Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

Direkcija

Miklošičeva cesta 24
1507 Ljubljana
www.zzzs.si



NAVODILO ZA OBRAČUN

-vprašanja in odgovori-

št. 1/2020

Ljubljana, 1. junij 2020

Spoštovani izvajalci zdravstvenih storitev in nadzorniki Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije!

*Pred vami je posodobljena izdaja Navodila za obračun – vprašanja in odgovori. Vsako novo vprašanje in odgovor je označeno z opombo *NOVO*, vsebinski popravki pa so označeni z opombo *POPRAVLJENO*.*

Kot ste že opazili v prejšnjih izdajah, je spremenjeno številčenje obračunskih navodil, tako je po vrstnem redu pripravljeno prvo Navodilo za obračun v koledarskem letu 2020.

Pri prenovi obračunskih navodil smo upoštevali spremembe zakonskih določil, Pravil OZZ, veljavni Splošni dogovor in Anekse k SD ter novo izdane okrožnice ZAE Pri posameznih poglavjih so izločena tista vprašanja in odgovori, ki niso več skladna z določili omenjenih pravnih aktov, prav tako tudi tista, katerih vsebina je natančno opredeljena v dolgih opisih posameznih obračunskih šifer v Šifrantih ZZZS.

Posebnost letošnjih sistemskih obračunskih novosti je obračunski model za revmatologijo, v veljavi od od 1. 1. 2020. Vprašanja in odgovori iz revmatologije, ki so bila v poglavju INTERNA MEDICINA iz prejšnjega obračunskega modela, so zato izločena.

Z nekaterimi novimi šiframi je bil dopolnjen tudi šifrant za UZ slikovno diagnostiko, ki je v uporabi od 1. 2. 2020. Vprašanja in odgovori v poglavju ULTRAZVOK so skladno z vsebino novih šifer popravljeni.

Zaradi boljše preglednosti so odgovori na vsa vprašanja v povezavi z zdravili združeni v poglavju ZDRAVILA.

Kazalo v uvodu omogoča lažji in hitrejši dostop do razlag obračunavanja zdravstvenih storitev. Vrste posameznih zdravstvenih dejavnosti so združene v okviru nadzornih skupin (uvodna oznaka pri posameznem vprašanju in odgovoru), zato v kazalu niso razporejene po abecednem vrstnem redu. Področje zobozdravstva je dodatno razdeljeno po ožjih dejavnostih.

Pojasnila glede kratic, ki so uporabljene pri vprašanjih in odgovorih, so v rubriki LEGENDA.

Na koncu naj še pojasnimo, da Navodilo za obračun, vprašanja in odgovori, temelji na veljavnih obračunskih modelih, medtem ko se vprašanja povezana z uvedbo novih obračunskih modelov ali nadgradnjo obstoječih (npr. uvedba novih šifer storitev za obračun) urejajo preko Področja za analitiko in razvoj in Sklepa o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, ki ga sprejme Upravni odbor ZZZS.

KAZALO

KAZALO 3
LEGENDA 5
NAPOTNE LISTINE (NAPOTNICA, DELOVNI NALOG) 10
SPLOŠNI DEL (smiselno veljaven za vse vrste zdravstvenih dejavnosti) 13
SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV 18
NEAKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA 23
SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI (domovi starejših občanov, posebni socialni zavodi, varstveno delovni centri) 25
REHABILITACIJA 28
FIZIOTERAPIJA 30
PATRONAŽA IN NEGA NA DOMU 36
PEDIATRIJA 39
REŠEVALNI PREVOZI 41
OSNOVNO ZDRAVSTVO 42
ANESTEZIJA, PROTIBOLEČINSKA AMBULANTA 46
PULMOLOGIJA 48
DIALIZA 51
ENDOKRINOLOGIJA 52
FIZIATRIJA 54
GASTROENTEROLOGIJA 55
GINEKOLOGIJA – PRIMARNI NIVO 57
GINEKOLOGIJA – SEKUNDARNI NIVO 65
AMBULANTA ZA BOLEZNI DOJK 67
INTERNA MEDICINA – SPLOŠNO 68
KARDIOLOGIJA 70
NEVROLOGIJA 71
PSIHIATRIJA (Center za mentalno zdravje, splošna psihiatrija, skupnostna obravnava) 72
RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA IN MAGNETNA RESONANCA 76
KIRURGIJA 80
OKULISTIKA 83
OTORINOLARINGOLOGIJA 87

RENTGEN 89
ULTRAZVOK 91
MAMOGRAFIJA 94
ZDRAVILA 95
ZOBOZDRAVSTVO – SPLOŠNO 100
ZOBOZDRAVSTVO – DIAGNOSTIČNE STORITVE 104
ZOBOZDRAVSTVO – PREVENTIVNE STORITVE 108
ZOBOZDRAVSTVO – RESTORATIVNE STORITVE 110
ZOBOZDRAVSTVO – ENDODONTSKE STORITVE 113
ZOBOZDRAVSTVO – PARODONTALNE STORITVE 114
ZOBOZDRAVSTVO – PROTETIČNE STORITVE 115
ZOBOZDRAVSTVO – ORALNOKIRURŠKE STORITVE 124
ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ENDODONTSKE STORITVE 126
ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – PROTETIČNE STORITVE 129
ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ORALNOKIRURŠKE STORITVE 130
ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ORTODONTSKE STORITVE 131

LEGENDA

ABO – akutna bolnišnična obravnava

ADAS - Alzheimers Disease Assessment Scale

A-V-fistula – arterio-venska fistula

BASDA - Bath Ankylosing Spondylitis Disease Activity Index

BMV – bris maternicnega vratu

BOD – bolnišnični oskrbni dan

BVAS - Birmingham Vasculitis Activity Score

CBCT - Cone beam computer tomography

CGMS – Continous glucose monitoring system

CSD – center za socialno delo

CMZ – center za mentalno zdravje

CRP – C reaktivni protein

CT – računalniška tomografija

CTG- kardiotokografija

DD – diadinamski tokovi

DENZITOMETRIJA (DEXA) – merjenje mineralne gostote kosti

DMS – diplomirana medicinska sestra

DN – delovni nalog

DORA – državni presejalni program za raka dojk

DSO – dom starejših občanov

DSP – delna snemna proteza

EF indeks - Eismann-Farčnikov indeks

EGDS – ezofago-gastro-duodenoskopija

EKG - elektrokardiogram

EPT – endoskopska papilotomija

ERCP – endoskopska retrogradna holangiopankreatikografija

FA – flouresceinska angiografija očesnega ozadja

FMF – magnetno polje (Focused Magnetic Field)

FO – fizioterapevtska obravnava

FRC zatiček – zatiček iz steklenih vlaken

FSH – folikulostimulirajoči hormon

HBS antigen – Hepatitis Bs antigen

HNZ – hormonsko nadomestno zdravljenje

HNT – hormonska nadomestna terapija

HIV – humani imunodeficijentni virus

HPV – humani papiloma virus

HSG – histerosalpingografija

ICGA – indocianinska angiografija očesnega ozadja

ICT - indirektni Coombsov test

IF – interferenčni tokovi

IgE – imunoglobulini E

IKP - interkuspidacija

IKS – interkanini sektor (sprednji vidni sektor zobovja)

INR – international normalized ratio

IOL – intraokularna leča

IOZ – izbrani osebni zdravnik

IUD – maternični vložek

KEP število Karioznih, Ekstrahiranih in Plombiranih zob

KRIO – krioterapija

KRG – kirurgija

LH – luteinizirajoči hormon

LZM – ločeno zaračunljiv material

MFO – mala fizioterapevtska obravnava

MKB – mednarodna klasifikacija bolezni

MP – medicinski pripomoček

MR – magnetna resonanca

MV – maternični vrat

MRSA – proti meticilinu odporni Staphylococcus aureus (Methicillin-resistant Staphylococcus aureus)

MS – medicinska sestra

MZ – Ministrstvo za zdravje

NBO – neakutna bolnišnična obravnava

NMP – nujna medicinskka pomoč

OCT – optična tomografija (Optical Coherence Tomography)

OH – oralna higiena

OMS - otomikroskopija

OPG - ortopantomogram

ORL – otorinolaringologija

OZZ – obvezno zdravstveno zavarovanje

PAP – Papanicolaou test

PAR – Področje za analitiko in razvoj

patronažna MS – patronažna medicinska sestra

PEF – Peak flow

PEG – Polyethylene glycol

PBZ – podaljšano bolnišnično zdravljenje

PPH – staple hemorrhoidopehy Longo (kirurška operativna metoda notranjih hemoroidov)

