	gospodarstvo, zlasti mala in srednja podjetja ter konkurenčnost podjetij	DA/NE
d)	okolje, vključno s prostorskimi in varstvenimi vidiki	DA/NE
e)	socialno področje	DA/NE
f)	dokumente razvojnega načrtovanja: 1. nacionalne dokumente razvojnega načrtovanja 2. razvojne politike na ravni programov po strukturi razvojne klasifikacije programskega proračuna 3. razvojne dokumente Evropske unije in mednarodnih organizacij	DA/NE

7.a Predstavitev ocene finančnih posledic nad 40.000 EUR:

Dodatna sredstva, predvidena v predlogu Uredbe za leto 2025, znašajo 59,2 milijonov eurov. 59,2 milijonov eurov vključuje boljša vrednotenja programov in širitve programov v višini 23,2 milijonov eurov in nerealizirane širitve iz preteklih let v višini 36 milijonov eurov.

V okviru finančnega načrta ZZZS za leto 2025 so nerealizirane širitve iz preteklih let vključene v postavko povečanja odhodkov na osnovi učinkov Uredbe o določitvi programov storitev OZZ za leto 2024 (skupaj 106,6 milijonov eurov, od tega storitve 76,4 milijonov eurov).

Boljša vrednotenja in širitve programov v višini 23,2 milijonov eurov so v okviru finančnega načrta ZZZS vključena v postavko ocene učinkov Splošnega dogovora za pogodbeno leto 2025 oz. Uredbe

o določitvi programov storitev OZZ za leto 2025 v višini 10 milijonov evrov, kar pomeni preseganje odhodkov v višini 13,2 milijonov evrov.

Dodatnih 13,2 milijonov evrov ne bo dodatno bremenilo finančnega načrta ZZZS za leto 2025; dodatni vir predstavlja poslovanje ZZZS v letu 2024, ocena presežka prihodkov nad odhodki znaša 19,5 milijonov evrov.

Na podlagi dinamike preteklih let Ministrstvo za zdravje ocenjuje, da nerealizirane širitve v višini 36 milijonov evrov v letu 2025 ne bodo v celoti realizirane. Za nerealizirane širitve iz preteklih let je namreč Ministrstvo za zdravje v Uredbi 2025 predlagalo, da če ne bodo realizirane do 1. aprila 2025, se črtajo iz rezerviranih sredstev v okviru finančnega načrta ZZZS za leto 2025.

Ministrstvo za zdravje bo v letu 2025 spremljalo realizacijo porabe sredstev na mesečni ravni. Če bo poraba sredstev večja od sedaj predvidene in bi lahko pomenila preseganje najvišjega obsega izdatkov za zdravstveno blagajno za leto 2025, bo Ministrstvo za zdravje predlagalo ustrezne ukrepe za zagotavljanje srednjeročne javnofinančne vzdržnosti.

Predlog uredbe ne vključuje učinkov reforme plačnega sistema v javnem sektorju. Cene storitev bodo namreč na podlagi drugega odstavka 82. člena predloga uredbe spremenjene avtomatično (ni jih treba spreminjati v okviru Uredbe za leto 2025 oziroma sprememb Uredbe za leto 2025). Navajamo še omenjeno določilo, ki se glasi:

"(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."

Cene storitev se bodo spremenile avtomatično pod okriljem Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

V predlogu uredbe je popravljena tudi vsebina 236. člena, v katerem je vrednost za plačilo korekcij SPP-jev za leto 2025 znižana na 9,9 milijonov evrov.

I. Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
	Tekoče leto (t)	t + 1	t + 2	t + 3
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) prihodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov državnega proračuna				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) odhodkov občinskih proračunov				
Predvideno povečanje (+) ali zmanjšanje (–) obveznosti za druga javnofinančna sredstva				
II. Finančne posledice za državni proračun				
II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:				
Ime proračunskega uporabnika	Šifra in naziv ukrepa, projekta	Šifra in naziv proračunske postavke	Znesek za tekoče leto (t)	Znesek za t + 1
SKUPAJ				
II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:				
Novi prihodki	Znesek za tekoče leto (t)		Znesek za t + 1	
SKUPAJ				
OBRAZLOŽITEV:				
Ocena finančnih posledic, ki niso načrtovane v sprejetem proračunu				
V zvezi s predlaganim vladnim gradivom se navedejo predvidene spremembe (povečanje, zmanjšanje):				
1. prihodkov državnega proračuna in občinskih proračunov,				
2. odhodkov državnega proračuna, ki niso načrtovani na ukrepih oziroma projektih sprejetih proračunov,				
3. obveznosti za druga javnofinančna sredstva (drugi viri), ki niso načrtovana na ukrepih oziroma				

projektih sprejetih proračunov.

Finančne posledice za državni proračun

Prikazane morajo biti finančne posledice za državni proračun, ki so na proračunskih postavkah načrtovane v dinamiki projektov oziroma ukrepov:

II.a Pravice porabe za izvedbo predlaganih rešitev so zagotovljene:

Navedejo se proračunski uporabnik, ki financira projekt oziroma ukrep; projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in proračunske postavke (kot proračunski vir financiranja), na katerih so v celoti ali delno zagotovljene pravice porabe (v tem primeru je nujna povezava s točko II.b). Pri uvrstitvi novega projekta oziroma ukrepa v načrt razvojnih programov se navedejo:

1. proračunski uporabnik, ki bo financiral novi projekt oziroma ukrep,
2. projekt oziroma ukrep, s katerim se bodo dosegli cilji vladnega gradiva, in
3. proračunske postavke.

Za zagotovitev pravic porabe na proračunskih postavkah, s katerih se bo financiral novi projekt oziroma ukrep, je treba izpolniti tudi točko II.b, saj je za novi projekt oziroma ukrep mogoče zagotoviti pravice porabe le s prerazporeditvijo s proračunskih postavk, s katerih se financirajo že sprejeti oziroma veljavni projekti in ukrepi.

II.b Manjkajoče pravice porabe bodo zagotovljene s prerazporeditvijo:

Navedejo se proračunski uporabniki, sprejeti (veljavni) ukrepi oziroma projekti, ki jih proračunski uporabnik izvaja, in proračunske postavke tega proračunskega uporabnika, ki so v dinamiki teh projektov oziroma ukrepov ter s katerih se bodo s prerazporeditvijo zagotovile pravice porabe za dodatne aktivnosti pri obstoječih projektih oziroma ukrepih ali novih projektih oziroma ukrepih, navedenih v točki II.a.

II.c Načrtovana nadomestitev zmanjšanih prihodkov in povečanih odhodkov proračuna:

Če se povečani odhodki (pravice porabe) ne bodo zagotovili tako, kot je določeno v točkah II.a in II.b, je povečanje odhodkov in izdatkov proračuna mogoče na podlagi zakona, ki ureja izvrševanje državnega proračuna (npr. priliv namenskih sredstev EU). Ukrepanje ob zmanjšanju prihodkov in prejemkov proračuna je določeno z zakonom, ki ureja javne finance, in zakonom, ki ureja izvrševanje državnega proračuna.

7.b Predstavitev ocene finančnih posledic pod 40.000 EUR:

(Samo če izberete NE pod točko 6.a.)

8. Predstavitev sodelovanja z združenji občin:

Vsebina predloženega gradiva (predpisa) vpliva na:

- pristojnosti občin,
- delovanje občin,
- a. financiranje občin.

DA/NE

Gradivo (predpis) je bilo poslano v mnenje:

1. Skupnosti občin Slovenije SOS: DA/NE
2. Združenju občin Slovenije ZOS: DA/NE
3. Združenju mestnih občin Slovenije ZMOS: DA/NE

Predlogi in pripombe združenj so bili upoštevani:

- v celoti,
- večinoma,
- delno,
- niso bili upoštevani.

Bistveni predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani.	
9. Predstavitev sodelovanja javnosti:	
Gradivo je bilo predhodno objavljeno na spletni strani predlagatelja:	DA/NE
Gre za določitev programov storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelitev zmogljivosti in obseg sredstev za leto 2024, kjer sodelovanje javnosti ni predvideno.	
<p>(Če je odgovor DA, navedite: Datum objave:</p> <p>V razpravo so bili vključeni:</p> <ol style="list-style-type: none"> 4. nevladne organizacije, 5. predstavniki zainteresirane javnosti, 6. predstavniki strokovne javnosti. <p>Mnenja, predlogi in pripombe z navedbo predlagateljev (imen in priimkov fizičnih oseb, ki niso poslovni subjekti, ne navajajte):</p> <p>Upoštevani so bili:</p> <ul style="list-style-type: none"> - v celoti, - večinoma, - delno, - niso bili upoštevani. <p>Bistvena mnenja, predlogi in pripombe, ki niso bili upoštevani, ter razlogi za neupoštevanje:</p> <p>Poročilo je bilo dano</p> <p>Javnost je bila vključena v pripravo gradiva v skladu z Zakonom o ..., kar je navedeno v predlogu predpisa.)</p>	
10. Pri pripravi gradiva so bile upoštevane zahteve iz Resolucije o normativni dejavnosti:	DA/NE
11. Gradivo je uvrščeno v delovni program vlade:	DA/NE
dr. Valentina Prevolnik Rupel ministrica za zdravje	

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, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23) Vlada Republike Slovenije izdaja

UREDBO

o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto za leto 2025

I. DEL

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 2025.

(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. akutna bolnišnična obravnava predstavlja reševanje aktualnega zdravstvenega problema osebe na sekundarni ali terciarni ravni zdravstvene dejavnosti preko izvajanja terapevtskih oziroma diagnostičnih postopkov pri resnih akutnih boleznih, poškodbah, zastrupitvah ali drugih nujnih stanjih (kot na primer porod) in pri preprečevanju poslabšanja oziroma komplikaciji pri kroničnih boleznih, poškodbah ali stanjih, ki bi lahko ogrozila življenje ali normalne funkcije osebe;
3. brezšivna skrb je farmacevtska obravnava pacienta za zagotavljanje neprekinjene preskrbe in prenosa informacij o zdravljenju z zdravili pri prehajanju med različnimi ravni zdravstvenega varstva, ki zagotavlja boljše izide zdravljenja z zdravili;
4. celotna vrednost programa pomeni vrednost storitev, ki je zagotovljena z obveznim zdravstvenim zavarovanjem;
5. CBZ je centralna baza zdravil. Je osrednja referenčna nacionalna zbirka podatkov o zdravilih, ki imajo dovoljenje za promet v Republiki Sloveniji. Med drugim vsebuje podatke o razvrščenih zdravilih in živilih, podatke o omejitvi predpisovanja in izdajanja ter podatke o cenah zdravil in živil za obračun in podatke o najvišji priznani vrednosti zdravil ali živil na določen dan. Cene in najvišje priznane vrednosti v CBZ so brez DDV. Izvajalci jo za potrebe predpisovanja, izdajanja in obračuna v svoje sisteme uvažajo dnevno v obliki XML;
6. cena zdravila za obračun v CBZ je najvišja cena, po kateri Zavod zdravilo plača izvajalcu.

Je regulirana cena, in sicer najvišja dovoljena cena ali izredna višja dovoljena cena. Če se Zavod s proizvajalcem zdravil oziroma njegovim zastopnikom dogovori za nižjo ceno, je cena zdravila za obračun dogovorjena cena;

7. cena živila za obračun v CBZ je najvišja cena, po kateri Zavod živilo plača izvajalcu. Je dogovorjena cena, ki jo Zavod dogovori s proizvajalcem živil ali njegovim zastopnikom;
8. defektolog v zdravstveni dejavnosti je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica defektolog v zdravstveni dejavnosti;
9. deležniki so Zavod, pristojne zbornice, združenja zdravstvenih zavodov in drugih zavodov ter organizacij, ki opravljajo zdravstveno dejavnost in se vsako leto dogovorijo o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, pri čemer opredelijo zmogljivosti, potrebne za njegovo izvajanje, obseg sredstev, izhodišča za izvajanje programov in za oblikovanje cen programov ter druge podlage za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, drugimi zavodi in organizacijami, ki opravljajo zdravstveno dejavnost, ter zasebnimi zdravstvenimi delavci;
10. DMS je diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstveni tehnik;
11. DORA je državni presejalni program za zgodnje odkrivanje raka dojk;
12. DPOR je državni program za obvladovanje raka;
13. DS1, DS3a, DS5 je dežurna služba v skladu s pravilnikom, ki ureja službo nujne medicinske pomoči;
14. ePIZ je elektronski predlog imenovanemu zdravniku;
15. iCKZ je integrirani center za krepitev zdravja;
16. izvajalec je izvajalec zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe;
17. javni zavod je zdravstveni dom, lekarna, bolnišnica in druga oblika zdravstvene organizacije v skladu z zakonom, ki urejata zdravstveno in lekarniško dejavnost;
18. koncesionar je pravna ali fizična oseba, ki ji je na podlagi zakona, ki določa zdravstveno dejavnost, podeljena koncesija za opravljanje zdravstvene dejavnosti;
19. logoped v zdravstveni dejavnosti je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica logoped v zdravstveni dejavnosti;
20. LZM je ločeno zaračunljiv material;
21. ministrstvo je Ministrstvo za zdravje;
22. MoE NRV je mobilna enota nujnega reševalnega vozila v skladu s pravilnikom, ki določa službo nujne medicinske pomoči;
23. MoE VUZ je mobilna enota v sestavi zdravnik in diplomirani zdravstvenik za izvajanje intervencij NMP na terenu in ambulantni;
24. MOE VDZ je mobilna enota v sestavi zdravnik in tehnik zdravstvene nege za izvajanje neodložljivih zdravstvenih storitev na domu in ambulantni;
25. NIJZ je Nacionalni inštitut za javno zdravje;
26. NMP je nujna medicinska pomoč;
27. 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;
28. 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;
29. navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov je navodilo, 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 in objavi na svoji spletni strani. Sestavni del navodila so šifranti za obračun zdravstvenih storitev;

30. neakutna bolnišnična obravnava se izvaja po končani akutni bolnišnični obravnavi (končana diagnostika bolezenskega stanja, uvedena ustrezna terapija, zaključeno zdravljenje in določena rehabilitacija), ko zaradi zdravstvenega stanja 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;
31. OZG je Osnovno zdravstvo Gorenjske;
32. pediater je zdravnik specialist pediatrije;
33. podvrsta zdravstvene dejavnosti je vrsta zdravstvene dejavnosti, ki v pravilniku, ki določa vrste zdravstvene dejavnosti, sodi pod raven 2;
34. prvi pregled je prvi pregled v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice;
35. pozitivna lista zdravil in živil je lista, na katero so razvrščena zdravila in živila, ki se prepisujejo na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja;
36. psiholog je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica psiholog v zdravstveni dejavnosti;
37. seznam A je seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje;
38. seznam B je seznam bolnišničnih zdravil;
39. socialni delavec je zdravstveni sodelavec, ki izpolnjuje pogoje za opravljanje poklica socialni delavec v zdravstveni dejavnosti;
40. SOUS je Skupnost organizacij za usposabljanje Slovenije;
41. SVIT je državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki;
42. TZN je tehnik zdravstvene nege;
43. 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;
44. UC je urgentni center;
45. SUC je satelitski urgentni center;
46. utež je storitev, izražena v relativnih enotah;
47. visoka cena količnika je cena, ki se izračuna na podlagi načrtovanega celotnega prihodka za dejavnost dispanzerja za ženske in načrtovanega števila količnikov za storitve;
48. vrsta zdravstvene dejavnosti je vrsta zdravstvene dejavnosti, ki v pravilniku, ki določa vrste zdravstvene dejavnosti, sodi pod raven 1 (v nadaljnjem besedilu: VZD);
49. ZD je zdravstveni dom;
50. zdravstvena storitev je storitev, ki jo določa zakon, ki ureja pacientove pravice;
51. zobozdravnik je doktor dentalne medicine, ki izpolnjuje pogoje za samostojno opravljanje zdravniške službe v skladu z zakonom, ki ureja zdravniško službo;
52. ZORA je državni presejalni program za odkrivanje predrakavih in zgodnjih rakavih sprememb na materničnem vratu;
53. ZTM je Zavod Republike Slovenije za transfuzijsko medicino;
54. ZVC je zdravstveno vzgojni center;
55. zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije;
56. živila so živila za posebne zdravstvene namene.

II. DEL

PROGRAM STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

I. Splošne usmeritve za načrtovanje in izvajanje 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 184. člena te uredbe načrtuje najmanj na ravni plana iz pogodbe preteklega leta in največ do ravni realizacije preteklega leta, razen programov splošne in družinske medicine, otroškega in šolskega dispanzerja ter zobozdravstva za mladino, ki se načrtujejo na ravni plana iz pogodbe preteklega leta in drugih programov, za katere je s to uredbo določeno drugače.

(3) Če izvajalec za program, ki je plačan po realizaciji, v preteklem letu ni imel 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 načrtuje programe in poroča realizacijo programov ločeno po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti, razen v dejavnostih zobozdravstva za odrasle, 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 (nadomestitev izbranega osebnega zdravnika)

(1) V primeru prenehanja zaposlitve izbranega osebnega zdravnika mora izvajalec 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 dnem v mesecu, ki sledi mesecu, ko Zavod prejme obvestilo, brez sklenitve aneksa k pogodbi.

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

(1) Če izvajalec šest mesecev ne zagotavlja vsaj 90 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, Zavod z drugim izvajalcem dogovori začasni prevzem celotnega nerealiziranega programa in o tem obvesti ministrstvo. Če začasna prevzema programa ni

mogoče dogovoriti z izvajalcem znotraj iste območne enote, Zavod začasni prevzem programa dogovori med izvajalci izven te območne enote. Zavod začasni prevzem programa dogovori primarno z izvajalci, ki imajo oziroma do začasnega prevzema programa zagotovijo odgovornega nosilca te dejavnosti.

(2) Če izvajalec eno leto ne zagotavlja vsaj 90 % dogovorjenega programa posamezne podvrste zdravstvene dejavnosti, Zavod z drugim izvajalcem dogovori trajni prevzem celotnega nerealiziranega programa v soglasju z ministrstvom. Če trajnega prevzema programa ni mogoče dogovoriti znotraj iste območne enote, Zavod dogovori trajni prevzem programa med izvajalci izven te območne enote. Zavod trajne prevzeme programa primarno dogovori z izvajalci, ki imajo oziroma do trajnega prevzema programa zagotovijo odgovornega nosilca te dejavnosti.

(3) Zavod na podlagi ugotovitev iz prvega in drugega odstavka tega člena izvede začasni in trajni prevzem med izvajalci v okviru iste območne enote oziroma izven te območne enote, če prevzem znotraj iste ni mogoč. Prevzeme Zavod izvede do 10. septembra oziroma do 10. marca.

(4) Zavod spremlja realizacijo posameznih programov, in sicer:

- do 31. avgusta za prvo polovico pogodbenega leta,
- do 28. februarja za drugo polovico pogodbenega leta in
- za celotno pogodbeno leto.

(5) Ne glede na roke iz prejšnjega odstavka in število dogovorjenih prevzemov Zavod, upoštevajoč ugotovljeno realizacijo posameznih programov, po potrebi prevzem dogovori večkrat letno, najkasneje do 30. oktobra.

(6) 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 potrди ministrstvo.

(7) Prestrukturiranje iz prejšnjega odstavka se ne sme nanašati na preteklo obdobje.

(8) Prestrukturiranje programa, za katerega so s to uredbo dogovorjena dodatna sredstva za namen skrajševanja čakalnih dob, ni dopustno.

(9) Prestrukturiranje programa ob sklepanju pogodbe za novo pogodbeno leto lahko predlaga tudi Zavod, pri čemer upošteva podatke o realiziranem obsegu programa v preteklem pogodbenem letu, o številu čakajočih pacientov in čakalnih dobah.

II. Posebne usmeritve za načrtovanje in izvajanje programa

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

7. 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, ki je izbrani osebni zdravnik. Če izbrani osebni zdravnik ne izvaja preventive, je njegov program kurative v obsegu 100 % tima.

(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.

8. 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 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.

9. 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) Število glavarinskih količnikov se ugotavlja na zadnji dan v mesecu.

(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.

10. člen

(ambulante specializantov družinske medicine in otroškega in šolskega dispanzerja)

(1) Za povečanje dostopnosti do osebnega splošnega zdravnika izvajalec v dejavnosti družinske medicine kot nosilca ambulante »specializant družinske medicine« prijavi vsakega specializanta družinske medicine v zadnjem letniku specializacije, ob izpolnjevanju vseh pogojev, ki jih določa zakon, ki ureja zdravniško službo in vzpostavi ustrezen tim. Izvajalec za vzpostavitev ambulante specializanta družinske medicine Zavodu posreduje:

- ime in priimek specializanta,
- datum začetka vzpostavitve ambulante,
- predvideni datum zaključka specializacije.

(2) V otroškem in šolskem dispanzerju lahko izvajalec kot nosilca te dejavnosti prijavi tudi specializanta pediatrije v zadnjem letniku specializacije, ob izpolnjevanju vseh pogojev, ki jih določa zakon, ki ureja zdravniško službo. V primeru iz prejšnjega stavka, se zahtevke 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 otroškega in šolskega dispanzerja.

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 14 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.

(5) 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.

12. člen

(program splošne in družinske medicine v Domu na Krasu)

Program splošne in družinske medicine v Domu na Krasu, 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 Domžale, ZD Žalec, ZD Črnomelj, ZD Metlika, ZD Slovenska Bistrica, ZD Lenart, ZD Ormož, ZD Ajdovščina, ZD Piran, OZG (ZD Kranj), ZD Slovenske Konjice, ZD Brežice, ZD Ivančna Gorica, ZD Idrija, ZD Izola, ZD Logatec, ZD Slovenj Gradec, ZD Dravograd, ZD Šentjur, ZD Kočevje, ZD Postojna, ZD Celje, ZD Vrhnika, ZD Sevnica, ZD Ljubljana, ZD Ptuj, ZD Krško, OZG (ZD Radovljica), ZD Litija, ZD Ribnica, ZD Trbovlje, ZD Ljutomer, ZD Mozirje in ZD Radlje ob Dravi.

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

(preventivni pregledi registriranih športnikov)

Preventivne zdravstvene preglede registriranih športnikov v 5. in 7. razredu osnovne šole lahko izvajajo izvajalci, za katere je seznam zdravnikov objavljen na spletni strani programa ZDAJ.

16. člen

(turistične ambulate)

Zavod ZD, ki pokriva območje občine Bovec, Piran in Kranj ter občin, ki mejijo na te občine, kadar število storitev za zavarovane osebe, 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 0,2 tima, ZD Tolmin v višini 0,5 tima in OZG Kranj v višini 0,4 tima.

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. 11. 2024.
- (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.
- (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. Zahtevak za povračilo stroškov dela s strani proračuna za tega specializanta se zmanjša za delež prijave kot nosilca dispanzerja za ženske.

3. Farmacevtsko svetovanje

18. člen (program farmacevtskega svetovanja)

- (1) Zdravniki na primarni ravni v program farmacevtskega svetovanja napotujejo zavarovane osebe s polifarmakoterapijo in zavarovane osebe, za katere menijo, da so težave lahko posledica jemanja zdravil.
- (2) Zdravniki družinske splošne in specialistične zunajbolnišnične dejavnosti v program farmacevtskega svetovanja napotujejo zavarovane osebe:
 - s polifarmakoterapijo,
 - s težavami, povezanimi z zdravili,
 - s terapevtsko rezistentno boleznijo,
 - pred uvedbo zdravil z visokim tveganjem za součinkovanje.
- (3) Program lahko pridobijo zdravstveni domovi, ki za izvajanje tega programa pridobijo specialista klinične farmacije.
- (4) Program lahko pridobijo zdravstveni domovi in bolnišnice, ki za izvajanje tega programa pridobijo specialista klinične ali lekarniške farmacije z veljavno licenco in pridobljeno kompetenco za izvajanje storitve farmakoterapijskega pregleda.
- (5) Zdravnik z delovnim nalogom v program farmacevtskega svetovanja napotuje v zdravstveni zavod, v katerem dela. Če zdravstveni zavod programa ne izvaja, lahko zdravnik zavarovano osebo napoti k drugemu izvajalcu.

(6) Seznam oseb, ki lahko opravljajo delo v programu farmacevtskega svetovanja, vodi Lekarniška zbornica Slovenije, ki ga ob vsaki spremembi pošlje Zavodu. Nabor podatkov za seznam določi Zavod. Zavod pa ga objavi na svojih spletnih straneh.

(7) 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.

(8) V okviru programa farmacevtskega svetovanja se lahko izdelata osebna kartica zdravila (OKZ), ki se prenese v CRPP in se ob izpolnjevanju meril vključi v brezšivno skrb.

