



Direkcija
Miklošičeva cesta 24
1000 Ljubljana

Tel.: 01 30 77 296
Fax: 01 23 12 182
E-pošta: di@zzzs.si
www.zzzs.si

Številka: 0072-2/2024-DI/12
Datum: 13. 11. 2024

Vsem izvajalcem zdravstvenih storitev

Navodilo o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov

Okrožnica ZAE 9/24: Dopolnitve šifrantov za obračun zdravstvenih storitev

Okrožnico izdajamo z namenom dopolnitve programske opreme za obračun zdravstvenih storitev. Okrožnica je namenjena poslovodstvu zavodov in koncesionarjev in ni namenjena informiranju zdravnikov in ostalega zdravstvenega osebja.

Podlaga za dopolnitve in spremembe šifrantov za obračun zdravstvenih storitev so sprejete dopolnitve Sklepa o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev, ki jih je sprejel Upravni odbor Zavoda 10. 10. 2024 na 32. redni seji, Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2024 (Uradni list RS, št. 14/2024 z dne 16. 2. 2024; v nadaljevanju Uredba), Uredba 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. 47/2024 z dne 7. 6. 2024; v nadaljevanju Uredba o spremembah in dopolnitvah Uredbe o programih storitev OZZ 2024 - 2), Uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za leto 2023 (Uradni list RS, št. 8/2023 z dne 23. 1. 2023; v nadaljevanju Uredba o programih storitev OZZ 2023) ter druge dopolnitve.

Spremembe in dopolnitve so oštevilčene, pri vsaki točki pa je navedena kontaktna oseba za vsebinska vprašanja. V okrožnici je zajeta naslednja vsebina:

1. Paliativna oskrba – nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 241 291 »Paliativna oskrba otrok« s 1. 1. 2024
2. Pediatrija – uvedba nove storitve E0882 za beleženje programa presejanja novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo s 1. 3. 2024
3. Nevrologija – sprememba opisa nekaterih storitev ter oznake količine in maksimalno dovoljenega števila storitev na obravnavo pri storitvi NEV038 »UZ preiskava živcev ali mišic« s 1. 7. 2024
4. Socialnovarstveni zavodi – sprememba maksimalno dovoljenega števila storitev na obravnavo za sredstva za sodobne obloge kroničnih ran (storitev E0846) s 1. 7. 2024
5. Ukinitve kontrole obveznega obračuna storitve SP025 »Obravnava otroka na terenu (v vrtcu, šoli, doma)« z eno izmed storitev dodatka za obravnavo na terenu (SP023 ali SP024) in sprememba opisa storitve SP025 s 1. 9. 2024
6. Zdravstvena vzgoja – ukinitve nekaterih storitev centrov za krepitev zdravja s 1. 12. 2024
7. Ukinitve podvrste zdravstvene dejavnosti 701 309 »Spremljanje (drugi in tretji odstavek 40. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja)« s 1. 12. 2024
8. Uvedba pošiljanja novega sklopa podatkov o zapisu dokumentov v CRPP po strukturi Obravnava s 1. 1. 2025
9. Uvedba pošiljanja novega sklopa podatkov o zapisu dokumentov v CRPP po strukturi SBD Obravnava s 1. 1. 2025

10. Uvedba novega sklopa podatkov o RIZDDZ številki delavcev na nivoju storitve za beleženje vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri izvedbi storitve pri izvajalcu s 1. 1. 2025
11. Bolnišnična dejavnost – uvedba novega podatka o številu zdravil pri obračunu storitve brezšivne skrbi s 1. 1. 2025
12. Splošne ambulate in lekarniška dejavnost – uvedba novega podatka o številu zdravil pri obračunu storitev farmacevtskega svetovanja ter kognitivnih storitev s 1. 1. 2025
13. Bolnišnična dejavnost – beleženje nove vrste obravnave in trajanja s 1. 1. 2025
14. Zobozdravstvena dejavnost – sprememba opisa storitve 01007 »Stomatološki pregled – celostni« s 1. 1. 2025 ter redakcijski popravki opisov storitev 01008 in 01008-02 »Specialistični ortodontski pregled« ter 01009 »Specialistični stomatološki pregled« s 1. 7. 2024
15. Stomatološko-protetična dejavnost – nove storitve specialistične protetike in redakcijski popravki opisov nekaterih storitev s 1. 1. 2025
16. Dopolnitev opisa storitve E0759 »Evidenčno spremljanje - samostojno opravljena diagnostika« s 1. 1. 2025
17. Hematologija, internistika in urologija – uvedba možnosti obračuna storitev priprave in aplikacije zdravil APL009 in APL010 s 1. 1. 2025

Priloge:

- Priloga 1: Nov seznam storitev 15.150 »Storitve paliativne oskrbe otrok (241 291)«
- Priloga 2: Novi povezovalni šifranti:
 - K46 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po dejavnostih na strukturi Obravnava«,
 - K47.1 »Obveznost navajanja tipa dokumenta CRPP po storitvah«,
 - K47.2 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po storitvah« in
 - K47.3 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po seznamih storitev«
- Priloga 3: Nov šifrant 65.1« Tipi dokumentov CRPP, za katere ni dovoljeno pošiljanje podatkov na ZZS na obračunskih dokumentih«
- Priloga 4: Dopolnitve povezovalnega šifranta K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«
- Priloga 5: Zgled izračuna trajanja obravnave v bolnišnični dejavnosti
- Prilogi 6 in 7: Spremembe seznama storitev 15.42 »Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti« in 15.122 »Storitve specialistične zobozdravstvene dejavnosti stomatološke protetike (405 113)«

S spoštovanjem.

Pripravili:

Jerneja Bergant, višja področna svetovalka
 Saša Strnad, svetovalka področja
 Franc Osredkar, strokovni sodelavec
 Alenka Zver, svetovalka področja
 Marko Bradula, svetovalac področja
 Darja Kušar, strokovna sodelavka
 Anita Strmljan, strokovna sodelavka
 Tina Medved, nadzorna zdravnica - svetovalka

Sladjana Jelisavčić,
 vodja – direktorica področja I

1. Paliativna oskrba – nova podvrsta zdravstvene dejavnosti 241 291 »Paliativna oskrba otrok« s 1. 1. 2024

Pediatrična klinika UKC Ljubljana

Povzetek vsebine

Uredba o spremembah in dopolnitvah Uredbe o programih storitev OZZ 2024 - 2 uvaja nov model plačevanja paliativne oskrbe otrok.

V okviru državnega programa paliativne oskrbe je bil leta 2023 uveden nov model plačevanja za mobilni paliativni tim, ki pokriva aktivnosti paliativne oskrbe za odrasle. Paliativna oskrba odraslih se razlikuje od paliativne oskrbe otrok (vrsta bolezni, potek in zdravljenje, komunikacija, socialne stiske), zato se za otroke uvaja nov program ter posledično tudi nov seznam storitev.

Paliativna oskrba otrok se izvaja skladno z bolnikovim individualno prilagojenim načrtom. Pomembno je, da se bolniku ves čas zagotavlja podpora. Obračun storitev bo najprej omogočen le Pediatrični kliniki UKC Ljubljana.

Skladno z navedenim v dejavnost 241 »Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti« uvajamo novo podvrsto zdravstvene dejavnosti 241 291 »Paliativna oskrba otrok«, v kateri se bodo lahko obračunavale storitve z novega seznama storitev 15.150 »Storitve paliativne oskrbe otrok (241 291)«, ki je prikazan v Prilogi 1 te okrožnice.

Poleg storitev s seznamom storitev 15.150 se lahko v novi podvrsti zdravstvene dejavnosti 241 291 obračunajo tudi:

- a) ločeno zaračunljivi materiali in storitve za zdravila iz Seznama A (Q0235-Q0237, Q0262-Q0264) in iz Seznama B (Q0265-Q0272) ter
- b) storitve aplikacije zdravil iz seznama 15.117 »Storitve priprave in aplikacije zdravil iz Seznama A in B«.

Izvajalec opravljene storitve obračuna po strukturi Obravnava na vrstah dokumentov 4-6 (individualni račun za MedZZ) in 15-16 (poročilo) oziroma po PGO strukturi na vrstah dokumentov 13-14 (obračunski račun) in 15-16 (poročilo) skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifrantmi.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim v šifrante uvajamo naslednje spremembe in dopolitve (označeno s krepko pisavo):

- šifrant 2 »Vrste zdravstvene dejavnosti«, v katerega uvajamo novo podvrsto zdravstvene dejavnosti 241 291 »Paliativna oskrba otrok«:

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
		291	Paliativna oskrba otrok

- nov seznam storitev 15.150 »Storitve paliativne oskrbe otrok (241 291)«, ki je skupaj z vsemi podrobnimi podatki storitev prikazan v Prilogi 1 te okrožnice

- povezovalni šifrant K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun«:

Šifra zdr. dej.	Zdravstvena dejavnost, vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti		Šifrant K1.1 - Dovoljene storitve obračuna po podvrstah zdravstvene dejavnosti	Šifrant K1.2 - Dovoljeni seznam storitev obračuna po podvrstah zdravstvene dejavnosti	Skupine storitev za potrebe planiranja in spremljanja realizacije na ZZS po podvrstah zdrav. dej. (Šifrant 43)
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
		291 Paliativna oskrba otrok	E0092		
			Q0235-Q0237, Q0262-Q0264, Q0265-Q0272		Z0032
				Šifrant 15.150	Z0045
				Šifrant 15.117	

- povezovalni šifrant K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi«:

			VD 4-6 Obravnava		
			Opr. stor.	Opr. stor. DBZ	Opr. stor. LZM zdravila-Seznam A
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
		291 Paliativna oskrba otrok	Šifrant 15.150, Šifrant 15.117	Q0265	Q0235

			VD 13-14 PGO	VD 15-16 PGO
				Opr.stor. DBZ kalo in opr.stor. LZM zdravila-Seznam A kalo
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti		
		291 Paliativna oskrba otrok	E0092	Q0262-Q0264, Q0269-Q0272

			VD 15-16 Obravnava		
			Opr. stor.	Opr. stor. DBZ	Opr.stor. LZM zdravila-Seznam A
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
		291 Paliativna oskrba otrok	Šifrant 15.150, Šifrant 15.117	Q0265-Q0268	Q0235-Q0237

- povezovalni šifrant K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

Šifra zdr. dej.	Zdravstvena dejavnost, vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti	Obračunavanje storitev, ki jih ni v šifrantu ZZS	Obračunavanje povečanega št. točk za izvedbo storitev duševno prizadetim	Obračunavanje povečanega št. točk oz. povečane cene za izvedbo storitev ob nedeljah in praznikih	Navajanje RIZDDZ številke delavca na strukturi Obravnava	Navajanje sklopa podatkov Seznam oseb na PGO	Trajanje obravnave je lahko daljše od 1 dne	Navajanje datuma konca predhodne obravnave na strukturi Obravnava	Navajanje statusa večdnevne obravnave na strukturi Obravnava
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost								
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti								
	291 Paliativna oskrba otrok	N	N	N	O	N	D	N	N

Šifra zdr. dej.	Zdravstvena dejavnost, vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti	Navajanje doplačila osebe za namestitev na strukturi Obravnava	Navajanje razloga obravnave na strukturi PGO	Navajanje datuma opravljene storitve na strukturi PGO za storitve tipa EME in PRI	Navajanje podatka "evidenčni dokument = 1" za vse razloge obravnave na strukturi "Obravnava"	Navajanje podatka Status obravnave istega tipa = 2 na strukturi SBD obravnava	Navajanje podatkov o listinah in diagnozah pri obravnavi na strukturi Obravnava in listinah na strukturi SBD obravnava	Navajanje podatkov o diagnozah pri storitvi na strukturi Obravnava	Obveznost navajanja Oznake podlage za obravnavo 1 - zdravstvena listina
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost								
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti								
	291 Paliativna oskrba otrok	N	N	N	N	N	O	N	O

- povezovalni šifrant K5.1 »Podvrsta s stopnjo DDV«:

		0% Oproščeno	Obdavčeno 9,5%	Obdavčeno 22%
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost			
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
	291 Paliativna oskrba otrok	0%	/	/

- povezovalni šifrant K6 »Avansirane, neavansirane vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti«:

		Oznaka za avansiranje: 1 – avansirana, 2 – neavansirana, 9 – neopredeljeno
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	291 Paliativna oskrba otrok	1

- povezovalni šifrant K7 »Dovoljeni deleži doplačila po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

		% doplačila
Q86.220	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	291 Paliativna oskrba otrok	0

- povezovalni šifrant K9 »Izjeme pri obračunavanju storitev po vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti glede na pogodbo:

		Šifra storitve
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	291 Paliativna oskrba otrok	

- povezovalni šifrant K10 »Dovoljene vrste obravnave bolnika po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

			Vrsta obravnave bolnika					
			Obravnava z nočitvijo (hospitalizacija)	Dnevna bolnišnična obravnava	Dolgotrajna dnevna bolnišnična obravnava	Specialistična zunajbolnišnična obravnava	Splošna zunajbolnišnična obravnava	Ostale obravnave
Šifra zdr. dej.	Zdrav. dejavnost	Vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti	1	2	3	4	5	9
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost							
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti							
	291 Paliativna oskrba otrok					X		X

- povezovalni šifrant K13.2 »Dovoljene vsebine obravnave po vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti«, v katerega uvajamo novo podvrsto zdravstvene dejavnosti 241 291 z naslednjimi vsebinami obravnave: 0 »Drugo«, 1 »Diagnoza«, 3 »Nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve« in 10 »Paliativna oskrba«:

			Vsebina obravnave			
			0	1	3	10
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost					
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti					
	291 Paliativna oskrba otrok		X	X	X	X

- povezovalni šifrant K14.1 »Izključujoče in soodvisne storitve v okviru ene obravnave z vključenimi pravili obračunavanja«, kjer v okviru kontrole ROB 0377 uvajamo nov sklop 31 za kontrolo izključevanja novih storitev paliativne oskrbe otrok med seboj
- ker je vse storitve paliativne oskrbe otrok možno obračunati do 21. leta starosti, z novo podvrsto zdravstvene dejavnosti 241 291 dopolnjujemo tudi povezovalni šifrant K37.1 »Starostne omejitve po vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti«:

				Starost v letih OD	Starost v letih DO
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	241	Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti			
		291	Paliativna oskrba otrok	0	20

- povezovalni šifrant K39 »Dovoljene vrste zdravstvenih listin po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

Šifra zdr. dej.	Zdravstvena dejavnost, vrsta dejavnosti, podvrsta dejavnosti	Zdravstvene listine			
		1 - napotnica	90 - bela napotnica	2 - delovni nalog	10 - delovni nalog za FTH
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost				
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti				
	291 Paliativna oskrba otrok	X	X		

- povezovalni šifrant K40.1 »Nivo kontrole zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

		Nivo kontrole preverjanja zaposlitev: 1 - Zaposlitev v okviru pogodbenega izvajalca oz. izvajalca nacionalnega razpisa, 2 - Zaposlitev v okviru pogodbenega izvajalca oz. izvajalca nacionalnega razpisa glede na skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev, 9 - Zaposlitev se ne preverja.	
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti		
	291 Paliativna oskrba otrok	2	

- povezovalni šifrant K40.3 »Skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«:

		Skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
	241 Paliativna oskrba v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
	291 Paliativna oskrba otrok	2 6 16

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 1. 2024 dalje.