Pravila OZZ – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja

Pravilnik – Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni

Predlog – predlog zobnoprotetične rehabilitacije

PSZ – posebni socialni zavod

PTČ – protrombinski čas

PZZ – prostovoljno zdravstveno zavarovanje

RDP – radiološki diagnostični postopek

REM – relaksacijska elektromasaža

Rh-faktor – Rhezus faktor

RR – Riva Rocci (krvni tlak)

RS – Republika Slovenija

RSK – razširjeni strokovni kolegij

RTG – rentgen

RTG AP, RTG PA, RTG LAT – rentgen anterno posteriorni posnetek, rentgen postero anteriorni posnetek, rentgen lateralni posnetek

RTG P.C.– RTG pljuč, srca (pulmo, cor)

SD – Splošni dogovor

SFO – srednja fizioterapevtska obravnava

SLE – sistemski lupus eritematosus

SLEDAI - Systemic Lupus Erythematosus Disease Activity Index

SNBO – Sklep o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev

Spec FO – specialna fizioterapevtska obravnava

SPO – skupnostna psihiatrična obravnava

SPP – skupina primerljivih primerov

SR – sedimentacija (sedimentation rate)

SRDP – skupina radioloških diagnostičnih postopkov

SUP – selektivna ultravioletna terapija

SZGH – Slovensko združenje za gastroenterologijo in hepatologijo

TBC - tuberkuloza

TEE - transezofagealna ehokardiografija

TENS – transkutana električna nevrostimulacija

TKS – transkanini sektor (stranski zobni nevidni sektor zobovja)

TT – trakcijska terapija

UKW – ultrakratki valovi (Ultrakurzwellen)

UPN – umetna prekinitev nosečnosti

UC – urgentni center

UZ – ultrazvok

UV-žarki – ultravijolični žarki

VFO – velika fizioterapevtska obravnava

VDC – varstveno delovni center

VZD – višji zdravstveni delavec

VKB – vlita kovinska baza

WAR – Wasermanova reakcija

ZAE – Zdravstvena analitika in ekonomika

ZD – zdravstveni dom

ZO – zavarovana oseba

ZPacP – Zakon o pacientovih pravicah

ZPIZ – Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje

ZUJF – Zakon o uravnoteženju javnih financ

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

NAPOTNE LISTINE (NAPOTNICA, DELOVNI NALOG)

NZD/NAP/1 (14/279) Ali je zdravnik osnovne zdravstvene dejavnosti dolžan naročati preiskave po navodilu specialistov, če je na napotnici obseg pooblastila 2 in 3, še posebej, če ZZZS take preiskave plačuje le bolnišnici?

Odgovor: Strokovno delitev dela med primarnim in sekundarnim nivojem določa MZ. Osebni zdravnik ni dolžan izvajati preiskav po naročilu specialista, če je v skladu s Pravili OZZ izčrpal možnosti obravnave na primarnem nivoju, pacienta opremil z zapisi vseh ugotovitev in izpolnil napotnico ter napotnemu specialistu podal ustrezna pooblastila (2, 3). V tem primeru je napotni specialist dolžan pripraviti vse napotnice za preiskave, ki jih je po svoji strokovni presoji indiciral. Navodila za pripravo pacienta na primarnem nivoju za operativni poseg in pred prvo nenujno napotitvijo so opredeljene v Prilogah VII/a in VII/b Splošnega dogovora.

NZD/NAP/2 (14/298) Kdaj se beleži K0019?

Odgovor: Storitev K0019 se beleži ob prvi napotitvi na specialistično obravnavo na sekundarno ali terciarno raven, ki je bila indicirana po presoji osebnega zdravnika, ker je izčrpal možnosti diagnostike, obravnave in terapije akutne ali kronične bolezni na primarnem nivoju.
Storitev K0019 se ne beleži v naslednjih primerih:
– urgentna napotitev,
– napotitev zaradi poškodbe (za svežo poškodbo v večini primerov sploh ni potrebna),
– napotitev na zahtevo ali predlog specialista,
– napotitev na funkcionalno diagnostiko po presoji osebnega zdravnika (npr. RTG, UZ, gastroskopija, rektoskopija ipd.).

NZD/NAP/3 (20/573) Ali se za urgentne preglede potrebuje napotnica?

Odgovor: Za nujne primere napotnica ni potrebna (Pravila OZZ), potrebna pa je za kontrolne preglede po urgentnem pregledu. Če zdravnik pri pregledu pacienta, ki je prišel brez napotnice na nujni pregled, ugotovi, da stanje ni nujno, je pacient samoplačnik (25. člen Pravil OZZ).

NZD/NAP/4 (20/576) Ali lahko IOZ izda napotnico za klinično raziskavo?

Odgovor: Ne.

NZD/NAP/5 (20/577) Kako naj izpolnim (s kakšnimi pooblastili) napotnico za operacijo katarakte (enkratno ali za določeno obdobje), da bo vključen tudi prvi okulistični pregled po operaciji pri operaterju)?

Odgovor: Za operacijo katarakte na enem očesu zadošča enkratna napotnica oziroma kratkotrajna, npr. za 1 mesec.
Za operacijo katarakte na obeh očesih zadošča ena napotnica, vendar je potrebno ustrezno časovno pooblastilo (3 mesece), v okviru katerega bosta izvedeni obe operaciji.
Prvi okulistični pregled po operaciji katarakte pri operaterju je že vključen v obračun samega operativnega posega, se ne obračunava dodatno še posebej.

NZD/NAP/6 (14/346) Ali se specialist kljub časovnemu pooblastilu za 3 mesece in obsegu pooblastila 1, 2 sme odločiti, da pacienta ne sprejme v zdravljenje, ampak le poda mnenje o stanju in zdravljenju ter mu predpiše recept za predlagana zdravila, nadaljnje vodenje pa prepusti lečečemu zdravniku.

Odgovor: Kljub pooblastilu številka 2 na napotnici se specialist lahko odloči, da poda samo mnenje o stanju in navodila za zdravljenje, ter v specialističnem mnenju zapiše, da je zdravljenje pri njem zaključeno. Ponovni obiski po presoji pacienta niso možni.

POPRAVLJENO
NZD/NAP/7 (14/347) Ali sme oziroma mora specialist splošne oz. družinske medicine, ki dela tudi v diabetološkem dispanzerju (antikoagulantni ambulanti), pisati napotnico za pregled v diabetološkem dispanzerju pacientom (antikoagulantni ambulanti), ki jim je hkrati izbrani osebni zdravnik, diabetolog (zdravnik v antikoagulantni ambulanti)?

Odgovor: V ambulanti za diabetike (antikoagulantni ambulanti), ki ima status specialistične ambulante, se za beleženje in obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju priznajo opravljene storitve pacientom na osnovi veljavne napotnice (z izjemo nujnih primerov). Zdravnik ne bo sam sebi pisal napotnic, temveč bo »svoje paciente«, ki imajo diabetes (potrebujeno vodenje v antikoagulantni ambulanti), obravnaval v okviru splošne ambulante.

NZD/NAP/8 (15/388) Ali lahko napotni zdravnik (po pregledu zavarovane osebe) na podlagi napotnice izbranega zdravnika, ki velja enkratno, izstavi obravnavani osebi napotnico za UZ oz. drugo potrebno preiskavo, ki bo opravljena na drugi datum v isti ali v drugi organizacijski enoti?

Odgovor: Če gre za storitve, ki so v okviru iste zdravstvene dejavnosti (na primer v kardiologiji) pri istem izvajalcu zdravstvenih storitev (na primer v ZD), bo napotni zdravnik pacienta naročil na preiskavo, pri čemer ne bo izdal nove, zelene napotnice, saj je za to obravnavo pacienta na tej VZD (kardiologija) že bila izdana.
Če gre za storitve, ki jih izvajalec ne opravlja sam (na primer pregled pulmologa) in se izvajajo v drugi VZD (v pulmologij), bo v okviru pooblastila 3 izdal napotnico za nadaljnje specialistične preglede oziroma preiskave ali za zdravljenje. Enako velja, kadar storitve izvajalec ne opravlja sam (na primer UZ), čeprav gre za isto VZD (kardiologija), ki jih opravlja pa drug izvajalec. Na podlagi rezultatov pridobljenega specialističnega izvida pa bo v okviru veljavnosti napotnice opravil storitev, za katero je bila napotnica izdana.

NZD/NAP/9 (17/459) Ali obračunati in opraviti pregled, če ima pacient napotnico z obsegom pooblastil 1, želi pa se RTG in/ali EKG?