(9) Zavod spremlja podatke o porabi predpisanih zdravil in živil na recept ter zdravil s seznama A in B za vse zdravnike predpisovalce ter kazalnike kakovostnega predpisovanja zdravil za zdravnike splošne in družinske medicine ter pediatre z opredeljenimi zavarovanimi osebami in o njih letno obvešča zdravnike.

(10) Določbi prvega in tretjega odstavka iz tega člena veljata do 30. junija 2025.

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.

(4) Izvajalci patronažne zdravstvene nege posebej načrtujejo sredstva za sodobne obloge za rane v višini 5.000 eurov na tim letno.

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 koncesionar 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) 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.

(4) NIJZ v sodelovanju z ministrstvom spremlja realizacijo programa CDZOM in CDZO in na spletnih straneh NIJZ objavlja mesečna poročila.

23. člen

(CDZOM)

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

(2) Pogoji 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. Izjemoma je lahko v CDZOM, kjer v treh poskusih niso uspeli pridobiti nosilca programa v zahtevanem obsegu, in ob pozitivnem mnenju NIJZ, nosilec programa specialist klinične psihologije v polovičnem obsegu polnega delovnega časa, pri čemer ta specialist klinične psihologije ne more biti hkratni nosilec programa dveh timov CDZOM.

(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 ali specialista klinične psihologije za polovični delovni čas ob pozitivnem mnenju NIJZ,
2. tri psihologe,
3. enega defektologa ali enega delovnega terapevta ali dva logopeda,
4. enega socialnega delavca,
5. eno DMS ali enega tehnika zdravstvene nege,
6. administrativno tehnični kader v skladu s petim odstavkom 76. člena te uredbe.

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

24. člen
(CDZO)

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

(2) Pogoji za začetek financiranja programa ambulantne obravnave CDZO je zaposlitev nosilca programa, ki je zdravnik specialist psihiatrije, v polovičnem obsegu polnega delovnega časa ali zaposlitev specialista klinične psihologije za polni delovni čas. V primeru, kadar je nosilec programa specialist klinične psihologije, je potrebno zagotoviti redno vključevanje zdravnika specialista psihiatrije v program ambulantne obravnave CDZO vsaj v obsegu 20 % polnega delovnega časa.

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

- enega zdravnika specialista psihiatrije, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa ali specialista klinične psihologije za polni delovni čas in enega zdravnika specialista psihiatrije v obsegu 20 % polnega delovnega časa,
- eno DMS ali enega tehnika zdravstvene nege,
- enega socialnega delavca, zaposlenega v polovičnem obsegu polnega delovnega časa,
- dva psihologa,
- administrativno tehnični kader v skladu s petim odstavkom 76. člena te uredbe.

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

(5) Pogoji za začetek financiranja programa skupnostna psihiatrična obravnava v okviru CDZO 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 CDZO 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 petim odstavkom 76. člena te uredbe.

(7) Izvajalec minimalno kadrovske sestave 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 CDZO)

(1) Ob vzpostavitvi CDZOM oziroma CDZO se obstoječi programi 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 2023 in število vzdrževanih v metadonskem programu v letu 2023, oblikuje v številu timov, v skladu s Prilogo 20 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 20 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 šola 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 16 te uredbe.

(2) Finančna sredstva za izvajanje podpornih aktivnosti so določena glede na velikost centra in so opredeljena v Prilogi 16 te uredbe.

30. člen

(program iCKZ)

(1) iCKZ izvaja programe za krepitev zdravja in pogovornih ur odrasle populacije, otrok in mladostnikov, aktivnosti krepitev zdravja v lokalnih skupnostih, vodenje iCKZ, zdravstveno vzgojo projektnega učenja mladih odraslih in v mladinskih centrih ter varno vadbo za nosečnice.

(2) Izvajalci programa iCKZ so 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, ZD Logatec, 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.

(3) 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.

31. 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

32. člen
(obnovitvena rehabilitacija invalidov, udeležba v organiziranih skupinah za usposabljanje ter letovanje 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 razpisne dokumentacije in na izbor ponudnikov.

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

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

33. 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, seznanji Zavod in izvajalce z ažurnim seznamom pooblaščenih centrov.

(3) Za zavarovane osebe 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 pacienta. Hospitalne skrining kolonoskopije se plačajo po SPP iz rednega programa. Pogoj za obračun hospitalno izvedenih kolonoskopij Zavodu je poročanje v informacijski sistem Programa SVIT in potrditev Programa SVIT o opravljeni storitvi.

34. člen
(program DORA)

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

(2) V letu 2025 se poleg navedenega izvaja pilotni projekt za širitev programa DORA za ženske stare od 45 do 49 let, na način, da bo v program DORA v tej starostni skupini vključenih 5.000 žensk. Na podlagi odzivnosti in potreb po dodatni diagnostiki v tej starostni skupini bo pripravljen izračun dodatnih kapacitet za širitev programa na celotno populacijo žensk v tej starostni skupini v prihodnjih letih.

35. 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, poštnino 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.

36. 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

37. 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.

(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.

38. 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.

39. člen (program NMP)

(1) Program NMP z dežurno službo je določen v Prilogi 16 te uredbe.

(2) Ministrstvo spremlja izvajanje programa NMP z dežurno službo in na spletnih straneh ministrstva objavlja obdobja poročila.

(3) Ne glede na prvi odstavek tega člena lahko izvajalci, na podlagi predhodnega soglasja ministrstva in v okviru finančnih sredstev iz te uredbe, izvajanje programa NMP začasno prilagodijo tako, da se dogovorijo o zagotavljanju skupnih dežurnih mest pri izvajanju službe NMP. Izvajalci so po prejemu soglasja ministrstva o tem dolžni obvestiti Zavod.

40. člen (zagotavljanje NMP v posameznih UC)

(1) Splošna bolnišnica Celje zagotavlja NMP z 1,5 ekipe MoE VUZ in 3,5 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.

41. 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 16 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 16 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 22. uro, ki vključuje tudi reševalno vozilo z reševalcem,
- zdravstveni kader za izvajanje koordinacije.

42. 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:
- 12 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.

43. člen

(program nenujnih reševalnih prevozov)

Program nenujnih reševalnih prevozov in sanitetnih prevozov se oblikuje v skladu s Prilogo 16 te uredbe.

11. Zobozdravstvena dejavnost

44. 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.

45. 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 storitve 01008, preračunano na en tim.

46. 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

47. člen (dejavnost NIJZ)

(1) Program ugotavljanja in obvladovanja nalezljivih bolezni 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 skrbijo 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 2025. 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
- 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 280.662,00 eura.

(9) NIJZ se za program zmanjševanja škode uporabe prepovedanih drog zagotovi 189.349,00 eura.

(10) NIJZ se za koordinacijo in upravljanje implementacije centrov za duševno zdravje zagotovi 494.562,00 eura.

(11) NIJZ se za zagotavljanje podpornih zdravstveno-vzgojnih gradiv zagotovi 220.642,00 eura.

(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 8.700,00 eura.

(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.

(14) NIJZ se za razvojno-implementacijski tim za upravljanje programa ZDAJ za otroke, mladostnike in študente zagotovi 700.000,00 eura.

(15) NIJZ se za 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 zagotovi 153.261,24 eura.

13. Zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov

48. 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 6 te uredbe. V preostalem času zdravstveno varstvo obsojencev in pripornikov zagotavljajo na klic, s hišnim obiskom ali na lokaciji ZD.

14. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost

49. člen

(minimalno število prvih pregledov)

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

VZD	Podvrsta zdr. dej.	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	1812
209	215	Internistika	735
211	220	Kardiologija in vaskularna med.	930
215	224	Maksilofacialna kirurgija	1.068
220	229	Okulistika	2.615
222	231	Ortopedija	3.254
230	241	Psihiatrija	296
234	251	Splošna kirurgija	1.772
239	257	Urologija	1.190
249	216	Diabetologija	387
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.

50. člen (program CT in MR preiskav)

(1) Načrtovani obseg CT- in MR-preiskav javnega zavoda od 1. januarja 2025 je enak realiziranemu številu preiskav v preteklem letu. Načrtovani obseg CT- in MR-preiskav koncesionarja od 1. januarja 2025 je enak realiziranemu številu preiskav v letu 2023, povečan za število preiskav, ki je enako številu čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. januarja 2025. V letu 2026 je načrtovani obseg CT- in MR-preiskav koncesionarja enak načrtovanemu obsegu preiskav v letu 2025.

(2) Pogodbena vrednost programa za CT- in MR-preiskave javnega zavoda od 1. januarja 2025 je enaka realizirani vrednosti programa v preteklem pogodbenem letu. Pogodbena vrednost programa za CT- in MR-preiskave koncesionarja od 1. januarja 2025 je enaka realizirani vrednosti programa v pogodbenem letu 2023, povečani za vrednost preiskav iz naslova čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. januarja 2025. Ta vrednost se izračuna kot zmnožek števila čakajočih nad dopustno čakalno dobo na dan 1. januarja 2025 in vrednostjo povprečne preiskave v letu 2023.

51. člen (načrtovanje sredstev za laboratorij v dejavnosti nefrologije)

(1) V dejavnosti nefrologije se posebej načrtujejo sredstva za laboratorij, pri čemer znaša vrednost ene enote laboratorija 163.932 eurov. Število enot je enako planu iz pogodb preteklega leta.

(2) Koncesionarji, ki izvajajo program nefrologije, in ki so v letu 2024 nefrološke storitve obračunali v okviru internistike, v letu 2025 nefrološke storitve obračunajo v okviru modela plačevanja za nefrologijo, ki je bil uveden v letu 2024. Obseg programa potrđita Zavod in ministrstvo.

52. člen (načrtovanje programa nevrologije)

Izvajalce, ki imajo v pogodbi z Zavodom dogovorjen program samo za EMG ali nevrofiziologijo z EEG in EMG, ne planirajo celotnih ali subspecialističnih pregledov. Ti izvajalci lahko obračunajo Zavodu samo storitve EMG in EEG.

15. Paliativna oskrba otrok in odraslih

53. člen (program in izvajalci)

(1) Program paliativne oskrbe odraslih (v nadaljnjem besedilu: PO - Odrasli) in otrok (v nadaljnjem besedilu: PO - Otroci) se vzpostavi in izvaja na primarni ravni, sekundarni in terciarni zdravstveni dejavnosti, kot osnovna (OPO) in specializirana paliativna oskrba (SPO). Izvajalci OPO so vsi zdravstveni delavci in sodelavci, ki prihajajo v stik s pacienti in njihovimi svojci. Izvajalci SPO so zdravstveni delavci in sodelavci z dodatnimi/specialnimi znanji iz paliativne oskrbe, ki oskrbujejo paciente s kompleksnejšimi težavami.

(2) OPO in SPO se lahko izvajajo v vseh okoljih (prilagojeno potrebam pacienta in njegovih bližnjih ter starosti pacienta), torej v bolnišnicah, zdravstvenih domovih, socialno varstvenih zavodih, hospicij in na pacientovem domu. OPO se za odrasle izvaja tudi na oddelkih za neakutno obravnavo.

(3) Mreža dejavnosti PO-Odrasli in PO-Otroci se vzpostavi postopoma, v skladu z razpoložljivostjo kadra, do obsega standardov Državnega program paliativne oskrbe (DPPO) za odrasle in z Načrtom paliativne oskrbe otrok na vseh zdravstvenih nivojih (NPOO) oziroma po priporočilih pristojnega RSK za paliativno oskrbo. Program PO-Otrok se vsebinsko in po deležu izvajanih storitev razlikuje od programa PO-Odrasli, zaradi vrste bolezni, poteka in oskrbe otrok, čustvenega bremena, komunikacije, socialne stiske, željenega mesta oskrbe in umiranja in sestave timov, ki nudijo POO skladno z Načrtom paliativne oskrbe otrok.

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

54. člen (upravičenci)

Upravičenci do paliativne oskrbe so zavarovane osebe, ki potrebujejo paliativno obravnavo in imajo podano paliativno oceno.

55. člen (specializirana paliativna oskrba – nosilec, vsebina dela, regija, dejavnosti in obseg dela)

(1) Nosilec programa specializirane paliativne oskrbe (SPO) - Odrasli na sekundarnem in terciarnem nivoju zdravstva je zdravnik specialist kliničnih strok z dodatnim znanjem iz paliativne oskrbe oziroma za program SPO - Otroci specialist pediater z dodatnim znanjem iz paliativne oskrbe.

(2) Tim SPO pri svojem strokovnem delu upošteva smernice pristojnega RSK za paliativno oskrbo.

(3) Tim SPO - Odrasli zagotavlja in koordinira paliativno oskrbo prebivalcem regije, usklajeno z DPPO.

(4) Tim SPO - Otroci zagotavlja in koordinira paliativno oskrbo prebivalcem regije, usklajeno z NPOO.

(5) Dejavnosti SPO se za odrasle izvajajo v bolnišnicah (Akutni oddelki za paliativno oskrbo (OAPO), dnevna bolnišnica (DHPO), ambulate za zgodnjo paliativno oskrbo (AZPO), konziljarna služba (KSPO) in na domu (Mobilne paliativne enote (MPT), dejavnosti SPO za otroke pa v bolnišnicah (HPO), dnevni bolnišnici (DHPO), ambulantni za paliativno oskrbo (APO), konziljarna služba (KSPO) in na domu (Mobilne paliativne enote (MPT).

(6) Časovni obseg dela SPO:

- dejavnost bolnišnične oskrbe se izvaja 24/7; za odrasle na OAPO po standardih in priporočilih pristojnega RSK za paliativno oskrbo; za otroke se HPO izvaja na otroških oddelkih, ki niso posebej imenovani kot oddelki za paliativno oskrbo.
- AZPO se izvaja za odrasle, pokretne paciente najmanj dva dni v tednu, APO za otroke en dan v tednu;
- MPT zagotavlja obiske na domu in v zavodih (domovih za starejše, zavodih za usposabljanje, delo in varstvo, kjer bivajo otroci z gibalno oviranostjo in motnjo v duševnem razvoju) za slabše pokretne paciente s kompleksnimi potrebami vse dni v tednu;
- KSPO se izvaja v bolnišnicah regije vse dni v tednu;
- Telefonska podpora pacientom in njihovim bližnjim, svetovanje osebnim zdravnikom, patronažni službi, zdravnikom v specialistični bolnišnični dejavnosti in v urgentnem centru in drugemu zdravstvenemu osebju, ki oskrbuje te paciente vse dni v tednu (24/7).

56. člen
(financiranje)

(1) Obravnave na OAPO in DHPO se plačujejo po SPP.

(2) Obravnave v AZPO, KSPO in MPT po šifrantu storitev Zavoda 15.114 (VZD 241 279) paliativna obravnava - odrasli in šifrantu storitev Zavoda 15.150 (VZD 241 291) paliativna obravnava - otroci.

16. Urgentni centri

57. 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 se zagotavlja 24 ur na dan vse dni v letu, in sicer v obsegu, ki je določen v Prilogi 16 te uredbe. Delovanje EHP zagotovita bolnišnica in/ali ZD v skladu sklenjenim sporazumom.

URGENTNI CENTER	Delovanje EHP zagotavljajo	Zagotavljanje EHP
BREŽICE	ZD Brežice	ZD Brežice v okviru ekip MoE VUZ in MoE NRV. ZD Brežice se priznajo dodatna sredstva v višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
CELJE	SB Celje	SB Celje v času dežurstva v okviru programa (1,15) DS 1, v rednem delovnem času v okviru programa (1,5) EHP v rednem delovnem času.
IZOLA	SB Izola ZD Koper ZD Izola ZD Piran	ZD Izola, ZD Koper in ZD Piran v času dežurstva v okviru ekip MoE VUZ, v rednem delovnem času SB Izola v okviru programa (0,69) EHP v rednem delovnem času.
JESENICE	ZD Jesenice	ZD Jesenice v okviru ekip MoE VUZ in MoE NRV ter programa (0,25) DS 1.

URGENTNI CENTER	Delovanje EHP zagotavljajo	Zagotavljanje EHP
		Dodatno se priznajo sredstva v dvojni višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
MARIBOR	ZD Maribor	ZD Maribor v času dežurstva okviru programa (2,5) DS1, v rednem delovnem času v okviru ekip VUZ in programa (0,69) EHP v rednem delovnem času.
MURSKA SOBOTA	SB Murska Sobota ZD Murska Sobota	ZD Murska Sobota v času dežurstva v okviru programa (1,5) DS1. V rednem delovnem času v skladu z medsebojno pogodbo SB MS in ZD MS v okviru programa (0,69) EHP v rednem delovnem času.
NOVA GORICA	ZD Nova Gorica SB Nova Gorica	ZD Nova Gorica v času dežurstva v okviru programa (1) DS1. V rednem delovnem času v skladu z medsebojno pogodbo SB Nova Gorica in ZD Nova Gorica, v okviru programa (0,36) EHP v rednem delovnem času.
NOVO MESTO	SB Novo mesto	SB Novo mesto v času dežurstva v okviru programa (1,3) DS 1, v rednem delovnem času v okviru programa (1,19) EHP v rednem delovnem času.
SLOVENJ GRADEC	ZD Slovenj Gradec SB Slovenj Gradec	V času dežurstva ZD Slovenj Gradec v okviru programa (1) DS1. V rednem delovnem času SB Slovenj Gradec v okviru programa (0,69) EHP v rednem delovnem času.
TRBOVLJE	ZD Trbovlje	Do vzpostavitve dispečerske službe zdravstva: ZD Trbovlje v okviru ekip MoE VUZ in MoE NRV. Dodatno se priznajo sredstva v višini vrednosti laboratorija iz kalkulacije 302 001 Splošna ambulanta.
LJUBLJANA	ZD Ljubljana	ZD Ljubljana v času dežurstva okviru programa (5) DS1, v rednem delovnem času v okviru (2,5) programa EHP v rednem delovnem času.
PTUJ	ZD Ptuj	ZD Ptuj v času dežurstva okviru programa (1,6) DS1, v rednem delovnem času v okviru (0,39) programa EHP v rednem delovnem času.

(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 %.

58. člen (satelitski urgentni center)

(1) Triažo in opazovanje 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, ZD Velenje, ZD Litija, ZD Črnomelj, OZG ZD Škofja Loka, ZD Domžale, skupaj ZD Ivančna Gorica in ZD Grosuplje.

(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.

16. Dializna dejavnost

59. 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

60. člen (program 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 10 te uredbe.

(4) Plan primerov 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 10 te uredbe (utež za obračun) oziroma na podlagi priznane realizirane uteži na primer iz leta 2024.

61. člen (načrtovanje programa akutne bolnišnične obravnave – drugo)

Programi, ki jih izvajalec ne obračunava 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.

62. člen (program psihogeriatrije)

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

63. 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.

64. 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.

65. 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.

18. Terciarna zdravstvena dejavnost

66. 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) Izvajalci terciarne zdravstvene dejavnosti so 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 in NIJZ.

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

67. 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 magisterija in doktorata. 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.

(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. 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.

(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 povečanje varnosti pacientov oziroma varne rabe zdravil.

(6) Izvajalec ob podpisu pogodbe z Zavodom oziroma aneksa k pogodbi predloži okvirne vsebine projektov, opredeljenih v svojem poslovnem in finančnem načrtu oziroma ob podpisu pogodbe znane podatke o: naslovu projekta, naročniku 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.

(7) 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 25.1	Register testiranih oseb iz družin, obremenjenih z dednim rakom
	NIJZ 26	Register organiziranega odkrivanja in obravnave predrakavih sprememb in raka materničnega vratu (Register ZORA)
	NIJZ 26.1	Register organiziranega zgodnjega odkrivanja in obravnave raka dojk (Register DORA)
	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

68. člen
(program terciar II)

(1) Terciar II obsega izvedenost in težavnost.

(2) Izvedenost predstavlja:

- subspecialne time najvišjo stopnjo usposobljenosti zdravstvenih timov na posameznem strokovnem področju, vključno s podpodročji, ki načrtujejo in izvajajo celovito zdravstveno obravnavo redkih in zapletenih bolezni v državi,
- subspecialne laboratorije, diagnostične in terapevtske enote, ki edini v državi opravljajo 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 sekundarne cene,
- tematske interdisciplinarne ekspertne konzilije, ki predstavljajo trajno ali občasno horizontalno povezanost več strok oziroma več strok pri različnih izvajalcih za najboljše reševanje problemov zdravstvene obravnave vključno z izdajo mnenj v zvezi s postopki zdravljenja v tujini.

(3) Težavnost predstavlja najbolj zahtevna bolnišnična zdravljenja, kjer stroški praviloma presegajo zaračunano vrednost.

69. 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.

19. Diagnostične preiskave vzorcev tkiv in krvi v tujini

70. 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, ki ga izvaja UKC Ljubljana, je enak planu iz pogodbe preteklega leta.

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

20. Lekarniška dejavnost

71. člen

(program lekarniških storitev)

Program lekarniških storitev zajema izdajo zdravil in živil, ki so razvrščena na pozitivno 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.

72. člen

(načrtovanje programa lekarniških storitev)

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

(2) Za lekarno, ki začne poslovati v letu 2025, se program načrtuje v obsegu enega tima iz Priloge 1 te uredbe.

(3) Seznam oseb, ki lahko izvajajo kognitivne storitve v okviru brezšivne skrbi, vodi Lekarniška zbornica Slovenije, ki ga ob vsaki spremembi pošlje Zavodu. Nabor podatkov za seznam določi Zavod. Zavod ga objavi na svojih spletnih straneh.

(4) Dežurstvo v lekarnah se opravlja na območju mesta ali za več občin v skladu s Prilogo 13 te uredbe.

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

73. 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) Zmogljivosti za izvajanje programa zdravstvene nege so določene s številom postelj oziroma mest v posameznem socialno varstvenem zavodu v skladu s Prilogo 14 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 varstvenemu 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 14 te uredbe, v letu 2024, in sicer:

	delež	delež	delež
tip storitev	zdravstvena nega I	zdravstvena nega II	zdravstvena nega III
tip A	15,40%	6,82%	77,78%
tip B+C	3,70%	4,46%	91,84%
tip C1	0,67%	1,85%	97,48%

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

74. 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 14 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 14 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: 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.

75. 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 oz. glede na izdano odločbo Zavoda za šolstvo ter dnevno varstvo za odrasle osebe z motnjami v duševnem razvoju.

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

(3) Socialno varstveni zavodi za usposabljanje program zdravstvenih storitev v dnevni centrih načrtujejo v višini 80% cene celodnevne varstva.

76. člen

(program dnevne obravnave v CIRIUS Vipava)

Za CIRIUS Vipava znaša cena za dnevno obravnavo 95 % cene celodnevne varstva.

77. člen

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

(1) Program zdravstvene nege v zavodih za vzgojo in izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami iz zakona, ki ureja usmerjanje otrok s posebnimi potrebami Zavod financira na ravni plana iz pogodb preteklega leta. Financiranje temelji na mesečnih dvanajstinah. Zavod s SOUS sklene pogodbo o financiranju programa za vse izvajalce iz Priloge 15 te uredbe.

(2) Program centra za sluh in govor se oblikuje v skladu s Prilogo 2 te uredbe in normativa točk na vkalkuliranega delavca 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.

22. Zdraviliška dejavnost

78. 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 19 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

79. člen

(vrednosti programov in cene zdravstvenih storitev)

Vrednosti programov in cene storitev iz te uredbe se nanašajo na njihovo celotno vrednost.

80. člen

(načrtovanje števila timov in zaposlenih)

(1) Načrtovanje števila timov temelji na 1.430 urah letnega efektivnega 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) Število timov se pri načrtovanju zaokroži na največ pet decimalnih mest.

(5) 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.

(6) 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 14 te uredbe.

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

(8) 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.

81. člen (elementi za oblikovanje cen storitev)

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

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

82. člen (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,
- dodatke, določene 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. Ob tem se preveri višina že vkalkuliranih stroškov dela.

(3) Vračunanje osnovnih plačnih razredov v programih oziroma cenah storitev po dejavnostih je razvidno iz Priloge 5 te uredbe.

83. člen (dodatek 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.