Morebitne dokumente za že poslane storitve, ki so bile opravljene v letu 2024 in se nanašajo na paliativno oskrbo otrok, lahko izvajalec stornira in jih Zavodu ponovno posreduje po novih šifrah z novega seznama storitev 15.150 »Storitve paliativne oskrbe otrok (241 291)«.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:
Marija Parkelj (marija.parkelj@zzzs.si; 01/30-77-373)

2. Pediatrija – uvedba nove storitve E0882 za beleženje programa presejanja novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo s 1. 3. 2024

Univerzitetni klinični center Ljubljana

Povzetek vsebine

Zavod je z Okrožnico ZAE 8/22 za obračunavanje programa presejanja novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo (SICK) v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti 227 237 »Pediatrija« uvedel novo storitev E0815 »Presejanje novorojencev - SICK«, ki se beleži po zavarovani osebi.

Ker laboratorij Pediatrične klinike izvaja preiskave vzorcev iz vseh porodnišnic brez prisotnosti bolnika, s 1. 3. 2024 spreminjamo beleženje, in sicer uvajamo novo storitev E0882 »Presejanje novorojencev - SICK«, ki se ne beleži po osebi, temveč skupaj za vse opravljene preiskave v posameznem mesecu. Storitev beleži UKC Ljubljana za opravljene obravnave po posameznem mesecu v obdobju od 1. 3. 2024 do 31. 12. 2024.

UKC Ljubljana posreduje hkrati z mesečnimi poročili tudi excelovo datoteko s seznamom novorojencev, katerim so opravili preiskave. Seznam mora vsebovati naslednji nabor podatkov: priimek in ime novorojenca, datum rojstva, spol in naslov. Excelova datoteka mora biti zaklenjena z geslom. Datoteko UKC Ljubljana pošlje na elektronski naslov mojca.peperko@zzzs.si, pri čemer geslo za odpiranje datoteke posreduje na navedeni naslov z ločenim sporočilom.

Pravila beleženja in obračunavanja preiskav od 1. 1. 2025 dalje bomo podali naknadno.

Navodilo za obračun

Novo storitev E0882 »Presejanje novorojencev - SICK« beleži UKC Ljubljana v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti 227 237 »Pediatrija« mesečno po PGO strukturi na vrstah dokumentov 15-16 (poročilo) skladno z navodili Zavoda in povezovalnimi šifrantii.

Skladno z navedeno vsebino se nova storitev doda v:

- seznam storitev 15.3 »Storitve PGO«:

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Naziv enote mere	Št. enot mere
E0882	Presejanje novorojencev - SICK	Presejanje novorojencev za spinalno mišično atrofijo, težke prirojene okvare imunosti, cistično fibrozo in kongenitalno adrenalno hiperplazijo (SICK)	Preiskava	1

Šifra	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Oznaka cene	Tip storitve	Evidenčna storitev	Kontrola podvojenosti obračunavanja storitev v obračunskem obdobju na PGO	Nivo planiranja
E0882	2	1	9 EME	Ne	/	E0882

- povezovalni šifrant K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun«:

Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		Šifrant K1.1 - Dovoljene storitve obračuna po podvrstah zdravstvene dejavnosti
	227	Pedriatrija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
		237	Pedriatrija
			E0882

- povezovalni šifrant K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi«

			VD 15-16 PGO Opr. stor.
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	227	Pedriatrija v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti	
		237	Pedriatrija
			E0882

Sprememba velja za preiskave, opravljene od 1. 3. 2024 dalje.

Kontaktne osebe za vsebinska vprašanja:

- v zvezi z vsebino okrožnice: Marjeta Zupet (marjeta.zupet@zzzs.si; 01/30-77-536)
- v zvezi s pošiljanjem excel datotek: Mojca Peperko (mojca.peperko@zzzs.si; 01/30-77-323)

3. Nevrologija – sprememba opisa nekaterih storitev ter oznake količine in maksimalno dovoljenega števila storitev na obravnavo pri storitvi NEV038 »UZ preiskava živcev ali mišic« s 1. 7. 2024

Vsem izvajalcem specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti nevrologije

Povzetek vsebine

Upravni odbor Zavoda je zaradi večje jasnosti in boljšega razumevanja načina obračuna storitev sprejel spremembe oziroma dopolnitve opisov naslednjih storitev:

- NEV002 »Delni pregled«,
- NEV003 »Kratki pregled«,
- NEV008 »Posvet na daljavo (DMS, RFT) – daljši«,
- NEV009 »Posvet na daljavo (DMS, RFT) – krajši«,
- NEV012 »Timska obravnava bolnika z ŽMB ali ALS (bolnik in svojci)«,
- NEV015 »Subspecialistični pregled«,
- NEV016 »Lumbalna punkcija«,
- NEV022 »Kratka EMG«,
- NEV023 »Srednja EMG«,
- NEV024 »Dolga EMG«,
- NEV040 »Dvojno barvna ultrazvočna preiskava vratnih arterij«,
- NEV042 »Dvojno barvna transkranijska doplerska preiskava (TCCD)«,
- NEV045 »Transkranijska doplerska preiskava (TCD) z detekcijo mikroembolusov« in
- NEV048 »UZ merjenje zastojnega urina«.

Hkrati pri storitvi NEV038 »UZ preiskava živcev ali mišic« spreminjamo njeno oznako količine iz 1 na 2 ter maksimalno dovoljeno število storitev na obravnavo iz 1 na 4.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim v seznamu storitev 15.76 »Storitve specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti nevrologije (218 227)« uvajamo naslednje spremembe in dopolnitve (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
Podseznam 1: Pregledi				
NEV002	Delni pregled	Delni pregled vključuje: - del celotnega nevrološkega pregleda pacientov z jasno nevrološko simptomatiko, - osnovne laboratorijske preiskave, - izdajo izvida in - predpis zdravila na recept. Delni pregled se nanaša na kontrolni pregled kot tudi na prvi pregled (če niso bile opravljene vse aktivnosti določene za celotni pregled (niso bile potrebne)). Storitev se obračuna v primeru rednega intervalnega pregleda zaradi znane kronične nevrološke bolezni. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.	1	1
NEV003	Kratki pregled	Kratki pregled vključuje: - pregled pacienta z jasno lokalno patologijo, npr. sindromom zapestnega prehoda ali pacienta, ki ne potrebuje nevrološke obravnave ali - pregled dokumentacije, posvet z bolnikom na daljavo in predpisovanje zdravila na recept. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.	1	1
NEV015	Subspecialistični pregled	Subspecialistični pregled se izvaja v ambulantah za: - ambulantna za kognitivne motnje, - demielinizacijske bolezni, - epilepsije, - ekstrapiramidne bolezni, - živčno mišične bolezni, - motnje spanja in budnosti, - glavobol, - nevroonkologijo, - žilno nevrologijo in v - botulinski ambulantni. Storitev vključuje: - razgovor z bolnikom in skrbnikom oziroma svojcem, - pregled celotne dokumentacije, - ocena kliničnega stanja (EDSS), - ocena socialne situacije,	1	1

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
		- pojasnitev vseh možnosti diagnostike in zdravljenja, - planiranje diagnostičnih postopkov (slikovna in laboratorijska diagnostika, evocirani potenciali, test hoje, urodinamika, nevropsiholoških postopkov) in zdravljenja (simptomatsko, imunomodulatorno, zagonov). Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.		
Podseznam 2: Ostale storitve				
NEV008	Posvet na daljavo (DMS, RFT) - daljši	Posvet na daljavo (DMS, RFT) - daljši (do 30 minut) vključuje nudenje nasvetov DMS (diplomirane medicinske sestre) ali RTE RFT (respiratornega fizioterapevta): - o uporabi izkašljevalnika, aparata za NIV, NIV maske, aspiratorja, inhalatorja, - nasvete pri poslabšanjih ali komplikacijah povezanih z dihanjem, požiranjem in izkašljevanjem, - svetovanje glede prehranjevanja in rokovanja s hranilnimi cevki, - reševanje zapletov pri uporabi medicinsko-tehničnih pripomočkov, - svetovanje pri manjših težavah z aplikacijo zdravil v domačem okolju in zapletov po diagnostičnih postopkih in posegih, - ocena funkcionalnega stanja pri kroničnih nevroloških bolnikih. V medicinski dokumentaciji mora biti zapis s povzetkom navodil, ki jih je pacient prejel od DMS ali RTE RFT. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitve NEV009. Storitev izvaja diplomirana medicinska sestra ali respiratorni fizioterapevt.	1	1
NEV009	Posvet na daljavo (DMS, RFT) - krajši	Posvet na daljavo (DMS, RFT) - krajši (do 15 minut) vključuje odgovore DMS (diplomirane medicinske sestre) ali RFT (respiratornega fizioterapevta) na vprašanja svojcev in bolnikov o uporabi aparatov ali pomoč pri reševanju manjših zapletov pri uporabi hranilnih cevk in medicinsko-tehničnih pripomočkov ter pri manjših težavah z aplikacijo zdravil v domačem okolju ali pri zapletih po diagnostičnih postopkih in posegih ter telefonske klice DMS glede preverjanja zdravstvenega stanja bolnika po aplikaciji zdravil. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitve NEV008. V medicinski dokumentaciji mora biti zapis s povzetkom navodil, ki jih je pacient prejel od	1	1

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
		DMS ali RFT. Storitev izvajata diplomirana medicinska sestra ali respiratorni fizioterapevt.		
NEV012	Timska obravnava nevrološkega bolnika z ŽMB ali ALS (bolnik in svojci)	Timska obravnava nevrološkega bolnika z ŽMB (živčno-mišično boleznijo) ali ALS (amiotrofična lateralna bolezen) (bolnik in svojci). Pri ambulantni multidisciplinarni obravnavi bolnikov sodelujejo nevrolog, usklajevalec (socialni delavec ali medicinska sestra), fizioterapevt, delovni terapevt, logoped in dietetik. Glede na potrebo se pridružijo še drugi strokovnjaki (tako imenovani razširjena skupina), npr. pulmolog, gastroenterolog, interventni radiolog, ortoped, fiziater, psihiater, sodelavec hospica ipd. Bolnika na obravnavi praviloma spremljajo sorodniki ali drugi skrbniki. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev glede na specifiko pacienta izvaja tim, sestavljen iz prej naštetih profilov.	1	1
NEV016	Lumbalna punkcija	Lumbalna punkcija vključuje odvzem cerebrospinalne tekočine (likvorja) z meritvijo znotrajlobanjskega tlaka ali brez . Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.	1	1
NEV022	Kratka EMG	Kratka EMG (pregled 1-4 enot*) - preiskava v primeru enostavne, lokalne patologije vključuje: - usmerjeno anamnezo, - klinični pregled, - pojasnitev metode, - izvedbo krajših manjšega števila meritev praviloma na enem udru. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitev NEV023, NEV024 in NEV025. Storitev izvajata zdravnik specialist z diplomo dodatnih znanj elektromiografije in nevrofiziološki asistent.	1	1
NEV023	Srednja EMG	Srednja EMG (pregled 5-8 enot*) - srednje obsežna preiskava vključuje: - usmerjeno anamnezo, - klinični pregled, - pojasnitev metode - meritve prevajanja več živcev zgornjih ali spodnjih udov s površinskimi elektrodami in/ali igelno elektromiografijo zgornjih ali spodnjih udov (npr. sindrom zapestnega prehoda, radikulopatija), test simpatičnih kožnih odzivov zgornjih ali spodnjih udov.	1	1

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
		Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitev NEV022, NEV024 in NEV025. Storitev izvajata zdravnik specialist z diplomo dodatnih znanj elektromiografije in nevrofiziološki asistent.		
NEV024	Dolga EMG	Dolga EMG (pregled 9 ali več enot*) - obsežna preiskava pri zahtevnejših bolnikih vključuje: - usmerjeno anamnezo, - klinični pregled, - pojasnitev metode, - meritve prevajanja več živcev zgornjih in/ali spodnjih udov s površinskimi elektrodami, - igelno elektromiografijo več vsaj dveh mišic vsaj dveh telesnih regij (kranialne, zgornjih udov, trupa, spodnjih udov, medeničnega dna) ali - kvantitativni EMG ali - površinski EMG večje skupine mišic (poli-EMG), ali - preiskavo živčno-mišičnega stika (mikro-EMG ali test rafalnega draženja z utrujanjem), ali - preiskavo respiratornega sistema (vključno s freničnima živcema in trebušno prepono trebušne prepone ali drugih mišic prsnega koša), ali - preiskavo križnega živčevja (mišic medeničnega dna), ali - meritve simpatičnih kožnih odzivov zgornjih in spodnjih udov. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitev NEV022, NEV023 in NEV025. Storitev izvajata zdravnik specialist z diplomo dodatnih znanj elektromiografije in nevrofiziološki asistent.	1	1
NEV038	UZ preiskava živcev ali mišic	UZ preiskava živcev ali mišic enega uda. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Storitev izvajata zdravnik specialist in nevrofiziološki asistent.	1 2	1 4
NEV040	Dvojno barvna ultrazvočna preiskava vratnih arterij	Dvojno barvna ultrazvočna preiskava vratnih arterij je namenjena neinvazivni fiziološki in patološki oceni vratnega ožila. Preiskati je potrebno obe notranji in zunanji karotidni arteriji, skupni karotidni arteriji in vertebralni arteriji ter jugularne in vertebralne vene. Prikazati je potrebno vse morfološke značilnosti žile, to je slikovni prikaz ožila (premer žile, potek žile, prikaz ev. stenotičnih mest ali mest zapore, druge patološke spremembe na žilah, kot so	1	1