Odgovor: Ko osebni zdravnik z napotnico zahteva eno ali več točno določenih preiskav, sme napotni specialist opraviti le tisto, kar mu je naročeno, sicer je prekoračil pooblastila. Če pacient sam želi, da se opravi RTG ali EKG, je za to samoplačnik (25. člen Pravil OZZ).

NZD/NAP/10 (17/460) Ali je osebni zdravnik dolžan naknadno izdati napotnico z ustreznimi pooblastili potem, ko je pacient že bil sprejet v specialistično obravnavo oziroma hospitaliziran brez napotnice zaradi nujnega zdravljenja?

Odgovor: Pri obravnavi urgentnih primerov v bolnišnici ali specialistični ambulanti se v zdravstveni dokumentaciji zabeleži, da je šlo za nujni primer, in napotnica ni potrebna. Za morebitne nadaljnje kontrolne preglede pa je potrebna napotnica osebnega zdravnika.

POPRAVLJENO
NZD/NAP/12 (17/463) Pri prenosu pooblastil na napotnega zdravnika s strani dežurnega zdravnika se znova in znova postavlja vprašanje, ali pooblastilo 3 zajema hkrati tudi obseg pooblastila 1 in 2.

Odgovor: Osebni zdravnik lahko na napotnega zdravnika prenese eno ali več navedenih pooblastil, kar je odvisno od zdravstvenega stanja zavarovane osebe, zaradi katerega se jo napotuje. Vsako pooblastilo je potrebno označiti.

NZD/NAP/13 (17/464) Ali velja protokol nujne medicinske pomoči, ki ga napotnemu zdravniku ob predaji pacienta izda terenski zdravnik NMP, kot napotnica z enkratnim pooblastilom 3?

Odgovor: Protokol nujne medicinske pomoči ne velja kot napotnica. Ta tudi ni potrebna v primerih nujnega zdravljenja.

NZD/NAP/14 (18/502) Kdo izda napotnico za androloga?

Odgovor: Napotnico izda IOZ z ustreznimi pooblastili.

NZD/NAP/15 (18/503) Ženska, ki sicer ima izbranega ginekologa, pride na specialistični ginekološki pregled z napotnico napotnega abdominalnega kirurga. Ali je napotnica napotnega zdravnika abdominalnega kirurga, ki je izstavljena za specialistični ginekološki pregled, veljavna?

Odgovor: Napotnica abdominalnega kirurga je veljavna, če je kirurg dobil od osebnega zdravnika pooblastilo 3, ki mu dovoljuje prenos diagnostike, terapije in napotovanja k drugim specialistom za isto bolezen (stanje, diagnozo), zaradi katere je osebni zdravnik zavarovano osebo napotil k abdominalnemu kirurgu.

NOVO
NZD/NAP/16 Ali je tudi za obravnavo novorojenčka po odpustu iz bolnišnice na sekundarnem nivoju potrebna napotnica?

Odgovor: Da.

POPRAVLJENO
NZD/DN/1 (10/196) Ali je treba zavrniti vsak pomanjkljivo izpolnjen delovni nalog?

Odgovor: Delovni nalog mora biti izpolnjen pravilno in v celoti (enako kot napotnica). Izvajalec, ki mu je nalog namenjen, je dolžan poskrbeti za dopolnitev pri zdravstvenem delavcu, ki ga je izdal. Pacient mora storitve dobiti nemoteno.

NZD/DN/2 (NZD/FTH/67) Sem specialist fiziater in v mojo ambulanto prihajajo z napotnico za spec. fiziatra pacienti, pri katerih poleg fizioterapevtskih postopkov predpisujem tudi delovno terapijo, seveda če je indikacija. Ali na osnovi iste napotnice lahko predpišem delovna naloga za fizioterapijo in delovno terapijo istočasno?

Odgovor: Če ima pacient, ki obišče fiziatra, na napotnici ustrezna pooblastila, ga fiziater lahko z delovnim nalogom napoti na terapije, ki so strokovno indicirane za diagnozo, zaradi katere je pacient napoten k fiziatru. Če fiziater meni, da sta potrebna tako FO kot delovna terapija, izda dva delovna naloga.

SPLOŠNI DEL (smiselno veljaven za vse vrste zdravstvenih dejavnosti)

VSE DEJAVNOSTI/1 (24/1) Definicija prvih in kontrolnih (ponovnih) pregledov velja tudi za obračun Zavodu.

Odgovor: *PRVI PREGLED je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja. Prvi pregled pri izvajalcu na primarni ravni zdravstvene dejavnosti se opravi zaradi novonastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja pacienta. Na prvi pregled pri specialistu je pacient napoten zaradi novonastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja. Prvi pregled se na čakalnem seznamu označi s črko P.*
KONTROLNI PREGLED je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki jo je sprožil prvi pregled, in ni vezan na posamezno koledarsko leto. Kontrolni pregled se na čakalnem seznamu označi s črko K.
Pri obračunavanju prvega obiska v tekočem letu v specialističnih ambulantah se s tem navodilom ne obračunava več začetna oskrba, temveč nadaljnja. Začetna ambulantna oskrba se obračunava ob prvem prihodu (obisku) z akutno boleznijo oziroma ob njenem poslabšanju. Enako se spremeni definicija prvega in ponovnega pregleda na primarni ravni.
S tem načinom beleženja in obračunavanja prvega pregleda ni več mogoče obračunati ob prvem obisku urejenega in stabilnega kroničnega pacienta v tekočem letu. Prvi obisk v tekočem letu ostaja le za statistične namene.

VSE DEJAVNOSTI/2 (1/1) Kako se obračuna zdravstvena storitev, ki ni vpisana v zdravstveni dokumentaciji?

Odgovor: Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, sicer ob nadzoru šteje, da storitve niso bile opravljene.

VSE DEJAVNOSTI/3 (1/2) Ali je za obračun zdravstvene storitve dovolj zapis na elektronskem mediju?

Odgovor: Upoštevati je treba veljavne predpise o vodenju in shranjevanju medicinske dokumentacije. V primeru finančno medicinskega nadzora mora biti na mestu nadzora tudi za elektronsko vodenje medicinske dokumentacije zagotovljen izpis zdravstvenih storitev na papirju.

VSE DEJAVNOSTI/4 (24 INT/1 – 2011) Kdaj se lahko obračunajo storitve, ki imajo šifro v SNBO označeno z zvezdico (zvezdicami)?

Odgovor: Storitve, označene z eno ali tremi zvezdicami, je mogoče uporabljati pri obračunavanju opravljenega dela, če ni bila opravljena in obračunana ustrezna zdravstvena oskrba pacienta Storitve, označene z dvema zvezdicama, je mogoče obračunati poleg ambulantne oskrbe.

VSE DEJAVNOSTI/5 (7/128) Kakšen je najmanjši obseg podatkov v zdravstveni dokumentaciji, ki utemeljujejo opravljeni pregled, kaj pomeni navedba »status bp«, kaj pomeni navedba »status idem«?

Odgovor: Za priznavanje pregleda v specialistični ambulantni dejavnosti mora biti v medicinski dokumentaciji praviloma opisan tudi klinični status, ki definira vrsto oziroma obseg pregleda po SNBO. Če klinični status ni opisan, je najmanjši potreben obseg podatkov iz medicinske dokumentacije opisna diagnoza, vendar le v primerih, ko ustrezno ponazarja lokalni status.

– V primeru, da je v medicinski dokumentaciji naveden le najmanjši obseg podatkov – opisna diagnoza –, se prizna kratek lokalni pregled s šifro 00002, ne glede na to, kateri pregled je bil obračunan.
– V primeru, da je v medicinski dokumentaciji naveden klinični status, se na njegovi osnovi prizna vrsta pregleda v skladu z definicijami posameznih pregledov iz SNBO.
– V primeru, da v medicinski dokumentaciji ni niti najmanjšega obsega podatkov – opisne diagnoze –, se obračunani pregled ne prizna.
– V primeru, da je v medicinski dokumentaciji zabeleženo »status bp«, se šteje, da ni naveden najmanjši potreben obseg podatkov – opisna diagnoza –, zato se obračunani pregled ne prizna.
– V primeru, da je v medicinski dokumentaciji navedeno »status idem«, se šteje, da je naveden najmanjši obseg podatkov (lokalni status) in se prizna kratek lokalni pregled s šifro 00002, ne glede na obseg predhodnega pregleda, na katerega se status idem nanaša. V primeru, da predhodni obračunani pregled ni bil priznan, se tudi status idem ne prizna.

VSE DEJAVNOSTI/6 (1/4) Kdaj je možno obračunavanje storitev ambulantne zdravstvene oskrbe?