84. 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 032, 036, 039, 051, od 057 do 059, od 064 do 067, 069, 258, 606	2,50 %
- farmacevtsko svetovanje	302 001 Z0042	2,90 %
- v dejavnosti NMP brez administrativno tehničnega kadra		
- dežurna služba 1, 3a, mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (zdravnik specialist 2)	338 040, 338 042, 338 062	82,39 %
- dežurna služba 3a (zdravnik specialist 1)	338 042	5,73 %
mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (zdravnik specialist 1)	338 062	
- dežurna služba 5	338 045	20,00 % *
- triaža satelitski urgentni center (ves kader)	338 046	9,6 %
- dispečerska služba, mobilna enota nujnega reševalnega vozila, mobilna enota vozila urgentnega zdravnika (diplomirani zdravstvenik)	338 038, 338 049 338 062	39,23 %
- helikopter, motorno kolo	338 024, 338 049	22,50 %
- enota za hitre preglede (zdravnik in dipl. med. sestra / višja med. sestra)	338 051	33,23 %
- enota za hitre preglede (razen zdravnika in dipl. med. sestra / višja med. sestra)	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, 743 608, 743 615	3,20 % ***
- v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (s psihiatrijo)	podvrste: 033, 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, 290	2,50 %
- urgentni centri: triaža in sprejem, opazovalna enota	238 271, 238 272	9,60 %

Dejavnost	Podvrste zdravstvene dejavnosti	odstotek
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	14,96 %
- 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	28,06 %
- 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 dejavnosti, sobivanje starša ob stacionarnem zdraviliškem zdravljenju otroka in invalida	104 501, 701 310	5,80 %
- v dejavnosti NIJZ	246 820, 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 13 te uredbe

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

***** Samo CIRIUS Vipava

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

85. člen
(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 4 te uredbe, vračunana sredstva za delovno dobo iz 83. člena te uredbe, sredstva za dodatke po kolektivni pogodbi iz 84. člena te uredbe in sredstva za redno delovno uspešnost.

86. člen

(regres, jubilejne nagrade, premija 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.

87. člen

(dodatek za dvojezičnost)

(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, nevrologije, nefrologije, kardiologije (od 1. julija 2025), 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 85. člena te uredbe.

88. člen

(materialni stroški)

(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) Izvajalcem se pri prvem izračunu akontacije po sprejetju uredbe priznajo dodatna sredstva za sofinanciranje informatizacije za vključitev v sistem ePIZ in vključitev v elektronsko spletno storitev zavoda za prevzem dokumentov v elektronski obliki, ki jih izdajajo imenovani zdravniki in zdravstvena komisija.

(6) 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. januarja tekočega leta, pri čemer se število nosilcev za koordinacijo preventive med letom ne spreminja.

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

(8) Socialno varstveni zavodi načrtujejo sredstva za sodobne obloge za oskrbo kronične rane letno v višini 40 eurov na število mest posameznega izvajalca v skladu s Prilogo 14 te uredbe.

(9) Izvajalec posebej obračunava preparate za fluorizacijo zob v skladu z navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje.

(10) 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.

89. člen (amortizacija)

(1) Amortizacija se izračuna na podlagi 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.

90. 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 ambulantne splošne in družinske medicine, otroških in šolskih dispanzerjev ter dispanzerjev za ženske,
 - 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,
 - druge storitve iz Priloge 1 te uredbe.
2. V lekarniški dejavnosti za:
 - točko.
3. V specialistični zunajbolnišnični dejavnosti za:
 - točko,
 - posege, operacije, primere,

- nemedicinsko oskrbni dan,
 - druge 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),
 - dializo VII (hemodiafiltracija na domu).
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 (bolnišnična dejavnost psihiatrije, dnevna obravnava, skupnostna psihiatrija, nadzorovana obravnava, obravnava v tuji družini, zdravljenje in rehabilitacija oseb s komorbidnostjo, psihogeriatrija, bolnišnična obravnava otrok in mladostnikov s kemičnimi oblikami zasvojenosti (PAS) in komorbidnimi stanji, obravnava otrok in mladostnikov z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji, obravnava odraslih z nekemičnimi oblikami zasvojenosti in komorbidnimi stanji),
 - 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):
- neakutno bolnišnično obravnavo (zdravstvena nega, paliativna oskrba, podaljšano bolnišnično zdravljenje) (BOD),
 - rehabilitacijo invalidne mladine (BOD),
 - doječe matere (NOD),
 - sobivanje ob hospitaliziranem otroku (NOD),
 - forenzično psihiatrijo (BOD),
- č) druge storitve 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 eura, 1 % odstopanje pri ceni storitve nad 1 do 2 eura ter 0,5 % odstopanje pri ceni storitve nad 2 eura.

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

91. člen

(določanje vrednosti programov v pavšalu)

(1) 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, 14 % programa preventive v splošni in družinski medicini, ki vključuje kratke obiske in obravnave na daljavo, ki jih izvaja diplomirana medicinska sestra, turistične ambulante, program zdravstvene vzgoje, vključno z ZVC in iCKZ, služba NMP in dežurne službe, 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, družinska obravnava za zdrav življenjski slog, program CDZOM in CDZO eno leto od ustanovitve centra,
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: EHP, triaža in administrativni sprejem, enota za opazovanje in nadzor, 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,
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,
11. ambulanta specializanta družinske medicine, maksimalno šest mesecev od vzpostavitve ambulante.

(2) Če je izvajalec začel ali končal z izvajanjem programa med mesecem, mu za ta mesec pripada sorazmerni del pavšala.

92. člen

(dodatek za obravnavo gluhe zavarovane osebe)

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, s katero se določa način vrednotenja, obračunavanja in plačila stroškov tolmačev slovenskega znakovnega jezika.

93. člen

(ločeno zaračunljivi materiali in storitve)

(1) Izvajalec lahko poleg materialnih stroškov iz 88. člena te uredbe, glede na zdravstveno dejavnost, ki jo opravlja, posebej zaračunava:

1. standardno kovino za zobozdravstvene storitve v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje,
2. materiale in elemente pri zobnoprotenični 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 zobnoprotenični 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 (Papanicolaou - 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 LZM Zavodu zaračuna tudi izvajalec v javni mreži, ki je storitev dejansko opravil,
8. četverni presejalni test (AFP, hCG.uE3, Inhibin A in BIP), če je prvi obisk nosečnice pri izbranem ginekologu po 14. tednu nosečnosti,
9. preiskavo na streptokok B za nosečnice pri izbranem ginekologu,
10. pri nosečnicah testi PCR na spolno prenosljive bolezni in serološke preiskave na hepatitis B pri izbranem ginekologu ter neinvazivni presejalni testi ppcDNA v dejavnosti klinične genetike (213 222),
11. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti gastroenterologije in endoskopije: hemostazni klip, držalo za klipe, 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 tudi storitve kolonoskopije in nimajo posebej opredeljene dejavnosti gastroenterologije in endoskopije,
12. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti gastroenterologije: Kultura in antibiogram *Helicobacter pylori* po dveh neuspešnih poizkusih zdravljenja okužbe,
13. 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,
14. 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, 207 213, 209 215),
15. nadzorne kužnine na prisotnost večkratno odpornih mikroorganizmov,
16. 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),
17. 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 LZM lahko obračuna v specialistični zunajbolnišnični dermatološki dejavnosti, v okviru 1 tima največ dvajsetkrat letno,
18. 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,
19. histopatološke preiskave v dejavnosti zobozdravstvo za odrasle po odstranitvi obzobnih lezij brez ekstrakcije ali po ekstrakciji,
20. krvne in / ali imunološke preiskave ter mikrobiološke preiskave (presejanje latentne okužbe z mikobakterijo tuberkuloze in okužbe z virusi hepatitisa B in C, Quantiferon TB Gold in preiskave punktata sklepa) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti revmatologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 232 249),
21. odvzem brisa za potrditev okužbe z virusom SARS-CoV-2,

22. neposredno dokazovanje nukleinske kisline SARS-CoV-2,
23. odvzem brisa SARS-CoV-2 in HAGT,
24. 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),
25. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti pnevmologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 229 239): alergeni za podkožno imunoterapijo,
26. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti dermatologije (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 203 206): mikrobiološke preiskave pred uvedbo sistemske terapije,
27. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti infektologije predizpostavljena zaščita pred HIV (HBS-Ag -preiskava za dokaz virusnega hepatitisa in testiranje na HIV),
28. v ambulantah družinske medicine določitev vrednosti vitamina B12 in določitev vrednosti folne kisline,
29. serološke preiskave na boreliozo za izvajalce v specialističnih zunajbolnišničnih dejavnostih, ki izvedejo ambulantno zdravljenje borelioze na podlagi napotnice izbranega zdravnika zavarovane osebe,
30. PCR trojni testi RSV, INF A/B, SARS-COV-2 (izvajalec UKC Ljubljana, Pediatrična klinika),
31. priprava zdravila Lutecij (UKC Ljubljana, VZD 149 301),
32. cepljenje nosečnic proti respiratornemu sincicijskemu virusu (RSV) v ambulantah NIJZ (velja od vključitve NIJZ kot izvajalca tega cepljenja v Program cepljenja in zaščite z zdravili programa za zaščito).

(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 zaračunava tudi:

1. serološke preiskave na boreliozo,
2. testiranje HIV v skladu s priporočili, ki jih izda ministrstvo,
3. histopatološke preiskave,
4. 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),
5. tumorske markerje za dejavnost bolezni dojk (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 206 209, 206 210, 206 263),
6. TSH, FT3 in FT4 (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001, 302 002, 302 068, 302 069, 302 070, 327 009, 327 013),
7. določitev PSA v skladu s strokovnimi priporočili. Preiskavo lahko izvajajo le verificirani laboratoriji iz seznama, ki ga pripravi ministrstvo (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 302 001, 302 068, 302 069, 302 070, 327 009, 302 002),
8. določitev PSA-testa v presejalnem programu Peter (Onkološki inštitut);
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 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, 302 068, 302 069, 302 070, 327 009, 327 013),
12. preiskavo NT pro BNP za odkrivanje srčnega popuščanja (302 001, 302 064, 302 067, 302 068, 302 069, 302 070, 302 002, 327 009, 327 011, 327 013, 327 065) od 1. julija 2024.

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

(4) 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, nefrologija), in sicer:

Naziv ter vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti		% materialnih stroškov
Dermatologija	203 206	24,21 %
Ginekologija	206 209	64,67 %
Infektologija	208 214	1,59 %
Internistika	209 215	17,84 %
Kirurgija	234 251	23,40 %
Maksilofacialna kirurgija	215 224	5,18 %
Okulistika	220 229	1,18 %
Onkologija	210 219	12,83 %
Otorinolaringologija	223 232	27,92 %
Pedrija	227 237	7,85 %
Pnevmologija	229 239	16,14 %
Revmatologija	232 249	6,07 %
Urologija	239 257	105,75 %
Bolezni dojk	206 210	80,83 %
Gastroenterologija	205 208	105,51 %
Tireologija	249 217	3,46 %
Nefrologija	216 264	17,60 %

(5) Citološke in patohistološke preiskave iz prejšnjega odstavka bolnišnica zaračunava kot ločeno zaračunljive zdravstvene storitve po ceni točke, ki je enaka ceni za Q0033.

(6) Zavod določi zdravila za seznam A v skladu s pravilnikom, ki ureja razvrščanje zdravil na listo.

(7) Izvajalci posebej zaračunavajo zdravila s seznama A in seznama B po nabavnih cenah, ki ne smejo biti višje od cen za obračun iz Centralne baze zdravil z DDV. Zdravila z enako učinkovino, farmacevtsko obliko, jakostjo in volumnom se obračunajo ne glede na ceno dejansko apliciranega zdravila, in sicer na naslednji način:

- če je na seznam A ali seznam B razvrščeno samo eno takšno zdravilo, nabavno ceno le-tega;
- če je na seznam A ali seznam B razvrščenih več takšnih zdravil, vrednost enega od dveh najcenejših zdravil, izbranih na javnem razpisu;
- dražja zdravila, pridobljena na istem javnem razpisu ali drugače, pa le v primeru, ko jih zavarovana oseba potrebuje zaradi klinično utemeljenega in v zdravstveni dokumentaciji evidentiranega razloga.

(8) Bolnišnica posebej zaračunava zdravila na recept iz pozitivne liste izdane v okviru programa brezšivne skrbi. Izdaja in obračun zdravil sta enaka kot v lekarni.

(9) 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.

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

(11) Lekarna Zavodu posebej zaračunava zdravila in živila s pozitivne liste ter zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog. Lekarna v okviru priprave metadona v

obliki raztopine zmešane s sadnim sokom Zavodu zaračuna sok, plastenko, signaturo ter konzervans za sok, in sicer po cenah, ki ne smejo preseči cen iz Priloge 3 te uredbe.

(12) NIJZ Zavodu posebej zaračunava cepiva v skladu s sprejetim letnim programom cepljenja in zaščite z zdravili. NIJZ kot LZM Zavodu zaračunava tudi testerje za ugotavljanje prikrite krvavitve v blatu.

(13) ZTM Zavodu posebej zaračunava zdravila iz plazme, pridobljene v Republiki Sloveniji, po ceni zdravila, ki ni višja od cene zdravila, za katero predhodno pridobi soglasje ministrstva. Pri oblikovanju cene, za katero pridobi predhodno soglasje ministrstva, ZTM upošteva naslednje stroške:

- 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.

(14) Zavod od 1. aprila 2025 plačuje kri in krvne komponente neposredno ZTM in transfuzijskima centroma v UKC Maribor in Splošni bolnišnici Celje po ceni, ki se oblikuje skladno s Pravilnikom o metodologiji za določitev cene krvi in krvnih pripravkov. ZTM in transfuzijska centra obračunata kri in krvne komponente v skladu z navodili Zavoda. Izvajalci bolnišnične dejavnosti poročajo Zavodu porabo po pacienta za posamezno vrsto krvi in krvne komponente pri čemer navedejo vrednost 0.

(15) Do 31. marca 2025 lahko izvajalci bolnišnične dejavnosti kot ločeno zaračunljivi material obračunajo krvne komponente v skladu s Prilogo 3 te uredbe.

(16) Za programe, ki so plačani v pavšalu, izvajalec Zavodu ne sme zaračunavati LZM, razen v primerih, kjer je to določeno z navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje.

94. 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, Pediatrična klinika UKC Ljubljana: zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze (antituberkulotiki) in Bolnišnica Topolšica.

95. člen

(posebnosti pri oblikovanju cen)

(1) Cene, oblikovane po te uredbe, in določene s pogodbo med izvajalcem in Zavodom, se uporabljajo tudi 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 izvajalca, 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 16 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 določene cene storitev, mora izvajalec te storitve v celoti 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. Zagotavljanje kadra se ugotavlja ob sklenitvi pogodbe in na dan 1. 7. Določba se uporablja v:

1. iCKZ,
2. CDZOM,
3. ambulantni obravnave v okviru CDZO,
4. skupnostni psihiatrični obravnave v okviru CDZO,
5. subspecialističnih ambulantnih timih za obravnavo otrok in mladostnikov s kompleksnejšimi motnjami in kombiniranimi stanji,
6. psihogeriatrji.

(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) Cena enote laboratorijske preiskave v ambulantah družinske medicine iz Priloge 17 te uredbe se usklajuje skladno z revalorizacijo materialnih stroškov v skladu z določbami te uredbe.

(15) 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.

(16) Cene magistrálnih pripravkov se oblikujejo tako, da se obračunata nabavna vrednost porabljenih surovin, materiala, zaščitnih sredstev, vode, elementov ovojnine in vrednost opravljenih storitev. Osnovni storitvi se obračuna dodatna storitev glede na pogoj dela, ki ga zahteva zdravilna učinkovina ali namen magistrálnega zdravila.

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

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

(19) Zdravila in živila iz pozitivne liste, zdravila iz seznama A in seznama B ter zdravila za nadomestno zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog, se zaračunavajo po nabavni ceni, ki ne sme biti višja od cene zdravila ali živila za obračun ali največ do najvišje priznane vrednosti, ko je ta določena, zdravila za ambulantno zdravljenje tuberkuloze, cepiva in zdravila iz plazme pridobljene v Republiki Sloveniji pa po ceni iz te uredbe.

(20) Če izvajalec za zdravila in živila iz prejšnjega odstavka tega člena ter za LZM z dobaviteljem dogovori nižje cene, kot so določene s predpisi ali s to uredbo, Zavodu navedeno zaračuna po dogovorjenih nižjih cenah.

96. 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.

97. 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.

98. člen
(vrednotenje 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 16 te uredbe.

99. člen
(vrednotenje terciarne zdravstvene dejavnosti)

Terciarna zdravstvena dejavnost se vrednoti na podlagi meril in programa iz 189. točke posebnih usmeritev za načrtovanje programa te uredbe in se obračuna kot dodatek k ceni.

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

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

IZVAJALEC	Planirana sredstva v tisoč EUR v izhodiščnih cenah 2025*		
	Terciar I	Terciar II	SKUPAJ
UKC LJUBLJANA	23.022	101.416	124.438
UKC MARIBOR	8.025	25.053	33.078
KLINIKA GOLNIK	1.753	3.504	5.258
ONKOLOŠKI INŠTITUT V LJUBLJANI	2.307	9.752	12.059
UPK LJUBLJANA	2.600	1.293	3.893
UNIVERZITET.REH.INŠTITUT - SOČA	1.086	3.994	5.080
NACIONALNI INŠTITUT ZA JAVNO ZDRAVJE	641	0	641
Skupna vsota	39.434	145.013	184.447

(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).

101. člen
(vrednotenje 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. Vrednotenje 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.

102. člen
(boljše vrednotenje programov)

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

Zap. št.	Program	Izvajalec	Obseg	Dod. sred. letna raven	Dod. sred. 2025
1	Plačilo dragih zdravil za hospitalizirane paciente	URI-Soča		50.000,00	50.000,00
2	Zobozdravstvo – novi standardni materiali - protetika na primarni ravni	Vsi izvajalci protetike na primarni ravni		7.600.000,00	3.800.000,00
3	Zobozdravstvo – novi standardni materiali -protetika na sekundarni ravni	Izvajalci protetike v VZD 405 113		320.000,00	160.000,00
4	Akutna bolnišnična obravnava SPP – vzpostavitev in vzdrževanje sistema za evidentiranje podatkov SPP po pacientih	SB Celje		275.404,00	275.404,00
5	Sredstva za informatizacijo (sofinanciranje za vključitev v sistem ePIZ in vključitev v elektronsko spletno storitev Zavoda za prevzem dokumentov v elektronski obliki, ki jih izdajajo imenovani zdravniki in zdravstvena komisija)	Izvajalci v skladu s Prilogo 23 te uredbe			774.960,00
6	Sprememba cene za laboratorij za ambulate družinske medicine oz. splošne ambulate	Vsi izvajalci ambulate družinske medicine oz. splošne ambulate		2.600.000,00	2.600.000,00
7	Sprememba cene priprave in aplikacije zdravil	Vsi izvajalci		3.141.433,00	2.094.288,00
8	Program zmanjševanja škode zaradi prepovedanih drog	NIJZ		53.258,13	53.258,13
9	Dodatek za neposredno delo z osebami z duševno, telesno ali senzorno motnjo in delo z osebami z demenco v socialno varstvenih zavodih	SVZ		2.521.789,00	2.521.789,00
NEREALIZIRANE SPREMEMBE IZ UREDBE 2024*					
10	Specialistična zunajbolnišnična dejavnost kardiologija - nov model plačevanja			3.600.000,00	1.800.000,00
11	Specialistična zunajbolnišnična dejavnost ortopedija - nov model plačevanja			1.200.000,00	600.000,00
12	Specialistična zunajbolnišnična dejavnost gastroenterologija - nov model plačevanja			3.820.000,00	1.910.000,00
SKUPAJ		98. člen		25.181.884,13	16.639.699,13

* Stanje nerealiziranih sprememb je na dan 24. december 2024. Spremembe iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 (Uradni list RS, št. 14/24, 30/24, 47/24, 53/24-popr. in 109/24), ki so do začetka veljavnosti te uredbe že realizirane, se ne prenesejo v leto 2025.

(2) Veljavnost ukrepov iz tabele v predhodnem odstavku je razvidna iz razmerja med sredstvi v koledarskem letu 2025 in sredstvi na letni ravni.

103. člen
(širitve programov)

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

Zap. št.	Program	Izvajalec	Obseg		Dod. sred. letna raven	Dod. sred. 2025
Osnovna zdravstvena dejavnost						
1	Program farmacevt svetovalec – dodatni timi		3,84	timov	265.953,83	132.976,92
		OZG Kranj	0,73			
		ZD Maribor	0,45			
		ZD Metlika	0,20			
		ZD Nazarje	0,15			
		ZD Ljubljana	1,00			
		ZD Novo mesto	0,25			
		ZD Brežice	0,10			
		ZD Sevnica	0,20			
		ZD Zagorje	0,16			
		ZD Trbovlje	0,10			
		ZD Ptuj	0,20			
		ZD Postojna	0,20			
		ZD Ormož	0,05			
		ZD Lenart	0,05			
2	Pregledi registriranih športnikov skladno s Pravilnikom o preventivnih pregledih športnikov	Izvajalci medicine dela, prometa in športa	3,00	timi	527.739,06	527.739,06
3	Stroški ugotavljanja, potrjevanja in prijavljanja poklicnih boleznih -Terciar II – ekspertni timi (po spremembi Pravilnika o poklicnih boleznih)	Klinični inštitut za medicino dela, prometa in športa, UKC Ljubljana			59.798,35	59.798,35
4	Cepivo proti ošpicam, rdečkam, mumpsu in noricam (cepivo OMRN)	NIJZ	14.000	odmerkov	766.500,00	766.500,00
5	Cepivo proti mpox (opičjim kozam)	NIJZ	1.000	odmerkov	120.450,00	120.450,00
6	Cepivo proti klopnemu meningoencefalitisu	NIJZ	37.000	odmerkov	545.332,00	545.332,00
7	Patronažna služba - plačilo do 120 %	Vsi izvajalci			3.700.000,00	3.700.000,00
8	Ambulanta družinske medicine/Splošna ambulanta in obravnava DMS	Izpostava Kamnik			218.571,38	109.285,69
9	Mobilna enota nujnega reševalnega vozila - MOE NRV		1	tim	410.721,525	410.721,525
		ZD Novo mesto	0,5			
		ZD Črnomelj	0,5			
Zobozdravstvena dejavnost						
10	Stomatološko-protetična dejavnost - plačilo do 120 %	Vsi izvajalci			200.000,00	200.000,00
Specialistična zunajbolnišnična dejavnost						
11			24,10	timov	1.669.137,32	834.568,66

	Program farmacevt svetovalec – dodatni timi	SB Celje	1,97			
		SB Sežana	0,44			
		SB Izola	0,96			
		Ortopedska klinika Valdoltra	0,29			
		SB Brežice	0,80			
		SB Jesenice	0,83			
		Klinika Golnik	0,92			
		SB Trbovlje	0,20			
		Onkološki inštitut	0,31			
		UKC Ljubljana	5,43			
		URI Soča	0,20			
		UKC Maribor	3,33			
		SB Ptuj	0,51			
		SB Murska Sobota	1,51			
		SB Nova Gorica	0,90			
		SB Novo mesto	1,06			
		SB Slovenj Gradec	0,99			
		Bolnišnica Topolšica	0,45			
		PB Vojnik	0,43			
		PB Begunje	0,20			
		UPK Ljubljana	1,26			
		PB Idrija	0,81			
		PB Ormož	0,30			
12	Pilotni projekt - vključitev žensk v državni presejalni program DORA v starostni skupini med 45 in 49 let	Vsi izvajalci programa DORA	5.000	oseb	192.577,00	192.577,00
13	Spec. Psihatrija	ZD Koper	2	tima	266.577,30	266.577,30
Specialistična bolnišnična dejavnost						
14	Slovenski register bolezn srca in ožilja (EuroHEART)				352.572,51	123.112,24
		UKC Ljubljana (nosilec)	1,00	zdravnik spec.	72.293,19	72.293,19
			1,00	inženir računalništva	34.054,84	
			2,00	adm. teh. delavec	50.819,05	50.819,05
		UKC Maribor	0,60	zdravnik spec.	43.375,91	
			0,60	adm. teh. delavec	15.245,72	
		SB Celje	0,40	zdravnik spec.	28.917,28	
			0,40	adm. teh. delavec	10.163,81	
		SB Novo Mesto	0,20	zdravnik spec.	14.458,64	
			0,20	adm. teh. delavec	5.081,91	
		SB Izola	0,20	zdravnik spec.	14.458,64	
			0,20	adm. teh. delavec	5.081,91	
		SB Nova Gorica	0,20	zdravnik spec.	14.458,64	
			0,20	adm. teh. delavec	5.081,91	