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
		anevrizme, arterijo-venske malformacije, fistule itd.). Oceniti debelino intime-medije, tipa plakov, stopnje zožitve. Sledi ocena funkcije toka krvi in izračun različnih parametrov (maksimalne sistolične hitrosti krvi, končne diastolične hitrosti, razširjenosti spektralne krivulje, aritmetično sredino frekvenc vsakega vala, velikost okna v sistoli itd.). Ocena Dopplerjeve spektralne frekvenčne analize. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitve NEV041. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.		
NEV042	Dvojna barvna transkranijska doplrska preiskava (TCCD)	Dvojna barvna transkranijska doplrska preiskava (TCCD) je namenjena neinvazivni fiziološki in patološki oceni cerebrovaskularnega intrakranijskega ožilja. Preiskujejo se velike možganske arterije na bazi lobanje. Prikazati je potrebno vse morfološke značilnosti žile, to je slikovni prikaz intracerebralnega ožilja (premer žile, potek žile, prikaz ev. stenotičnih mest ali mest zapore, druge patološke spremembe na žilah, kot so anevrizme, arterijo-venske malformacije, fistule itd.) Sledi ocena funkcije toka krvi in izračun različnih parametrov (maksimalne sistolične hitrosti krvi, končne diastolične hitrosti in srednje hitrosti pretoka, indeksa pulzatilnosti in upora (PI, RI) razširjenosti spektralne krivulje, aritmetično sredino frekvenc vsakega vala, velikost okna v sistoli itd.). Ocena Dopplerjeve spektralne frekvenčne analize. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitve NEV043. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.	1	1
NEV045	Transkranijska doplrska preiskava (TCD) z detekcijo mikroembolusov	Transkranijska doplrska preiskava (TCD) z detekcijo mikroembolusov - namen preiskave je ugotoviti ali se pojavijo mikroembolizmi (krvni strdki) v znotrajlobanjskih arterijah pri različnih boleznih, ki lahko povzročajo razsoj krvnih strdkov (embolija) v možganskih arterijah. V ta namen se meri hitrost krvnega pretoka v obeh srednjih možganskih arterijah in hkrati beležijo dogodki (krvni strdki). Preiskava se lahko izvede po Valsalvini metodi ali z enournim sledenjem brez Valsalvine metode.	1	1

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
		Storitev izvajata jo zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.		
NEV048	UZ merjenje zastojnega urina	UZ merjenje zastojnega urina po odvajanju vode je namenjeno napovedi morebitnega tveganja za retenco urina. Preiskovanec odvaja urin, nato pa z UZ preiskavo (npr. BladderScan) takoj neinvazivno izmerimo morebitni zastojni urin. Storitev se evidentira in obračuna po izdanem izvidu. Poleg storitve ni dovoljeno obračunati storitve NEV049. Storitev izvajata zdravnik specialist in diplomirana medicinska sestra.	1	1

* 1 EMG enota pomeni ali meritev 1 motoričnega živca ali meritev 1 senzoričnega živca ali meritev 1 refleksa obojestransko ali igelni EMG 1 mišice in praviloma ustreza 1 vrstici v tabelarnem izvidu EMG preiskave

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 7. 2024 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Marija Parkelj (marija.parkelj@zzzs.si; 01/30-77-373)

4. Socialnovarstveni zavodi – sprememba maksimalno dovoljenega števila storitev na obravnavo za sredstva za sodobne obloge kroničnih ran (storitev E0846) s 1. 7. 2024

Vsem socialnovarstvenim zavodom

Povzetek vsebine

Zavod je z Okrožnico ZAE 5/24 v socialnovarstvenih zavodih uvedel možnost obračunavanja storitve E0846 »Sredstva za sodobne obloge kroničnih ran« v višini 40 eurov na posteljo letno. S to okrožnico za storitev E0846 spreminjamo maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo iz 5 na 10.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim v seznamu storitev 15.2 »Storitve, ki nimajo strukture PGO« za storitev E0846 spreminjamo maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo (označeno s krepko pisavo) iz 5 na 10:

Šifra	Kratek opis	Naziv enote mere	Št. enot mere	Oznaka količine (1 - kol. je 1; 2 - dejanska kol.)	Maksimalno dovoljeno št. storitev na obravnavo
E0846	Sredstva za sodobne obloge kroničnih ran	Kos	*	1	5 10

*V število enot mere se vnese vsota porabljenih enakih vrst sodobnih oblog.

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 7. 2024 dalje.

Izvajalci lahko že poslane in zavrnjene dokumente za storitve, opravljene od 1. 7. 2024 dalje, ponovno pošljejo Zavodu in pri tem upoštevajo nova pravila obračunavanja.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Darja Kušar (darja.kusar@zzzs.si; 01/30-77-436)

5. Ukinitev kontrole obveznega obračuna storitve SP025 »Obravnavo otroka na terenu (v vrtcu, šoli, doma)« z eno izmed storitev dodatka za obravnavo na terenu (SP023 ali SP024) in sprememba opisa storitve SP025 s 1. 9. 2024

Vsem razvojnim ambulantam z vključenim centrom za zgodnjo obravnavo otrok, dispanzerjem za mentalno zdravje in Centrom za duševno zdravje otrok in mladostnikov

Povzetek vsebine

Zavod je z Okrožnico ZAE 4/24 uvedel kontrolo obveznega obračuna storitve SP025 »Obravnavo otroka na terenu (v vrtcu, šoli, doma)« z eno izmed soodvisnih storitev SP023 »Dodatek za obravnavo na terenu-do 20km« ali SP024 »Dodatek za obravnavo na terenu-nad 20km«.

Ker se storitev SP025 lahko obračuna z eno izmed storitev SP023 ali SP024, ni pa nujno, zgoraj navedeno kontrolo ukinjamo. Hkrati, zaradi jasnejših pravil obračuna storitve SP025, dopolnjujemo tudi njen dolgi opis.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim v šifranti uvajamo naslednje spremembe in dopolnitve:

- seznam storitev 15.148a »Storitve specialnih in rehabilitacijskih pedagogov (327 061, 512 032, 512 057) – storitve, ki se beležijo po osebi« v katerem dopolnjujemo dolg opis storitve SP025, kot sledi (označeno s krepko pisavo):

Šifra storitve	Kratek opis	Dolg opis
SP025	Obravnavo otroka na terenu (v vrtcu, šoli, doma)	Obravnavo otroka na terenu zajema opazovanje otroka v vrtčevski skupini ali v šoli z namenom diagnostičnega ocenjevanja, obravnavo otroka v skupini z demonstracijo pristopov strokovnim delavcem v zunanji inštituciji. Če se po obravnavi izvede tudi timski sestanek z zunanjimi inštitucijami, se storitev kombinira s SP019, pri čemer specialni pedagog napiše zapisnik sestanka in ga ustrezno arhivira. Vključuje tudi obravnavo otroka na domu, pregled in prilagoditev okolja, prenos strategij spodbujanja razvoja otroka v domače okolje. Storitve se lahko obračuna skupaj s storitvami dodatka za delo na terenu (SP023 ali SP024). Če se na eni poti obravnava več pacientov, se dodatek za teren obračuna le pri enem pacientu.

- povezovalni šifrant K14.1 »Izključujoče in soodvisne storitve v okviru ene obravnave z vključenimi pravili obračunavanja«, kjer v okviru kontrole ROB 0374 ukinjamo sklop 11 za storitev SP025.

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 9. 2024 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Karmen Grom Kenk (karmen.grom-kenk@zzzs.si; 01/30-77-340)

6. Zdravstvena vzgoja – ukinitve nekaterih storitev centrov za krepitev zdravja s 1. 12. 2024

Vsem centrom za krepitev zdravja

Povzetek vsebine

Skladno z Uredbo o programih storitev OZZ 2023, na podlagi katere so se centri za krepitev zdravja preoblikovali v integrirane centre za krepitev zdravja, ukinjamo naslednje storitve centrov za krepitev zdravja:

- E0710 »Pavšal za CKZ -velik«,
- E0711 »Pavšal za CKZ – srednji«,
- E0712 »Pavšal za CKZ – majhen«,
- E0713 »Pavšal za Vodenje skupine za preventivo - velik CKZ« in
- E0714 »Pavšal za Vodenje skupine za preventivo – srednji in majhen CKZ«.

Navodilo za obračun

Skladno z navedeno vsebino so spremembe šifrantov naslednje:

- seznam storitev 15.3 »Storitve PGO«:

Šifra	Kratek opis	Dolg opis	Naziv enote mere
E0710	Pavšal za CKZ -velik	Pavšal za Center za krepitev zdravja – velik	Znesek
E0711	Pavšal za CKZ – srednji	Pavšal za Center za krepitev zdravja – srednji	Znesek
E0712	Pavšal za CKZ – majhen	Pavšal za Center za krepitev zdravja – majhen	Znesek
E0713	Pav. za Vod.sk.za prev. velik CKZ	Pavšal za Vodenje skupine za preventivo – velik CKZ	Znesek
E0714	Pav. za Vod.sk.za prev. sr.in maj.CKZ	Pavšal za Vodenje skupine za preventivo – srednji in majhen CKZ	Znesek

- povezovalni šifrant K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun«:

			Šifrant K1.1 - Dovoljene storitve obračuna po podvrstah zdravstvene dejavnosti
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	346	Javno zdravje v splošni zunajbolnišnični dejavnosti	
		025	Zdravstvena vzgoja E0710, E0711, E0712, E0713, E0714

- povezovalni šifrant K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi«:

			VD 15-16 PGO Opr.stor.
Q86.210	Splošna zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost		
	346	Javno zdravje v splošni zunajbolnišnični dejavnosti	
		025	Zdravstvena vzgoja E0710-E0714

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 12. 2024 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Alenka Zver (alenka.zver@zzzs.si; 01/30-77-421)

7. Ukinitev podvrste zdravstvene dejavnosti 701 309 »Spremljanje (drugi in tretji odstavek 40. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja)« s 1. 12. 2024

Vsem izvajalcem bolnišnične dejavnosti

Povzetek vsebine

Skladno s Pravilnikom o vrstah zdravstvene dejavnosti ukinjamo podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 309 »Spremljanje (drugi in tretji odstavek 40. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja)«.

Navodilo za obračun

Glede na navedeno podvrsto zdravstvene dejavnosti 701 309 ukinjamo:

- iz šifranta 2 »Vrste zdravstvene dejavnosti«

O84.300	Dejavnost obvezne socialne varnosti		
	701	Druge obveznosti ZZS	
		309	Spremljanje (drugi in tretji odstavek 40. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja)

- in iz naslednjih povezovalnih šifrantov:

- K1 »Vrste zdravstvene dejavnosti in storitve za obračun«,
- K2 »VZD s storitvami glede na vrsto dokumenta po strukturi«,
- K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«,
- K5.1 »Podvrsta s stopnjo DDV«,
- K6 »Avansirane, neavansirane vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti«,
- K7 »Dovoljeni deleži doplačila po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«,
- K10 »Dovoljene vrste obravnave bolnika po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«,
- K13.2 »Dovoljene vsebine obravnave po vrstah in podvrstah zdravstvenih dejavnosti«,
- K39 »Dovoljene vrste zdravstvenih listin po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«,
- K40.1 »Nivo kontrole zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti« in
- K40.3 »Skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«.

Ukinitev podvrste zdravstvene dejavnosti 701 309 »Spremljanje (drugi in tretji odstavek 40. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja)« velja od 1. 12. 2024 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Franc Osredkar (franc.osredkar@zzzs.si; 01/30-77-383)

8. Uvedba pošiljanja novega sklopa podatkov o zapisu dokumentov v CRPP po strukturi Obravnava s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem zdravstvenih storitev (brez bolnišnične dejavnosti)

Povzetek vsebine

Skladno z Uredbo, ki v 115. členu določa, da med obveznosti izvajalca sodi tudi posredovanje dokumentov v Centralni register podatkov o pacientu (v nadaljnjem besedilu: CRPP) v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva ter pravilnikom, ki ureja pogoje, roke, način vključitve in uporabe e-zdravja, sicer se zdravstvena storitev ne šteje med realizirane storitve, **Zavod s 1. 1. 2025 uvaja pošiljanje novega sklopa podatkov o dokumentih, ki jih izvajalci pri obravnavi zavarovane osebe zapišejo v CRPP.**

Nov sklop vsebuje naslednje podatke, ki nastanejo pri vpisu dokumenta v CRPP:

- Lokalni ID dokumenta, ki je zapisan v CRPP,
- Globalni ID dokumenta, ki je zapisan v CRPP,
- Repozitorij - je lokalno podatkovno skladišče, v katerem je shranjen dokument pri izvajalcu,
- Tip dokumenta CRPP, ki je zapisan v CRPP.

Nove podatke pošiljajo izvajalci dejavnosti, ki imajo v novem povezovalnem šifrantu K46 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po dejavnostih na strukturi Obravnava« iz Priloge 2 te okrožnice v stolpcu »Navajanje sklopa podatkov CRPP na Obravnavi« navedeno O »Obvezno« ali D »Dovoljeno« oziroma imajo navedeno N »Ni dovoljeno«, pa je v teh dejavnostih za izjeme po šifrantih K47 dovoljeno ali obvezno pošiljanje podatkov, in ki opravljene storitve na ZZS pošiljajo na obračunskih dokumentih po strukturi Obravnava. To so izvajalci splošne (Q86.210) in specialistične (Q86.220) zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti, zdraviliške dejavnosti (104 501/502/504/505 ter 204 503), druge zdravstvene dejavnosti (Q86.909), lekarniške dejavnosti (samo VZD 743 608) in dejavnosti »Druge obveznosti ZZS« (samo VZD 701 824 in 701 825).

Pri kontroli novega sklopa podatkov se bodo izvajale naslednje kontrole:

- kontrole pošiljanja sklopa podatkov glede na obveznosti, opredeljene v novih povezovalnih šifrantih K46 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po dejavnostih na strukturi Obravnava«, K47.1 »Obveznost navajanja tipa dokumenta CRPP po storitvah«, K47.2 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po storitvah« in K47.3 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po seznamih storitev« iz Priloge 2 te okrožnice,
- kontrola pošiljanja pravilnega tipa dokumenta CRPP pri storitvah iz šifranta K47.1,
- kontrola, da izvajalci v obračunski sistem Zavoda ne pošiljajo tipov dokumentov CRPP iz šifranta 65.1 »Tipi dokumentov CRPP, za katere ni dovoljeno pošiljanje podatkov na ZZS na obračunskih dokumentih« iz Priloge 3 te okrožnice.

Navodilo za obračun

V Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov se na strukturi Obravnava v okviru poglavja 13.4 »Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe« uvede nov podsklop podatkov:

»Podatki o dokumentih CRPP (od 0 do 10)«

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Lokalni ID dokumenta	Lokalni identifikator dokumenta, ki je zapisan v Centralni register podatkov o pacientih.
Globalni ID dokumenta	Globalni identifikator dokumenta, ki je zapisan v Centralni register podatkov o pacientih.
Repozitorij	Repozitorij je lokalno podatkovno skladišče, v katerem je shranjen dokument pri izvajalcu.
Tip dokumenta CRPP	Navede se šifra tipa dokumenta, ki se zapiše v CRPP, po NIJZ šifrantu tipov dokumenta v CRPP. Na obračunskih dokumentih ni dovoljeno posredovati tipov dokumentov iz šifranta 65.1.