Odgovor: Obračunavanje storitev ambulantne zdravstvene oskrbe je možno le pri zdravnikih oz. v timih, katerih nosilci so zdravniki specialistične ambulante dejavnosti. Oskrbe ni mogoče obračunati brez predhodno opravljenega pregleda. Pregled lahko opravi in obračuna le zdravnik, ne pa tudi drugi zdravstveni delavci oz. sodelavci.

VSE DEJAVNOSTI/7 (1/8) Ali je mogoče hkrati obračunati zdravstveno oskrbo, svetovanje oziroma konzultacijo?

Odgovor: Hkratno obračunavanje navedenih storitev ni možno, saj so že vključene v zdravstveno oskrbo.

POPRAVLJENO
VSE DEJAVNOSTI/8 (1/14) Kolikokrat dnevno je mogoče obračunati storitvi pregled in oskrba?

Odgovor: V posameznem dnevu se pri posamezni zavarovani osebi za isto zdravstveno stanje praviloma le enkrat obračunata storitvi pregled in oskrba.

VSE DEJAVNOSTI/9 Kako se pravilno obračuna prvi specialistični pregled v ambulanti po predhodni hospitalizaciji: kot prvi pregled ali kot ponovni pregled?

Odgovor: Prvi specialistični pregled v ambulanti po predhodni hospitalizaciji se obračuna kot specialistični pregled v obsegu, kot je dejansko opravljen in dokumentiran v medicinski dokumentaciji. Če je pacient sprejet v oskrbo, se zraven obračuna še storitev s šifro 11004 – začetna ali celotna specialistična ambulantna oskrba, sicer pa storitev s šifro 11303 – nadaljnja ali delna specialistična ambulantna oskrba, oboje skladno z definicijama prvega in kontrolnega pregleda v ZPacP.

VSE DEJAVNOSTI/10 (1/9) Kdaj je mogoče obračunati storitev razna individualna navodila in svetovanja občanom?

Odgovor: Storitev razna individualna navodila in svetovanja občanom (šifra 97401) se ne more obračunati hkrati s pregledom. Svetovanja ni mogoče obračunati namesto oskrbe. Lahko se obračuna le pri zahtevnejših stanjih in svetovanjih osebam z zmanjšanimi spoznavnimi sposobnostmi. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

VSE DEJAVNOSTI/11 (2/041) Kako se obračuna odčitavanje preiskav, opravljenih na drugem mestu (osebno predstavljenih, prispelih po pošti)?

Odgovor: Praviloma storitev preiskave obračuna izvajalec preiskave, odčitavanje in obrazložitev ugotovljenega je sestavni del šifre za to preiskavo.

VSE DEJAVNOSTI/12 (14/286) Katera storitev se lahko obračuna, kadar lečeči specialist predstavi pacienta vsaj trem specialistom, in ti podajo pisno mnenje o nadaljnji diagnostiki?

Odgovor: Ustrezna šifra za navedeno storitev je Timska konzultacija v specialistični ambulantni dejavnosti (11612). Velja načelo naročnik – plačnik. Če to storitev naročite samoiniciativno, pričakujte, da vas bo izvajalec terjal za plačilo. Če osebni zdravnik ali napotni zdravnik izda napotnico, na kateri opredeli predstavitev konziliju, je naročnik te storitve. Če se za predstavitev konziliju odločijo v ambulanti, kamor je pacient z napotnico napoten, je naročnik storitve zdravnik v tej ambulanti; enako velja tudi v primeru, če se za to odločijo v triažni ambulanti.

VSE DEJAVNOSTI/13 (26) Kdaj lahko izvajalec obračuna konzultacijo s šifro 11604?

Odgovor: Konzultacijo (11604) sme izvajalec obračunati le, ko so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:
1. na napotnici je izrecno in nedvoumno označeno pooblastilo z enkratno veljavnostjo (številka 1), z obsegom pooblastila zgolj 1 in zapisano naročilo zdravnika (predpisovalca napotnice) »za konzultacijo«;

2. zdravnik, ki predpiše napotnico, mora tej priložiti pacientovo medicinsko dokumentacijo in obširnejše pisno sporočilo, v katerem napotnemu zdravniku podrobneje predstavi dosedanji potek bolezni in zdravljenja zavarovanca ter s tem povezane dileme in razdelana vprašanja, glede katerih se konzultira in na katera želi od napotnega zdravnika odgovore;

3. napotni zdravnik mora izdati obširno pisno konzultantsko mnenje s povzetkom celotne dosedanje bolezni in zdravljenja zavarovanca, morebitnimi lastnimi podrobnimi izsledki pregleda in preiskav ter natančnimi in podrobnimi odgovori in priporočili zdravniku, ki je napotil zavarovanca.

4. šifre ni možno obračunati za e-posvet.

Opozorilo: Praviloma se v okviru obravnave pacienta beležita pregled in oskrba, še posebej, kadar gre za tipično obravnavo v okviru določene specialnosti.

VSE DEJAVNOSTI/14 Kaj narediti, če zdravnik pacienta v triažni ambulanti pregleda, kratko zapiše status, lahko na napotnico, ali napiše ugotovitve in pacienta naroči na ustrezen termin v čakalni knjigi za pregled in oskrbo? Kako lahko obračunam triažni pregled pri pacientu, ki je prišel z enkratno napotnico? Ali lahko obračunamo pregled na enkratno napotnico ob prvem triažnem pregledu in na pregledu, ko pacienta naročimo?

Odgovor: Z okrožnico ZAE 5/14 je bila 1. 10. 2014 za izvajalce specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti uvedena nova storitev s šifro 91102 – triažiranje napotnice (seznam storitev 15.42).
V opisu storitve je navedeno, da gre za triažiranje napotnice pred umestitvijo pacienta na čakalni seznam, brez prisotnosti pacienta***. Zdravnik specialist ima veljavno napotnico za specialistično obravnavo. Zdravnik specialist izvede triažiranje napotnice, pri čemer se posvetuje z zdravnikom, ki je napotnico izdal, in/ali pacientom ter napiše mnenje oziroma ugotovitve te triaže. Datum in vsebino storitve zdravnik specialist zabeleži v specialistično zdravstveno dokumentacijo pacienta. Osebni zdravnik in pacient prejmeta beležene ugotovitve triaže.

Ker se storitev opravi brez prisotnosti pacienta, izvajalci za preverjanje zdravstvenega zavarovanja uporabijo izjemni dostop brez KZZ s šifro 13 – preverjanje zavarovanja, ko se storitev lahko opravi brez prisotnosti zavarovane osebe.
Gre za storitev, ki se izvede brez prisotnosti pacienta.
Če je bil pacient pregledan izključno z namenom, da specialist opredeli stopnjo nujnosti (nižjo ali višjo od tiste, ki jo je na napotnici navedel osebni zdravnik), pri tem pa ni bil opravljen pregled po napotnici, namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, napotnica ni bila izkoriščena. V takem primeru pregleda ni možno obračunati, saj triažni pregled nima svoje šifre v veljavnih šifrantih (SNBO).

VSE DEJAVNOSTI/15 Pacient je že bil obravnavan in ima tudi pooblastilo na napotnici za obdobje npr. 12 mesecev. Osebni zdravnik ga napoti k na pregled urgentno brez napotnice, ker že ima napotnico s pooblastilom. Ali je tako pravilno?

Odgovor: V opisanem primeru je v skladu s pooblastilom »12 mesecev« napotnica še vedno veljavna v primeru, da zdravljenje obolenja, na katero je bil napoten pacient, še ni bilo zaključeno.
Namen specialistične obravnave na sekundarnem nivoju ni »vodenje pacienta« 12 mesecev, ampak se obravnava zaključi takoj, ko je pacient zmožen zdravljenja in spremljanja pri osebnem zdravniku. Ob zaključku zdravljenja mora specialist na sekundarnem nivoju osebnemu zdravniku v pisnem mnenju nedvodumno sporočiti, da je zdravljenje zaključil. V tem primeru je za novo akutno dogajanje (ali poslabšanje že obravnavanega) potrebna nova napotnica.

VSE DEJAVNOSTI/16 Kdo krije stroške odvzema krvi za določitev PTČ in INR, ki ga opravi patronažna medicinska sestra?

Odgovor: Plačnik laboratorijskih storitev je izvajalec, ki je obračunal storitev antikoagulantne ambulante. Sredstva za kritje stroškov laboratorija so vračunana v ceno storitev. Izvajalci si lahko laboratorijske storitve medsebojno zaračunavajo po načelu naročnik je plačnik.