		SB Murska Sobota	0,20	zdravnik spec.	14.458,64	
			0,20	adm. teh. delavec	5.081,91	
		SB Slovenj Gradec	0,20	zdravnik spec.	14.458,64	
			0,20	adm. teh. delavec	5.081,91	
Zdraviliška zdravstvena dejavnost						
15	Zdravilišča - večje št. točk na dan za standard 4	Vsi izvajalci			800.000,00	800.000,00
Dejavnost socialno varstvenih zavodov in zavodov za usposabljanje						
16	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše – 10 mest	Dom Danice Vogrinec Maribor od 1.1.2025	3.650	storitev »dan zdravstvene nege	87.609,29	87.609,29
17	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,04	tima	6.834,39	6.834,39
18	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše – 156 mest	Mavida domovi d.o.o. Podružnica Škofja Loka od 1.12.2025	56.940	storitev »dan zdravstvene nege	1.393.991,02	116.165,92
19	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,62	tima	105.933,00	8.827,75
20	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše 20 mest	Koroški dom starostnikov od 1.1.2025	7.300	storitev »dan zdravstvene nege	179.916,88	179.916,88
21	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,08	tima	13.668,77	13.668,77
22	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevni centrih	Dom upokojencev dr. Franceta Bergelja Jesenice od 1.1.2025	4.680	18 mest	57.751,20	57.751,20
23	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevni centrih	Dom starejših občanov Ljubljana Bežigrad od 1.1.2025	520	2 mesti	6.416,80	6.416,80
24	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevni centrih	Dom upokojencev Ptuj od 1.1.2025	3.120	12 mest	38.500,80	38.500,80
25	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevni centrih	Dom pod Gorco Maribor od 1.1.2025	2.180	3 mesta	26.901,20	26.901,20
26	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevni centrih	Dom starejših Lendava od 1.1.2025	3.300		40.722,00	40.722,00
27	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Tolmin (5 mest)	1.825	storitev "dan zdrav. nege"	54.896,00	54.896,00
28	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Murska Sobota (1 mesto)	365	storitev "dan zdrav. nege"	14.235,00	14.235,00

29	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Nova Gorica (25 mest)	6.250	storitev "dan zdrav. nege"	209.500,00	209.500,00
30	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Medobčinsko društvo Sožitje Maribor (1 mesto)	365	storitev "dan zdrav. nege"	7.139,40	7.139,40
31	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Zasavje (5 mest)	1.825	storitev "dan zdrav. nege"	41.117,25	41.117,25
32	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC Tončke Hočevar (6 mest)	2.190	storitev "dan zdrav. nege"	54.574,80	54.574,80
33	Povečanje kadra v centrih za sluh in govor	ZGN Ljubljana	1 upravno teh. delavec		28.827,71	28.827,71
		CKSG Portorož	0,47 tehnik zdr. nege		17.065,55	17.065,55
		CKSG Portorož	0,2 elektronik - akustik		12.764,21	12.764,21
34	Sprememba kadra v centrih za sluh in govor	CSG Maribor	2 defektolog (avdiolog) v 2 klin. logoped		29.303,88	29.303,88
		ZGN Ljubljana	1 defektolog (avdiolog) v 1 klin. logoped		15.650,00	15.650,00
		CKSG Portorož	1 logoped v 1 klin. logoped		15.148,80	15.148,80
35	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	VDC Polž	1 DM	Dipl. med. sestra za kakovost	44.814,87	22.407,44
36	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	ZUDV Dornava	1 DM	Dipl. med. sestra za dietetik	44.490,34	22.245,17
37	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	CUDV Dobrna	1 DM	Dipl. med. sestra za kakovost	42.721,37	21.360,69
38	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	CUDV Radovljica	1 DM	Dipl. med. sestra za kakovost	42.721,37	21.360,69
39	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	CUDV Črna na Koroškem	1 DM	Dipl. med. sestra za kakovost	42.721,37	21.360,69
40	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	VDC Nova Gorica	1 DM	Dipl. med. sestra za kakovost	44.814,87	22.407,44
41	Povečanje števila delavcev v socialno varstvenih zavodih	ZUDV Dornava	1 DM	Specialist klinične psihologije	62.496,96	31.248,48
42	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC POLŽ Maribor	1 DM	Dipl. med. sestra	44.814,87	22.407,44
			0,5 DM	Fizioterapevt	19.295,60	9.647,80
			0,5 DM	Delovni terapevt	20.028,44	10.014,22
43	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC SAŠA Velenje	1 DM	Delovni terapevt	40.056,88	20.028,44
44	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC SOŽITJE Ptuj	0,4 DM	Fizioterapevt	14.436,48	7.218,24
			0,5 DM	Zdravstveni tehnik	16.033,42	8.016,71
45	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	CUDV Radovljica	2 DM	Zdravstveni tehnik	61.191,95	30.595,98

46	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC Novo mesto	1 DM	Delovni terapevt	40.056,88	20.028,44
			2 DM	Zdravstveni tehnik	64.133,67	32.066,84
47	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC Šentjur	1 DM	Fizioterapevt	38.591,19	19.295,60
48	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC KRŠKO-Leskovec	1 DM	Zdravstveni tehnik	32.066,83	16.033,42
49	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC Črnomelj	0,5 DM	Dipl. med. sestra	22.407,43	11.203,72
50	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC GOLOVEC Celje	0,5 DM	Delovni terapevt	20.028,44	10.014,22
			0,5 DM	Fizioterapevt	19.295,60	9.647,80
			2 DM	Zdravstveni tehnik	64.133,67	32.066,84
51	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC Koper	0,125 DM	Dipl. med. sestra	5.601,86	2.800,93
52	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	CUDV Črna na koroškem	2 DM	Zdravstveni tehnik	61.191,95	30.595,98
			0,5 DM	Delovni terapevt	19.097,88	9.548,94
			0,5 DM	Fizioterapevt	18.400,83	9.200,42
53	Povečanje oziroma sprememba števila kadra	VDC Vipava	1 DM	Zdravstven tehnik	32.066,83	16.033,42
54	Povečanje števila delavcev v vzgojno izobraževalnih zavodih – širitve programa	CIRIUS Vipava	1 DM	Strežnica zdravstvu	19.588,97	9.794,49
			0,5 DM	Dietetik VII/1	18.153,35	9.076,68
			5 DM	Fizioterapevt s specialnimi znanji	36.306,70	18.153,35
			5 DM	Delovni terapevt s specialnimi znanji	36.306,70	18.153,35
55	Povečanje števila delavcev v vzgojno izobraževalnih zavodih – širitve programa	CIRIUS Kamnik	1,0 DM	Dietetik VII	36.306,70	18.153,35
			2,0 DM	Srednja medicinska sestra v razvojnih in metadonskih ambulantah	60.378,28	30.189,14
			1,0 DM	Zdravstveno administrativni sodelavec	25.160,78	12.580,39

56	Povečanje števila delavcev v vzgojno izobraževalnih zavodih – širitve programa	OŠ Cvetka Golarja Ljutomer	1,0 DM	Delovni terapevt III	35.225,51	17.612,76
57	Povečanje kadra v centrih za sluh in govor	CKSG Portorož	0,47 DM	Tehnik zdravstvene nege	14.188,90	7.094,45
NEREALIZIRANE ŠIRITVE IZ UREDBE 2024*						
Osnovna zdravstvena dejavnost						
58	Splošna ambulanta / družinska medicina		0,82	timov	176.390,64	132.292,98
	od tega:	OE Kranj	0,82			
59	Splošna ambulanta / družinska medicina	ZD Koper	0,50	tima	107.555,27	80.666,45
60	Ambulante specializantov družinske medicine	Vsi izvajalci	12,85	timov	1.079.104,83	809.328,62
61	Dodatne DMS v ambulantah družinske medicine (splošne medicine) v skladu s pozivom MZ		76,18		1.410.660,13	1.057.995,10
62	Otroški in šolski dispanzer		2,50	timi	451.574,60	338.680,95
		OE Kranj	2,00			
		OE Ravne na Koroškem	0,50			
63	Dispanzer za ženske		3,05	timov	607.471,08	455.603,31
	od tega:	OE Celje	0,88			
		OE Krško	0,30			
		OE Kranj	1,00			
		OE Novo mesto	0,87			
64	Družinska obravnava za zdrav življenjski slog, pediatrični tim	Majhni ZD	4,50	timov	304.479,90	228.359,92
		ZD Radovljica	1,00			
		ZD Kočevje	1,00			
		ZD Ribnica	1,00			
		ZD Radlje ob Dravi	1,00			
		ZD Dravograd	0,50			
65	Fizioterapija		5,973	timov	288.990,98	216.743,23
66	Fizioterapija	OZG Kranj	1,00	tim	48.382,89	36.287,16
67	Fizioterapija	SB Jesenice	1,00	tim	48.382,89	36.287,16
68	Fizioterapija	SŽ - Železniški	0,50	tima	24.191,44	18.143,58
69	Fizioterapija	ZD Hrastnik	0,40	tim	19.353,15	14.514,87
70	Fizioterapija	Občina Pesnica	1,00	tim	48.382,89	36.287,16
71	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Slovenska Bistrica)		1,00	TIM	50.899,52	38.174,64
		ZD Slovenske Konjice	1,00			
72	Skupn. psih. obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih	ZD Slovenske Konjice	1,00	tim	491.222,50	368.416,88
73	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Domžale)	ZD Kamnik	0,80	tima	40.719,62	30.539,71
74	Center za duševno zdravje za otroke in mladostnike (nerealiziran tim iz leta 2022)	ZD Ljubljana	1,00	tim	755.382,14	566.536,60

75	Center za duševno zdravje za otroke in mladostnike (nerealiziran tim iz leta 2022)	ZD Kočevje	1,00	tim	755.382,14	566.536,60
76	Skupn. psih. obravnava v okviru centrov za duševno zdravje odraslih (preoblikovanje)	ZD Novo mesto	1,00	tim	285.036,29	213.777,22
77	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Kranj)	ZD Kranj	1,20	tima	61.079,42	45.809,57
78	Patronažna služba (v okviru CDZOM ZD Idrija)	ZD Idrija	0,50	tima	25.449,76	19.087,32
79	Patronažna služba (v okviru CDZO ZD Logatec)		1,00	tim	50.899,52	38.174,64
		ZD Ilirska Bistrica	0,50			
		ZD Cerknica	0,50			
80	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Cerknica	0,24	tima	13.248,84	9.936,63
81	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Metlika	0,50	0,5 tima psiholog	27.601,75	20.701,31
82	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Logatec	1,00	1 tim logoped	55.203,50	41.402,62
83	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Litija	1,10	0,7 tima logoped, 0,4 tima psiholog	60.723,85	45.542,88
84	Klinična psihologija	ZD Laško	1,00	tim	87.965,79	65.974,34
85	Klinična psihologija	ZD Litija	0,80	tima	70.372,63	52.779,47
86	Klinična psihologija	ZD Koper	0,40	tima	35.186,32	26.389,74
87	Klinična psihologija	IKPP d.o.o.	0,28	tima	24.630,42	18.472,82
88	Pedopsihiatrija	OZG Kranj	0,50	tima	69.264,51	51.948,39
89	Pedopsihiatrija	ZD Piran	0,66	tima	91.429,16	68.571,87
90	Razvojna amb. z vklj. centrom za zgodnjo obravnavo	ZD Maribor	1,00	tim	689.848,07	172.462,02
91	Razvojna amb. z vklj. centrom za zgodnjo obravnavo	Stara gora (SB Nova Gorica)	1,00	tim	689.848,07	517.386,05
Zobozdravstvena dejavnost						
92	Zobozdravstvo za odrasle		4,04	timov	679.680,84	509.760,63
	od tega:	OE Celje	0,11			
		OE Koper	1,95			
		OE Krško	0,80			
		OE Kranj	1,00			
		OE Nova Gorica	0,18			
93	Zobozdravstvo za mladino	OE Celje	2,00	tima	257.337,03	193.002,78
94	Zobozdravstvo za mladino	ZD Tolmin	1,00	tim	128.668,52	96.501,39
95	Zobozdravstvena oskrba varovancev s posebnimi potrebami	ZD Novo mesto	0,20	tima	105.089,57	78.817,18
Specialistična zunajbolnišnična dejavnost						
96	Mobilni paliativni tim	bolnišnice	1,10	tima	187.921,38	140.941,04
97	Spec. nevrologija		8,923	timov	1.519.225,88	1.519.225,88
98	Spec. pnevmologija		0,32083	tima	78.693,27	59.019,95

99	Oralna in maksilofacialna kirurgija	ZD Sevnica	1,00	tim	236.725,00	236.725,00
100	Spec. PET CT	SB Izola	1.000	preiskav	1.019.720,00	764.790,00
101	Povečanje obsega programa izvajalcem na najmanj 0,2 tima				1.580.000,00	1.185.000,00
Specialistična bolnišnična dejavnost						
102	Zdravljenje s hiperbarično komoro	OB Valdoltra	2.095	primerov	219.975,00	164.981,25
103	Dodatek za lastno CAR-T celično terapijo	UKC LJ	10	primerov	1.800.000,00	1.350.000,00
NEREALIZIRANE ŠIRITVE SVZ IZ UREDBE 2024*						
104	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ) za Turzis d.o.o., Medic hotel Renče	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,08	tima	13.668,77	10.251,58
105	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ) za Dom upokojencev Gradišče	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,04	tima	6.834,39	5.125,79
106	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ) za Dom ob Savinji Celje	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,06	tima	10.251,58	7.688,69
107	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah - enota Kozje (45 mest)	16.470	storitev "dan zdrav. nege"	419.655,60	314.741,70
108	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,18	tima	30.754,74	23.066,06
109	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Zavod Karion, Dom sv. Eme (18 mest)	6.588	storitev "dan zdrav. nege"	153.829,80	115.372,35
110	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,07	tima	11.960,18	8.970,13
111	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevnom centru		1.560	6 mest	19.250,40	14.437,80
		od tega:				
		Dom upokojencev Šmarje pri Jelšah	520	2		
	Koroški dom starostnikov	1.040	4			
112	Povečanje programa zdravstvene nege	CUDV DOBRNA (3 mesta)	1.095	storitev "dan zdrav. nege"	41.467,65	31.100,74
113	Povečanje programa zdravstvene nege - dnevno varstvo	CUDV DOBRNA (6 mest)	1.500	storitev "dan zdrav. nege"	45.435,00	34.076,25

114	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC ZASAVJE (4 mesta)	1.460	storitev "dan zdrav. nege"	32.893,80	24.670,35
115	Povečanje programa zdravstvene nege	VDC SAŠA (12 mest)	4.380	storitev "dan zdrav. nege"	116.770,80	87.578,10
116	Povečanje programa zdravstvenih storitev v dnevnem centru	Koroški dom starostnikov	3.640	14 mest	44.917,60	33.688,20
117	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Novo mesto	5.000	10 mest	138.300,00	103.725,00
118	Povečanje programa zdravstvene nege VDC	VDC Tončke Hočevar Ljubljana	1.250	5 mest	31.150,00	23.362,50
119	Povečanje števila delavcev	CKSG Portorož	22.411		60.061,48	45.046,11
	- 0,6 fizioterapevta		11.161	točk		
	- 0,5 delovnega terapevta		11.250	točk		
120	Povečanje števila delavcev	CIRIUS Kamnik			160.452,32	120.339,24
			1 dipl. med. sestra		42.142,32	
			2 logopeda v 2 klinična logopeda		118.310,00	
121	Povečanje števila delavcev	CIRIUS Vipava		1 dipl. med. sestra	42.142,32	31.606,74
122	Povečanje števila delavcev (za novo intenzivno skupino)	Strokovni center Logatec	0,10	zdravnik specialist	172.100,55	129.075,41
			0,25	klinični psiholog		
			0,25	dipl. med. sestra		
			5,00	zdravstveni tehnik		
123	Povečanje števila delavcev (za novo intenzivno skupino)	Strokovni center Mladinski dom Maribor (VZ Slivnica pri Mariboru)	0,10	zdravnik specialist	172.100,55	129.075,41
			0,25	klinični psiholog		
			0,25	dipl. med. sestra		
			5,00	zdravstveni tehnik		
124	Povečanje števila delavcev (za novo intenzivno skupino)	Strokovni center Višnja Gora	0,10	zdravnik specialist	172.100,55	129.075,41
			0,25	klinični psiholog		
			0,25	dipl. med. sestra		
			5,00	zdravstveni tehnik		
125	Povečanje števila delavcev (za novo intenzivno skupino)	Strokovni center Planina	0,10	zdravnik specialist	172.100,55	129.075,41
			0,25	klinični psiholog		
			0,25	dipl. med. sestra		
			5,00	zdravstveni tehnik		
126	Povečanje števila delavcev v centrih za sluh in govor	CSG Maribor	0,96	dipl. med. sestra	39.762,47	29.821,85
		CKSG Portorož	1,00	klinični logoped	55.767,75	41.825,81
		CKSG Portorož	0,50	psiholog	18.455,03	13.841,27

127	Sprememba kadra v centrih za sluh in govor	CKSG Portorož	1,0 logoped v 1,0 klin. logopeda		37.312,72	27.984,54
128	Sprememba kadra	CIRIUS Kamnik	7,0 sred. med. sester v 7,0 dipl. med. sester		83.672,22	62.754,17
			12 fizioterapevtov v 12 fizioterapevtov s spec. znanji		51.478,90	38.609,18
			5 delovnih terapevtov v 5 delovnih terapevtov s spec. znanji		21.449,54	16.087,16
129	Povečanje števila delavcev	CIRIUS Vipava	1 specializant klinične psihologije 1 specializant klinične logopedije 1 delovni terapevt 1 dipl. med. sestra		159.642,22	119.731,67
130	Povečanje števila delavcev	OŠ dr. Ljudevita Pivka, Ptuj	1 delovni terapevt 1 fizioterapevt 1 logoped 1 dipl. med. sestra		145.110,19	108.832,64
131	Povečanje števila delavcev	Center Janeza Levca Ljubljana	1 fizioterapevt 1 logoped		72.454,56	54.340,92
132	Povečanje števila delavcev	Center GUSTAVA Šiliha, Maribor	1 delovni terapevt		35.225,51	26.419,13
133	Povečanje števila kadra program zdravstvene nege	CUDV DRAGA	2 dipl. med. sestri		88.980,69	66.735,52
134	Povečanje števila kadra za program zdravstvene nege	VDC TONČKE HOČEVAR	2 dipl. med. sestri		89.629,73	67.222,30
135	Povečanje števila kadra za program za osebe po pridobljeni možganski poškodbi	CUDV DRAGA	2 dipl. med. sestri		81.904,79	61.428,59
136	Povečanje števila kadra za program za osebe po pridobljeni možganski poškodbi	CENTER KORAK	1 dipl. med. sestra		40.952,39	30.714,29
137	Povečanje števila kadra za program za osebe po pridobljeni možganski poškodbi	CENTER NAPREJ ZA OSEBE S PRIDOBLENJO MOŽGANSKO POŠKODBE	1 fizioterapevt, 2 dipl. med. sestri		117.194,34	87.895,76
138	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SPIK ING d.o.o. Hajdina	49.275	storitev "dan zdrav. nege"	1.089.174,60	816.880,95
139	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,60	tima	102.515,81	76.886,86
140	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SeneCura d.o.o. Maribor	21.900	storitev "dan zdrav. nege"	522.315,00	391.736,25
141	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,24	tima	41.006,32	30.754,74

142	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	SeneCura d.o.o. Pivka	21.024	storitev "dan zdrav. nege"	464.714,50	348.535,87
143	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,63	tima	107.641,60	80.731,20
144	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	MAVIDA domovi d.o.o. Dom Viharnik Kranjska gora	10.950	storitev "dan zdrav. nege"	259.186,50	194.389,88
145	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,12	tima	20.503,16	15.377,37
146	Povečanje programa zdravstvene nege domov za starejše	Karion Dom Danijela Halasa Velika Polana	5.840	storitev "dan zdrav. nege"	136.364,00	102.273,00
147	Povečanje programa osnovnega zdravljenja oskrbovancev domov za starejše (SA SVZ)	Izvajalci osnovnega zdravljenja	0,06	tima	10.251,58	7.688,69
NEREALIZIRANE ŠIRITVE IZ UREDBE O SPREMEMBAH IN DOPOLNITVAH UREDBE O PROGRAMIH STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, ZMOGLJIVOSTIH, POTREBNIH ZA NJEGOVO IZVAJANJE, IN OBSEGU SREDSTEV ZA LETO 2024 (URADNI LIST RS, ŠT. 109/24)*						
148	Fizioterapija	ZD Radlje ob Dravi	1 tim		48.382,89	36.287,16
149	Psihiatrija	ZD Sežana	0,4 tima		133.288,65	99.966,49
150	Fizioterapija	Občina Izola	2 tima		96.765,77	72.574,33
151	Farmaceut svetovalec	ZD Ljubljana	0,05 tima		3.309,59	2.482,19
152	Ambulantna kardiološka rehabilitacija	Bolnišnica Topolšica	0,6 tima		158.720,21	119.040,16
153	Zobozdravstvo za odrasle		10,0 timov		1.640.900,00	1.640.900,00
	Od tega:	OE Celje	1,4			
		OE Koper	0,6			
		OE Kranj	1,4			
		OE Ljubljana	1,6			
		OE Maribor	2			
		OE Murska Sobota	0,8			
154	Zobozdravstvo za mladino		9,3 tima		1.166.257,00	1.166.257,00
	Od tega:	OE Celje	0,6			
		OE Koper	0,9			
		OE Kranj	1,6			
		OE Ljubljana	3			
		OE Maribor	1			
		OE Murska Sobota	0,4			
		OE Novo mesto	0,8			
155	Zobozdravstvo za študente				250.686,00	250.686,00
		OE Ljubljana	1,8 tima			
156	Paradontologija, zobne bolezni in endodontija	ZD Gornja Radgoma	0,75 tima		119.438,52	89.578,89
157	Klinična psihologija	ZD Gornja Radgoma	1 tim		87.965,79	65.974,34

158	Oralna in maksilofacialna kirurgija	ZD Gornja Radgoma	1 tim		236.725,00	177.543,75
159	Ambulanta družinske medicine / Splošna ambulanta - obsojenci in priporniki	ZD Koper	0,233 tima		50.120,76	50.120,76
160	Spec. - Psihatrija - obsojenci in priporniki	ZD Koper	0,167 tima		21.001,14	21.001,14
161	Zobozdravstvo za odrasle - obsojenci in priporniki	ZD Koper	0,067 tima		10.703,30	10.703,30
162	Center za prepreč. in zdravljenje odvisnosti od drog - obsojenci in priporniki	ZD Celje	0,12 tima		23.527,82	23.527,82
163	Ambulanta družinske medicine / Splošna ambulanta - obsojenci in priporniki	ZD Celje	0,48 tima		103.253,06	103.253,06
164	Zobozdravstvo za odrasle - obsojenci in priporniki	ZD Celje	0,075 tima		11.981,31	11.981,31
165	Dispanzer za ženske - obsojenci in priporniki	ZD Ljubljana (IG)	0,0751 tima		14.957,73	14.957,73
166	Ambulanta družinske medicine / Splošna ambulanta - obsojenci in priporniki	ZD Ljubljana (Povšetova)	0,413 tima		88.840,65	88.840,65
167	Zobozdravstvo za odrasle - obsojenci in priporniki	ZD Ljubljana (Povšetova)	0,0255 tima		4.073,64	4.073,64
168	Spec. - Psihatrija - obsojenci in priporniki	ZD Ljubljana (Povšetova)	1,292 tima		162.475,87	162.475,87
169	Izvajanje preventivnih pregledov registriranih športnikov*	Izvajalci preventivne dejavnosti v otroško-šolskih dipanzerjih in medicini dela, prometa in športa	5 timov		879.565,00	879.565,00
170	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Ljutomer	0,5 tima		27.602	20.701,31
171	Parodontologija/zobne bolezni in endodontija	ZD Murska Sobota	1 tim		159.251	119.438,52
172	Ambulante družinske medicine in pediatrije	Vsi izvajalci			5.200.000,00	4.766.666,67
173	Oralna in maksilofacialna kirurgija	ZD Ormož	1 tim		236.725,00	177.543,75
174	Vzgoja za ustno zdravje	ZD za študente	0,09 tima		4.287,51	3.215,64
175	Zobozdravstvo za študente	ZD za študente	0,02 tima		2.858,37	2.143,78
176	Klinična psihologija	ZD za študente	1 tim		87.965,79	65.974,34
177	Spec. Psihatrija	MCL, Psihatrična ordinacija d.o.o.	0,2 tima		26.657,73	19.993,30
178	Določitev PSA testa	Onkološki inštitut Ljubljana	6.000 testov		73.860,00	73.860,00
179	Ambulanta družinske medicine / Splošna ambulanta	Mestna občina Ljubljana	2 tima		215.110,54	161.332,90
180	Dispanzer za ženske	Mestna občina Ljubljana	2 tima		199.170,85	149.378,14
181	Pediatrija na primarni ravni	Mestna občina Ljubljana	2 tima		180.629,84	135.472,38
182	Dispanzer za mentalno zdravje	ZD Lendava	0,5 tima		27.602	20.701,31

183	Razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo (327 061)	Bolnišnica za otroke Šentvid pri Stični	0,5 tima		344.924	258.693,03
184	Razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo (327 061)	OZG Gorenjska	1 tim		689.848	517.386,05
185	Razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo (327 061)	ZD Nazarje	0,5 tima		344.924	258.693,03
186	Dodatne ambulante družinske medicine	Javni zavodi			2.600.000	2.600.000,00
187	Pregled in cepljenje proti Covidu-19	Splošne amb., OD/ŠD, SA v DSO, patronažna služba, bolnišnice, NIJZ			444.000,00	444.000,00
	SKUPAJ	99. člen			52.812.298,03	42.599.050,43
	SKUPAJ	98. člen in 99. člen			77.994.182,16	

* Stanje nerealiziranih širitve je na dan 24. december 2024. Širitve iz Uredbe o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 (Uradni list RS, št. 14/24, 30/24, 47/24, 53/24-popr. in 109/24), ki so do začetka veljavnosti te uredbe že realizirane, se ne prenesejo v leto 2025.