V ta sklop izvajalec navede vse tipe dokumentov CRPP s pripadajočimi ID dokumenta, ki so bili izdani v okviru obravnave zavarovane osebe, pri čemer ne pošilja tipov dokumentov CRPP, ki so navedeni v novem šifrantu K65.1 »Tipi dokumentov CRPP, za katere ni dovoljeno pošiljanje podatkov na ZZS na obračunskih dokumentih«, ki je naveden v Prilogi 3 te okrožnice.

Izvajalci posredujejo nove podatke po strukturi Obravnava glede na obveznost pošiljanja iz povezovalnih šifrantov K46, K47.1, K47.2 in K47.3:

- šifrant K46 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po dejavnostih na strukturi Obravnava«: opredeljuje, v katerih dejavnostih, kjer izvajalci pošiljajo obračunske dokumente po strukturi Obravnava, je pošiljanje podatkov dokumentov CRPP O »Obvezno«, D »Dovoljeno« ali N »Ni dovoljeno«. V šifrantu K46 so navedene tudi dejavnosti, kjer so opredeljene izjeme v šifrantih K47.1, K47.2 in K47.3 ter dejavnosti, kjer se zahteva dodatno beleženje podatka »Status večdnevne obravnave« kot dodatni pogoj za kontrolo.
- šifrant K47.1 »Obveznost navajanja tipa dokumenta CRPP po storitvah«: za posamezno storitev opredeljuje obveznost navajanja točno določenega tipa dokumenta CRPP.
- šifrant K47.2 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po storitvah«: za posamezno storitev opredeljuje obveznost navajanja podatkov o dokumentih CRPP.
- šifrant K47.3 »Obveznost navajanja podatkov CRPP po seznamih storitev«: za posamezen seznam opredeljuje obveznost navajanja podatkov o dokumentih CRPP.

V dejavnostih, kjer je v povezovalnem šifrantu K46 pri podatku »Izjeme glede na šifrant K47« opredeljena vrednost »Da«, veljajo za storitve, navedene v K47.1 in K47.2, ali seznime iz K47.3, obveznosti iz teh šifrantov, za ostale storitve pa veljajo obveznosti, ki so opredeljene za posamezno dejavnost.

V dejavnostih, kjer je obvezno pošiljanje dokumentov CRPP, hkrati pa je v povezovalnem šifrantu K46 pri podatku »Dodatni pogoj za kontrolo« opredeljena vrednost »Da« (npr. zdraviliška dejavnost, ambulantna kardiološka rehabilitacija, fizioterapija), izvajalci obvezno pri pošiljanju podatkov v obračunski sistem ZZS izpolnijo podatek »Status večdnevne obravnave«, pri čemer navedejo šifro 1, če je obravnava zaključena, in šifro 2, če obravnava ni zaključena. Če je obravnava zaključena (navedejo šifro 1), morajo izvajalci obvezno poslati podatke o zapisu dokumenta v CRPP.

Kontrole poslanih podatkov zapisov dokumentov v CRPP se bodo izvajale glede na nove povezovalne šifrante K46, K47.1, K47.2 in K47.3. Obveznost pošiljanja sklopa podatkov se za posamezno storitev obravnave preverja po naslednjem vrstnem redu:

1. Najprej se preveri obveznost glede na storitev oz. seznam storitev ter vrsto in podvrsto dejavnosti v K47.1, K47.2 in K47.3.
2. Nato se preveri obveznost glede na storitev oz. seznam storitev v K47.1, K47.2 in K47.3.
3. Če storitev nima obveznosti v K47.1, K47.2 in K47.3, velja obveznost, ki je opredeljena za vrsto in podvrsto v K46.
4. Če je navajanje podatkov obvezno vsaj za eno izmed storitev, morajo biti podatki navedeni.
5. Če je navajanje podatkov za vse storitve nedovoljeno, podatki ne smejo biti navedeni.
6. V ostalih primerih je navajanje podatkov dovoljeno.
7. V vrstah in podvrstah dejavnosti, pri katerih je v šifrantu K46 označeno obvezno navajanje, podatki NISO obvezni:
 - če so na obravnavi obračunane le storitve z vrednostjo 0 (evidenčne storitve),
 - pri naknadnem obračunu storitev LZM ali storitev, ki so bile opravljene v okviru že obračunane obravnave in je izpolnjen podatek Datum konca predhodne obravnave (ne velja za 104 501, 104 502, 104 504, 104 505 in 204 503, 211 276) ter
 - za evidenčne dokumente.

Kontrole se ne izvajajo za vrste dokumentov 4-6 (Individualni račun za tuje zavarovane osebe) in za dojenčke, stare do 60 dni, ki nimajo KZZ ali Potrdila KZZ.

Skladno s K46 in izpolnjenim dodatnim pogojem za kontrolo se v povezovalnem šifrantu K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti« v dejavnostih 211 276 »Ambulantna kardiološka rehabilitacija« in 507 028 »Fizioterapija« spremeni podatek »Navajanje statusa večdnevne obravnave na strukturi Obravnava« (stolpec 8 v K4) iz N »Ni dovoljeno« v O »Obvezno«:

		Navajanje statusa večdnevne obravnave na strukturi Obravnava
Q86.220	Specialistična zunajbolnišnična zdravstvena dejavnost	
	211	Kardiologija in vaskularna medicina v specialistični zunajbolnišnični dejavnosti
	276	Ambulantna kardiološka rehabilitacija
		N O
Q86.909	Druge zdravstvene dejavnosti	
	507	Fizioterapija
	028	Fizioterapija
		N O

Hkrati se v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov v poglavju 13.4 »Struktura »Obravnava«: podatki o obravnavi osebe« dopolnjuje podatek »Status večdnevne obravnave« tako, da se glasi:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Status večdnevne obravnave	Navede se, ali je večdnevna obravnava konec obračunskega obdobja zaključena. Označi se: 1 – da, večdnevna obravnava je zaključena, 2 – ne, večdnevna obravnava ni zaključena. Navede se le pri zdraviliškem zdravljenju (104 501, 104 502, 104 504, 104 505, 204 503), ali pri sobivanju starša ob stacionarno zdraviliško zdravljenem otroku ali invalidu (701 310 E0778), pri ambulantni kardiološki rehabilitaciji (211 276) ter fizioterapiji (507 028).

Pošiljanje novega sklopa podatkov se uvaža za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontrole novih podatkov bodo za dokumente, prejete do 31. 3. 2025, evidenčne narave, za dokumente, prejete od 1. 4. 2025 dalje, pa zavrnitvene, razen za kontrolo RPPE0004, ki bo ostala evidenčna tudi v prihodnje.

Objava dopolnitev Tehničnega navodila za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov skupaj z novo strukturo XML bo v prihodnjih dneh.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Jerneja Bergant (jerneja.bergant@zzzs.si 01/30-77-573)

9. Uvedba pošiljanja novega sklopa podatkov o zapisu dokumentov v CRPP po strukturi SBD Obravnava s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem bolnišnične dejavnosti

Povzetek vsebine

Skladno z Uredbo, ki v 115. členu določa, da med obveznosti izvajalca sodi tudi posredovanje dokumentov v Centralni register podatkov o pacientu (v nadaljnjem besedilu: CRPP) v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva ter pravilnikom, ki ureja pogoje, roke, način vključitve in uporabe e-zdravja, sicer se zdravstvena storitev ne šteje med realizirane storitve, Zavod s **1. 1. 2025 uvaja pošiljanje novega sklopa podatkov o dokumentih, ki jih izvajalci pri obravnavi zavarovane osebe zapišejo v CRPP.**

Nov sklop vsebuje naslednje podatke:

- Lokalni ID dokumenta, ki je zapisan v CRPP,
- Globalni ID dokumenta, ki je zapisan v CRPP,
- Repozitorij - je lokalno podatkovno skladišče, v katerem je shranjen dokument pri izvajalcu,
- Tip dokumenta CRPP, ki je zapisan v CRPP.

Nove podatke pošiljajo vsi izvajalci bolnišnične dejavnosti.

Pri kontroli novega sklopa podatkov se bodo izvajale naslednje kontrole:

- kontrole pošiljanja sklopa podatkov glede na pravila pošiljanja, podana v tej okrožnici,
- kontrola pošiljanja pravilnega tipa dokumenta CRPP pri storitvi E0811 ter pri zaključenih obravnavah,
- kontrola, da se ne pošiljajo tipi dokumentov CRPP iz šifrantu 65.1 »Tipi dokumentov CRPP, za katere ni dovoljeno pošiljanje podatkov na ZZS na obračunskih dokumentih« iz Priloge 3 te okrožnice.

Navodilo za obračun

V Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov se na strukturi SBD Obravnava v okviru poglavja 13.5.2 »Podatki o SBD obravnavi« uvede nov podsklop podatkov:

»Podatki o dokumentih CRPP (od 0 do 10)«

Lokalni ID dokumenta	Lokalni identifikator dokumenta, ki je zapisan v Centralni register podatkov o pacientih.
Globalni ID dokumenta	Globalni identifikator dokumenta, ki je zapisan v Centralni register podatkov o pacientih.
Repozitorij	Repozitorij je lokalno podatkovno skladišče, v katerem je shranjen dokument pri izvajalcu.
Tip dokumenta CRPP	Navede se šifra tipa dokumenta, ki se zapiše v CRPP, po NIJZ šifrantu tipov dokumenta v CRPP. Na obračunskih dokumentih ni dovoljeno posredovati tipov dokumentov iz šifranta 65.1.

Pri pošiljanju novega sklopa podatkov o CRPP veljajo naslednja pravila:

1. Za obravnavo je v sklopu podatkov dokumentov CRPP obvezno naveden vsaj en zapis pri:
 - zaključenih obravnavah pri vseh tipih bolnišničnih obravnav, razen pri tipu 30 in 60;
 - pri obravnavah, pri katerih je obračunana storitev E0811.
2. Za obravnavo sta v sklopu podatkov dokumentov CRPP obvezno navedena vsaj dva zapisa pri zaključenih obravnavah pri vseh tipih bolnišničnih obravnav (razen pri tipu 30 in 60) in pri katerih je obračunana tudi storitev E0811.
3. Če je med storitvami na obravnavi obračunana tudi storitev E0811, je med posredovanimi dokumenti CRPP za obravnavo obvezno potrebno navesti tudi dokument s tipom dokumenta CRPP 78583-2 »Osebna kartica zdravil«.
4. Za zaključene obravnave pri vseh tipih bolnišničnih obravnav, razen pri tipu 30 in 60, mora biti vsaj en tip dokumenta CRPP 18842-5 »Odpustno pismo«.
5. Podatek ne sme vsebovati šifre tipa dokumenta CRPP iz šifranta 65.1 »Tipi dokumentov CRPP, za katere ni dovoljeno pošiljanje podatkov na ZZS na obračunskih dokumentih« iz Priloge 3 te okrožnice.

Kontrole se ne izvajajo za vrste dokumentov 4-6 (Individualni račun za tuje zavarovane osebe) in za dojenčke, stare do 60 dni, ki nimajo KZZ ali Potrdila KZZ.

Kontrole se izvajajo za obravnave, zaključene od 1. 1. 2025 dalje.

Pošiljanje novega sklopa podatkov se uvaja za obravnave, zaključene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontrole novih podatkov bodo za dokumente, prejete do 31. 3. 2025, evidenčne narave, za dokumente, prejete od 1. 4. 2025 dalje, pa zavrnitvene.

Objava dopolnitev Tehničnega navodila za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov skupaj z novo strukturo XML bo v prihodnjih dneh.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Jerneja Bergant (jerneja.bergant@zzzs.si 01/30-77-573)

10. Uvedba novega sklopa podatkov o RIZDDZ številki delavcev na nivoju storitve za beleženje vseh zdravstvenih delavcev, ki sodelujejo pri izvedbi storitve pri izvajalcu s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem zdravstvenih storitev (razen bolnišnične dejavnosti)

Povzetek vsebine

V letu 2022 je Zavod z Okrožnicama ZAE 6/22 in 12/22 uvedel kontrole zaposlitev zdravstvenih delavcev na strukturi Obravnava, na podlagi katerih lahko trenutno izvajalci pri obračunu opravljenih storitev pošiljajo le podatek o RIZDDZ številki enega zdravstvenega delavca, ki sodeluje pri obravnavi zavarovane osebe.

Ker se je izkazala potreba po pošiljanju podatkov o večjem številu zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali pri opravljenih storitvah na določeni obravnavi (npr. pri fizioterapiji lahko zaradi odsotnosti fizioterapevta pri obravnavi pacienta sodeluje več fizioterapevtov; v socialnovarstvenih zavodih znotraj meseca pri negi zavarovane osebe sodeluje več zdravstvenih delavcev), **širimo podatke na nivoju opravljene storitve z novim sklopom podatkov o zdravstvenih delavcih (RIZDDZ številke delavcev).**

Dodatne nove podatke o RIZDDZ številkah delavcev pošiljajo izvajalci, kjer pri obravnavi zavarovane osebe sodeluje več zdravstvenih delavcev (izvajalci fizioterapije, zdravilišča, socialnovarstveni zavodi in domovi za ostarele, drugi izvajalci primarne in sekundarne ravni zdravstvene dejavnosti).

Pri kontroli novega sklopa podatkov se bodo izvajale vse kontrole iz Okrožnice ZAE 6/22:

- ujemanje posredovanih RIZDDZ številke zdravstvenih delavcev (podatek »RIZDDZ številka delavca«) z Registrom izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ);
- obstoj veljavne zaposlitve pri izvajalcu v RIZDDZ (kontrola, da ima določen zdravstveni delavec v RIZDDZ veljavno zaposlitev pri pogodbenem izvajalcu, ki je storitev obračunal);
- obstoj veljavne zaposlitve pri izvajalcu v RIZDDZ glede na skupino zaposlitve (kontrola, da mora zdravstveni delavec imeti v RIZDDZ urejeno vsaj eno ustrezno zaposlitev na vrsti zdravstvene dejavnosti, ki sodi v skupino zaposlitev, za katero (skupino) je opredeljena tudi vrsta zdravstvene dejavnosti, kjer je storitev obračunana).

Kontrole novih podatkov bodo zavrnitvene narave.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim:

- se v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov na strukturi Obravnava v okviru poglavja 13.4.3 »Podatki o storitvi« uvede nov sklop podatkov:

»Podatki o zdravstvenih delavcih (od 0 do 10)«

Obveznost navajanja tega sklopa podatkov je opredeljena z obveznostjo navajanja podatkov po šifrantu K4 stolpec 17.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
RIZDDZ številka delavca	5-mestna številka delavca iz Registra izvajalcev zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu (RIZDDZ, šifrant 3). Podatek se navaja v dejavnostih, kjer pri obravnavi zavarovane osebe sodeluje več zdravstvenih delavcev.