VSE DEJAVNOSTI/17 (SP1/GIN PRIM/65 (26 GIN/ 24 – 2012)) Ali je računalniški izpis kartoteke enakovreden ročnemu zapisu v kartoteki?

Odgovor: Da, če je opremljen z datumom in podpisom zdravnika.

VSE DEJAVNOSTI/18 (NZD/SPL/2) Katero storitev lahko izvajalci beležijo v primeru cepljenja odraslih?

Odgovor: V splošnih ambulantah se cepljenje obračunas šifro K0048 (Cepljenje odraslega). Storitev se obračuna tolikokrat, kolikor aplikacij cepiva je bilo opravljenih. V medicinski dokumentaciji zadošča minimalen zapis »negativnih« anamnestičnih podatkov in kliničnih ugotovitev, ki zadosti zahtevam stroke.
Za storitvi K0047 (Pregled pred cepljenjem odraslega) in K0048 (Cepljenje odraslega) velja vsebina obravnave: obvezno cepljenje (100% OZZ).
V specialističnih zunajbolnišničnih ambulantah se storitev beleži s šifro 43390 (Cepljenje - posamična aplikacija vakcine***) in je označena s tremi zvezdicami.

VSE DEJAVNOSTI/19 (NZD/SPL/17 (12/247)) Kako se obračunata snemanje in odčitavanje EKG v ambulanti družinske medicine in v specialistični ambulanti z napotnico za EKG?
Odgovor: Osebni izbrani zdravnik lahko obračuna storitev srednji poseg (K0021), če je izvedel snemanje in odčitavanje EKG. Če zdravnik specialist posname in interpretira EKG-preiskavo, Zavodu obračuna storitev s šifro 12601.

Če je tehnična izvedba (snemanje EKG) preiskave ločena od odčitavanja EKG, se morata izvajalca zdravstvene storitve med seboj dogovoriti, kateri od njiju bo storitev obračunal ZZZS, saj storitev lahko obračuna le eden v celoti, nikakor pa ne oba v celoti ali po deležih. Medsebojne obveznosti poravnata po načelu naročnik je plačnik skladno z medsebojno pogodbo.

VSE DEJAVNOSTI/20 (NZD/SPL/18 (12/252)) Kako se obračuna terapevtska venepunkcija?

Odgovor: Terapevtsko venepunkcijo zdravnik v splošni ambulanti lahko obračuna s šifro K0022 – veliki poseg.
Na sekundarni ravni se terapevtska venepunkcija obračuna v okviru specialistične internistične dejavnosti s šifro iz SNBO 88201 (Venesekcija***) ali s pregledom in oskrbo, če je bil pregled opravljen in je bil pacient sprejet v oskrbo, brez 88201 (Venesekcija***).

POPRAVLJENO
VSE DEJAVNOSTI/21 Ali se storitve, ki se opravijo v UC, obračunajo v 100 odstotnem deležu iz sredstev OZZ?

Odgovor: Obračunavanje 100 odstotnega deleža OZZ velja za storitve, ki glede glede na veljavna zakonska določila (23.člen ZZVZZ, 103. člen Pravil OZZ, storitve glede na kode MKB) ter skladno z zavarovalnimi podlagami zavarovanih oseb sodijo med te storitve.
Če se med obravnavo v UC ugotovi, da zavarovana oseba potrebuje dodatno obravnavo, se za te storitve izdajo napotnice (napotitev na slikovno diagnostiko). V teh primerih se na osnovi napotnice opravljene storitve obračunajo v odstotnem deležu skladno z že citiranimi zakonskimi določili.

VSE DEJAVNOSTI/22 Ali je v UC za napotovanje na dodatne obravnave izven enot UC potrebno izdati napotno listino?

Odgovor: Zdravnik v UC lahko izda napotnico:
- če pacienta ne more dokončno oskrbeti **in gre za nujno stanje ali neodložljive zdravstvene storitve** povezane z zdravstvenim problemom zaradi katerega je pacient prišel v UC (v teh primerih se storitve lahko opravijo tudi brez napotnice);
- za slikovno diagnostiko;
- zaradi potrebe po napotitvi k specialistu ali v bolnišnico zaradi nadaljnjih storitev, ki jih ni mogoče odložiti do dne, ko bi se lahko zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku za izdajo napotnice.

SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV

SPP in NBO/SPP/1 (21 SPP/1) Kdaj se sprejme zavarovana oseba v bolnišnico in kdaj se posledično obračunajo opravljene storitve?

Odgovor: V primeru, ko je zavarovana oseba napotena na sprejem v bolnišnico z napotnico, mora biti iz zapisanih medicinskih podatkov razvidna indikacija za sprejem, ki je opredeljena v Pravilih OZZ (napotitev zavarovane osebe na sekundarni nivo) in v Prilogi BOL/II b Splošnega dogovora (Seznam meril in opomb za opredelitev ustreznosti sprejemov).

SPP in NBO/SPP/2 (21 SPP/2) Kdaj se obračuna SPP A06Z?

Odgovor: SPP A06Z se obračuna le v primeru, ko je pacient umetno ventiliran 96 ur ali več; takrat se v razvrščevalnik vnese oskrba stalne podpore dihanju, več kot 96 ur (13882-02). V razvrščevalnik ni dovoljeno vnašati posegov, kot na primer: začasna odprta traheostomija (41881-00), trajna odprta traheostomija (41881-01), krikotirostomija (41884-00), oskrba traheostome (90179-06), ki v kombinaciji z diagnozo oblikujejo SPP s šifro A06Z. Ti posegi se lahko beležijo le za statistične potrebe.

SPP in NBO/SPP/3 (21 SPP/3) Kdaj se obračuna SPP B40Z?

Odgovor: SPP B40Z se obračuna le v primeru, če je bila zavarovani osebi dejansko izvedena terapevtska plazmofereza (13750-00).
Pri kodiranju akutne bolnišnične obravnave s področja nevrologije vnos posega odvzem krvi za diagnozo (13839-00) v razvrščevalnik ni dovoljen, ker v kombinaciji z diagnozo oblikuje SPP B40Z.

SPP in NBO/SPP/4 (21 SPP/4) Katera storitev se lahko obračuna v primeru zapletov (npr. krvavitev pri kolonoskopiji) ob preventivnih pregledih (program SVIT) in posledični hospitalizaciji?

Odgovor: Obračuna se šifra SPP, ki nastane na podlagi vrste zapleta (npr. krvavitev, perforacija), in kot dodatna diagnoza se doda preventivni test za odkrivanje bolezni (Z12.1).

SPP in NBO/SPP/5 (21 SPP/5) Kakšen je pravilen način obračuna opravljenih storitev v bolnišnici pri premestitvah zaradi dodatnih diagnostičnih posegov pri zdravljenju obolenja, ki je bilo razlog za sprejem na prvotno lokacijo?

Odgovor: V primeru, da je pacient v času hospitalizacije napoten na dodatne preiskave ali posege v drugo ustanovo, ker jih prva ne opravlja, in akutna bolnišnična obravnava še ni končana, mora bolnišnica, ki pacienta napoti na tovrstno preiskavo, navesti poleg glavne diagnoze tudi pomanjkanje in nedostopnost zdravstvenih zmogljivosti (Z75.3). V takem primeru lahko vsaka bolnišnica za pacienta obračuna le 1 SPP (razlog akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta za sprejem v bolnišnico).
V primeru premestitve nazaj v prvo bolnišnico je nepravilno obračunavati nov SPP oziroma neakutno obravnavo in SPP, če akutna obravnava ni končana, ne glede na premestitev zavarovanca iz ene ustanove v drugo in nazaj. Če druga ustanova, kamor je bil zavarovanec napoten na dodatne preiskave in posege, meni, da je akutna obravnava končana, mora zavarovanca odpustiti. Neakutna obravnava se sme zaračunati, če so izpolnjeni kriteriji za sprejem v neakutno obravnavo.

SPP in NBO/SPP/6 (21 SPP/6) Kdaj se vnese v razvrščevalnik diagnoza možganski infarkt?

Odgovor: Diagnozo možganski infarkt (I63) vnesemo v razvrščevalnik le v primeru, ko je bila ta diagnoza razlog akutne bolnišnične obravnave, ni pa je dovoljeno vnašati za že preboleli možganski infarkt.
V primeru potrebe po dodatni negi zaradi posledic starega možganskega infarkta se v razvrščevalnik vnese koda, ki definira pozno manifestacijo, kot na primer hemiplegija (G81), in šele nato posledice cerebrovaskularne bolezni (I69). Obračun primera temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

SPP in NBO/SPP/7 (21 SPP/7) Kaj je potrebno za beleženje dodatne diagnoze?