* Če se nerealizirana širitve iz preteklih let, opredeljena na izvajalca, ne realizira do 31. marca 2025 (razen nerealiziranih širitve z veljavnostjo od 1. januarja 2025), se rezervirana sredstva za izvajalca črtajo. Te nerealizirane širitve ministrstvo umešča v uredbo na podlagi obvestila izvajalca, da razpolaga s kadri, opremo in prostori za izvajanje programa.

(2) Veljavnost ukrepov iz tabele iz prejšnjega odstavka je razvidna iz razmerja med sredstvi v koledarskem letu 2025 in sredstvi na letni ravni.

(3) Za ukrep iz 61. točke v tabeli iz prvega odstavka tega člena ministrstvo izda poziv, v okviru katerega se 76 timom družinske medicine v tim doda 0,5 DMS s ciljem zagotovitve timskega dela ob hkratnem povečanju obremenitve zdravnika družinske medicine, izražene v glavarinskih količnikih.

(4) Za ukrep iz 128. točke (sprememba kadra pri Cirius Kamnik) v tabeli iz prvega odstavka tega člena se sprememba plačevanja začne izvajati po prejemu dokazila o zaposlitvi.

(5) Za ukrepa iz 2. in 169. točke v tabeli iz prvega odstavka tega člena (pregledi otrok – športnikov) se program do oddaje načrtovanega programa dodeli zainteresiranim izvajalcem, za katere Zavod prejme obvestilo s strani programa ZDAJ, da imajo zdravnike, ki izpolnjujejo pogoje za izvajanje programa.

(6) Za ukrepe iz 65., 97. in 98. točke v tabeli prvega odstavka tega člena (fizioterapija, nevrologija, pnevmologija) seznam izvajalec do 20. maja 2025 opredeli ministrstvo.

IV. DEL

SKLEPANJE POGODB

104. člen

(ugotavljanje preskrbljenosti)

(1) 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.

(2) Timi, ki izvajajo program v zavodih iz prvega in drugega odstavka 8. člena te uredbe, se ne upoštevajo za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva s programom otroškega in šolskega dispanzerja ter splošne in družinske medicine.

(3) Timi turističnih ambulant iz 16. člena te uredbe se ne upoštevajo za ugotavljanje preskrbljenosti prebivalstva s programom splošne in družinske medicine.

1. Javni razpis programov in storitev za sklepanje pogodb

105. 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 v širitvah v 100. členu te uredbe niso poimensko opredeljene. Ponudniki morajo svoje prijave predložiti na obrazcih, ki jih pripravi Zavod.

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

(3) Izvajalcem, 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 s posebnimi potrebami, zdravilišči in ZTM sklene pogodbo za obdobje petih let.

106. člen

(postopek izbire izvajalcev)

(1) Zavod opravi izbiro med izvajalci v roku, določenem z javnim razpisom iz prejšnjega člena.

(2) Koncesionar (velja za lekarno, socialno varstvene zavode in zavode za usposabljanje) 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 jamči, da bo program začel 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

107. 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.

108. 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, Skupnosti organizacij za usposabljanje Slovenije in Zbornice zdravstvene in babiške nege Slovenije (skupno en arbiter).

(3) Zahteva za arbitražo se posreduje ministrstvu in hkrati vsem deležnikom. Ministrstvo najpozneje v petih dneh od prejema zahteve za arbitražo pozove deležnike, da imenujejo arbitre in njihove namestnike. Udeleženec arbitraže pisno sporoči vsem deležnikom 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 deležniki 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. Če 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 izdelata zapisnik, ki vsebuje tudi vsebino sporazuma oziroma odločitve. Podpišejo ga vsaj po en pooblaščen predstavnik ali namestnik arbitra prisotnih deležnikov.

(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.

109. 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 tega člena 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 115. člena te uredbe.

(5) Po prejemu pisne zahteve za arbitražo iz prvega odstavka tega člena oziroma po tem, ko je zahtevo podal Zavod, Zavod začne s postopkom sklica arbitražnega postopka.

(6) Prvi do peti odstavek tega člena se smiselno uporabijo tudi za sklepanje aneksov k pogodbam o izvajanju programa storitev.

110. 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.

111. 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 predložitve 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 105. člena te uredbe, sicer se šteje, da od pogodbe iz tretjega odstavka 105. člena te uredbe odstopa. V primeru iz druge alineje prejšnjega odstavka se pogodba iz tretjega odstavka 105. člena te uredbe 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 iz tretjega odstavka 105. člena te uredbe 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 uredbo 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.

112. člen (poslovník arbitraže)

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

(2) Če se pogodbene stranki ne moreta sporazumeti o poslovniku o delu arbitraže, sprejme poslovnik predsednik in člani arbitraže.

3. Pogodbe z izvajalci

113. 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.

114. člen (ničnost pogodbe)

Pogodba je nična, kadar 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 pogodbениh obveznosti ali
- za drugo ravnanje ali opustitev, s katerim je organu ali organizaciji iz javnega sektorja povzročena škoda ali je omogočena pridobitev nedovoljene koristi predstavniku organa, posredniku organa ali organizacije iz javnega sektorja, drugi pogodbene stranki ali njenemu predstavniku, zastopniku, posredniku.

115. 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 koncesionarjih 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.

116. člen
(uporaba pogodbe za leto 2025)

Pogodbe z novimi lekarnami in novimi socialno varstvenimi zavodi začnejo veljati od prvega dneva naslednjega meseca, ko ti izpolnjujejo vse pogoje za delovanje.

117. člen
(spremembe v programu)

(1) Pogoji 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) Znotraj območne enote Zavoda so možna prestrukturiranja, in sicer v okviru finančnih sredstev, izračunanih v skladu s to uredbo.

(3) Preventivne zdravstvene preglede registriranih športnikov lahko izvajajo izvajalci v skladu s Pravilnikom o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov, za katere je seznam zdravnikov objavljen na spletni strani programa ZDAJ.

118. 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, Zavod v pogodbi dogovori 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.

119. člen
(sredstva za mobilne enote NMP)

Sredstva, namenjena mobilni enoti VUZ na lokaciji ZD Ravne in mobilni enoti NRV na lokaciji ZD Radlje, ZD Ravne in ZD Slovenj Gradec, se nakažejo Zdravstveno reševalnemu centru Koroške na podlagi pogodbe med Zdravstveno reševalnim centrom Koroške in ZD.

V. DEL

OBVEZNOSTI IZVAJALCEV

1. Izvajanje programa

120. člen
(splošne obveznosti izvajalcev)

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, kar se lahko doseže z opredeljevanjem zavarovanih oseb do slovenskega povprečja glavarinskih količnikov v dejavnosti, oziroma se zavarovanim osebam, starejšim od 19 let, omogoči obravnava v dodatni ambulanti družinske medicine. 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. izbrani osebni zdravniki paciente s kronično ne-rakavo bolečino, ki se jim stanje ni akutno poslabšalo, skladno z zagotovljenimi vsebinami delavnic CKZ, namesto na fizioterapevtsko obravnavo napotovati v CKZ ,
9. omogočati nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom, magistrom farmacije in diplomiranim zdravstvenikom 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,
10. zagotavljati varne in visoko kakovostne zdravstvene obravnave, vključno z vpeljevanjem kliničnih poti, kazalnikov kakovosti in drugih metod ter orodij kakovosti iz 139. člena te uredbe,
11. 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,
12. zagotavljati zanesljiv in varen informacijski sistem za nemoteno delovanje oziroma elektronsko poslovanje in izvajanje e–storitev v sistemu zdravstvenega varstva,
13. uporabljati eDN (e-delovni nalog) za fizioterapijo,
14. uporabljati ePIZ za uvedbo postopka ugotavljanjačasne zadržanosti od dela in pravice do zdraviliškega zdravljenja od 1. januarja 2026,
15. prevzemati dokumente, ki jih izdajajo imenovani zdravniki in zdravstvena komisija, v elektronski obliki, z uporabo zavodove spletne storitve v 60 dneh od objave navodil (za izvajalce z obveznostjo prehoda na uporabo ePIZ),
16. 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,
17. na vidnem mestu objaviti plakate, zloženke in drugo gradivo Zavoda, ki se nanaša na uresničevanje pravic zavarovanih oseb,

18. za namene izvajanja, evidentiranja, poročanja in obračunavanja zdravstvenih storitev uporabljati verzijo slovenskega prevoda avstralske modifikacije mednarodne klasifikacije bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene v vseh zdravstvenih dejavnosti (MKB - 10 - AM verzija 11),
19. v akutni bolnišnični obravnavi – SPP evidentirati opravljeno delo in razvrščati v šifre SPP po klasifikaciji AR-DRG (SPP) verzija 10.0 skladno s Standardi kodiranja – avstralske različice s slovenskimi dopolnitvami, klasifikacijo MKB 10 – AM verzija 11 in klasifikacijo terapevtskih in diagnostičnih postopkov v bolnišnični dejavnosti (KTDP verzija 11),
20. javni zdravstveni zavodi v akutni bolnišnični obravnavi postopno povečevati vrednost prospektivnega programa tako, da bo ciljna vrednost prospektivnega programa do konca leta 2025 45%,
21. na podlagi analize procesov dela in izmenjave dobrih praks vpeljevati ukrepe za izboljšanje dela ter posledično izboljšati izide zdravljenja,
22. pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku opraviti klinični pregled in upoštevati navodila, ki jih je potrdil RSK za družinsko medicino v sodelovanju z drugimi pristojnimi RSK in so v Prilogi 7 te uredbe,
23. ob vsaki napotitvi s statusom zelo hitro je treba opredeliti vzrok napotitve. V nasprotnem primeru lahko izvajalec, h kateremu je napotena zavarovana oseba, napotnico zavrne (velja za preglede, operacije in diagnostične storitve),
24. če je zavarovana oseba napotena na obremenitveno testiranje, je treba pred preiskavo opraviti in obračunati kratek klinični pregled,
25. upoštevati merila za sprejem pacientov v akutno bolnišnično obravnavo, ki so v Prilogi 11 te uredbe,
26. pri obračunu zdravstvenih storitev navesti pravilno številko zdravstvenega delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: RIZDDZ). Kontrolo ujemanja RIZDDZ številke zdravstvenih delavcev s podatki v RIZDDZ izvaja Zavod,
27. posredovati dokumente 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, sicer se šteje, da zdravstvena storitev ni zaključena oziroma ne šteje med realizirane storitve,
28. vzpostaviti vodenje stroškov po stroškovnih mestih. V enem letu po uvedbi novega obračunskega modela lahko pripravijo in Zavodu predložijo stroškovno in vsebinsko evalvacijo obračunskega modela, na podlagi katere lahko Zavod prouči potrebo po morebitni spremembi obračunskega modela,
29. izvajalci, ki imajo vzpostavljene čakalne sezname za poročanje NIJZ, pripravijo letni akcijski načrt za obvladovanje čakalnih vrst in seznam ukrepov za optimizacijo dostopnosti za dejavnosti oz. storitve z nedopustno čakajočimi. Letni akcijski načrt in seznam ukrepov izvajalci do 1. aprila predstavijo svetu zavoda,
30. vse napotnice v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti revmatologija mora od 1. januarja 2025 izvajalec revmatoloških storitev triažirati. Ob napotitvi morata napotovalec in napotni zdravnik upoštevati strokovna navodila, objavljena na spletni strani KO za revmatologijo UKC Ljubljana.

121. člen
(standardi storitev)

(1) Izvajalec zavarovanim osebam zagotovi pravice in nudi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja, nudenje pravic ali storitev, ki niso opredeljene v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja pa zavrne.

(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.

(4) Izvajalec opravljene storitve utemelji z zapisom v zdravstveni dokumentaciji v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugimi predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja, navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje, ter Navodilom za obračun – vprašanja in odgovori.

122. člen (ordinacijski čas)

(1) Ordinacijski čas za zavarovane osebe se dogovori v pogodbi o izvajanju programa storitev med izvajalcem in Zavodom, med letom pa se lahko spremeni samo s predhodnim pisnim soglasjem obeh pogodbenih strank.

(2) Izvajalci lahko izvajajo zdravstvene programe oziroma storitve, ki se plačujejo po realizaciji, tudi izven ordinacijskega časa, dogovorjenega v pogodbi z Zavodom (kot na primer večji obseg dela v popoldanskem času, ob sobotah, nedeljah), pri čemer o tem obvestijo zavarovane osebe.

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

(4) Izjema od obveznosti iz prejšnjega odstavka velja:

1. v dejavnosti, kjer zaradi zahtev diagnostičnih preiskav popoldanski čas ni primeren (npr. gastroskopija),
2. v dejavnosti, kjer se izvaja kontinuirana terapija, vezana na enakomerne časovne presledke in zaradi majhnega števila ekip pri izvajalcu dela ni smiselno organizirati izmensko,
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 dodatnih ambulantah družinske medicine,
7. 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 učinkovitega dela nosilca programa na teden, razen če je nosilec programa:

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

(6) Doktor dentalne medicine specialist čeljustne in zobne ortopedije v okviru 32,5 ur učinkovitega 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.

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

(8) V dodatnih ambulantah družinske medicine je ordinacijski čas 40 ur učinkovnega dela nosilca programa na teden. V primeru spremembe obsega programa in posledično spremembe ordinacijskega časa med mesecem, lahko izvajalec zaračuna največ toliko ur, kot jih ima opredeljenih z ordinacijskim časom.

(9) V dejavnosti 231 247 Izvajanje rentgena – RTG se ordinacijski čas določi za čas delovanja inženirja radiologije in znaša za 1 tim 96,9 ur učinkovnega dela na teden.

123. 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.

124. člen

(storitve v samoplačniški ambulanti)

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

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

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

125. člen

(opredeljevanje zavarovanih oseb za osebne zdravnike)

(1) Minimalna obremenitev zdravnika specialista družinske medicine na primarni ravni zdravstvene dejavnosti znaša 1.348 glavarinskih količnikov, zdravnika specialista pediatrije na primarni ravni znaša 1.196 glavarinskih količnikov, specializanta družinske medicine na primarni ravni pa 825 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.

(4) Mladinski zobozdravniki zaradi opredeljevanja odrasle populacije ne smejo odklanjati otrok in mladine.

(5) 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.

126. člen
(minimalni obseg programa)

(1) Za programe, kjer zavarovane osebe izbirajo osebnega 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.

127. 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.

128. člen
(obveznost vključevanja v program neprekinjenega zdravstvenega varstva)

(1) V zagotavljanje NMP vključno z dežurno službo in zagotavljanje neprekinjenega zdravstvenega varstva v bolnišnicah se vključijo vsi zdravniki, ki opravljajo dejavnost v javni zdravstveni mreži.

(2) Delež vključevanja se določi glede na obseg programa posameznega izvajalca v skladu z letnim programom ministrstva.

(3) 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.

129. člen
(izvajanje posebnih preiskav)

(1) 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.

(2) 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.

(3) 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.

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

130. člen

(obveznosti izvajalcev v dejavnosti zobozdravstva)

(1) Program posameznih dejavnosti zobozdravstva izvajalci realizirajo v razmerju:

- 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 % ortodonske storitve.

(2) V dejavnosti ortodontije izvajalci beležijo tudi število izdanih ortodontskih aparatov v skladu z navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje.

131. člen

(obveznosti izvajalcev mobilnega paliativnega tima)

(1) MPT zagotavlja in koordinira specializirano paliativno oskrbo prebivalcem regije. Izvajalec upošteva smernice pristojnega razširjenega kolegija in pripravi načrt obravnave zavarovane osebe. Izvajalec zagotovi število delujočih ambulant skladno s pogodbeno dogovorjenimi programi za ordinacijski čas v obsegu 32,5 ur efektivnega dela ambulante tedensko. V okviru tega mora MPT zagotoviti ambulanto za zgodnjo paliativno oskrbo dva dni v tednu za pokretne paciente, preostali čas pa za zagotavljanje paliativne oskrbe pacienta na domu in po potrebi v domovih za starejše, svetovanje osebnim zdravnikom, patronažni službi, zdravnikom v specialistični bolnišnični dejavnosti in v urgentnem centru, opravljati konziliarno paliativno dejavnost v bolnišnicah v regiji. Poleg tega mora izvajalec zagotoviti tudi 24 urno pripravljenost za svetovanje in nujne hišne obiske.

(2) V program MPT se vključijo zavarovane osebe, ki potrebujejo paliativno obravnavo ali imajo v odpustnici iz bolnišnice opredeljeno diagnozo Z 51.5 »paliativna oskrba« in podano paliativno oceno. Izdajatelj odpustnice mora MPT-ju dostaviti kopijo odpustnice in napotnico, če ima ustrezna pooblastila, sicer napotnico izda osebni zdravnik.

132. člen

(obveznosti upravljavca registra endoprotetike)

(1) Upravljavec registra endoprotetike kvartalno analizira zbrane podatke za paciente, ki jim je bila vstavljena, zamenjana ali odstranjena kolčna ali kolenska endoproteza ali njen del, primerja rezultate zdravljenja ter ugotovitve predstavi izvajalcem, Zavodu in ministrstvu.

(2) Izvajalci morajo kvartalno na spletni strani objaviti vpeljane ukrepe na podlagi poročila upravljavca registra.

133. člen

(obveznosti izvajalcev lekarniške dejavnosti)

- (1) Izvajalci zagotavljajo oskrbo z zdravili v rednem obratovalnem času in v dežurstvu.
- (2) Redni obratovalni čas in dežurstvo 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,
 - izvajanje kognitivnih storitev v skladu s strokovnimi kriteriji za vključitev zavarovane osebe v brezšivno skrb,
 - lekarna posreduje podatke o izdanih zdravilih na recept ter podatke o kognitivnih storitvah 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 prepisovalca zdravila.

134. člen
(obveznosti izvajalcev zdraviliške dejavnosti)

- (1) Izvajalci zdraviliškega zdravljenja izvajajo dogovorjeni program tako, da:
 1. nudijo zavarovanim osebam storitve v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje v ustreznem standardu in kvaliteti ter v skladu z doktrino medicinske rehabilitacije z naravnimi zdravilnimi sredstvi,
 2. obvestijo zavarovane osebe pred prihodom na zdraviliško zdravljenje o terminu zdraviliškega zdravljenja,
 3. zagotovijo 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. zagotovijo sprejem na zdraviliško zdravljenje, ki ni nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, za vse zavarovane osebe, ki so upravičene do nadomestila plače zaradičasne zadržanosti od dela, najpozneje v desetih dneh, po prejemu obvestila o odobritvi takšnega zdravljenja s strani imenovanega zdravnika Zavoda. Ostale zavarovane osebe izvajalci zdraviliškega zdravljenja sprejemajo na zdravljenje po vrstnem redu iz čakalnega seznama,
 5. zagotovijo 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 najpozneje v sedmih dneh po končanem zdravljenju osebni zdravnik zavarovane osebe posredujejo odpustno pismo,
 6. predloge za spremembo in podaljšanje zdraviliškega zdravljenja Zavodu pošiljajo po pošti ali preko on line sistema, od 1. januarja 2026 pa samo preko on line sistema. Predlogi za podaljšanje ali spremembo odločbe o odobrenem zdraviliškem zdravljenju se obravnavajo isti dan oziroma v najkrajšem možnem času. Območne enote Zavoda odločbo o podaljšanju ali spremembi zdraviliškega zdravljenja pošljejo 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, takšno odločbo vrne 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 18 te uredbe.

135. 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 14 te uredbe, Priloge 21 te uredbe in Priloge 1 te uredbe,
2. zagotavljajo fizioterapevtske, delovno terapevtske, 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 ambulanti 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.

136. 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 14 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 podatke o zasedenosti.

(3) Če glede na zasedenost zmogljivosti ne zaposluje kadra skladno s Prilogo 14 te uredbe in je odstopanje višje od 2 %, se mu cena zniža za odstotek odstopanja 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 14 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.

137. člen

(izstavljanje dokumentov za plačilo opravljenih storitev)

(1) Izvajalci za opravljene storitve Zavodu izstavijo račune, zahtevke za plačilo in poročila v skladu z navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje ter Navodilom za obračun – vprašanja in odgovori.

(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 štirikrat 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) Priloge k dokumentom za obračun v papirni obliki, skladne z navodili, ki urejajo beleženje in obračunavanje, izvajalci dostavijo Zavodu v roku pet delovnih dni od dneva elektronsko posredovanih podatkov.

(8) 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.

(9) 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.

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

(11) 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 pripravljajo 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. V primeru, da je vrednost obdobjnega obračuna nižja od 1 eur, lahko Zavod s soglasjem izvajalca vrednost obdobjnega obračuna popravi na 0 in izvajalcu računa ni potrebno izstaviti. 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.

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

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

138. člen
(storitve po naročilu imenovanih zdravnikov)

(1) V primeru naročila imenovanega zdravnika, da izbrani osebni zdravnik pripravi predlog za obravnavo na invalidski komisiji, mora izbrani osebni zdravnik zavarovane osebe 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.

(2) V postopkih odločanja imenovanih zdravnikov in zdravstvenih komisij Zavoda, v primeru naročila, da izbrani osebni zdravnik posreduje zdravstveni karton, medicinsko dokumentacijo ali zahteve, da poda dodatna pojasnila, mora izbrani osebni zdravnik zahtevano dokumentacijo ali pojasnila pripraviti in posredovati imenovanemu zdravniku oziroma zdravstveni komisiji v roku 3 delovnih dni.

139. člen
(kakovost in varnost)

(1) Izvajalci oblikujejo, uvajajo in redno uporabljajo svoje klinične poti in druge na dokazih podprte standarde zdravstvene obravnave. Vsako leto uvedejo dve novi klinične poti, prioriteto za prospektivni program. Seznam kliničnih poti, ki jih izvajalci uporabljajo oz. izvajajo, objavijo na svojih spletnih straneh in jih ob spremembah tekoče posodablajo.

(2) Spremljajo in poročajo kazalnike kakovosti in izide zdravljenja, ki so določeni v Prilogi 9 te uredbe v skladu z metodologijo in navodili ministra, pristojnega za zdravje.

(3) Vzpostavijo sistem obvladovanja varnostnih incidentov in varnostnih tveganj (sporočanje, analiza, ukrepi in sledenje učinkovitosti ukrepov in stalno učenje).

(4) Obvladujejo varnostna tveganja ter neskladnosti in odklone od standardov in najboljših praks z analizo varnostnih incidentov ter o njih poročajo v skladu z navodili ministra, pristojnega za zdravje.

(5) Izvajalci morajo dvakrat letno na spletni strani objaviti vpeljane ukrepe, sprejete na podlagi uvedenih kliničnih poti, analiz kazalnikov kakovosti ter obvladovanja varnostnih tveganj.

2. Poročanje o izvedbi programa in vodenje evidenc

140. člen
(poročanje o izvedbi programa)

(1) Javni zavod o opravljenih storitvah po zdravstvenih delavcih kvartalno poroča svetu zavoda in ministrstvu.

(2) 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. aprila ter 1. oktobra 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.

141. 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 izvedle. 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 16 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).

(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 seznama ustanov, v katerih so se skupinske delavnice in individualne obravnave izvedle.

(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.

142. člen

(poročanje CDZOM in CDZO)

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

143. 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.

144. člen

(poročanje NIJZ o programu SVIT)

(1) NIJZ za upravljanje programa 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.

145. 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 standardov kakovosti programa v celoti.

146. 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.

147. 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.

148. 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 izvedle. V primeru izvedbe programa vzgoje za ustno zdravje v vrtcih ali šolah zadostuje podpis prisotnega predstavnika teh ustanov.

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 cene splošne ambulante v socialno varstvenem zavodu (302 002) iz Priloge 1 te uredbe.

(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, ki urejajo beleženje in obračunavanje.

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

(poročanje izvajalcev o materialnih stroških in zdravilih po pacientu)

(1) Izvajalci, ki so vključeni v Nacionalno stroškovno analizo SPP, poročajo Zavodu podatke o materialnih stroških, zdravilih in druge podatke po pacientih skladno z Navodilom o zbiranju in posredovanju podatkov za izračun uteži SPP.