V ta sklop izvajalec navede RIZDDZ številke vseh zdravstvenih delavcev, ki so sodelovali pri izvedbi storitve za obračun.

- V povezovalni šifrant K4 »Parametri za kontrolo podatkov po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti« se uvede nov podatek (stolpec 17) »Navajanje RIZDDZ številke delavca na strukturi Obravnava na nivoju storitve«, ki določa obveznost izpolnjevanja novega sklopa po posameznih dejavnostih. Šifrant K4 je prikazan v Prilogi 4 te okrožnice.

Kontrole zaposlitev se bodo izvajale glede na obstoječe povezovalne šifrante:

- šifrant K40.1 »Nivo kontrole zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«: opredeljuje, do katerega nivoja se kontrole na posamezni vrsti in podvrsti izvajajo.
- šifrant K40.2 »Vrste zdravstvene dejavnosti po skupinah zaposlitev zdravstvenih delavcev«: za posamezno skupino zaposlitev opredeljuje vrste dejavnosti.
- šifrant K40.3 »Skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev po vrstah in podvrstah zdravstvene dejavnosti«: po vrstah in podvrstah opredeljuje skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev, ki lahko v posamezni vrsti in podvrsti opravljajo in obračunavajo zdravstvene storitve.
- šifrant K40.P »Skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev«: pojasnjuje posamezne skupine zaposlitev.

Skladno s povezovalnim šifrantom K40.1, se za posamezen nivo izvajata različni kontroli:

- Če je v šifrantu za vrsto in podvrsto opredeljena vrednost 1 »Zaposlitev v okviru pogodbenega izvajalca oz. izvajalca nacionalnega razpisa«, se za prvi nivo preverja obstoj veljavne zaposlitve pri izvajalcu (pogodbenem ali iz nacionalnega razpisa), ki bo storitev obračunal.
- Če je navedena vrednost 2 »Zaposlitev v okviru pogodbenega izvajalca oz. izvajalca nacionalnega razpisa glede na skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev«, se za drugi nivo preverja obstoj veljavne zaposlitve pri izvajalcu (pogodbenem ali iz nacionalnega razpisa, ki bo storitev obračunal) glede na skupine zaposlitev zdravstvenih delavcev, dovoljenih za posamezno vrsto in podvrsto: ali ima zdravstveni delavec pri izvajalcu urejeno veljavno zaposlitev vsaj na eni od dejavnosti, ki v skladu s šifrantom K40.2 sodi v skupino zaposlitev, ki so v šifrantu K40.3 opredeljene za vrsto in podvrsto, za katero je obračunal opravljeno storitev.
- Če je v šifrantu K40.1 za vrsto in podvrsto zdravstvene dejavnosti opredeljena vrednost 9 »Zaposlitev se ne preverja«, se kontrola na zaposlitev ne izvaja.

Hkrati opominjamo, da morajo podatki RIZDDZ odražati dejansko zaposlitev, prav tako morajo imeti zdravstveni delavci urejeno zaposlitev pri vseh izvajalcih, pri katerih so zaposleni. Urejeni in pravilni podatki v RIZDDZ so tudi osnova za vpogled v CRPP.

Pošiljanje novega sklopa podatkov je dovoljeno za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje. Kontrole bodo zavrnitvene narave.

Objava dopolnitev Tehničnega navodila za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov skupaj z novo strukturo XML bo v prihodnjih dneh.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Jerneja Bergant (jerneja.bergant@zzzs.si 01/30-77-573)

11. Bolnišnična dejavnost – uvedba novega podatka o številu zdravil pri obračunu storitve brezšivne skrbi s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem akutne bolnišnične obravnave: SPP, rehabilitacija Uri Soča in psihiatrija

Povzetek vsebine

V bolnišnični dejavnosti se uvaja beleženje novega podatka o številu zdravil, za katera je bila pri pacientih, vključenih v program brezšivne skrbi, izvedena storitev E0811 »Dodatek za brezšivno skrb v bolnišnični obravnavi«. Poročanje podatka se uvaja za potrebe nadaljnjega razvoja modela.

Navodilo za obračun

1. Evidentiranje in poročanje podatka »Število zdravil«

Ob beleženju storitve E0811 »Dodatek za brezšivno skrb v bolnišnični obravnavi« s seznama storitev 15.139 »Dodatki k bolnišničnim obravnavam« se ob zaključku bolnišničnega zdravljenja evidentira in poroča nov podatek **»Število zdravil«**, s katerim se poroča število zdravil, ki jih pacient prejema v farmakoterapiji in za katera je bila izvedena storitev ter v CRPP prenesena osebna kartica zdravil (v nadaljnjem besedilu: OKZ). Navede se število zdravil, ki so navedena na OKZ in jih pacient prejema v farmakoterapiji ob zaključku bolnišničnega zdravljenja. Ne navaja se število učinkovin, ki jih pacient prejema v farmakoterapiji.

V nadaljevanju so povzete tehnične spremembe.

2. Spremembe v strukturi SBD obravnava (nivo obračunske postavke):

- Uvaja se nov podatek **»Število zdravil«**, s katerim se **v celem številu** poroča število zdravil, za katera je bila izvedena storitev in v CRPP prenesena OKZ za akutne bolnišnične obravnave (SPP, rehabilitacija Uri Soča in psihiatrija).
- Uvaja se nov šifrant **K48 »Storitve za bolnišnično, splošno in specialistično zunajbolnišnično ter lekarniško dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatek »Število zdravil«**, v katerem je za strukturo SBD Obravnava opredeljena storitev E0811, pri kateri je potrebno obvezno poročanje podatka o številu zdravil:

Šifra	Opis
E0811	Dodatek brezšivna skrb v bolnišnični obravnavi

- Skladno z opisanimi dopolnitvami se v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov se z novim podatkom dopolnjuje poglavje 13.5.2.1 »Obračunski podatki bolnišnične obravnave«:

Podatek	Opis pravila za navajanje podatka
Število zdravil	Navede se število zdravil, ki jih zavarovana oseba prejema v farmakoterapiji in za katera je bila izvedena storitev iz šifranta K48.

3. V tehničnih navodilih se uvaja nova kontrola za zagotavljanje doslednosti beleženja:

- Obveznost in pravilnost navajanja podatka **»Število zdravil«**, pri čemer mora biti število zdravil obvezno navedeno za storitev iz šifranta K48.

Skladno z navedeno vsebino se bo dopolnila XML shema ter kontrole v Tehničnem navodilu za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Te dopolnitve bodo objavljene v prihodnjih dneh.

Novosti bodo veljale za obravnave, zaključene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontrola novih podatkov za dokumente, prejete od 1. 1. 2025 dalje, bo zavrnilvena.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Anita Strmljan (anita.strmljan@zzzs.si 01/30-77-522)

12.Splošne ambulate in lekarniška dejavnost – uvedba novega podatka o številu zdravil pri obračunu storitev farmacevtskega svetovanja ter kognitivnih storitev s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem farmacevtskega svetovanja ter izvajalcem lekarniške dejavnosti

Povzetek vsebine

Pri beleženju storitev v okviru farmacevtskega svetovanja v splošnih ambulantah ter pri beleženju kognitivnih storitev v lekarniški dejavnosti se uvaja beleženje podatka o številu zdravil. Poročanje podatka se uvaja za potrebe nadaljnjega razvoja modelov.

Navodilo za obračun

1. Evidentiranje in poročanje podatka »Število zdravil«

Za storitve E0612 »FTP 1 – 4 učinkovine«, E0613 »FTP 5 – 9 učinkovin«, E0614 »FTP 10 in več učinkovin« in E0615 »Ponovni FTP«, s seznama storitev 15.106 »Storitve v okviru Programa farmacevtskega svetovanja (302 001)« ter storitve 75010 »pOKZ«, 75011 »PUZ« in 75012 »kPUZ« s seznama storitev 15.145 »Kognitivne storitve v lekarniški dejavnosti (743 608)« se evidentira in poroča nov podatek **»Število zdravil«**, s katerim se poroča število zdravil, ki jih pacient prejema v farmakoterapiji in za katera je bila izvedena storitev. Navede se število zdravil, ki jih pacient prejema v farmakoterapiji oziroma število zdravil, navedenih na osebni kartici zdravil (v nadaljnjem besedilu: OKZ). Ne navaja se števila učinkovin, ki jih pacient prejema v farmakoterapiji.

V nadaljevanju so povzete tehnične spremembe.

2. Spremembe v strukturi Obravnava (nivo storitve):

- Uvaja se nov podatek **»Število zdravil«**, s katerim se **v celem številu** poroča število zdravil, za katera je bila izvedena storitev farmacevtskega svetovanja E0612-E0615 s seznama storitev 15.106 ali kognitivna storitev 75010-75012 s seznama storitev 15.145.
- Uvaja se nov šifrant **K48 »Storitve za bolnišnično, splošno in specialistično zunajbolnišnično ter lekarniško dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatek »Število zdravil«**, v katerem so za strukturo Obravnava opredeljene naslednje storitve, pri katerih je potrebno obvezno poročanje podatka o številu zdravil:

Šifra	Opis
E0612	FTP 1 - 4 učinkovine
E0613	FTP 5 - 9 učinkovin
E0614	FTP 10 in več učinkovin
E0615	Ponovni FTP
75010	pOKZ
75011	PUZ
75012	kPUZ

3. Skladno z opisanimi dopolnitvami se v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov se z novim podatkom dopolnjuje poglavje 13.4.3 »Podatki o storitvi«:

Podatek	Opis pravila za navajanje podatka
Število zdravil	Navede se število zdravil, ki jih zavarovana oseba prejema v farmakoterapiji in za katera je bila izvedena storitev iz šifranta K48.

4. V tehničnih navodilih se uvaja nova kontrola za zagotavljanje doslednosti beleženja:
- Obveznost in pravilnost navajanja podatka »Število zdravil«, pri čemer mora biti število zdravil obvezno navedeno za storitev iz šifranta K48.

Skladno z navedeno vsebino se bo dopolnila XML shema ter kontrole v Tehničnem navodilu za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Te dopolnitve bodo objavljene v prihodnjih dneh.

Novosti bodo veljale za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontrola novih podatkov za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje, bo zavrnitvena.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Anita Strmljan (anita.strmljan@zzzs.si) 01/30-77-522)

13. Bolnišnična dejavnost – beleženje nove vrste obravnave in trajanja s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem bolnišničnih obravnav

Povzetek vsebine

V bolnišnični dejavnosti uvajamo novo šifro za spremljanje vrst bolnišničnih obravnav. Poleg tega uvajamo nove podatke za natančnejše spremljanje trajanja, ki temeljijo na obstoječih evidencah in bodo služili tudi za potrebe izvajanja stroškovnih analiz.

Natančneje so zapisana tudi pravila evidentiranja in poročanja podatka Vrste bolnišničnih obravnav in podatkov o času poteka obravnave in začasnih odpustih.

Navodilo za obračun

1. Evidentiranje in poročanje podatka Vrste bolnišnične obravnave istega tipa

Ob zaključku bolnišničnega zdravljenja se evidentira in poroča nova vrsta bolnišnične obravnave: **»Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo«**. Veljala bo za bolnišnična zdravljenja, kjer se v akutni obravnavi prepleta stacionarni in ne_stacionarni način obravnave pacienta oziroma hospitalizacija in (dolgotrajna) dnevna obravnava. Največkrat gre za paciente, ki so sprva hospitalizirani (sprejeti v posteljno enoto in obravnavani preko noči več kot 24 ur), nato začasno odpuščeni in nadalje dnevno obravnavani do zaključka aktualnega zdravstvenega problema v okviru istega bolnišničnega zdravljenja.

Nova vrsta obravnave bo vključena tudi v enotne definicije ključnih pojmov v zdravstvu, ki jih uporablja NIJZ.

Pri tem v veljavi še vedno ostajajo naslednje vrste bolnišnične obravnave, ki pri evidentiranju in poročanju terjajo dosledno upoštevanje definicij:

Dnevna obravnava: gre za vsaj 4 ure in manj kot 24 ur (načrtovano) trajajočo enodnevno obravnavo, ki se praviloma začne in konča isti dan (pacient ne prenoči). Izjemoma je lahko pacient v enodnevno obravnavo sprejet tudi preko noči, če je nenačrtovana izvedba terapijskega ali diagnostičnega posega trajala preko noči ali če je načrtovana izvedba posega trajala prenočitev (diagnostika motenj spanja ali drugi posegi, ki so se začeli šele v zadnjem delu dneva in terjajo nekoliko daljše opazovanje, ali posegi, ki terjajo nekoliko daljšo pripravo pacienta pred posegom in so izvedeni naslednji dan zjutraj, in druge enodnevne obravnave glede na veljavne Standarde kodiranja). Za te izjeme je datum odpusta naslednji dan od datuma sprejema.

Dolgotrajna dneva obravnava: gre za način obravnave pacienta, ki s prekinitvami traja daljši čas (več dni), vendar vsakokrat neprekinjeno manj kot 24 ur in praviloma ne preko noči.

Obravnava preko noči (hospitalizacija): gre za več kot 24 ur (preko noči) trajajočo neprekinjeno obravnavo pacienta v posteljni enoti. Izjemoma je lahko hospitalizacija krajša kot 24 ur, če je bil pacient že prvi dan hospitalizacije premeščen v drugo bolnišnico ali če je v tem času umrl. Med hospitalizacijo ne šteje sprejem preko noči zaradi razlogov, navedenih pri posebnostih dnevne obravnave.

Drugo: bolnišnične obravnave, ki ne sodijo med hospitalizacije, dnevne obravnave ali dolgotrajne dnevne obravnave. Ker vsebina te vrste glede na trenutno definicijo NIJZ ni jasna, se ukinja njena uporaba za namen poročanja na ZZS, sama vrsta obravnave pa še vedno ostaja v veljavi.

Vsak sprejem v bolnišnično obravnavo (ne glede na vrsto) mora biti skladen z merili za sprejem iz vsakoletnih dogovorov (uredbe) o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev.

2. Evidentiranje in poročanje podatkov o času obravnave in začasnih odpustih

Posebno pozornost terja dosledno evidentiranje in poročanje obstoječih podatkov, ki so osnova za izračun časov trajanja obravnave. Tako morajo biti v medicinski dokumentaciji točno zabeleženi vsi časi: za datum in uro začetka obravnave se beleži datum in čas, ko so se začele aktivnosti za pacienta, to je fizični sprejem v obravnavo, za datum in uro zaključka obravnave pa datum in čas, ko so se končale aktivnosti za pacienta, to je s fizičnim odpustom iz obravnave. Prehod iz ene oblike v drugo obliko obravnave istega bolnišničnega zdravljenja se beleži z evidenčnim odpustom in evidenčnim sprejemom, kar predstavlja tudi prehod iz ene epizode zdravljenja v drugo.