Odgovor: Za beleženje dodatne diagnoze je v skladu s standardom kodiranja 0002 treba opredeliti bolezensko stanje, ki je prisotno poleg glavne diagnoze ali pa se pojavi med bolnišnično obravnavo ter vpliva na vodenje oziroma zdravljenje pacienta (dodatno zdravljenje, dodatni diagnostični postopki, povečan obseg nege in/ali spremljanje pacienta). Če se zaradi dodatne diagnoze (pridružene bolezni) spremeni standardni način zdravljenja pri določenem posegu, je treba to diagnozo kodirati kot dodatno diagnozo.
Pri enodnevnih hospitalizacijah je dodatna diagnoza upravičena le v primeru, če znotraj enodnevne obravnave bistveno vpliva na potek zdravljenja.

SPP in NBO/SPP/8 (21 SPP/8) Kdaj se lahko izvaja cepljenje otrok na oddelku bolnišnice in posledično obračuna SPP?

Odgovor: Na pediatričnem oddelku v bolnišnici se lahko izvajajo in obračunajo cepljenja, ki so navedena v seznamu obveznih cepljenj MZ, kadar pri otroku obstaja kontraindikacija za cepljenje na primarnem nivoju (v pediatrični ambulanti) – npr. primarna oziroma sekundarna imunodeficienca, avtoimune bolezni, nepojasnjena vročinska stanja oziroma resni zapleti po predhodnih odmerkih cepiva.

SPP in NBO/SPP/9 (21 SPP/9) Kakšen je pravilen obračun opravljenih storitev v bolnišnici v primeru, ko je zavarovana oseba sprejeta zaradi gastroenterokolitisa in hkrati tudi zmerne dehidracije?

Odgovor: V takšnem primeru je glavna diagnoza gastroenterokolitis, dodatna diagnoza je dehidracija.

SPP in NBO/SPP/10 (21 SPP/10) Kdaj se obračuna SPP C07Z in kateri SPP se obračuna pri operaciji katarakte?

Odgovor: SPP C07Z se obračuna le v primeru, ko je ob sočasni operaciji glavkoma in katarakte vodilna diagnoza glavkom in je operater naredil tudi irigacijo sprednjega prekata (42743-00) ali injiciral zdravila v sprednji prekat (42740-02). Pri operaciji katarakte je dovoljen le obračun SPP C08Z (vnos šifer 42743-00 in 42740-02 v tem primeru ni dovoljen).

SPP in NBO/SPP/11 (21 SPP/11) V kakšnem časovnem obdobju pred porodom se ločene epizode zdravljenja nosečnice obračunajo kot začasni odpust?

Odgovor: Začasni odpust ni opredeljen časovno, čeprav se večina primerov zgodi v zadnjih 14 dneh pred porodom. Obračunati se mora v primerih:

- če je nosečnica sprejeta z napotnico s pooblastilom za vodenje poroda (izjema so urgentni sprejemi, ki obsegajo neodložljive storitve in ukrepe);
- epizod zdravljenja, ki so vsebinsko in namensko povezane s porodom (prenesena nosečnost, lažni porod, predporodne težave, ki se umirijo, ipd.);

- administrativno ločene epizode sprejema na eno organizacijsko enoto v isti dejavnosti ter premestitev na drugo (sprejem na ginekološki oddelek ter premestitev na porodniški oddelek ipd.).

SPP in NBO/SPP/12 (21 SPP/12) V katerih ginekoloških primerih kljub opravljeni hospitalizaciji ZZZS ni mogoče obračunati akutne bolnišnične obravnave?

Odgovor: Akutne obravnave ni mogoče obračunati:
- ko gre za ambulantne storitve;
- ko bi moral storitve opraviti osebni ginekolog, pa jih je izvajalec brez utemeljitve opravil hospitalno (mali posegi v lokalni anesteziji, i.v. aplikacija zdravil, HSG ipd.);
- ko ni šlo za neodložljive storitve ali posege in se je hospitalizacija opravila brez pooblastila osebnega zdravnika ali dežurnega zdravnika na primarni ravni;
- ko ni bilo triaže sprejema v sprejemni ambulanti (zlasti ponoči) in se je zavarovana oseba hospitalizirala čez noč – do dnevne ambulante;
- ko gre za zdravljenje na željo zavarovane osebe.

SPP in NBO/SPP/13 (24 SPP/1 - 2011) Kdaj se obračuna odstotek doplačila v primeru zdravljenja zavarovane osebe v ABO?

Odgovor: Obračun zdravstvene storitve mora biti predvsem v skladu z zakonodajo (določila ZZVZZ, ZUJF). V praksi je odstotek doplačila zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnični dejavnosti odvisen od glavne diagnoze oziroma bolezni, ki jo zdravimo (primer obračuna SPP R63Z), in tipa zavarovane osebe.

SPP in NBO/SPP/14 (24 SPP/1 - 2011) Kako se pravilno kodira kemoterapija?

Odgovor: Kemoterapija je praviloma enodnevna obravnava. Če gre za zdravljenje neoplazme, se kot glavna diagnoza kodira kemoterapevtsko zdravljenje za neoplazmo (Z51.1), kot prvo dodatno pa koda za neoplazmo, sledi še ustrezna koda za postopek. Če gre za druge vrste kemoterapevtskega zdravljenja, npr. pri multipli sklerozi, se zabeleži koda za stanje in ustrezna koda za postopek.
Za večdnevne epizode oskrbe kemoterapije je treba vpisati glavno diagnostično kodo za stanje, ki potrebuje zdravljenje s kemoterapijo, in ustrezno kodo postopka.

SPP in NBO/SPP/15 (24 SPP/3 - 2011) Kako se kodira stentiranje arterij?

Odgovor: V primeru stentiranja centralnih (možganskih) aterij je pravilna glavna diagnoza bolezni okluzija in stenoza možganskih arterij, ki ne povzročita infarkta (I66). Tako dobimo SPP 901Z. V primeru stentiranja periferne (npr. karotidne) arterije se v razvrščevalnik vnese glavna diagnoza ateroskleroza drugih arterij (I70.8), oblikuje se SPP F14 B ali C.

SPP in NBO/SPP/16 (26 SPP/1 - 2012) Kakšen je pravilen način kodiranja sprejema v ABO za kreiranje A-V-fistule za potrebe dialize?

Odgovor: Splošno veljavna pravila kodiranja so dodatno pojasnjena v odgovoru SPP in NBO/SPP/7.
V primeru sprejema (ob pogoju, da so izpolnjeni kriteriji za sprejem – Priloga BOL Splošnega dogovora) zavarovane osebe v ABO zaradi kreiranja A-V-fistule za potrebe dialize se kot glavna diagnoza vnese priprava na dializo (Z49.0). V primeru, da je to sprejem zaradi komplikacije pri že konstruirani A-V-fistuli, je glavna diagnoza mehanični zaplet drugih srčnih in žilnih sredstev in implantatov (T82.5) in v primeru zapiranja ali odstranitve A-V-fistule druge vrste opredeljena kirurška nadaljnja oskrba (Z48.8). Dodatne

diagnoze kronična ledvična bolezen, stopnja 5 (N18.5) ali kronična ledvična odpoved, neopredeljena (N18.9) v vseh teh primerih ni dovoljeno kodirati. Vnesejo se tudi posegi, ki so bili opravljeni.

SPP in NBO/SPP/17 Kdaj se pri vnašanju podatkov v razvrščevalnik lahko vnese diagnoza sladkorna bolezen?

Odgovor: Sladkorna bolezen se v razvrščevalnik lahko vnese le takrat, kadar so izpolnjeni pogoji za glavno (standard 0001) ali dodatno diagnozo (standard 0002), pri tem pa se upoštevajo pravila multiplega kodiranja.
Upoštevanje multiplega kodiranja pomeni, da kadar je zadoščeno pogoju standarda 0001 (glavna diagnoza) ali standardu 0002 (dodatna diagnoza), se kodirajo vsa stanja v povezavi z diabetesom, tudi tista, ki morda kriterijem teh standardov ne zadostijo.

SPP in NBO/SPP/18 Pacient je bil sprejet v akutno bolnišnično obravnavo zaradi kemoterapije, pri kateri protokol zahteva 2- ali 3-dnevno hospitalizacijo (npr. reakcija po prejšnji kemoterapiji, potrebno daljše spremljanje in podobno). Kaj vnesemo v razvrščevalnik v takem primeru?