(2) Izvajalcu, ki ne posreduje zahtevanih podatkov, se pri končnem letnem obračunu odštejejo namenska sredstva, ki jih je v pogodbenem letu prejel za vzpostavitev sistema za evidentiranje podatkov po pacientu.

152. 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 morajo izvajalci izdelati za obdobje preteklega koledarskega leta, skladno z merili za vrednotenje in Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, 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 porabljenega sredstva štejejo kot neutemeljena.

153. 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. 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) 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) Do sredstev za terciar so upravičeni projekti, ki so dogovorjeni v pogodbi z Zavodom in se izvajajo v skladu s predvidenim terminskim planom.

(5) 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.

(6) 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.

154. 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 pacientih, ki so bili terciarno obravnavani, naslednje 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 pacienta ob zaključku obravnave (1-domov, 2-v drugo bolnišnico, 3-v dom za ostarele ali socialni zavod, 4-zavarovana oseba je umrla).

3. Posebnosti pri evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev

155. člen (obračunavanje programa zobozdravstva za mladino)

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

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

156. člen

(obveznost izvajalcev v dispanzerju za mentalno zdravje in razvojni ambulanti z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo)

(1) 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.

(2) 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. V tem primeru krije tudi morebitne potne stroške zavarovane osebe.

157. člen

(posebnosti obračunavanja 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 %.

158. 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 ter stroške zahtevnejše opreme, če se ne predpisuje na recept.

159. 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.

160. člen

(nenujni reševalni prevozi)

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

(2) Prejšnji odstavek se ne uporablja, kadar se izvajalec nenujnih reševalnih prevozov, ki ima pogodbo z Zavodom, 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 posamezno zavarovano osebo predstavljajo razdaljo med njenim 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 16 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.

(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.

(14) Izvajalec prevozov mora sorazmerno s svojim programom zagotavljati izvedbo nenujnih prevozov izven rednega delovnega časa.

161. 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.

162. člen

(opredelitev diagnoze 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.

163. člen

(evidentiranje in obračunavanje storitev v dejavnosti dermatologije)

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

164. člen

(evidentiranje in obračunavanje 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.

165. člen

(evidentiranje in obračun storitev v dejavnosti nevrologije)

Če izvajalec v dejavnosti nevrologija evidentira in obračuna storitev »NEV001 Celotni pregled«, pregledane osebe ne napoti k drugemu specialistu-nevrologu, razen v primeru subspecialističnih storitev ali za storitve, ki jih smejo izvajati le določeni izvajalci.

166. člen

(evidentiranje in obračun storitev v dejavnosti kardiologije)

Če izvajalec v dejavnosti kardiologije evidentira in obračuna storitev »KAR001 Celotni pregled«, pregledane osebe ne napoti k drugemu specialistu-kardiologu, razen v primeru subspecialističnih storitev ali za storitve, ki jih smejo izvajati le določeni izvajalci.

167. člen

(obračunavanje predpisovanja 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 fizioterapija).

168. člen

(obračunavanje storitev v primeru urgentne obravnave)

(1) Urgentne obravnave v specialistični zunajbolnišnični 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 na podlagi triažne matrike 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 11 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 primera ABO (SPP) za primer, ko je bila oseba obravnavana v opazovalni enoti urgentnega centra v trajanju manj kot 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.

169. člen

(obračunavanje programov v bolnišnični dejavnosti)

(1) Primer programa v bolnišnični dejavnosti predstavlja zaključeno stacionarno ali nestacionarno bolnišnično obravnavo aktualnega zdravstvenega problema pacienta 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 170. 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 obravnava, katerih storitev se obračunava v dneh, se dnevi med začasno prekinitvijo zdravljenja in ponovnim sprejemom v isto obravnavo ne obračunavajo, temveč se spremljajo evidenčno.

170. 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.

171. 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 11 te uredbe.

172. člen
(evidentiranje prospektivnega programa v akutni bolnišnični obravnavi)

(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 10 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 10 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 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. zgolj opravljen poseg iz Priloge 10 te uredbe ni zadosten pogoj za evidentiranje vrste prospektivnega programa: poseg mora 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 potrebno v medicinski dokumentaciji priložiti izpolnjene strokovne ocenjevalne lestvice nevrološke prizadetosti (NIHSS), motnje zavesti (Glasgowska lestvica) in funkcionalne prizadetosti (mRS).

(2) Seznam posegov in diagnoz za identifikacijo prospektivnega programa in izbranih storitev (npr. robotsko asistiran kirurški poseg) je v Prilogi 10 te uredbe.

173. člen

(sprejem v neakutno bolnišnično obravnavo)

- (1) 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.

(2) Za premestitev iz akutne obravnave v neakutno obravnavo in obratno, ter za dolžino trajanja neakutne bolnišnične obravnave, mora obstajati medicinska indikacija. Pred namestitvijo v neakutno bolnišnično obravnavo mora izvajalec pacientu izdati ustrezno odpustnico iz akutne bolnišnične obravnave.

174. člen

(obračunavanje programa neakutne bolnišnične obravnave)

(1) Izvajalci program neakutne bolnišnične dejavnosti obračunavajo na podlagi BOD 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 invalidne mladine, 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 2. alineje prejšnjega odstavka.

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

(4) 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.

175. člen

(obračunavanje storitev zunajbolnišnične dejavnosti med hospitalizacijo)

Med hospitalizacijo se lahko posebej obračunajo tudi storitve specialistične ambulantne dejavnosti dialize, kemoterapije, radioterapije, zdravljenja s hiperbarično komoro, konziliarni pregled mobilnega paliativnega tima (MPT009) in druge načrtovane zdravstvene storitve, za katere ima pacient potrjen datum v čakalnem seznamu pri izvajalcu zdravstvenih storitev. Pogoj je, da medicinska indikacija za ambulantno zdravljenje predstavlja nadaljevanje utečenega zdravljenja, ki ni v neposredni povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo.

176. člen

(obračunavanje dodatnih storitev zunajbolnišnične dejavnosti med bolnišničnim zdravljenjem)

Med bolnišničnim zdravljenjem se lahko dodatno obračunajo tudi storitve zunajbolnišnične dejavnosti v povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo:

- ob storitvi SPP se lahko obračuna akutna dializa (dializa II), če je ta medicinsko utemeljena,
- ob storitvi SPP Onkološki inštitut Ljubljana lahko obračuna tudi 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 s šifro E0449 Računalniško podprta vadba hoje, če je ta medicinsko utemeljena in je k medicinski dokumentaciji priložen izvid opravljene storitve,
- ob storitvi postopek 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 s šifro KG0028 ali KG0029, odvisno od tega, ali gre za molekularno-genetsko ali citogenetsko spremembo.

177. člen

(ostale posebnosti obračunavanja storitev v bolnišnični in zunajbolnišnični dejavnosti)

(1) Kadar 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. Koncesionar, 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.

(2) 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.

(3) Pri storitvah, ki imajo v nazivu pripis dnevna obravnavo, trajanje obravnave nad 4 ure ni pogoj za obračun bolnišnične obravnave (npr. SPP). Pri dolgotrajnih dnevnih obravnavah SPP se SPP obračuna, ko je zaključen cikel, ne glede na število epizod.

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

(5) Ob šifri SPP za porod izvajalci hkrati ne smejo obračunati tudi šifre SPP za zdravega novorojenčka,. Kadar pa je po porodu potrebna diagnostična in/ali terapevtska bolnišnična obravnavo novorojenčka, se SPP obračuna skladno s Standardi kodiranja – avstralska različica 11, slovenske dopolnitve.

(6) Šifri SPP K10Z, K11A, K11B in K12Z lahko obračunavajo le izvajalci, ki imajo z Zavodom pogodbeno dogovorjen program operacij morbidne debelosti.

(7) Izvajalci lahko obračunavajo operacije sive mreže v okviru akutne bolnišnične obravnave (SPP), če je potrebna splošna anestezija in v primeru strokovnih indikacij iz Priloge 12 te uredbe.

(8) 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 12 te uredbe.

(9) Zdravljenje s hiperbarično komoro izvajalec lahko obračuna samo za primere indikacij iz Priloge 12 te uredbe.

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

178. člen

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

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

(3) Za ambulantno zdraviliško zdravljenje pacienta lahko izvajalec obračuna Zavodu začetno oskrbo s šifro 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.

179. člen
(obračunavanje 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 21 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 celodnevni 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 Navodilom 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, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, 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**

180. 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.

181. 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 se 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.

182. 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. Če Zavod ugovarja zahtevku, mora plačati nesporni del obveznosti.

(3) 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.

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

184. člen
(plačilo programov po realizaciji)

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,
 - ostali sanitetni prevozi,
 - nenujni reševalni prevozi s spremljevalcem,
 - individualne učne delavnice – individualno svetovanje za tvegano pitje alkohola,
 - priprava in apliciranje zdravil s seznama A in B (Priloga 1 te uredbe),
 - storitve v povezavi z asistirano peritonealno dializo,
 - cepljenje proti gripi v ambulantah NIJZ in v bolnišnicah,
 - specialne fizioterapevtske obravnave,
 - menjava nizkoprofilne perkutane gastrostome (PEG),
 - ambulanta splošne in družinske medicine ter v 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 medicini dela, prometa in športa,
 - program v antikoagulantni ambulanti,
 - cepljenje nosečnic proti oslovskemu kašlju v ambulantah NIJZ,;
 - cepljenje nosečnic proti respiratornemu sincicijskemu virusu (RSV) v ambulantah NIJZ (določba velja od vključitve NIJZ kot izvajalca tega cepljenja v Program cepljenja in zaščite z zdravili),
 - fizioterapija,
 - razvojna ambulanta z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo.

2. Zobozdravstvena dejavnost:
 - dodatek k ceni storitve v zobozdravstvu zaradi alergije na standardne materiale,
 - ortodontija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 401 110),
 - zobnoprotetična rehabilitacija s pomočjo zobnih vsadkov (vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti 215 224, 442 116, 405 113, 403 112, 406 114),
 - dodatek za strojno širjenje koreninskih kanalov (šifra storitve E0847),
 - zobozdravstvo za mladino.

3. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost:
 - dialize (število/dnevi),
 - nefrologija - žilni pristopi za hemodializo (šifra storitve od E0848 do E0857),
 - 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,

- pediatrija (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 227 237 Z0030),
- gastroenterologija, (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 205 208 Z0030),
- dihalni testi (šifra storitve E0339),
- UC – enota za bolezni,
- UC - enota za poškodbe,
- internistika – urgentna ambulanta (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 238 255, šifra storitve Z0030),
- kirurgija – urgentna ambulanta (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 238 256, šifra storitve Z0030),
- infektologija – urgentna ambulanta (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 238 261, šifra storitve Z0030),
- nevrologija – urgentna ambulanta (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 238 262, šifra storitve Z0030),
- 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 te uredbe),
- RTG,
- storitve ultrazvoka,
- CT preiskave (velja izključno za javne zavode),
- PET CT preiskave,
- MR preiskave (velja izključno za javne zavode),
- 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 najustreznejšega 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,
- celostna obravnava otrok in mladostnikov s cistično fibrozo (E0860, E0861 in E0862),
- 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 ter NEOTSH (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 227 237),
- program v antikoagulantni ambulanti,
- celovita rehabilitacija slepih in slabovidnih,

- operacija na ožilju (šifra storitve E0220),
 - paliativna oskrba otrok (241 291 Z0045);
4. Specialistična bolnišnična dejavnost:
- doječe matere (NOD),
 - sobivanje ob hospitaliziranem otroku skladno s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje,
 - 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 10 te uredbe,
 - storitve iz Priloge 1 te uredbe za program nevroomodulacije,
 - dodatek pri bilateralni kohlearni implantaciji,
 - dodatek za poseg katetrskc ablacije aritmij,
 - dodatek za brezšivno skrb v bolnišnični obravnavi,
 - dodatek za presejanje novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo v dejavnosti pediatrija ter NEOTSH (od 1. 4. 2025 dalje)
 - dodatek k zdravljenju, pri katerem je bolezen COVID 19 glavna ali spremljajoča bolezen.
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, pri standardu 4 pa največ do 25,33 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, pri standardu 4 pa več kot 25,33 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, pri standardu 4 pa več kot 25,33 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,
 - sobivanje ob otroku v skladu s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje.
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 14 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 (ZTM).

185. člen
(prerazporejanje sredstev med programi)

Prerazporejanje sredstev se pri končnem letnem obračunu izvede na ravni izvajalca do višine pogodbeno dogovorjenih sredstev, in sicer:

1. Med ločeno načrtovanimi programi (znotraj posamezne alineje):
 - psihiatrija, primer v bolnišnični dejavnosti – psihogeriatrija (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),
 - nega in patronaža (brez asistirane peritonealne dialize).
2. V okviru enega načrtovanega programa:
 - operacije na ožilju – krčne žile ene noge in operacija na ožilju- krčne žile na obeh nogah hkrati.

186. 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

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

(1) Zavod plačuje izvajalce splošne in družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja (302 001, 302 068, 302 070 in 327 009) na podlagi glavarine in storitev. Izvajalce splošne ambulate v

socialno varstvenem zavodu (302 002) Zavod plačuje na podlagi opravljenih storitev. Izvajalce otroškega in šolskega dispanzerja v drugih zavodih (327 013) pa Zavod plačuje na podlagi opravljenih storitev.

(2) Zavod izvajalcem plača vse opravljene količnike iz obiskov. Izjema je program otroškega in šolskega dispanzerja – kurativa (327 009). Zavod izvajalcem tega programa plača:

- realizirano število količnikov iz obiskov, če izvajalec preseže pogodbeno dogovorjeni plan količnikov iz obiskov ali če ne realizira najmanj 8.000 količnikov iz obiskov na tim,
- planirano število količnikov iz obiskov, če izvajalec realizira najmanj 8.000 količnikov iz obiskov na tim in ne preseže pogodbeno dogovorjenega števila količnikov iz obiskov.

(3) Število glavarinskih količnikov pri izvajalcu splošne in družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja (302 001, 302 068, 302 070 in 327 009) se izračuna na zadnji dan v mesecu na podlagi števila pri njem opredeljenih zavarovanih oseb in pripadajočega števila količnikov glede na njihovo starost in spol, pri čemer se upoštevajo opredeljene zavarovane osebe pri aktivnih nosilcih in pri neaktivnih nosilcih dve leti po prenehanju njihovega dela.

(4) Posamezni izvajalec za polni program ekipe v splošni in družinski medicini ter otroškem in šolskem dispanzerju (302 001, 302 068, 302 070 in 327 009) lahko pri izračunu obveznosti preseže standardno število glavarinskih količnikov na nosilca (1.348 količnikov). Pripadajoči glavarinski količniki se priznajo v celoti do 1.348 količnikov, nato pa po regresijski lestvici:

Število količnikov	Plačilo
1.348	100 %
1.348,01	1.618 140 %
1.618,01	1.970 100 %
1.970,01	2.157 90 %
2.157,01	2.426 80 %
2.426,01	0 %

(5) Regresijska lestvica se uporablja za izračun glavarine za vsakega aktivnega zdravnika, nosilca tima. Če je na območju posamezne izpostave Zavoda samo en nosilec tima dejavnosti 302 001 ali 327 009, se glavarinski količniki nad 1.970 priznajo v celoti (100 %).

(6) Glavarinski količniki od neaktivnega zdravnika do dve leti, glavarinski količniki od prevzema programa drugega izvajalca do dveh let in dodatni glavarinski količniki ambulant z dodatno 0,5 DMS od datuma pristopitve k projektu, se prištejejo h glavarinskim količnikom, izračunanim na podlagi prvega stavka petega odstavka.

(7) Tako izračunani glavarinski količniki so podlaga za izračun obveznosti Zavoda do izvajalca splošne in družinske medicine ter otroškega in šolskega dispanzerja (302 001, 302 068, 302 070 in 327 009).

(8) Glavarinski količniki ambulante specializanta družinske medicine se pri izračunu skupnega števila glavarinskih količnikov pri izvajalcu ne upoštevajo šest mesecev od vzpostavitve ambulante, razen na predlog izvajalca, da se prehodno obdobje šest mesecev predčasno zaključi.

188. 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 103. 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.

189. 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. Po preteku tega obdobja se za obračun glavarine upošteva dejansko stanje glavarinskih količnikov, glede na število opredeljenih zavarovanih oseb.

190. člen

(plačilo v ambulanti družinske medicine/splošne ambulante – dodatno 0,5 DMS)

Izvajalcu, ki je sklenil aneks k pogodbi za ta program, se končni letni obračun za leto 2025 izvede na podlagi cene količnika za ambulanto družinske medicine/splošne ambulante – dodatno 0,5 DMS, če do 31. decembra 2025 doseže dodatnih 182 glavarinskih količnikov glede na stanje števila glavarinskih količnikov ob sklenitvi aneksa k pogodbi za ta program. V nasprotnem primeru končni letni obračun temelji na podlagi cene količnika za ambulanto družinske medicine/splošne ambulante.

191. 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.

192. člen

(plačilo storitev laboratorija v ambulantah družinske medicine)

(1) Ambulante družinske medicine, vključno z ambulanto specializanta družinske medicine, morajo dokazati namenskost porabe sredstev za laboratorij. V ta namen za stroške lastnega laboratorija evidenčno poročajo o opravljenih laboratorijskih preiskavah v skladu s Prilogo 17 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 v ambulantah družinske medicine, pri čemer ne upoštevajo preiskav, ki jih Zavodu zaračunajo kot LZM.

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

(5) Če so dejansko porabljena sredstva za laboratorij v koledarskem letu nižja od vračunanih sredstev za laboratorij, Zavod razliko poročuna pri končnem letnem obračunu.

(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.

193. člen

(plačilo storitev otroško-šolskega dispanzerja v Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije Debeli rtič, v CIRIUS Vipava ter CIRIUS Kamnik)

ZD Koper storitve v Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije Debeli rtič, ZD Ajdovščina pri zagotavljanju dispanzerja za otroke in šolarje v CIRIUS Vipava ter CIRIUS Kamnik storitve v otroško-šolskem dispanzerju Zavodu obračunajo po ceni splošne ambulante v socialno varstvenem zavodu (302 002) iz Priloge 1 te uredbe.

3. Izvajanje obračuna v dispanzerju za ženske

194. 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. decembra preteklega leta,
- v drugem tromesečju na podlagi števila zavarovanih oseb na dan 31. marca tekočega 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. septembra 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.

195. člen

(plačilo količnikov)

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.

196. člen
(glavarina v primeru novih programov)

(1) Izvajalci, ki v pogodbenem letu začnejo z delom programa dispanzerja za ženske brez opredeljenih zavarovanih žensk, prejema 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.

197. 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.

198. 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.

4. Farmaceutsko svetovanje

199. člen
(plačilo programa farmacevtskega svetovanja)

(1) Zavod v okviru končnega letnega obračuna programa farmacevtskega svetovanja zagotovi izvajalcu plačilo programa v višini odstotka doseganja načrtovanega števila poročanih enot, pri čemer se realiziranim enotam prišteje 10 % planiranih enot izvajalca, vendar končno plačilo ne presega načrtovanih sredstev izvajalca.

(2) Določba prejšnjega odstavka velja do 30. junija 2025.

5. Fizioterapija

200. člen

(plačilo programa fizioterapije)

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

- realizirano število uteži izvajalca v tekočem letu,
- delež opravljenih temeljnih postopkov v primerjavi s podpornimi postopki. Temeljne postopke po opredelitvi RSK za fizioterapijo predstavljajo fizioterapevtski postopki s šiframi: FT001-FT018, FT029-FT032, FT035, FT037-FT044, FT046-FT049 iz Navodila o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Izvajalcu, ki pri izvajanju fizioterapije v posameznem koledarskem letu opravi manj kot 60 % 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

201. člen

(opredelitev realiziranega programa patronažne zdravstvene nege in plačilo sodobnih oblog za oskrbo kroničnih ran)

(1) Priznana vrednost realiziranega programa patronažne zdravstvene nege (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 510 029 patronažna služba in 544 034 nega na domu; brez asistiranе 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 načrtovani obseg programa in preventivne obravnave predstavljajo vsaj 5% realiziranega obsega vseh obravnav, se mu prizna RV, vendar največ do 120% pogodbene vrednosti,
- če izvajalec realizira oziroma preseže načrtovani obseg programa in če preventivne obravnave ne predstavljajo vsaj 5% realiziranega obsega vseh obravnav, se mu prizna RV, vendar največ do pogodbene vrednosti,
- če izvajalec ne realizira načrtovanega obsega programa in če preventivne obravnave predstavljajo vsaj 5% realiziranega obsega vseh obravnav, se mu prizna RV največ do 120% pogodbene vrednosti, zmanjšane za odstotek nedoseganja načrtovanega obsega programa,
- če izvajalec ne realizira načrtovanega obsega programa in če preventivne obravnave ne predstavljajo vsaj 5% realiziranega obsega vseh obravnav, se mu prizna RV največ do pogodbene vrednosti, zmanjšane za odstotek nedoseganja načrtovanega obsega programa.

(2) Izvajalci poročajo porabo sredstev za sodobne obloge za oskrbo kroničnih ran na podlagi nabavne vrednosti materiala skladno z navodili Zavoda. Zavod izvajalcu plača realizirano vrednost, vendar največ do pogodbeno dogovorjene vrednosti.

7. CDZO in CDZOM, dispanzer za mentalno zdravje, centri za preprečevanje in zdravljenje odvisnosti od prepovedanih drog

202. člen

(plačilo programa CDZO in CDZOM)

Za centre, vzpostavljeni po 1. juliju 2021, velja financiranje v pavšalu eno leto po vzpostavitvi centra.

203. člen

(plačilo programa dispanzerjev za mentalno zdravje)

(1) Program dispanzerjev za mentalno zdravje, ki sodelujejo s CDZOM, 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.

204. 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

205. 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 učinkivnih 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.

206. člen

(plačilo programa za zmanjšanje tveganega pitja alkohola)

Zavod plača vsa realizirana individualna svetovanja za zmanjšanje tveganega pitja alkohola.

207. 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.

208. 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 preseгла načrtovan obseg storitev oziroma sredstev in jo je ZVC utemeljil s poročilom na predpisanem obrazcu NIJZ.

209. člen

(plačilo programa podpornih aktivnosti ZVC)

(1) NIJZ pripravi poročilo o izvajanju programa podpornih aktivnosti ZVC iz Priloge 16 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.

210. člen

(plačilo programa CKZ)

(1) Program CKZ se med letom plača v pavšalu, pri končnem letnem obračunu 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.

211. 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

212. 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

213. člen
(plačilo programa dežurne službe)

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

11. Zobozdravstvena dejavnost

214. člen
(plačilo programa zobozdravstvene dejavnosti za mladino)

(1) 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.

(2) 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.

215. člen
(plačilo preseganja programa v zobozdravstveni dejavnosti)

(1) Zavod plača do 5 % preseganje pogodbeno dogovorjenega programa v dejavnostih:

Šifra vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Naziv VZD
404 105	Zobozdravstvo za študente

(2) Zavod plača do 20 % preseganje pogodbeno dogovorjenega programa v dejavnostih:

Šifra vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti	Naziv VZD
404 101	Zobozdravstvo za odrasle

405 113	Stomatološka protetična dejavnost
406 114	Parodontologija /zobne bolezni in endodontija
442 116	Oralna in maksilofacialna kirurgija

216. člen

(plačilo RTG programa v dejavnostih zobozdravstva za mladino, odrasle in zobozdravstva za študente)

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

(2) Če izvajalec v zobozdravstvu za odrasle ali zobozdravstvu za mladino realizira več točk od pogodbenega plana in obenem ne realizira pogodbeno dogovorjenega program točk za RTG slikanje, mu Zavod pri končnem letnem obračunu zmanjša plačilo za nerealizirane RTG točke.

217. 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.

218. 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.

219. člen

(plačilo programa pedontologije)

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

220. člen

(plačilo programa dežurne službe v zobozdravstveni dejavnosti)

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

12. Specialistična zunajbolnišnična dejavnost

221. člen

(plačilo prvih pregledov)

(1) V dejavnostih iz 49. člena te uredbe, za katere je določeno minimalno število prvih pregledov (razen za dejavnost 211 220 kardiologija in vaskularna medicina od 1. julija 2025), ter v dejavnostih onkologija in pedopsihiatrija, se pri končnem letnem obračunu plača 30 % 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, v dejavnosti pedopsihiatrije pa prva obravnava in začetna psihološka evalvacija), in sicer za vsak opravljen prvi pregled.