Predvsem je potrebno **izboljšati doslednost beleženja in poročanja** časov začasnega odpusta. Začasni odpust po definiciji predstavlja prekinitev izvajanja tekoče bolnišnične obravnave zaradi več razlogov: vikend odpust, predhodni odpusti iz bolnišnice in ponovni sprejem zaradi istega zdravstvenega stanja v roku 7 dni, začasna premestitev k drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev, vrste bolnišnične obravnave, ki se izvaja s prekinitvami (dolgotrajna dnevna obravnava - čas med posameznimi odhodi in prihodi).

Začasni odpust se konča s prihodom v bolnišnico oziroma z nadaljevanjem zdravljenja v okviru obstoječe epizode. Kadar se pacient iz začasnega odpusta na dogovorjen dan ne vrne (do konca ga oskrbi drug izvajalec, pacient umre, pacient samovoljno prekini zdravljenje), se za datum zaključka začasnega odpusta, datum konca bolnišnične obravnave ter datum odpusta iz bolnišnice uporabi datum začetka začasnega.

V nadaljevanju povzemamo tehnične spremembe.

3. Spremembe v strukturi SBD obravnava (nivo obravnave).

- Dopolnjuje se šifrant 38.6 »Vrste bolnišničnih obravnav istega tipa« tako, da:
Uvaja se nova šifra 4 »Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo«, ukinja pa se uporaba šifre 9 »Drugo«. V šifrantu šifra za zdaj ostaja, bo pa uvedena zavrtnitvena kontrola v primeru poročanja te šifre.
- Obstoječi podatek »Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za bolnišnično obravnavo istega tipa«, se beleži tudi za novo vrsto bolnišnične obravnave istega tipa 4 »Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo« in poroča za celotno obdobje od začetka obravnave do datuma zaključka za obračun.
- Uvaja se nov podatek "Število minut dolgotrajne dnevne obravnave", s katerim se **v minutah** poroča celoten čas trajanja ne_stacionarnega dela obravnave iz obračunskega obdobja (minute vseh dnevnih obravnav). Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa« se trajanje dolgotrajne dnevne obravnave poroča samo za obdobje med datumom predhodnega obračuna in datumom zaključka obravnave. Nov podatek se beleži za vrsto bolnišnične obravnave istega tipa 3 »Dolgotrajna dnevna obravnava« in 4 »Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo«.
- Za podatek »Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa« se spremeni pravilo tako, da se med ta podatek več ne všteva število posameznih dnevnih obravnav, ker te vsebinsko ne predstavljajo novih epizod zdravljenja. Podatek se poroča za celotno obdobje od začetka obravnave do datuma zaključka za obračun. Slednje velja tudi za poročanje podatka »Število dni neakutne obravnave«.
- Za podatek »Lečeča zdravstvena služba z lokacijo« je natančneje zapisano pravilo navajanje podatka pri ponovnem obračunu predhodno nezaključene obravnave, kjer se poročanje nanaša le na obračunsko obdobje, to je od datuma predhodnega obračuna do tekočega datuma za obračun. Pri podatku »Število ur v intenzivni terapiji« in »Ure mehanske ventilacije« se to pravilo briše, ker obračun nezaključene obravnave SPP ni možen.

4. Spremembe v strukturi SBD obravnava (nivo obračunske postavke).

- Uvaja se nov podatek »Število minut začasnega odpusta storitve«, s katerim se **v minutah** poroča celoten čas trajanja začasnega odpusta v okviru posamezne obračunske postavke iz obdobja za obračun. Pri kombinaciji dveh oblik obravnav (akutna, neakutna) se začasni odpust beleži pri tisti obravnavi, ki se je z začasnim odpustom prekinila ali zaključila (po začasnem odpustu ji sledi druga obravnava). **Ta podatek se beleži le za nadrejene storitve (brez dodatkov iz seznama storitev 15.139, LZM iz seznama storitev 15.28).**

Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa« se trajanja začasnega odpusta poroča samo za obdobje med datumom predhodnega obračuna in datumom zaključka obravnave.

Podatek izhaja iz obstoječega podatka »Število odpustnih dni«, izračunan iz ur, ki se še vedno poroča v dnevih na nivoju obravnave.

- Uvaja se nov podatek »Število minut trajanja storitve«, s katerim se **v minutah** poroča **dejanski čas trajanja posamezne storitve** znotraj **posamezne vrste in podvrste dejavnosti v obdobju za obračun** (npr. trajanje za akutno obravnavo (brez neakutne) in trajanje za neakutno obravnavo (brez akutne)). Ta podatek se izračunava iz minut celotnega obdobja za obračun, od katerega se odšteje trajanje začasnega odpusta te storitve in trajanje storitev vključno z začasnim odpustom iz drugih vrst dejavnosti. **Ta podatek se beleži le za nadrejene storitve (brez dodatkov, LZM).**

Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa« se trajanja izračunava samo za obdobje med datumom predhodnega obračuna in datumom zaključka obravnave.

- Uvaja se nov podatek »Število epizod posamezne storitve«, s katerim se evidentira seštevke vseh epizod za posamezno obračunsko postavko oziroma storitev iz obdobja za obračun: npr. za akutno obravnavo (SPP, psihiatrični primer), za neakutno obravnavo. Nova epizoda vedno nastane bodisi zaradi sprememba vrste zdravstvene dejavnosti, lokacije ali spremembe vzroka obravnave. **Ta podatek se beleži le za nadrejene storitve (brez dodatkov, LZM).**

Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa« se število epizod izračunava samo za obdobje med datumom predhodnega obračuna in datumom zaključka obravnave.

5. Skladno z opisanimi dopolnitvami v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov uvajamo naslednje spremembe.

- Dopolnjujemo poglavje 3.1 »Razlaga pogosto uporabljenih pojmov v bolnišnični zdravstveni dejavnosti« z definicijo nove vrste bolnišnične obravnave:

- **4 Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo:**

Obravnava z nočitvijo (hospitalizacija) skupaj z (dolgotrajno) dnevno obravnavo, kadar se v istem bolnišničnem zdravljenju prepleta stacionarni in ne_stacionarni način obravnave (med začetnim datumom sprejema v bolnišnico in končnim datumom odpusta iz bolnišnice).

- Dopolnjujemo poglavje 13.5.2 »Podatki o SBD obravnavi« s spremembo opisa obstoječih podatkov in z novim podatkom »Število minut dolgotrajne dnevne obravnave«:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za bolnišnično obravnavo istega tipa	Če je v polju 'Vrsta bolnišnične obravnave istega tipa' izbrana vrednost 3 – dolgotrajna dnevna obravnava ali 4 – Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo , se vpiše število posameznih dnevni obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. V drugih primerih se zapiše vrednost 0. Vpiše se število dni od datuma začetka trajanja obravnave do datuma zaključka obravnave za obračun.

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Število minut dolgotrajne dnevne obravnave	Število minut dolgotrajne dnevne obravnave se poroča za vse posamezne dneve obravnave. Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa«, se vpiše minute od datuma predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa do datuma zaključka obravnave za obračun .
Število dni neakutne obravnave	Število dni neakutne obravnave v okviru celotne bolnišnične obravnave , ki jo je izvajala služba, ki praviloma izvaja akutno obravnavo. Če v okviru akutne bolnišnične obravnave ni bila izvajana tudi neakutna obravnava, se polje ne izpolnjuje. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se v Vpiše se število dni od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna zaključka obravnave za obračun.
Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa	Število vseh epizod v okviru ene bolnišnične obravnave istega tipa od datuma začetka obravnave do datuma obračuna bolnišnične obravnave. Vpiše se tudi število posameznih dnevnih obravnav, ki sestavljajo dolgotrajno dnevno obravnavo. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število zaključenih epizod istega tipa od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Število ur v intenzivni terapiji	Število ur zdravljenja na intenzivnem oddelku ali v intenzivni enoti, ne glede na to, če je bila oseba obravnavana na intenzivnem ali neintenzivnem oddelku. Če je bila oseba zdravljena samo na oddelku ali v enoti za intenzivno terapijo, se vpiše celotno trajanje akutne bolnišnične obravnave. Če je del celotnega zdravljenja osebe potekal v intenzivni enoti, organizirani v sklopu nekega drugega oddelka, se v to polje vpiše število ur tega zdravljenja. Če se oseba ni zdravila v intenzivni enoti, se polje pusti prazno. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Ure mehanske ventilacije	Čas od priklopa bolnika na aparat za umetno predihavanje do končnega bolnikovega prehoda na spontano dihanje, izražen v urah. Sicer se polje ne izpolnjuje. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, se vpiše število ur od datuma začetka trajanja obravnave do datuma obračuna.
Lečeča zdravstvena služba z lokacijo	Oznaka lečeče zdravstvene službe z lokacijo, ki je obravnavala osebo v bolnišnični obravnavi istega tipa zaradi glavne diagnoze. V primeru, da je bila oseba zaradi glavne diagnoze obravnavana v več službah, se vpiše tisto, kjer je bila obravnavane najdlje. Navaja se XXXXXYYZZZ, kjer je XXXXX do 5 mestna šifra izvajalca iz RIZDDZ, YY 2-mestna šifra lokacije iz RIZDDZ in ZZZ 3 mestna šifra zdravstvene službe, ki je enaka šifri vrste zdravstvene dejavnosti iz šifrant 2. Če je v polju 'Status obravnave istega tipa' opredeljena vrednost 2, Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa«, se vpiše tisto šifro službe, ki je osebo v obdobju od datuma predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa začetka trajanja obravnave do datuma obračuna zaključka obravnave za obračun, obravnavala najdlje.
Število odpustnih dni	Dnevi začasnih prekinitev bolnišnične obravnave zaradi vikend odpustov, predhodnih odpustov iz bolnišnice in ponovnih sprejemov zaradi istega zdravstvenega stanja, začasnih premestitev k drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev ali vrste bolnišnične obravnave, ki se izvaja s prekinitvami (dolgotrajna dnevna obravnava z več epizodami). Podatek »Število odpustnih dni« je razlika med datumom in uro vrnitve iz začasnega odpusta ter datumom in uro odhoda na začasni odpust. Vpiše se seštevek ur vseh začasnih prekinitev obravnave in pretvori v dneve (seštevek deli s 24 in nato zaokroži na celo število: npr. 3,5 dni je 4 dni, 3,4 dni je 3 dni). Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa«, se vpiše število dni od datuma predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa do datuma zaključka obravnave za obračun.

- Dopolnjujemo poglavje 13.5.2.1 »Obračunski podatki bolnišnične obravnave« z novimi podatki:

Podatek	Opis, pravila za navajanje podatka
Število minut začasnega odpusta storitve	Začasni odpust iz bolnišnice predstavljačasne prekinitve bolnišnične obravnave zaradi vikend odpustov, predhodnih odpustov iz bolnišnice in ponovnih sprejemov zaradi istega zdravstvenega stanja, začasnih premestitev k drugemu izvajalcu zdravstvenih storitev ali vrste bolnišnične obravnave, ki se izvaja s prekinitvami (dolgotrajna dnevna obravnava - čas med posameznimi odhodi in prihodi). Podatek se izračuna kot razlika med podatkom datum in ura vrnitve iz začasnega odpusta ter datumom in uro odhoda na začasni odpust. Podatek se poroča za posamezno storitev, pri kateri se je z začasnim odpustom obravnava pacienta prekinila ali zaključila (po začasnem odpustu sledi druga obravnava), in sicer za celoten čas trajanja vseh prekinitvev (npr. seštevek časa prekinitvev akutne obravnave). Podatek se zapiše v minutah. Ne poroča se za dodatke iz šifrant 15.139, LZM iz šifrant 15.28. Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa« se začasni odpust poroča samo za obdobje med datumom predhodnega obračuna in datumom zaključka obravnave.
Število minut trajanja storitve	Trajanje storitve predstavlja obračunsko obdobje z odštetim trajanjem začasnega odpusta te storitve in odštetim trajanjem storitev vključno z začasnim odpustom iz drugih vrst dejavnosti. Podatek se zapiše v minutah. Ne poroča se za dodatke iz šifrant 15.139, LZM iz šifrant 15.28. Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa«, obračunsko obdobje traja od datuma predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa do datuma zaključka obravnave za obračun.
Število epizod storitve	Število vseh epizod storitve za obračun. Ne poroča se za dodatke iz šifrant 15.139, LZM iz šifrant 15.28. Pri obravnavah s podatkom »Datumom predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa«, se vpiše število zaključenih epizod za storitev od datuma predhodnega obračuna iste obravnave istega tipa do datuma zaključka obravnave za obračun.

- Dopolnjujemo šifrant 38.6: »Vrste bolnišničnih obravnav istega tipa«, kot sledi:

Šifra	Opis
4	Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo

6. V tehničnih navodilih uvajamo nove kontrole za zagotavljanje doslednosti beleženja, izpostavljamo pomembnejše:
 - Pravilnost navajanja podatka »Vrsta bolnišnične obravnave«. Za šifro 1 »Obravnava z nočitvijo (hospitalizacija)«, kjer mora biti trajanje obravnave v minutah z odšteto vsoto števila minut začasnega odpusta vseh storitev na obravnavi enako ali daljše od 24 ur, razen če je za podatek »Napotitve/stanja ob zaključku bolnišnične obravnave istega tipa« posredovana vrednost, da je bil pacient premeščen v drugo ustanovo ali pa je umrl. Za šifro 2 »Dnevna obravnava« trajanje obravnave v minutah ne more biti večje ali enako 24 ur, izjemoma pa lahko traja preko noči glede na definicijo iz te okrožnice.
 - Pravilnost navajanja podatka »Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa« in »Število epizod storitve«, pri čemer podatek število epizod bolnišnične obravnave obračunanih storitev ne sme biti večji od podatka »Število epizod bolnišnične obravnave istega tipa«. Osnovno pravilo, da se ena epizoda zaključi in prične druga, je sprememba vrste zdravstvene dejavnosti ali lokacije ali sprememba vzroka obravnave.

- Obveznost in pravilnost navajanja podatkov »Število dni dolgotrajne dnevne obravnave za bolnišnično obravnavo istega tipa« in »Število minut dolgotrajne dnevne obravnave«. Navajanje je dovoljeno le pri vrsti bolnišnične obravnave istega tipa 3 »Dolgotrajna dnevna obravnava« in 4 »Obravnava z nočitvijo in (dolgotrajno) dnevno obravnavo«, pri čemer število minut ne more preseči trajanja obravnave.
- Obveznost in pravilnost navajanja podatka »Število odpustnih dni« in »Število minut začasnega odpusta storitve«, pri čemer mora biti število minut, po pravilu zaokroženo v dneve, enako število dni začasnega odpusta.
- Pravilnost navajanja podatka »Število minut trajanja storitve«. Trajanje storitve ne more biti večje od razlike med obdobjem **trajanja obravnave**, trajanjem nadrejene storitve druge vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti ter trajanjem začasnega odpusta.