Odgovor: V primeru 2- ali 3-dnevne hospitalizacije zaradi kemoterapije je v razvrščevalnik dovoljeno vnesti samo glavno diagnozo in posege, ki so bili izvedeni. Kodiranje dodatnih diagnoz v takem primeru ni dovoljeno.

SPP in NBO/SPP/19 V bolnišnici na nekaterih oddelkih izvajamo poseg zunajtelesno odstranjevanje ogljikovega dioksida iz krvi. Poseg ni opredeljen v veljavni Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Katero šifro lahko uporabimo za razvrščevalnik?

Odgovor: V primeru, da je bilo izvedeno zunajtelesno odstranjevanje ogljikovega dioksida iz krvi, kodirajte zunajtelesni krvni obtok, periferna kanilacija (38603-00).

SPP in NBO/SPP/20 Kdaj se zabeležijo kode iz kategorij Z11, Z12 in Z13 kot glavne diagnoze?

Odgovor: Kode iz kategorij Z11, Z12 in Z13 Poseben presejalni pregled za ... se zapišejo kot glavne diagnoze, kadar se pacient pregleda (na primer endoskopija) zaradi določene bolezni ali motnje in kadar bolezen, za katero je bil pacient pregledan, ni odkrita ali ni bila nikoli odkrita.
Kodo za bolezen zapišite kot glavno diagnozo, če je bila bolezen, za katero je bil pacient pregledovan, odkrita med epizodo presejevalnega pregleda. Kode Z11.-, Z12.- ali Z13.- naj se zabeležijo kot dodatna diagnoza.

SPP in NBO/SPP/21 V bolnišnici smo začeli uporabljati novo metodo zdravljenja, ki je še ni v veljavni Klasifikaciji terapevtskih in diagnostičnih postopkov. Kako jo lahko kodiramo?

Odgovor: Za nove posege, ki še niso uvrščeni na seznam Klasifikacije terapevtskih in diagnostičnih postopkov, je treba, dokler se z ZZZS ne uskladi drugače, uporabiti kodo z opisom drugi posegi, ki je vedno na koncu vsakega poglavja tega šifranta.

SPP in NBO/SPP/22 Kako obračunamo dializo pri zavarovani osebi s kronično ledvično boleznijo, kadar je hospitalizirana?

Odgovor: Kadar je zavarovana oseba sprejeta v akutno bolnišnično obravnavo in je glavna ali dodatna diagnoza kronična ledvična bolezen (N18), je dializa vključena v obračun SPP. Kadar pa glede na veljavne Standarde kodiranja kronične ledvične bolezni (N18) ni med diagnozami, ki se vnesejo v razvrščevalnik, se

opravljena dializa obračuna dodatno, kot ambulantna storitev. Navedeno ne velja za obračun akutne dialize.

SPP in NBO/SPP/23 Katere posege se vnese v razvrščevalnik v primeru perkutane vstavitve aortne zaklopke (TAVI)?

Odgovor: V primeru perkutane vstavitve aortne zaklopke se v razvrščevalnik vnese posega zamenjava aortne zaklopke z biološko protezo s šifro 38488-01 in kateterizacija/kanalizacija druge arterije s šifro 34524-00.

SPP in NBO/SPP/24 Kateri poseg se vnese v razvrščevalnik, kadar se pri operativnih posegih kot del standardnega postopka uporablja kateter Swan Ganz?

Odgovor: Kadar je pri operativnih posegih (katerekoli vrste, zlasti srčne operacije) kot del standardnega postopka uporabljen kateter Swan Ganz, se v razvrščevalnik vnese poseg vstavitve balonskega katetra v desno srce zaradi monitorizacije (kateter Swan Ganz) (13818-00). V teh primerih vnos posega kateterizacije desnega srca (38200-00) v razvrščevalnik ni dovoljen.

SPP in NBO/SPP/25 Ali se lahko ob posegu koronarna angiografija (38215-00) v razvrščevalnik vneseta tudi posega vstavitev naprave za žilni pristop (34528-02) in zakrpanje arterije z umetnim materialom (33548-01) za zapiranje vbodne rane po zaključenem posegu?

Odgovor: Kadar je izvedena koronama angiografija (38215-00), vnos šifer za posamezne faze posega v razvrščevalnik ni dovoljen v skladu s standardom kodiranja 0016 Splošne usmeritve za postopke in 0042 Postopki, ki se jih navadno ne kodira. Odgovor smiselno velja tudi za druge primerljive posege.

NEAKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA

SPP in NBO/NBO/1 (21 NBO/12) Ali si lahko zaračunamo neakutne BOD za paciente, ki umrejo na neakutnem oddelku pred pretekom 6 dni?

Odgovor: Lahko, če se v eni hopsitalizaciji izvaja samo neakutna obravnava (Priloga BOL Splošnega dogovora). NBO izjemoma lahko traja tudi manj kot 6 dni, če gre za simptomatsko zdravljenje. V simptomatsko zdravljenje sodi vsako zdravljenje za blažitev ali začasno umiritev ponavljajočih se bolezenskih težav, ki trajajo manj kot 6 dni in ne sodijo med ambulantne obravnave niti med primere enodnevnega zdravljenja v bolnišnici (protibolečinsko zdravljenje, zdravljenje težav pri agresivni terapiji in po njej, odpravljanje bolezenskih akutnih težav, ki ne sodijo v akutno obravnavo, ipd.).

SPP in NBO/NBO/2 (21 NBO/13) Ali se lahko pacient iz DSO sprejme na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo?

Odgovor: Ne, na ta oddelek se ne sprejemajo pacienti iz socialnovarstvenih ustanov. Sprejem mora biti zagotovljen za tiste paciente, ki ustrezajo določilom iz Priloge BOL-5 Splošnega dogovora.

SPP in NBO/NBO/3 (21 NBO/14) Ali zavarovana oseba lahko čaka na oddelku za NBO na diagnostični poseg?

Odgovor: Ne, čakanje na diagnostični poseg ni razlog za sprejem na oddelek za NBO.

SPP in NBO/NBO/4 (21 NBO/15) Kaj mora biti zabeleženo v zdravstveni dokumentaciji v primeru obračuna NBO?

Odgovor: Listina odpusta (odpustnica) mora vsebovati:
– zaključek ABO (zapisano zdravstveno stanje zavarovane osebe ob zaključku ABO),
– datum zaključka ABO,
– medicinsko indikacijo oziroma razlog za premestitev na oddelek NBO,
– zdravstvene storitve, ki se izvajajo na oddelku NBO po dnevih (fizioterapija, rehabilitacija, prevezi ran, terapija z zdravili za kronična obolenja ipd.),
– datuma začetka in zaključka NBO.
V primerih ponovnega poslabšanja obstoječega zdravstvenega stanja se ne obračunavajo BOD neakutne obravnave, pač pa se ponovno beleži ABO, ki se obračuna kot en SPP.

SPP in NBO/NBO/5 (21 NBO/17) Kaj obračunati v primeru, da ni medicinske indikacije za premestitev na oddelek za NBO? Ali je čakanje za sprejem v socialnovarstveno ustanovo razlog za premestitev na oddelek za NBO?

Odgovor: V primeru, ko se na oddelek za NBO premesti zavarovana oseba, pri kateri ni medicinske indikacije za premestitev v NBO, se iz sredstev OZZ obračunajo stroški zdravstvene nege, kot je to v skladu z določili Navodila o zagotavljanju zdravstvene in socialnovarstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnišnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma.
Enako velja, kadar je zavarovana oseba premeščena na oddelek za NBO zaradi čakanja na sprejem v socialnovarstveno ustanovo, saj je to socialna indikacija.

SPP in NBO/NBO/6 (24 NBO/1 - 2011) Ali je pri premestitvi iz ABO v NBO treba pridobiti napotnico od pacientovega izbranega zdravnika?

Odgovor: Zavarovana oseba, ki je na zdravljenju v bolnišnici, za premestitev iz ABO v NBO ne potrebuje nove napotnice izbranega zdravnika.

SPP in NBO/NBO/7 (24 NBO/2 - 2011) V kolikšnem času oddelek za NBO lahko izvede aktivnosti za premestitev pri njih obravnavane osebe v eno izmed bolnišnic, ki izvaja podaljšano bolnišnično zdravljenje?

Odgovor: Premestitev pogojuje zdravstveno stanje pacienta. V primeru nadzora mora biti razvidna medicinska indikacija za tako vrsto bolnišnične obravnave oziroma premestitve.

SPP in NBO/NBO/8 (24 NBO/3 - 2011) Ali BOD-e v NBO za zavarovane osebe, ki niso nameščene na oddelku za NBO, obračunamo enako kot za tiste osebe, ki so nameščene na oddelku za NBO?