(2) Za dejavnost 211 230 Kardiologija in vaskularna medicina se od 1. julija 2025 pri končnem letnem obračunu plača 10 % višja osnovna cena pregleda (ob evidenčni šifri E0273 obračunani celotni pregled ali delni pregled), in sicer za vsak opravljen prvi pregled. Pogoj za 10 % višjo osnovno ceno pregleda je 100-odstotna realizacija plana prvih pregledov.

222. člen

(plačilo preseganja programa)

(1) Zavod plača do 20 % 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
206 209	ginekologija	220 229	okulistika
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 iz 49. člena te uredbe, kjer je določeno minimalno število prvih pregledov, ne doseže minimalnega števila prvih pregledov, se mu pri končnem letnem obračunu obračunana vrednost programa zniža za odstotek nedoseganja minimalnega števila prvih pregledov, vendar ne več kot 10 %.

(3) Če izvajalec preseže minimalno število prvih pregledov iz 49. člena te uredbe za 10 %, mu Zavod pri končnem letnem obračunu plača do 30 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa (točk), če pa preseže plan minimalnega števila prvih pregledov za 20 %, pa 40 %, in sicer v naslednjih dejavnostih:

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

(4) Zavod plača do 20 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa za:

- operacije sive mreže.

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

- operacije - vitreoretinalna kirurgija.

(6) Zavod plača bolnišnicam do 10 % preseganja pogodbeno dogovorjenega programa citoloških in patohistoloških preiskav.

223. člen (plačilo programa dermatologije)

Plačilo realiziranega programa dermatologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. Realizirana vrednost izvajalca (v nadaljnjem besedilu: 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, 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.

224. člen (plačilo programa fiziatrije)

(1) Izvajalcem programa fiziatrije, ki niso realizirali nobene storitve, ki se evidentirajo s šiframi 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 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 prvega odstavka tega, se plača preseganje programa glede na znižan normativ, ki znaša 33.667 točk na tim.

225. 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.

226. člen

(plačilo programa otorinolaringologije)

Plačilo realiziranega programa otorinolaringologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. Realizirana vrednost programa izvajalca (v nadaljnjem besedilu: RV) 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.

227. člen

(plačilo programa pnevmologije)

Plačilo realiziranega programa pnevmologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. Realizirana vrednost programa izvajalca (v nadaljnjem besedilu: 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, 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.

228. člen

(plačilo programa eozinofilne bolezni)

Eozinofilne bolezni prebavi: diagnostika in zdravljenje pri otrocih in mladostnikih, genetsko presejalno odkrivanje in celostna obravnava otrok in mladostnikov z družinsko hiperholesterolemijo. Zavod plača vse opravljene storitve do načrtovane letne vrednosti programa.

229. člen

(plačilo mobilnega paliativnega tima)

(1) Plačilo realiziranega programa mobilnega paliativnega tima 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 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 MPT003, MPT005, MPT006, MPT010, MPT011, MPT012, MPT014 in MPT017) ne sme presegati 66 % realizacije vseh storitev, brez upoštevanja MPT007 in MPT008.

(3) Če izvajalec presega kriterij iz prejšnjega odstavka, se obveznost Zavoda za plačilo zniža za 2 %.

230. člen

(plačilo programa nefrologije)

Plačilo realiziranega programa nefrologije se pri končnem letnem obračunu opredeli na naslednji način:

1. Realizirana vrednost programa izvajalca se izračuna iz realiziranega števila storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe.
2. Izvajalcu se prizna pogodbeno vrednost programa, ko doseže ali preseže načrtovana sredstva, v nasprotnem primeru se izvajalcu priznajo realizirana sredstva.
3. Izvajalcu se priznajo realizirana sredstva za laboratorij, vendar največ do višine planiranih sredstev.

231. člen

(plačilo programa CT in MR za koncesionarje)

(1) Realizirana vrednost programa izvajalca se izračuna iz realiziranega števila storitev in cen storitev, ki so določene v Prilogi 1 te uredbe.

(2) Izvajalcu se pri končnem letnem obračunu prizna realizirana vrednost programa, vendar največ do planirane vrednosti programa.

13. Specialistična bolnišnična dejavnost

232. člen
(obračun programa akutne bolnišnične obravnave SPP)

Za program akutne bolnišnične obravnave – SPP se obračun izvede za:

- prospektivni program akutne bolnišnične obravnave SPP, plačan po realizaciji v skladu s Tabelo 1 iz Priloge 10 te uredbe,
- prospektivni program akutne bolnišnične obravnave SPP, za katere je opredeljeno plačilo delnega preseganja plana v skladu s Tabelo 1 iz Priloge 10 te uredbe,
- program ostale akutne bolnišnične obravnave SPP.

233. člen
(obračun prospektivnega programa akutne bolnišnične obravnave SPP)

(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 10 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 10 te uredbe. V obračun vključeni primeri se ovrednotijo po uteži na primer za obračun iz Tabele 1 Priloge 10 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.

234. člen
(ugotovitev realizacije ostale akutne bolnišnične obravnave SPP)

(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 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 plačanih po realizaciji, in programov, kjer je plačano delno preseganje plana, ter realizacijo uteži programa »ostala akutna bolnišnična obravnava« se upošteva največ do skupne čiste realizacije uteži izvajalca.

(5) V obračun programa ostala akutna bolnišnična obravnava se vključijo realizirane uteži največ do višine načrtovanih uteži programov ostala akutna bolnišnična obravnava skupaj in pripadajoči primeri.

235. člen
(obračun v primeru kirurškega zdravljenja rakave bolezni ali zdravljenje možganske kapi)

Če je v okviru prospektivnega programa iz Tabele 1 Priloge 10 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.

236. člen
(plačilo programa akutne bolnišnične obravnave SPP)

(1) Izvajalec, ki hkrati realizira skupni plan primerov in uteži, je upravičen najmanj do plačila celotnega pogodbenega programa akutne bolnišnične obravnave SPP.

(2) Za korekcijo vpliva uvedbe nove klasifikacij SPP Zavod nameni do 9,9 milijonov eurov. Vpliv se izračuna ob končnem letnem obračunu in je podlaga za delitev sredstev izvajalcem.

237. 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 v poročilu o realizaciji terciarnega programa ne utemelji porabe sredstev načrtovanih za terciar, se za neutemeljeni del porabe odštejejo sredstva pri obračunu v naslednjem letu.

238. 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 vstavev umetnega srca največ do planiranega obsega v koledarskem letu.

14. Lekarniška dejavnost

239. člen
(obračun lekarniške dejavnosti)

(1) Zavod lekarnam poleg zdravil in živil s pozitivne liste 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, morajo lekarnarje 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.

(4) Zavod za peroralne antibiotične suspenzije, ki jih je treba predhodno pripraviti, poleg cene zdravila in lekarniške storitve plača tudi vodo, ki jo je treba dodati za pripravo posameznega zdravila. Najvišjo vrednost vode za posamezno zdravilo določi Zavod vsaj dvakrat letno na podlagi najcenejše vode za injekcije 500 ml, ki je po podatkih Javne agencije Republike Slovenije za zdravila in medicinske pripomočke na trgu.

240. 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 v skladu s to uredbo in dejanskega števila dni dežurne službe.

(3) Sredstva za dežurno službo, ki so opredeljena v Prilogi 13 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. Socialno varstveni zavodi in zavodi za usposabljanje

241. člen
(plačilo sodobnih oblog za oskrbo kronične rane)

Izvajalci poročajo porabo sredstev za sodobne obloge za oskrbo kroničnih ran na podlagi nabavne vrednosti materiala skladno z navodili Zavoda. Zavod izvajalcu plača realizirano vrednost, vendar največ do pogodbeno dogovorjene vrednosti.

16. Nadzor

242. člen
(nadzor Zavoda nad izvajanjem uredbe in pogodb)

(1) Zavod izvaja nadzor nad izvajanjem te uredbe.

(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 četrtletno posreduje vsem deležnikom seznam opravljenih nadzorov, kopije zapisnikov nadzorov pa posreduje deležnikom na njihovo zahtevo.

(4) Pri zavarovalniško medicinskem nadzoru zdravnika oziroma zobozdravnika je lahko na predlog izvajalca prisoten predstavnik Zdravniške zbornice Slovenije. Pri zavarovalniško medicinskih nadzorih v lekarnah je lahko prisoten predstavnik Lekarniške zbornice Slovenije.

17. Druge obveznosti

243. člen
(posredovanje obvestil Zavoda)

(1) Zavod o spremembah postopkov pri izvajalcih ter spremembah evidentiranja in fakturiranja, ki izhajajo iz internih aktov in so v pristojnosti Zavoda, seznanjeni izvajalci z okrožnicami najmanj 45 dni pred njihovo uveljavitvijo.

(2) Zavod na svoji spletni strani 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 ministrstvu.

VII. DEL KAZENSKE DOLOČBE

244. člen

(prekrški izvajalca zdravstvene dejavnosti)

(1) Z globo 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki v zvezi z opravljanjem zdravstvene dejavnosti:

1. zavarovanim osebam ne zagotavlja laboratorijskih in drugih diagnostičnih storitev, potrebnih za proces diagnostike in zdravljenja, ki so vključene v ceno zdravstvene storitve (2. točka 120. člena),
2. v nasprotju s 3. točko 120. člena te uredbe zavarovanim osebam dodatno zaračuna tolmačenje zdravniških izvidov, izdanih v elektronski obliki,
3. ne izvaja prvih pregledov v splošnih in družinskih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih brez čakalne dobe (4. točka 120. člena),
4. zavarovanim osebam ne zagotavlja proste izbire osebnega zdravnika oziroma jim ne zagotavlja obravnave v dodatni ambulanti družinske medicine (5. točka 120. člena),
5. 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 120. člena),
6. v primeru vgrajevanja različnih materialov v telo ne uporablja materialov z mednarodnim certifikatom CE (7. točka 120. člena),
7. nadzornim zdravnikom, zobozdravnikom, magistrom farmacije in diplomiranim zdravstvenikom Zavoda ne omogoči vpogleda v dokumentacijo, ki je podlaga za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (9. točka 120. člena),
8. po zaključku zdravljenja na zahtevo zavarovane osebe ne izstavi specifikacije opravljenih in Zavodu zaračunanih storitev (11. točka 120. člena),
9. ne zagotavlja zanesljivega ali varnega informacijskega sistema za nemoteno delovanje oziroma elektronsko poslovanje in izvajanje e–storitev v sistemu zdravstvenega varstva (12. točka 120. člena),
10. zavarovanim osebam ne zagotovi pravice in ne nudi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja ali nudi pravico ali storitev, ki ni opredeljena v pravilih, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja (prvi odstavek 121. člena),
11. pred začetkom opravljanja nadstandardnih storitev izvajalec ne seznanja zavarovane osebe o višini doplačila za storitev (po specifikaciji) in ne pridobi njenega pisnega soglasja (tretji odstavek 121. člena),
12. v nasprotju s prvim odstavkom 122. člena te uredbe program storitev izvaja izven ordinacijskega časa, opredeljenega v pogodbi v Zavodom,
13. ne zagotavlja ordinacijskega časa za zavarovane osebe najmanj v obsegu ene petine s pogodbo dogovorjenega ordinacijskega časa od 13. ure (tretji odstavek 122. člena),
14. v nasprotju s petim odstavkom 122. člena te uredbe ne zagotavlja minimalnega ordinacijskega časa zdravnika,

15. na vidnem mestu v čakalnici ali na svoji spletni strani ne objavi seznamov iz prvega odstavka 123. člena te uredbe,
16. v nasprotju s prvim odstavkom 124. člena te uredbe samoplačniške storitve opravlja v ordinacijskem času, opredeljenem v pogodbi Zavodom,
17. se ne vključuje v dežurno službo v zobozdravstveni dejavnosti v skladu s prvim in drugim odstavkom 127. člena te uredbe,
18. se ne vključuje v program NMP in dežurno službo v dejavnosti osnovnega zdravstvenega varstva v skladu s prvim in drugim odstavkom 128. člena te uredbe,
19. v nasprotju s prvim odstavkom 138. člena te uredbe ne ravna v skladu z naročilom imenovanega zdravnika Zavoda in v roku 30 dni ne pripravi in odpošlje dokumentacije na Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije,
20. v nasprotju z drugim odstavkom 138. člena te uredbe ne ravna v skladu z naročilom ali zahtevo imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije in v roku ne pripravi ter posreduje zahtevane dokumentacije ali pojasnila,
21. ne objavi ali ažurira kliničnih poti na svoji spletni strani (prvi odstavek 139. člena),
22. izvaja nenujne reševalne prevoze oziroma sanitetne prevoze v nasprotju s 160. členom te uredbe.

(2) Z globo 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 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.

245. člen

(prekrški izvajalca lekarniške dejavnosti)

(1) Z globo 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 133. člena te uredbe,
- ne zagotavlja obveznosti v skladu s prvo, drugo, tretjo ali četrto alinejo tretjega odstavka 133. člena te uredbe.

(2) Z globo 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 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.

246. člen

(prekršek izvajalca zdraviliške dejavnosti)

(1) Z globo 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 134. člena te uredbe.

(2) Z globo 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 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.

247. člen
(prekršek socialno varstvenega zavoda)

(1) Z globo 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 135. členom te uredbe.

(2) Z globo 50 do 500 eurov se za prekršek iz prejšnjega odstavka kaznuje tudi odgovorna oseba socialno varstvenega zavoda.

248. člen
(prekršek za nepravilni obračun zdravstvenih storitev)

(1) Z globo 200 do 10.000 eurov se kaznuje za prekršek pravna oseba, ki opravlja zdravstveno dejavnost, če Zavodu:

1. obračuna zdravstvene storitve brez zapisa in utemeljitve v zdravstveni dokumentaciji ter v nasprotju s pravili, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje, in drugimi predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja ter Navodili za obračun – vprašanja in odgovori (četrti odstavek 121. člena),
2. obračuna izdajo zdravil zavarovanim osebam v nasprotju z drugo alinejo tretjega odstavka 133. člena te uredbe,
3. obračuna storitve v nasprotju s prvim odstavkom 137. člena te uredbe,
4. v dejavnosti dermatologije obračuna storitve v nasprotju s 163. členom te uredbe,
5. v dejavnosti pnevmologije obračuna storitve v nasprotju s 164. členom te uredbe,
6. v dejavnosti nevrologije obračuna storitve v nasprotju s 165. členom te uredbe,
7. v dejavnosti kardiologije (211 220) obračuna storitve v nasprotju s 166. členom te uredbe,
8. obračuna storitve v primeru urgentne obravnave v nasprotju s 168. členom te uredbe,
9. obračuna storitve v bolnišnični dejavnosti v nasprotju s 169. členom te uredbe,
10. obračuna storitve v primeru premestitev v nasprotju s 170. členom te uredbe,
11. obračuna storitve neakutne bolnišnične obravnave v nasprotju s 174. členom te uredbe,
12. obračuna storitve zunajbolnišnične dejavnosti med hospitalizacijo v nasprotju s 175. členom te uredbe,
13. obračuna dodatne storitve zunajbolnišnične dejavnosti med bolnišničnim zdravljenjem v nasprotju s 176. členom te uredbe,
14. obračuna storitve v bolnišnični in zunajbolnišnični dejavnosti v nasprotju s 177. členom te uredbe,
15. obračuna storitve zdraviliškega zdravljenja v nasprotju s 178. členom te uredbe,
16. obračuna storitve v SVZ v nasprotju s 179. členom te uredbe.

(2) Z globo 200 do 5.000 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje samostojni podjetnik posameznik ali posameznik, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

(3) Z globo 50 do 500 eurov se za prekršek iz prvega odstavka tega člena kaznuje tudi odgovorna oseba pravne osebe, odgovorna oseba samostojnega podjetnika posameznika oziroma posameznika, ki samostojno opravlja zdravstveno dejavnost.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

249. člen
(prenehanje veljavnosti)

(1) 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 2024 (Uradni list RS, št. 14/24, 30/24, 47/24, 53/24 – popr. in 109/24).

(2) Ne glede na določbo prejšnjega odstavka se od 1. januarja 2025 do 31. januarja 2025 uporabljajo naslednje določbe:

- 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;
- preseganje števila glavarinskih količnikov se ugotavlja na datum, ki se uporablja za izračun indeksa doseganja glavarine;
- 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 iCKZ, služba NMP in dežurne službe, 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, družinska obravnava za zdrav življenjski slog, program CDZOM in CDZO 1 leto od ustanovitve centra;
- obveznost izvajalcev je 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;
- minimalna obremenitev zdravnika specialista družinske medicine in zdravnika specialista pediatrije na primarni ravni zdravstvene dejavnosti znaša 1895 glavarinskih količnikov, specializanta družinske medicine na primarni ravni pa 800 glavarinskih količnikov. Po doseženi obremenitvi iz prejšnjega stavka lahko zdravnik odkloni nadaljnje opredeljevanje zavarovanih oseb;
- za potrebe regresnih odškodninskih zahtevkov izvajalci NMP izstavijo evidenčni obračun Zavodu za opravljene storitve, in sicer lažja, srednja, težka in zahtevna oskrba na terenu;
- izvajalci opravljene storitve iz prejšnje alineje poročajo na podlagi visoke cene količnika iz obiskov v splošni in družinski ambulantni dejavnosti;
- obiski in posegi v ambulanti splošne in družinske medicine, otroškem in šolskem dispanzerju so plačani po realizaciji;
- 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;
- 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.
- 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 302 002), otroški in šolski dispanzer (vrsta in podvrsta zdravstvene dejavnosti 327 013) in opravljenih storitev, po visoki ceni količnika iz obiskov;
- Zavod plača izvajalcem vse količnike iz glavarine in vse opravljene količnike iz obiskov. 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;
- 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;

- glavarinski količniki ambulante specializanta družinske medicine se pri izračunu skupnega števila glavarinskih količnikov pri izvajalcu ne upoštevajo šest mesecev od vzpostavitve ambulante, razen na predlog izvajalca, da se prehodno obdobje šest mesecev predčasno zaključi;
- 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;
- izvajalcu se prizna največ 5.000 glavarinskih količnikov na mesec na tim;
- ZD Koper storitve v Mladinskem zdravilišču in letovišču Rdečega križa Slovenije Debeli rtič, ZD Ajdovščina pri zagotavljanju dispanzerja za otroke in šolarje v CIRIUS Vipava ter CIRIUS Kamnik storitve v otroško šolskem dispanzerju Zavodu obračunajo po visoki ceni količnika.

250. člen
(uporaba pogodbe za leto 2025)

Pogodba, sklenjena med Zavodom in izvajalcem za leto 2025, se uporablja od 1. januarja 2025.

251. člen
(začetek uporabe)

(1) Ta uredba se uporablja za storitve, opravljene ali obračunane od 1. januarja 2025.

(2) Ta uredba se uporablja za storitve, opravljene ali obračunane od 1. februarja 2025, iz:

- drugega odstavka 9. člena te uredbe;
- 1. točke prvega odstavka 91. člena te uredbe;
- 6., 7., 11. in 12. točke drugega odstavka 93. člena te uredbe;
- 5. točke 120. člena te uredbe;
- prvega odstavka 125. člena te uredbe;
- drugega odstavka 149. člena te uredbe;
- dvanajste alineje 1. točke 184. člena te uredbe;
- 187. in 193. člena te uredbe.

(3) Od 1. julija 2025 se uporabljajo:

- drugi, četrti in peti odstavek 18. člena te uredbe;
- drugi odstavek 87. člena te uredbe;
- 166. člen te uredbe;
- prvi odstavek 221. člena za dejavnost 211 220 kardiologija in vaskularna medicina in drugi odstavek 221. člena te uredbe;
- 7. točka prvega odstavka 248. člena te uredbe.

252. člen
(začetek veljavnosti)

Ta uredba začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu Republike Slovenije.

OBRAZLOŽITEV

Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2025 (v nadaljnjem besedilu: uredba) je sestavljena iz:

- I. dela s splošnimi določbami;
- II. dela, ki določa program storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- III. dela, kjer so opredeljene zmogljivosti in vrednotenje programov obveznega zdravstvenega zavarovanja;
- IV. dela, kjer je opredeljeno sklepanje pogodb med izvajalci in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: ZZZS);
- V. dela, ki ureja obveznosti izvajalcev;
- VI. dela, ki določa obveznosti ZZZS;
- VII. dela, kjer so določene kazenske določbe in prehodnih in končnih določb.

K I. delu: SPLOŠNE DOLOČBE

V splošnih določbah je opredeljena vsebina uredbe. Določen je pomen uporabljenih izrazov v uredbi.

K II. delu: PROGRAM ZDRAVSTVENIH STORITEV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V tem poglavju se določajo usmeritve za načrtovanje programov. Poglavje je razdeljeno na splošne usmeritve za načrtovanje programov in posebne usmeritve za posamezne zdravstvene programe.

V osnovi izvajalci zdravstvene dejavnosti v mreži javne zdravstvene službe (v nadaljnjem besedilu: izvajalci) programe načrtujejo na ravni plana iz pogodb preteklega leta. V primeru programov zdravstvenih storitev, ki so plačani po realizaciji, pa izvajalci programe načrtujejo na podlagi realizacije preteklega leta. Programi se načrtujejo ločeno po vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti. Prav tako se po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti izvaja tudi poročanje o realizaciji. Če je v uredbi določen dodatni program ali širitev obstoječega programa in izvajalci, ki bodo program izvajali v uredbi niso navedeni, se morajo zainteresirani izvajalci predhodno prijaviti na razpis ZZZS. Če je izvajalec na razpisu ZZZS izbran, se z njim sklene pogodba o izvajanju dodatnega oziroma povečanega programa zdravstvenih storitev.

Z uredbo so po posameznih dejavnostih oziroma zdravstvenih programih določene posebnosti.

S 1. februarjem 2025 se prenovi in uveljavi model financiranja ambulant družinske medicine in pediatrije z novimi glavarinskimi količniki, ki predstavljajo pretežni del financiranja ambulant, ter uvede lestvica, ki posamezne time motivira k optimalnemu opredeljevanju zavarovanih oseb. Zato je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljnjem besedilu: Zavod) v sodelovanju z Ministrstvom za zdravje (v nadaljnjem besedilu: ministrstvo) in drugimi deležniki pripravil predlog za prenovu modela plačevanja ambulant družinske medicine in pediatrije (v nadaljnjem besedilu: ADM in Ped). Na podlagi obstoječega modela plačevanja izvajalci ADM in Ped prejema približno polovico prihodka iz naslova glavarine in polovico prihodka iz naslova storitev. Glavarina se obračunava na podlagi glavarinskih količnikov, ki so različni glede na starost osebe in so bili izračunani pred 30 leti. Obiski se obračunavajo na podlagi seznama storitev, ki vključuje storitve pregledov, posegov, hišnih obiskov, cepljenj, obravnava na daljavo in t. i. kratke obiske za obračun posvetov in predpis napotnic, receptov, naročilnic itd. Glavarina in storitve se plačujejo brez omejitev.

Novi model prenavlja plačevanje kurative v ADM in Ped ter preventive v ADM. Plačevanje preventive v Ped se ne spreminja.

Cilji prenove modela plačevanja ADM in Ped so:

- spodbujati boljšo dostopnost do osebnih zdravnikov,
- spodbujati običajni način zagotavljanja zdravstvenih storitev, ki temelji na obisku zavarovane osebe v ambulanti,

- spodbujati celovito obravnavo pacientov,
- realneje ovrednotiti glavarino,
- stimulatивно nagrajevati time glede na dejansko obremenjenost in
- zmanjšati administrativna bremena v ambulanti.

Novi model prenavlja plačevanje izvajalcem na treh področjih:

1. Glavarina
2. Storitve za obračun kurativnih obravnav zdravnika v ADM in Ped
3. Storitve za obračun preventivnih obravnav diplomirane medicinske sestre (DMS) v ADM

Podrobnejša obrazložitev po posameznih točkah:

1. Glavarina

Na področju glavarine se uvedejo naslednje novosti:

- novi glavarinski količniki,
- povečanje sredstev za glavarino z obstoječih 50 % na 71 %,
- regresijska lestvica.

Za izračun glavarine se uvedejo novi glavarinski količniki, ki so izračunani iz podatkov o realizaciji kurativnih obiskov v letih 2019, 2022 in 1–6 2023 v ADM in Ped. Iz izračuna sta izpuščeni leti 2020 in 2021, to je t. i. covidno obdobje, ki ne odraža dejanskih obremenitev ambulant. Novi glavarinski količniki so izračunani za vsako leto starosti posebej in ločeno za moške in ženske. Izjema so otroci v starosti 0–6 let, pri katerih ni ločevanja po spolu. Novi glavarinski količniki so prikazani v prilogi.

Letni normativ količnikov na tim (plan) je v novem modelu 1.348 glavarinskih količnikov, kar je ekvivalent obstoječemu normativu, ki je 1.895 glavarinskih količnikov.