Za izračun trajanja obravnave se bosta uporabila naslednja algoritma (zgled je naveden v Prilogi 5 te okrožnice):

Izračun v dnevih (obstoječi algoritem). Pri prvem obračunu se upošteva obdobje med datumom začetka in zaključka obravnave, pri vseh naslednjih obračunih pa obdobje od datuma predhodnega obračuna + 1 dan do datuma zaključka obravnave. Pri nezaključeni obravnavi (status obravnave istega tipa 2- nezaključen) se upoštevajo vsi dnevi obdobja, pri zaključeni obravnavi (status obravnave istega tipa 1- zaključen) pa zadnji dan ne šteje.

Izračun v minutah (nov algoritem). Za nezaključene obravnave velja, da se pri prvem obračunu upošteva obdobje med datumom, uro in minuto začetka in datumom zaključka obravnave (do konca dneva, ne glede na ure in minute), pri naslednjih obračunih pa obdobje od datuma predhodnega obračuna + 1 dan do datuma zaključka obravnave (do konca dneva, ne glede na ure in minute). Pri zaključenih obravnavah, ko gre za prvi obračun, se upošteva obdobje med datumom, uro in minuto začetka in datumom uro in minuto zaključka, ko gre za zadnji obračun (zaporedna številka obračuna je večja od 1), pa se upošteva obdobje od datuma predhodnega obračuna + 1 dan do datuma, ure in minute zaključka obravnave. Pri prvem in hkrati zaključnem obračunu (zaporedna številka obračuna je 1) se upošteva obdobje med datumom, uro in minuto začetka in datumom uro in minuto zaključka.

Skladno z navedeno vsebino bo dopolnjena XML shema ter kontrole v Tehničnem navodilu za pripravo in elektronsko izmenjevanje podatkov obračuna zdravstvenih storitev in izdanih materialov. Te dopolnitve bodo objavljene naknadno.

Novosti bodo veljale za strukturo SBD obravnava, in sicer za obravnave, zaključene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontrole novih podatkov bodo za dokumente, prejete do 31. 3. 2025, evidenčne narave, za dokumente, prejete od 1. 4. 2025 dalje, pa zavrnitvene.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Franc Osredkar (franc.osredkar@zzzs.si; 01/30-77-383)

14. Zobozdravstvena dejavnost – sprememba opisa storitve 01007 »Stomatološki pregled – celostni« s 1. 1. 2025 ter redakcijski popravki opisov storitev 01008 in 01008-02 »Specialistični ortodontski pregled« ter 01009 »Specialistični stomatološki pregled« s 1. 7. 2024

Vsem izvajalcem specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti maksilofacialne kirurgije in vsem izvajalcem zobozdravstvene dejavnosti

Povzetek vsebine

Pred načrtovanimi posegi na srcu je potrebno pregledati stanje ustne votline zaradi morebitnih fokusov, kot potencialnih vzrokov za infekcije v perioperativnem obdobju. Do sedaj so zobozdravniki te preglede opravljali, vendar niso imeli ustrezne storitve, s katero bi svoje delo obračunali. Storitve 01007 »Stomatološki pregled – celostni« je po vsebini primerna, vendar je potrebna dopolnitev njenega dolgega opisa tako, da se ne glede na časovne omejitve storitev lahko obračuna tudi, kadar se opravi pregled pred operativnimi posegi na zahtevo specialista (npr. specialista kardiokirurga ...).

Skladno z navedenim je Upravni odbor Zavoda sprejel:

- dopolnitev opisa storitve 01007 »Stomatološki pregled – celostni« ter
- hkrati tudi redakcijske popravke opisov storitev 01008 in 01008-02 »Specialistični ortodontski pregled« ter 01009 »Specialistični stomatološki pregled« tako, da se sklic na kratek naziv storitve 01007 »Stomatološki pregled« spremeni v »Stomatološki pregled – celostni«, kar je skladno z že izdano Okrožnico ZAE 4/24.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim s spremembami zgoraj dopolnjujemo naslednje sezname storitev kot sledi:

- a) spremembo opisa storitve 01007 »Stomatološki pregled – celostni« uvajamo v sezname storitev:
- 15.39 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti (403 112, 404 107, 406 114, 438 115)«,
 - 15.42 »Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti«,
 - 15.112 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti za študente - zdravljenje (404 105)«,
 - 15.115 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti za mladino - zdravljenje (404 103)«,
 - 15.119 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti za odrasle - zdravljenje (404 101, 404 119)«,
 - 15.121 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti pedontologije (402 111)« in
 - 15.122 »Storitve specialistične zobozdravstvene dejavnosti stomatološke protetike (405 113)«
- b) spremembo opisa storitve 01008 »Specialistični ortodontski pregled« uvajamo v sezname storitev:
- 15.39 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti (403 112, 404 107, 406 114, 438 115)« in
 - 15.108 »Storitve zunajbolnišnične zobozdravstvene dejavnosti čeljustna in zobna ortopedija - ortodontija (401 110)«
- c) spremembo opisa storitve 01009 »Specialistični stomatološki pregled« uvajamo v sezname storitev:
- 15.39 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti (403 112, 404 107, 406 114, 438 115)«,
 - 15.42 »Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti«,
 - 15.73 »Storitve specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti maksilofacialne kirurgije (215 224)«,
 - 15.121 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti pedontologije (402 111)«,
 - 15.122 »Storitve specialistične zobozdravstvene dejavnosti stomatološke protetike (405 113)« in

- 15.138 »Storitve zobozdravstvene dejavnosti oralne in maksilofacialne kirurgije (442 116)«

Šifra	Kratek opis	Dolg opis
01007	Stomatološki pregled - celostni	Stomatološki pregled - celostni vključuje kratko anamnezo, pregled glave, obraza, vratu, zlasti regionalnih bezgavk, pregled stanja zob (KEP po ploskvah), preizkušanje njihove občutljivosti na perkusijo ali termične dražljaje, vitalitete posameznih zob, kadar je to strokovno utemeljeno, pregled sluznice ustne votline in po potrebi tudi njena palpacija ter ugotavljanje stanja temporomandibularnega sklepa. Sestavni del pregleda je tudi ugotavljanje trdnosti oziroma majavosti posameznih zob, stanja mehkih oziroma trdih oblog, medčeljustnih odnosov in groba ocena higiene. Vse ugotovitve je potrebno zabeležiti v zdravstveni dokumentaciji. Storitev se opravi enkrat letno vsakih 12 mesecev. Otrokom do 15. leta se lahko storitev opravi na vsakih 6 mesecev skladno z oceno tveganja. Ne glede na časovne omejitve se storitev obračuna tudi, kadar se opravi pregled pred operativnimi posegi na zahtevo specialista (npr. kardiokirurga...). V zdravstveni dokumentaciji mora biti kopija izvida.
01008	Specialistični ortodontski pregled	Specialistični ortodontski pregled vključuje poleg opravil, ki štejejo v stomatološki pregled - celostni (01007) še družinsko, osebno anamnezo, ugotavljanje somatotipa, splošne razvitosti, širine, simetričnosti in značilnosti obraza, razvitosti in funkcije osteomuskularnega dela dentomaksilofacialnega kompleksa, ugotavljanje načina dihanja, mastifikacije in požiranja, razvitost govornih funkcij, oblikovanje zobnih lokov, njihove medsebojne odnose zlasti glede na šestice, ugotavljanje stanja apikalne baze, palpacijo zobnih lokov, pregled čeljustnega sklepa ter zapis vseh ugotovitev v zdravstveni karton. Zaračuna se le enkrat pred začetkom ortodontskega zdravljenja.
01009	Specialistični stomatološki pregled	Specialistični stomatološki pregled vključuje poleg opravil, ki štejejo v stomatološki pregled - celostni (01007) še ciljano anamnezo in za ožje usmerjeno področje značilne preiskave ter evidentiranje ugotovitev v zdravstveni karton občana. Opravi in zaračuna se pri osebah, ki so jih k stomatologu-specialistu napotili drugi zobozdravniki ali zdravniki.

d) spremembo opisa storitve 01008-02 uvajamo v seznam storitev 15.108a »Seznam storitev ortodontskega zdravljenja pred kirurškim posegom - odrasli (401 110)«

Šifra	Kratek opis	Dolg opis
01008-02	Specialistični ortodontski pregled	Specialistični ortodontski pregled vključuje poleg opravil, ki štejejo v stomatološki pregled - celostni (01007) še družinsko, osebno anamnezo, ugotavljanje somatotipa, splošne razvitosti, širine, simetričnosti in značilnosti obraza, razvitosti in funkcije osteomuskularnega dela dentomaksilofacialnega kompleksa, ugotavljanje načina dihanja, mastifikacije in požiranja, razvitost govornih funkcij, oblikovanje zobnih lokov, njihove medsebojne odnose zlasti glede na šestice, ugotavljanje stanja apikalne baze, palpacijo zobnih lokov, pregled čeljustnega sklepa ter zapis vseh ugotovitev v zdravstveni karton. Zaračuna se le enkrat pred začetkom ortodontskega zdravljenja.

Sprememba opisa storitve 01007 velja za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje, redakcijski popravki opisov storitev 01008, 01008-02 in 01009 pa za storitve, opravljene od 1. 7. 2024 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Barbara Romavh (barbara.romavh@zzzs.si; 01/30-77-307)

15. Stomatološko-protetična dejavnost – nove storitve specialistične protetike in redakcijski popravki opisov nekaterih storitev s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem specialistične protetične dejavnosti v zobozdravstvu (dejavnost 405 113 »Stomatološko-protetična dejavnost«)

Povzetek vsebine

Upravni odbor Zavoda je skladno z Uredbo o spremembah in dopolnitvah Uredbe o programih storitev OZZ 2024 – 2, na podlagi sodelovanja ZZZS s predstavniki Stomatološke klinike, sprejel povišanje vrednosti obstoječih stomato-protetičnih storitev za sekundarno raven, saj se trenutno iste storitve uporabljajo tako na primarni kot na sekundarni ravni. Na sekundarni ravni je zahtevnost protetičnih storitev bistveno večja, saj rehabilitirajo najtežje klinične primere, ki jih na primarni ravni ne morejo in so zato napoteni na sekundarno in terciarno raven.

Glede na navedeno je Upravni odbor Zavoda sprejel uvedbo novih, višje vrednotenih storitev specialistične protetike s končnico -S ter hkrati tudi redakcijske popravke opisov nekaterih storitev.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim nove storitve s končnico -S uvajamo v:

- a) seznam storitev 15.42 »Seznam storitev specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti«, v katerega hkrati uvajamo tudi nekatere stomatološko-protetične storitve, ki se lahko opravljajo na primarni ravni (to so storitve 52483, 93005 – 93008, 93011 – 93015, 93091 in 93092);
- b) seznam storitev 15.122 »Storitve specialistične zobozdravstvene dejavnosti stomatološke protetike (405 113)«, iz katerega hkrati ukinjamo iste, nižje vrednotene storitve brez končnice -S.

Spremembe seznamov storitev 15.42 in 15.122 so skupaj z vsemi novimi storitvami in njihovimi podrobnimi podatki prikazani v Prilogah 6 in 7 te okrožnice.

- c) povezovalni šifrant K13.1 »Dovoljene vsebine obravnave po storitvah«, v katerem za dejavnost 405 113 »Stomatološko-protetična dejavnost« in storitev 45220 »Brušenje v artikulacijo« ukinjamo beleženje vsebine obravnave 0 »Drugo« ter vanj uvajamo novo storitev 45220S »Brušenje v artikulacijo« z isto vsebino obravnave:

Šifra	Kratek opis	Zdravstvena dejavnost	Vsebina obravnave
45220	Brušenje v artikulacijo	404 102, 404 120, 401 110, 402 111, 403 112, 405 113 , 406 114	X
45220S	Brušenje v artikulacijo		X

- d) povezovalni šifrant K17 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih se navajajo podatki o realizirani listini Predlog zobnoprotenične rehabilitacije«:

Šifra	Opis	Obveznost navajanja*
52331S	1. Inlay na 1 ploskvi, indirektna metoda; 2. Konfekcijski zatiček	D
52332S	Pinlay, overlay	D
52333S	Inlay na 1 ploskvi, fiks. prot. nadzidek	D
52334S	Gred za togo povezavo najmanj 2 sider	O

Šifra	Opis	Obveznost navajanja*
52340S	Polna kovinska prevleka	P
52341S	Akrilna in armirana prevleka	P
52342S	Delna prevleka ali inlay na 2-3 ploskvah	D
52343S	Fasetirana prevleka vlita	P
52344S	Teleskopska prevleka	P
52345S	Enodelna, vlita polna kovinska prevleka	P
52346S	Richmond kapica	D
52348S	Vmesni fasetirani člen	O
52381S	Cementiranje stare prevleke ali fasete	D
52382S	Izdelava nove fasete/nadom. izpadle	D
52384S	Poskusna protetska in funkc. rehab.	D
52385S	Razbremenilna opornica do 4 zob v istem kvadrantu	D
52387S	Registracija griza v fiksni protetiki	D
52483S	Načrt protetične rehabilitacije	D
85625S	Resekcijska proteza po tot. res. maksile	D
93005S	Delna akrilatna proteza - zahtevna	O
93006S	Delna proteza z ulito bazo - enostavna	O
93007S	Delna proteza z ulito bazo - zahtevna	O
93008S	Totalna zobna proteza	O
93010S	Akrilna snemna grizna plošča - celotni zobni lok	D
93012S	Reokluzija proteze, prilagoditev proteze	D
93013S	Podložitev proteze po direktni metodi	D
93014S	Podložitev proteze, po indirektni metodi	D
93015S	Reskanje prevlek, teleskopskih prevlek ali gredi po elementu	D
93080S	Reparatura proteze (prelom in dodatno še 1 ele.)	D
93081S	Reparatura proteze z 2 ali več elementi	D
93091S	Akrilna individualna žlica	D
93092S	Grizna šablona pri fiksni protetiki	D

* »O« Obvezno», P »Pogojno obvezno«, D »Dovoljeno«

e) povezovalni šifrant K18 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatek »Lokacija zoba«:

Šifra	Opis
45220S	Brušenje v artikulacijo
52331S	1. Inlay na 1 ploskvi, indirektna metoda; 2. Konfekcijski zatiček
52333S	Inlay na 1 ploskvi, fiksno protetični nazidek, delna (tričetrtinska, štiripetinska) - direktna metoda
52340S	Polna kovinska prevleka
52341S	Akrilna in armirana prevleka
52343S	Fasetirana prevleka vlita
52344S	Teleskopska prevleka (zunanja in notranja prevleka)
52345S	Enodelna, vlita polna kovinska prevleka
52346S	Richmond kapica
52348S	Vmesni fasetirani člen
52381S	Cementiranje stare prevleke ali fasete, poševne ravnine ali demontaža prevleke, krone, oddelitev člena ali gredi po členu
52382S	Izdelava nove fasete oziroma nadomestitev izpadle (ind. metoda)