V novem modelu se sredstva za izvajanje kratkih obiskov in obravnav na daljavo (z izjemo daljše obravnave na daljavo) vključijo v glavarino. To pomeni, da teh storitev izvajalci ne bodo več obračunavali posebej, temveč bo Zavod sredstva za izvajanje teh storitev zagotovil s plačilom glavarine. Zato se cena poveča z obstoječe cene 3,33 eura na količnik (razmerje glavarina : storitve je 50 % : 50 %) na 7,68 eura na količnik (razmerje glavarina : storitve je po novem 71 % glavarina : 29 % storitve).

Pri izračunu glavarine posameznega izvajalca se upošteva nova regresijska lestvica, na podlagi katere se izvajalcu ne plačajo več vsi količniki iz glavarine, temveč je določena zgornja meja, to je 2.426 glavarinskih količnikov oziroma 80 % več, kot je danes meja za odklanjanje opredelitev. Poleg tega se z regresijsko lestvico dodatno nagradi izvajalec, ki bo opredeljeval nad minimalno obremenitvijo, določeno v Uredbi (1.895 glavarinskih količnikov v obstoječem modelu, kar pomeni 1.348 glavarinskih količnikov v novem modelu). Izvajalec bo za vsako osebo, ki jo bo opredelil nad to mejo in do največ 1.618 glavarinskih količnikov (to je 20 % nad najnižjo obremenitvijo), prejel za 40 % višjo glavarino. Z novelo Zakona o zdravstveni dejavnosti, ki se pripravlja na ministrstvu, bodo ta sredstva vir za nagrajevanje timov družinske medicine in pediatrije (dodatek k plači).

Za zagotavljanje varne obravnave pa se izvajalcu ne plačajo več vsi količniki iz glavarine, temveč do zgornje meje, ki je 2.426 glavarinskih količnikov.

Po novem se bodo korekcije zaradi regresijske lestvice izračunavale po posameznih zdravnikih, nosilcih tima, in ne na ravni pogodbenega izvajalca, kot je veljalo doslej. Regresijska lestvica se v delu, ki zmanjšuje plačilo glavarine, ne bo uporabljala za izvajalce, ki so edini izvajalci dejavnosti na svojem območju. Tem izvajalcem se vsi glavarinski količniki nad mejo 1.970 priznajo v celoti.

2. Storitve za obračun kurativnih obravnav zdravnika

Na področju storitev zdravnika se uvedeta naslednji spremembi:

- za obračun Zavoda se ne beležijo več kratki obiski (v živo in na daljavo). Sredstva zanje izvajalci prejmejo z glavarino;
- uvedeta se novi storitvi za plačilo obravnave multimorbidnega pacienta.

Sredstva za izvajanje kratkih obiskov (K0001) in posvetov na daljavo (K0051 in K0052) se prenesejo v glavarino, kar povečuje delež, ki ga bodo izvajalci prejeli iz naslova glavarine z obstoječih 50 % na 71 %. To pomeni, da se navedene storitve ne beležijo več za potrebe plačevanja, temveč bodo izvajalci sredstva zanje prejeli z glavarino. Med storitvami za obračun pa bo ostal dolg posvet na daljavo (K0053). Ta bo še naprej namenjen obračunu obravnave, ki po vsebini predstavlja prvi kurativni pregled. Stroka namreč meni, da je marsikatero diagnozo (npr. viroze) mogoče enako kakovostno obravnavati na daljavo oziroma rešiti zaplet brez osebnega stika s pacientom, kar še posebej velja za mlajšo populacijo, večšo tudi različnih oblik elektronske komunikacije.

V seznam storitev se dodata novi storitvi za obračun prvega in ponovnega kurativnega pregleda pacienta z več diagnozami. Storitvi sta namenjeni obračunu pregleda pacienta, ki pride k zdravniku z dvema ali več zdravstvenimi težavami. Zdravnik ne naroči pacienta na več obiskov, temveč obravnava vse diagnoze ob enem obisku in obračuna novo storitev, ki je za 60 % bolj vrednotena od obstoječega kurativnega pregleda. Pri tem mora obračun upravičiti z navedbo dveh ali več diagnoz in zapisati ugotovitve (status) v medicinsko dokumentacijo za vsako obravnavano diagnozo posebej, skupaj z ukrepom. Kot diagnoza se ne štejejo diagnoze, kot je na primer predpis recepta ali posvet s pacientom, temveč intervencija.

Zaradi uvedbe novih storitev za obračun pregleda pacienta z več diagnozami se iz seznama črtata obstoječi storitvi za obračun kroničnih pacientov (K0002-01 in K0003-01).

Plan količnikov iz obiskov se zniža zaradi prenosa kratkih obiskov in posvetov na daljavo v glavarino. Novi plan količnikov iz obiskov na tim tako znaša 15.100 količnikov v ADM in 15.074 količnikov v pediatriji (obstoječi plan v ADM je 27.488 količnikov iz obiskov oziroma 27.705 v pediatriji).

V kalkulacijo je vključenih dodatnih 4,2 milijona eurov oziroma 3.460 eurov na tim (povečanje materialnih stroškov) za izvedbo in obračun prvih in ponovnih kurativnih pregledov multimorbidnih pacientov. Zato se cena količnika iz obiskov v primerjavi z obstoječo ceno ne spremeni.

Z uvedbo novega modela se ukine visoka cena količnika iz obiskov (storitev). V dejavnostih, v katerih se je doslej za obračun uporabljala visoka cena količnika iz obiskov (to so: otroški in šolski dispanzer v drugih zavodih, NMP, za potrebe regresno odškodninskih zahtevkov itd.), se po novem uporablja cena količnika splošne ambulante v socialno varstvenem zavodu (302 002).

V uredbi se spreminja minimalno število prvih pregledov za naslednje dejavnosti:

VZD	Podvrsta zdr. dej.	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	1812
209	215	Internistika	735
211	220	Kardiologija in vaskularna med.	930
215	224	Maksilofacialna kirurgija	1.068
220	229	Okulistika	2.615
222	231	Ortopedija	3.254
230	241	Psihiatrija	296
234	251	Splošna kirurgija	1.772
239	257	Urologija	1.190
249	216	Diabetologija	387
249	217	Tireologija	1.753

Na področju specialistične bolnišnične dejavnosti uredba med drugim opredeljuje načrtovanje programa akutne bolnišnične obravnave - skupine primerljivih primerov (v nadaljnjem besedilu: SPP), slednji se načrtuje v številu primerov in uteži. 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. Programi, plačani po realizaciji se načrtujejo na podlagi priznane realizacije preteklega leta.

Z uredbo se določa program terciarne dejavnosti, ki ga lahko izvajajo javni zavodi oziroma oddelki javnih zavodov, ki jim je bil v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost in s pravilnikom, ki določa pogoje za pridobitev naziva klinika oziroma inštitut, s strani ministrstva podeljen naziv klinika, klinični oddelek ali inštitut. Terciarna dejavnost je sestavljena iz programov terciar I in terciar II. Z uredbo se podrobneje opredeljuje vsebina posameznega programa, v nadaljnjem besedilu pa tudi vrednotenje in financiranje tega programa.

Posebnosti pri načrtovanju programa so tudi na področju zdravstvene dejavnosti socialno varstvenih zavodov, zavodov za usposabljanje in zavodov za izobraževanje otrok in mladostnikov s posebnimi potrebami ter zdraviliške zdravstvene dejavnosti.

Z namenom povečanja dostopnosti do storitev v okviru ambulate družinske medicine, bo v okviru izpostave Kamnik ZD Kamnik s 1. 7. 2025 prevzel dodatni tim. Izvajalec razpolaga s prostori, opremo in kadri.

Ministrstvo nadgrajuje področje paliativne oskrbe otrok in odraslih, in sicer tako z vidika vsebine, izvajanja in plačevanja.

Paliativno obravnavo odraslih bodo izvajalci izvajali z naslednjimi kadri v enem timu:

- 1 zdravnik specialist kliničnih strok z dodatnimi znanji iz paliativne oskrbe,
- 1 medicinska sestra s specialnimi znanji iz paliativne oskrbe,
- 1 medicinska sestra koordinator paliativne oskrbe na regijo,
- 0,5 socialnega delavca,
- 0,5 kliničnega psihologa,
- administrativno tehnični kader v skladu z veljavnimi določili predloga uredbe.

Skupina za koordinacijo paliativne obravnave za odrasle bo skupaj z ZZZS pripravila nove storitve za vrednotenje paliativne obravnave odraslih, kjer se zgoraj navedeni kadri upoštevajo v kalkulaciji posamezne storitve.

Paliativna obravnava otrok ima kadrovsko strukturo po storitvah že določeno. Plačevanje se bo prilagajalo glede na usmeritve delovne skupine za POO na nacionalni ravni skupaj z ZZZS.

K III. delu: ZMOGLJIVOSTI IN VREDNOTENJE PROGRAMOV OBVEZNEGA ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

V tem delu so v uredbi določeni elementi za oblikovanje cen zdravstvenih programov in storitev, ki temeljijo na 66. členu 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, 141/22 – ZNUNBZ, 40/23 – ZČmIS-1 in 78/23; v nadaljnjem besedilu: ZZVZZ), ki določa, da se pri vrednotenju programov in oblikovanju cen storitev upoštevajo naslednji elementi:

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

- amortizacija.

Z uredbo se določa, kako se načrtuje število zaposlenih, kako se vračunajo sredstva za plače v programe in cene storitev, v kakšnem odstotku so v cenah programov in storitev upoštevani dodatek za delovno dobo in dodatki po kolektivni pogodbi, sredstva za regres in jubilejno nagrado ter premija kolektivnega dodatnega pokojninskega zavarovanja.

Nadalje je določeno kako se izračunajo materialni stroški in čemu so namenjeni. Izvajalci lahko poleg materialnih stroškov glede na zdravstveno dejavnost, ki jo opravljajo, posebej zaračunavajo določen ločen zaračunljiv material in storitve. Uredba tovrstni material in storitve taksativno našteva.

Določa se tudi kako se izračuna amortizacija.

Za zdravstvene programe se cene določajo različno, glede na dejavnost in po podvrstah zdravstvenih dejavnosti iz šifrantov ZZS za obračun storitev. Tako se z uredbo opredeljuje, kako se določajo cene:

1. v dejavnosti na primarni ravni (npr. 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, uteži v dejavnosti fizioterapije, točka);
2. v lekarniški dejavnosti (točka);
3. v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti (npr. točka, posegi, operacije);
4. v dializni dejavnosti;
5. v specialistični bolnišnični dejavnosti (npr. utež za programe akutne bolnišnične obravnave – SPP, povprečna cena primera, bolnišnični oskrbni dan);
6. v zdravstveni dejavnosti socialno varstvenih zavodov;
7. v zdraviliški zdravstveni dejavnosti.

Določene programe, ki so v uredbi posebej opredeljeni in taksativno določeni, pa ZZS plača v pavšalu. V pavšalu se plačujejo programi, ki morajo delovati ne glede na število obiskov oziroma pacientov ali opravljenih storitev (dežurna služba, urgentni centri, centri za zdravljenje odvisnosti, itd.). S plačilom po storitvah si izvajalci nekaterih programov ne bi zagotovili niti sredstev za plače, saj števila obiskov oziroma storitev ni možno dovolj zanesljivo načrtovati.

V tem poglavju se določajo tudi dodatna sredstva za boljše vrednotenje programov in širitve programov ter uvajanje novih terapij.

K IV. delu: SKLEPANJE POGODB MED IZVAJALCI IN ZZS

ZZVZZ določa, da ZZS sklene pogodbe z izvajalci na podlagi njihovih ponudb za uresničevanje programov in storitev, ki jih zbere na podlagi razpisa. Pogodbe določajo vrste, obseg in kakovost ter roke za uresničevanje programa oziroma zdravstvenih storitev na podlagi strokovnih standardov za posameznega izvajalca v celoti ali po dejavnostih. V pogodbi se določijo cene programov oziroma storitev, način obračunavanja in plačevanja ter nadzor nad uresničevanjem pogodbe kakor tudi druge medsebojne pravice in obveznosti pogodbenih strank.

Izvajalec, ki ni bil izbran, lahko zahteva, da o izbiri odloči arbitražo.

Pogodbe se sklenejo najpozneje do 31. marca za tekoče leto. Če pogodba ni sklenjena v roku, se predloži sporno vprašanje arbitraži. V arbitražo vsaka pogodbeni stranka imenuje po dva predstavnika. Predsednika arbitraže določita sporazumno pogodbeni stranki. Arbitražo odloči o spornem vprašanju najpozneje v enem mesecu.

V tem poglavju se podrobneje določa javni razpis programov za sklepanje pogodb in postopek kandidiranja na javnem razpisu. Prav tako se podrobneje določa postopek pred arbitražo.

K V. delu: OBVEZNOSTI IZVAJALCEV

V poglavju so določene obveznosti izvajalcev, ki jih imajo do ZZZS, kakor tudi do pacientov in drugih izvajalcev.

Izvajalci morajo tako zavarovani osebi nuditi standardne storitve in standardne materiale. Izvajalci morajo med drugim program izvajati skozi vse leto, zavarovanim osebam zagotoviti tolmačenje zdravniških izvidov, izdanih v elektronski obliki, brez dodatnega zaračunavanja, zagotavljati izvajanje prvih pregledov brez čakalnih dob v splošnih in družinskih ambulantah ter otroških in šolskih dispanzerjih, v času odsotnosti izbranih osebnih zdravnikov zagotoviti nadomeščanja v okviru ordinacijskega časa tako, da zdravniško službo opravlja zdravnik z isto strokovno usposobljenostjo, zagotavljati varno in visoko kakovostno zdravstveno obravnavo, vključno z vpeljevanjem kliničnih poti, kazalnikov kakovosti in drugih metod ter orodij kakovosti, zagotavljati zanesljiv in varen informacijski sistem za nemoteno delovanje oziroma elektronsko poslovanje in izvajanje e–storitev v sistemu zdravstvenega varstva. Po zaključku zdravljenja morajo izvajalci na zahtevo zavarovanih oseb izstaviti specifikacijo opravljenih in ZZZS zaračunanih storitev.

Z uredbo se določa, da morajo izvajalci, ki imajo vzpostavljene čakalne seznime za poročanje NIJZ, pripraviti letni akcijski načrt za obvladovanje čakalnih vrst in seznam ukrepov za optimizacijo dostopnosti za dejavnosti oz. storitve z nedopustno čakajočimi.

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.

Izvajalci lahko izvajajo zdravstvene programe oziroma storitve, ki se plačujejo po realizaciji, tudi izven ordinacijskega časa, dogovorjenega v pogodbi z Zavodom (kot na primer večji obseg dela v popoldanskem času, ob sobotah, nedeljah), pri čemer o tem obvestijo zavarovane osebe.

S 1. 4. 2025 se uvaja plačilo krvnih komponent dobaviteljem in ne izvajalcem, ki krvne komponente potrebujejo za izvajanje zdravljenja.

Z uredbo se določa tudi program zmanjševanja škode zaradi prepovedanih drog. Dodatna sredstva bodo zagotovila pokritje vseh stroškov izvajanja programa, in sicer stroške dela, stroške pisarniškega materiala ter materiale za storitev zamenjave sterilnega pribora in stroške distribucije oz. razdeljevanja.

Z uredbo se določa tudi dodatek za neposredno delo z osebami z duševno, telesno ali senzorno motnjo in za neposredno delo z osebami z demenco, za katero je potreben povečan nadzor, se izplačuje pri zavodih, ki v skladu z zakonom, ki ureja socialno varstvo, v mreži javne službe opravljajo socialnovarstveno storitev institucionalno varstvo, vodenje in varstvo ter zaposlitev pod posebnimi pogoji oziroma pomoč družini na domu in zavodih, ki v skladu z zakonom, ki ureja dolgotrajno oskrbo, izvajajo dolgotrajno oskrbo (v nadaljnjem besedilu: izvajalec). Dodatek za neposredno delo z osebami z osebami iz prve do pete alineje prvega odstavka 19. člena Kolektivne pogodbe za javni sektor (Uradni list RS, št. 99/24; v nadaljnjem besedilu: KPJS), se ne izplačuje pri zdravstvenih zavodih, ki v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, izvajajo zdravstveno dejavnost v okviru mreže javne zdravstvene službe. Ne glede na prejšnji odstavek pa se dodatek za neposredno delo z osebami z duševno, telesno ali senzorno motnjo skladno s prvo, drugo, tretjo in četrto alinejo 9. točke prvega odstavka 19. člena KPJS izplačuje za:

- Oddelek za invalidno mladino Stara Gora v Splošni bolnišnici Dr. Franc Derganc Nova Gorica in
- Center za zdravljenje bolezni otrok, Šentvid pri Stični.

Sredstva za dodatek se izvajalcem zagotovijo v okviru višjih cen storitev .

Z uredbo se dodatna sredstva na predlog NIJZ namenjajo tudi za cepivo proti ošpicam, rdečkam, mumpsu in noricam (cepivo OMRN), za cepivo proti mpox (opičjim kozam) ter za cepivo proti klopnemu meningoencefalitisu.

Na letni ravni psihiatri na obali obravnavajo okoli 330 nujnih primerov, ki so napoteni v PB Idrija. Poleg tega je letno v SB Izola obravnavanih več kot 550 akutnih psihiatričnih primerov, od katerih jih je približno 100 napoteni v PB Idrija. Skupno na obali opravijo preko 400 prevozov letno v PB Idrija, ki je oddaljena več ur vožnje. V tem času je zasedena ena reševalna ekipa nujne medicinske pomoči (NMP). Zasedenost reševalne ekipe traja v povprečju štiri ure za posamezni primer, pri specifičnih primerih pa tudi dlje. V preteklosti je med psihiatri na obali veljal neformalni dogovor, da vsak dan v tednu eden od njih sprejema nujne primere v času redne ambulante. Tovrsten način dela obremenjuje redni program ambulante, predvsem psihiatre, ki sprejemajo naročene paciente, vmes pa še urgentne primere, ki so zelo kompleksni, zahtevni in časovno dolgotrajni. Na podlagi navedenega ministrstvo z uredbo opredeljuje dva dodatna tima specialista psihiatrije v ZD Koper.

Preventivne obravnave v patronažnem zdravstvenem varstvu se izvajajo v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in Navodilom za izvajanje, beleženje in obračunavanje storitev v patronažnem zdravstvenem varstvu. V zadnjih letih so bile v patronažnem zdravstvenem varstvu uvedene številne novosti in nadgradnje na področju preventivnih obravnav, ki so bile razvite in pilotirane v projektih „Skupaj za zdravje“ in »Krepitev zdravja za vse«. Dodatne naloge patronažne službe so navedene tudi v Resoluciji o nacionalnem programu duševnega zdravja 2018 – 2028, ki razen že omenjenih posodobljenih obravnav in naslavljanja tveganega in škodljivega pitja alkohola, poudarja okrepitev preventivne vloge patronažne službe pri obravnavi starejših v domačem okolju ter izvajanju presejanja, zgodnjega odkrivanja in obravnave duševnih motenj. V program, ki ga financira ZZZS in se lahko izvaja na vseh terenskih območjih, so vključene preventivne obravnave nosečnic, novorojenčkov, dojenčkov in otročnic, otrok v 2. in 3. letu starosti, neodzivnikov na vabila na preventivne preglede in presejalne programe za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka, pacientov s kroničnimi boleznimi in starejših oseb ter posvetovalnice v lokalnih skupnostih. Del programa je tudi analiza terenskega območja, ki se izvede enkrat letno, na začetku leta in je podlaga za načrtovanje preventivnega dela posameznega izvajalca patronažnega zdravstvenega varstva. Za namen izvajanja preventivnih obravnav se je v preteklih letih povečalo število izvajalcev patronažnega zdravstvenega varstva, in sicer za 120 timov.

Podatki o obravnavah v patronažnem zdravstvenem varstvu kažejo, da se odstotek preventivnih obravnav iz leta v leto zmanjšuje. Vzrok za to je zagotovo tudi porast obravnav po naročilu zdravnika in doseganje programa na račun teh obravnav.

Z izvajanjem preventivnih obravnav lahko izvajalci patronažnega zdravstvenega varstva dejavno prispevajo k zdravju in dobremu počutju, zgodnjemu odkrivanju bolezni, preprečevanju ali vsaj zmanjševanju telesnih, duševnih in socialnih posledic že izražene bolezni kot tudi zmanjševanju neenakosti v zdravju. Ranljivim osebam omogočajo lažje vključevanje v preventivne obravnave in krepijo zdravje v lokalni skupnosti.

V izogib nadaljevanja tega trenda ministrstvo v uredbi na predlog NIJZ uvaja določilo, ki bi izvajalcem omogočal plačilo preseženega načrtovanega obsega programa do 120 % pogodbene vrednosti pod pogojem, da je izvedenih 5 % preventivnih obravnav.

V nadaljnjem besedilu je opredeljen še način izstavitve računov, poročil za opravljene storitve ZZZS ter priloge k dokumentom. Izvajalci račune, zahtevke za plačilo in poročila dostavijo ZZZS najpozneje do desetega dne v mesecu za pretekli mesec. Socialno varstveni zavodi in zavodi za usposabljanje račune dostavljajo ZZZS tudi dvakrat mesečno, lekarnе izstavijo ZZZS zahtevke za plačilo za opravljene storitve in izdana zdravila na recept najmanj enkrat in največ trikrat mesečno. Izvajalci morajo pri obračunu zdravstvenih storitev navesti pravilno številko zdravstvenega delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (v nadaljnjem besedilu: RIZDDZ).

Uredba nadalje določa način poročanja in izstavljanja računov in poročil po posameznih dejavnostih.

Kontrolo ujemanja na obračunskih dokumentih poslanih RIZDDZ številka zdravstvenih delavcev s podatki v RIZDDZ izvaja ZZZS.

K VI. delu: OBVEZNOSTI ZAVODA

ZZS mora zagotoviti redno plačilo opravljenih zdravstvenih storitev in programov. Z uredbo je določeno, da ZZZS zagotavlja izvajalcem avanse za programe, za katere izvajalci ZZZS pošiljajo mesečna poročila o opravljenem delu. ZZZS mora izvajalcem nakazati prvi obrok avansa v višini 50 % vrednosti ene dvanajstine programa do desetega dne v mesecu, drugi obrok v višini 20 % do 20. dne v mesecu, ki sledi mesecu nakazila prvega obroka avansa in preostala sredstva do višine mesečnega avansa do konca meseca, ki sledi mesecu nakazila prvega obroka avansa. Če ima ZZZS dovolj sredstev, lahko mesečno avans nakaže v celoti v tekočem mesecu.

Izvajalci o opravljenem delu poročajo ZZZS mesečno. Za ta namen se uporabljajo različni obračunski modeli, ki so opredeljeni s šifranti ZZZS.

Na podlagi prejetih poročil ZZZS izvede obdobjne obračune v skladu s pravili, ki so določena v uredbi. Z obdobjnimi obračuni se ugotovi vrsta in količina storitev, ki jo bo ZZZS plačal izvajalcu ter vrednost. ZZZS izvaja obračune za obdobje 1-3/2023, 1-6/2023 in 1-12/2023. O obračunu ZZZS obvesti izvajalce, ki ZZZS, na podlagi prejetega obvestila, izstavijo obračunski račun. Obračunski račun se »pobota« z danimi avansi. ZZZS mora na tej podlagi nekaterim izvajalcem nakazati dodatna sredstva, drugim pa zmanjšati ali zahtevati vračilo zaradi previsokega avansa, odvisno od ugotovljene razlike med danimi avansi in obračunskim računom.

ZZS mora pravilno sestavljene račune plačati v roku 30 dni od prejema.

Ne glede na določbe uredbe, ki se nanašajo na količino programa, ki jo plača ZZZS, mora ZZZS v letu 2023 izvajalcem, ki izpolnjujejo pogoje iz 15. člena Zakona o nujnih ukrepih za zagotovitev stabilnosti zdravstvenega sistema (Uradni list RS, št. 100/22, 141/22 – ZNUNBZ, 76/23 in 136/23 – ZIUZDS), plačati vse opravljene storitve.

Obveznost ZZZS je tudi nadzor nad izvajanjem pogodb. ZZZS izvaja nadzor zlasti nad evidencami in obračunavanjem opravljenih zdravstvenih 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.

ZZS kopije zapisnikov nadzorov posreduje deležnikom na njihovo zahtevo.

Poleg navedenega ZZZS izvaja nadzor tudi nad izvajanjem in spoštovanjem pravil, ki urejajo obvezno zdravstveno zavarovanje.

K VII. delu: KAZENSKÉ DOLOČBE

V tem poglavju se opredeljuje, kaj se šteje za prekrške.

K PREHODNIM IN KONČNIM DOLOČBAM

Določa se prenehanje veljavnosti predpisov in začetek veljavnosti ter uporabe uredbe.