- f) povezovalni šifrant K19 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatka »Lokacija zoba« in »Lokacija ploskve«:

Šifra	Opis	Št. ploskev od	Št. ploskev do
52332S	Pinlay, overlay	1	5
52342S	Delna prevleka ali inlay na 2 - 3 ploskvah (indirektna metoda)	2	3

- g) povezovalni šifrant K20 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatek »Lokacija čeljusti«:

Šifra	Opis	Obveznost navajanja*
85625S	Resekcijska proteza po totalni resekciji maksilne - izdelava in vstavev (za vsak posamezni del proteze)	O
93005S	Delna akrilatna proteza - zahtevna	O
93006S	Delna proteza z ulito bazo - enostavna	O
93007S	Delna proteza z ulito bazo - zahtevna	O
93008S	Totalna zobna proteza	O
93012S	Reokluzija proteze, prilagoditev proteze (vključuje tudi obdelavo in poliranje proteze)	O
93013S	Podložitev proteze po direktni metodi (vključno s poliranjem)	O
93014S	Podložitev proteze, po indirektni metodi (vključno s poliranjem)	O
93080S	Reparatura proteze (prelom in dodatno še 1 element), tudi enostavnejša reparatura kovinske proteze	O
93081S	Reparatura proteze z 2 ali več elementi (poleg preloma). Vključuje tudi reparaturo kovinske proteze z dilitjem	O
93091S	Akrilna individualna žlica (dodatno k ustreznemu protetičnemu delu)	O

* O »Obvezno«

- h) povezovalni šifrant K22 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatek »Fasetirani mostiček«:

Šifra	Opis
52340S	Polna kovinska prevleka
52341S	Akrilna in armirana prevleka
52342S	Delna prevleka ali inlay na 2 - 3 ploskvah (indirektna metoda)
52343S	Fasetirana prevleka vlita
52344S	Teleskopska prevleka (zunanja in notranja prevleka)
52345S	Enodelna, vlita polna kovinska prevleka
52346S	Richmond kapica
52348S	Vmesni fasetirani člen

- i) povezovalni šifrant K24 »Storitve za zobozdravstveno dejavnost, pri katerih je potrebno označiti podatke o izdelovalcu zobnoproto. nadomestka oz. države EU, v kateri je bil izdelan«:

Šifra	Opis	Obveznost navajanja*
52331S	1. Inlay na 1 ploskvi, indirektna metoda; 2. Konfekcijski zatiček	D
52332S	Pinlay, overlay	O
52334S	Gred za togo povezavo najmanj 2 sider in pričvrstitev snemnoprotetičnega nadomestka	O
52340S	Polna kovinska prevleka	O

Šifra	Opis	Obveznost navajanja*
52341S	Akrilna in armirana prevleka	O
52342S	Delna prevleka ali inlay na 2 - 3 ploskvah (indirektna metoda)	O
52343S	Fasetirana prevleka vlita	O
52344S	Teleskopska prevleka (zunanja in notranja prevleka)	O
52345S	Enodelna, vlita polna kovinska prevleka	O
52346S	Richmond kapica	O
52348S	Vmesni fasetirani člen	O
52385S	Razbremenilna opornica (tudi akrilatna ali kovinska kapica) do štirih zob v istem kvadrantu	O
85610S	Izdelava in prilagoditev zobnega oziroma nebnega obturatorja	D
93005S	Delna akrilatna proteza - zahtevna	O
93006S	Delna proteza z ulito bazo - enostavna	O
93007S	Delna proteza z ulito bazo - zahtevna	O
93008S	Totalna zobna proteza	O
93010S	Akrilna snemna grizna plošča (SWEDOVA, DRUMOVA, SCHOREOVA), ki zaobjema celotni zobni lok (izključuje opornico, izdelano na način, ki velja za parcialno protezo)	O
93011S	Kovinska, individualna faseta v protezi	O
93014S	Podložitev proteze, po indirektni metodi (vključno s poliranjem)	O
93015S	Reskanje prevlek, teleskopskih prevlek ali gredi po elementu	O
93091S	Akrilna individualna žlica (dodatno k ustreznemu protetičnemu delu)	O
93092S	Grizna šablona pri fiksni protetiki (dodatno k ustreznemu protetičnemu izdelku)	O

* O »Obvezno«, D »Dovoljeno«

Zaradi uvedbe novih storitev specialistične protetike s končnico -S, v šifrantu uvajamo tudi naslednje redakcijske popravke opisov storitev:

- seznam storitev 15.2 »Storitve, ki nimajo strukture PGO«, v katerem redakcijsko popravljamo dolge opise naslednjih storitev, kot sledi (označeno s krepko pisavo):

Šifra	Kratek opis	Dolg opis
E0723	Dodatek za vlito zalivko zaradi alergije	Dodatek za vlito zalivko zaradi alergije na standardni material ali drugega neželenega učinka tega materiala, ki ogroža zdravje. Zaračuna se dodatno plačilo poleg storitve 52331, 52331S (za konfekcijski zatiček ni dodatnega plačila), 52332, 52332S , ali 52342 ali 52342S . Dodatno plačilo se zaračuna za drugačen postopek izdelave in kompozitni ali keramični material, po ceniku doplačil izvajalca. Pri tem se za ustrezno izbiro šteje najcenejša izvedba, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost.
E0724	Dodatek za prevleko ali mostiček zaradi alergije	Dodatek za prevleko ali mostiček zaradi alergije na standardni material ali drugega neželenega učinka tega materiala, ki ogroža zdravje. Zaračuna se dodatno plačilo po ceniku doplačil izvajalca za vsako prevleko ali člen v mostičku. Dodatno plačilo za prevleko se zaračuna le poleg storitve 52343 ali 52343S (za eno prevleko ali za več prevlek v mostičku) in za vsak člen v mostičku poleg storitve 52348 ali 52348S . Glede na odobren načrt ZPR z mostičkom se zaračuna dodatek za vse prevleke in člene in sicer za kovinsko keramično prevleko/člen ali polno keramično prevleko/člen ali cirkonijevo prevleko/člen. Pri tem se za ustrezno izbiro šteje najcenejša izvedba, ki zagotavlja funkcionalno ustreznost. Dodatek

Šifra	Kratek opis	Dolg opis
		se zaračuna za vse izvedene prevleke ali mostičke iz ustreznega materiala, po ceniku doplačil izvajalca.
E0725	Dodatek za delno protezo zaradi alergije	Dodatek za delno protezo zaradi alergije na standardni material ali drugega neželenega učinka tega materiala, ki ogroža zdravje. Zaračuna se dodatno plačilo poleg storitve 93006, 93006S , in 93007 in 93007S . Dodatno plačilo se zaračuna za nekovinsko ogrodje delne proteze po ceniku doplačil izvajalca ali za drugačen postopek izdelave in ustrezen material (npr. hipoalergeni akrilat), odvisno od vrste izkazane alergije oz. neželenega učinka materiala, po ceniku doplačil izvajalca.
E0726	Dodatek za totalno protezo zaradi alergije	Dodatek za totalno protezo zaradi alergije na standardni material ali drugega neželenega učinka tega materiala, ki ogroža zdravje. Zaračuna se dodatno plačilo poleg storitve 93008 ali 93008S . Dodatno plačilo se zaračuna za drugačen postopek izdelave in ustrezen material, po ceniku doplačil izvajalca.

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Barbara Romavh (barbara.romavh@zzzs.si, tel. 01/30-77-307)

16. Dopolnitev opisa storitve E0759 »Evidenčno spremljanje - samostojno opravljena diagnostika« s 1. 1. 2025

Vsem izvajalcem specialistične zunajbolnišnične dejavnosti abdominalne kirurgije, anesteziologije, reanimatologije in perioperativne intenzivne medicine, protibolečinskih ambulant, rehabilitacije, fizioterapije, gastroenterologije, ginekologije, porodništva, hematologije, infektologije, internistike, alergologije, kardiologije in vaskularne medicine, kardiovaskularne kirurgije, nefrologije, nevrokirurgije, nevrologije, nuklearne medicine, okulistike, ortopedije, otorinolaringologije, plastične, rekonstrukcijske in estetske kirurgije, pnevmologije, splošne kirurgije, torakalne kirurgije, travmatologije, urologije in tireologije.

Povzetek vsebine

Zavod je z Okrožnico ZAE 18/20 uvedel novo evidenčno storitev E0759 »Evidenčno spremljanje - samostojno opravljena diagnostika« (v nadaljevanju: storitev E0759), ki se beleži pri samostojno opravljeni diagnostiki brez opravljenega pregleda v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti. Z Okrožnico ZAE 4/24 je bil dopolnjen dolgi opis storitve E0759, s tokratno okrožnico ga na podlagi prejetih vprašanj in pobud dodatno dopolnjujemo.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim se v seznamu storitev 15.2 »Storitve, ki nimajo strukture PGO« spremeni opis storitve E0759 tako, da se glasi (spremembe so označene s krepko pisavo):

Šifra	Kratek opis	Dolg opis
E0759	Evidenčno spremljanje - samostojno opravljena diagnostika	Evidenčno spremljanje samostojno opravljene diagnostike brez opravljenega pregleda v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti. Storitev E0759 se evidentira le takrat, ko je oseba napotena izključno na izvedbo samostojne diagnostične storitve (brez pregleda), kar je razvidno iz vsebine napotnice, iz specialistične ambulante zunanjega izvajalca (zdravstveni zavod ali koncesionar), ki funkcionalne diagnostike ne opravlja. Evidentira se izključno ob prvi opravljeni preiskavi ob prvem obisku osebe za enake isto zdravstveno stanje. Kadar je bila oseba pri (izbranem) istem izvajalcu zaradi istega zdravstvenega stanja že predhodno vključena v obravnavo ali pa bo v obravnavo sprejeta po izvedbi diagnostike, storitve E0759 ni mogoče evidentirati, ne glede na VZD, kjer je ali bo obravnavana. Kadar izvajalec izbrane funkcionalne diagnostike osebo zaradi zdravstvenega stanja, ki je bilo razlog napotitve, sprejme v obravnavo, lahko ob samostojni diagnostiki uporabi storitev E0759 za evidentiranje prvega pregleda in pozneje ob ambulantni obravnavi pacienta storitev E0274 za evidentiranje kontrolnega pregleda, lahko pa poleg obračunane samostojne diagnostike ne evidentira evidenčne storitve E0759 in uporabi evidenčno storitev E0273 ob kasnejšem prvem pregledu v poteku ambulantne obravnave.

Storitev E0759 se pri isti osebi za isto zdravstveno stanje evidentira le enkrat, saj se samostojno opravljena diagnostika šteje kot prvi pregled, kar je razvidno iz Zakona o pacientovih pravicah. Iz navedenega sledi, da evidentiranje storitev E0759 in E0273 »Evidenčno spremljanje – prvi pregled« (ali E0274 »Evidenčno spremljanje – kontrolni pregled«) ob isti obravnavi osebe za isto zdravstveno stanje ni upravičeno, kar je razvidno tudi iz že obstoječih kontrol v povezovalnem šifrantu K14.1 "Izključujoče in soodvisne storitve v okviru ene obravnave z vključenimi pravili obračunavanja« in sicer iz kontrole ROB 0372, sklop 6.

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontaktna oseba za vsebinska vprašanja:

Tina Medved (tina.medved@zzzs.si; 01/30-77-437)

17. Hematologija, internistika in urologija – uvedba možnosti obračuna storitev priprave in aplikacije zdravil APL009 in APL010 s 1. 1. 2025

Vsem bolnišnicam, ki imajo specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti hematologije, internistike in urologije ter Diagnostičnemu centru Vila Bogatin, Medur d.o.o. in Železniškemu zdravstvenemu domu Ljubljana

Povzetek vsebine

Zavod je z Okrožnico ZAE 3/24 uvedel dve novi storitvi priprave in aplikacije zdravil s seznama A in B, in sicer APL009 »Priprava in aplikacija zdravila – onkologija 1« in APL010 »Priprava in aplikacija zdravila – onkologija 2«, ter zanju opredelil, da ju lahko obračunajo izvajalci specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti 210 219 »Onkologija«.

S tokratno okrožnico možnost obračuna obeh storitev uvajamo tudi za:

- vse bolnišnice, ki imajo specialistično zunajbolnišnično zdravstveno dejavnost 207 213 »Hematologija«, 209 215 »Internistika« in 239 257 »Urologija« ter za

- naslednje izvajalce v specialistični zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti 239 257 »Urologija«: Diagnostični center Vila Bogatin, Medur d.o.o in Železniški zdravstveni dom Ljubljana.

Hkrati pojasnujemo, da je storitvi APL009 in APL010 možno obračunati namesto storitev APL001 »Priprava in aplikacija zdravila 1« in APL002 »Priprava in aplikacija zdravila 2«, vendar le pri onkološki indikaciji, za katero so bile izvedene tudi laboratorijske preiskave. Dokazila o teh preiskavah morajo izvajalci hraniti in zagotoviti iz svojih evidenc.

Navodilo za obračun

Skladno z navedenim se lahko pri pripravi in aplikaciji zdravil s seznama A in B z onkološko indikacijo, pri katerih izvajalec opravi dodatne laboratorijske preiskave, skladno s strokovnimi smernicami Onkološkega inštituta, namesto storitev APL001 ali APL002 obračunata bolje ovrednoteni storitvi APL009 ali APL010.

Zdravila s seznama A in B z onkološko indikacijo so skladno z opisanimi spremembami v Centralni bazi zdravil povezana z dvema storitvama priprave in aplikacije zdravil, in sicer zdravila z dodeljeno APL001 so dodatno povezana z APL009, zdravila z dodeljeno APL002 pa z APL010 pri vseh zgoraj navedenih vrstah zdravstvene dejavnosti. Struktura XML v Centralni bazi zdravil se ne spreminja. Spremembe so objavljene v tagu *StoritevAplikacijeZdravila*. Izvajalcem podatke o zdravilih iz Centralne baze zdravil in dodeljenih storitvah aplikacije programske hiše uvozijo na enak način kot do sedaj, v dokumentu XML.

Skladno s širitvijo možnosti obračuna na dodatne vrste zdravstvene dejavnosti, se le tem dejavnostim v ceniku doda cena za APL009 ter cena za APL010, s čimer se omogoči obračunavanje teh storitev le na zgoraj navedenih dejavnostih.

Spremembe veljajo za storitve, opravljene od 1. 1. 2025 dalje.

Kontaktne osebe za vsebinska vprašanja:

Anita Strmljan (anita.strmljan@zzzs.si; 01/30-77-522)

Jure Mikolič (jure.mikolic@zzzs.si; 01/30-77-591)