Odgovor: Praviloma ne. Potrebna je premestitev na oddelek za NBO. V kolikor pacienta ne premestite na oddelek NBO, od 1. 4. 2011 velja: »Cena BOD znaša 70 % kalkulacije PBZ oziroma bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe.« (Priloga BOL SD.)
Glede obračuna števila dni NBO pri zavarovani osebi, ki ni nameščena na oddelku za NBO, veljajo enaka pravila, navedena v Prilogi BOL SD.

SPP in NBO/ NBO/9 Kateri so kriteriji za premestitev poškodovancev s poškodbo vratne hrbtenice in tetraplegijo ali paraplegijo v NBO?

Odgovor: Kriteriji za premestitev poškodovancev s poškodbo vratne hrbtenice in tetraplegijo ali paraplegijo **ter** uvrstitev v NBO so sledeči:
Poškodovanec ne potrebuje več travmatološke kirurške oskbe zaradi samega zloma vratne hrbtenice in/ali pridruženih zlomov lokomotornega aparata – postoperativne rane so zaceljene.
Poškodovanec nima akutne okužbe, ki bi v primeru ambulantnega zdravljenja zahtevala napotitev na sekundarni nivo (primera ambulantno obravnavanih okužb: cistitis, infekti zgornjega respiratornega trakta).
Poškodovanec je kardiovaskularno stabilen in ne potrebuje intenzivnega zdravljenja (potreba po CVK, vazoaktivni podpori, neinvazivni ventilaciji, intenzivni respiratorni fizioterapiji s pogostimi aspiracijami ali uporabo eks/insuflatorja).
Poškodovanec diha spontano na usta oziroma ima formirano traheostomo in potrebuje nizek dodatek kisika v vdihanem zraku oziroma diha s pomočjo ventilatorja za domačo uporabo.
Poškodovanec ima zagotovljen ustrezen enteralni vnos hranil in tekočin (lahko preko gastrostome).
Pri premestitvi iz enote za intenzivno terapijo je na podlagi ocene rehabilitacijskega potenciala pripravljen program rehabilitacije (oboje pisno v zdravstveni dokumentaciji), kar izda specialist fizikalne medicine in rehabilitacije kot vodja tima za rehabilitacijo.

SOCIALNOVARSTVENI ZAVODI (domovi starejših občanov, posebni socialni zavodi, varstveno delovni centri)

NZD/DSO in PSZ/1 (20,8/153) Kdaj lahko kot storitve zdravstvene nege beležimo pomoč pri vstajanju in hoji ob akutnih poslabšanjih zdravstvenega stanja (storitev II/9), kontrola odvajanja, aplikacija odvajala in opazovanje izločkov (storitev II/1), opazovanje zdravstvenega stanja (storitev I/3) in merjenje vitalnih funkcij (storitev I/7)?

Odgovor: Navedene storitve lahko beležite kot storitve zdravstvene nege, kadar jih naroči zdravnik zaradi spremembe zdravstvenega stanja oskrbovanca. Zdravnik mora zabeležiti zdravstveno stanje oskrbovanca (ne le posamezne diagnoze).
Storitve so lahko podlaga za obračun zdravstvene nege, kadar so izpolnjeni kriteriji iz Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege za uvrstitev v eno od kategorij zdravstvene nege.
Obračun storitev temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/DSO in PSZ/2 (8/157) Ali nadzornik poleg druge dokumentacije lahko zahteva tudi izpis začasnih odsotnosti oskrbovancev?

Odgovor: Nadzorni zdravnik lahko za potrebe nadzora obračuna nege za določeno obdobje zaprosi tudi za izpis začasnih odsotnosti oskrbovancev v tem obdobju.

NZD/DSO in PSZ/3 (17/499) V domovih za ostarele zahtevajo, da ima oseba, ki naj bi bila sprejeta v dom za ostarele, opravljeno preiskavo za MRSA. Kdo je plačnik te storitve?

Odgovor:
Za uspešnejše preprečevanje širjenja odpornih bakterij je potrebno ravnati v skladu s priporočili Nacionalne komisije za preprečevanje in obvladovanje bolnišničnih okužb, ki so objavljena na spletni strani MZ (povezava spodaj):
http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/nacionalna_komisija_za_obvladovanje_bolnisnicnih_okuzb/strokovnjaki/.
V priporočilih je opredeljeno katere nadzorne kužnine in kdaj se odvzamejo ter kdaj se izvaja dekolonizacija.
Poleg tega, da se preiskave nadzornih kužnin na prisotnost večkratno odpornih mikrorganizmov, v skladu z Okrožnico ZAE 07/17, lahko obračunajo kot ločeno zaračunljivi material v okviru dejavnosti 302 002 »Splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu«, imajo domovi povrnjene stroške kompletov za dekolonizacijo (LZM), zato se od izvajalcev pričakuje ravnanje v skladu z navodili objavljenimi na spletni strani MZ.

V omenjenih priporočilih ni navedeno, da mora izbrani osebni zdravnik izvajati preiskave brisov nadzornih kužnin zaradi sprejema v dom starejših občanov .

NZD/DSO in PSZ/4 (20/565) Kdo je dolžan zagotoviti opremo in jeklenke za zdravljenje zavarovancev s kisikom, DSO ali pristojna splošna ambulanta?

Odgovor: Za opremo prostorov je po veljavni zakonodaji odgovoren ustanovitelj. ZZZS ne zagotavlja opremljanja prostorov oziroma stavb in za to tudi ni pristojen, zagotavlja le plačilo opravljenih zdravstvenih storitev in individualno pravico zavarovane osebe do trajnega zdravljenja s kisikom na domu.

ZD/DSO in PSZ/5 (20/569) Kdo je plačnik dekolonizacije in odvzemov ter laboratorijskih preiskav brisov za MRSA pri stanovalcih, ki so bili sprejeti z MRSO?

Odgovor: Preiskave nadzornih kužnin se obračuna kot ločeno zaračunljivi material v dejavnosti 302002 Splošna ambulanta v socialnovarstvenem zavodu v primerih, kadar so opravljene skladno s strokovnimi usmeritvami za odvzem brisov na večkratno odporne bakterije (dostopno na spletni strani Ministrstva za zdravje.
http://www.mz.gov.si/si/delovna_podrocja_in_prioritete/zdravstveno_varstvo/kakovost_in_varnost/nacionalna_komisija_za_obvladovanje_bolnisnicnih_okuzb /strokovnjaki/
V delu, ki se nanaša na specifično negovalno obravnavo na osnovi Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege, se za dneve dekonolonizacije obračuna zdravstvena nega III (v dejavnosti 644 408, 644 413, 644 418). Uporabljeni material za dekolonizacijo se obračuna s šifro LZM (Q0240) (v veljavi od 1. junija 2016).

NZD/DSO in PSZ/6 (20/570) Kdo zagotavlja obvezilni in ostali material, kadar so potrebne preveze nepokretnega oskrbovanca v postelji? Ali ima to dom starejših občanov priznano v negi ali ga mora zagotavljati splošna ambulanta na naročilnico?

Odgovor: Materialne stroške nosi izvajalec, ki izvaja in obračuna zdravstveno obravnavo oskrbovanca. Če obravnava po Merilih za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege ustreza kriterijem zdravstvene nege, je izvajalec socialnovarstveni zavod. Če gre za ambulantno oskrbo rane, je izvajalec splošna ambulanta v socialnovarstveni ustanovi, in pri tem ni odločilno, ali je oskrbovanec pokreten ali nepokreten.

NZD/DSO in PSZ/7 (24 DSO IN PSZ/1 – 2011) Kaj zajema zdravstvena storitev odvzem materiala za laboratorijske preiskave in kdo jo plača?

Odgovor: Odvzem materiala za laboratorijske preiskave, ki jih naroči zdravnik, je strošek splošne ambulante tako kot prevoz materiala do laboratorija in preiskava.
V primeru, da osebje doma opravi odvzem krvi po naročilu domskega zdravnika, mora te odvzeme plačati pristojna splošna ambulanta. Kadar so odvzemi potrebni za laboratorijsko preiskavo, ki ga potrebuje negovalna ekipa pri izvajanju zdravstvene nege, so odvzemi del obračunane zdravstvene nege. Tak primer je več dnevnih odvzemov za krvni sladkor pri vodenju diabetesa, ki je neurejen in labilen; za te odvzeme po naročilu zdravnika skrbi negovalna ekipa doma. Izključno zaradi odvzema materiala za laboratorij se zdravstvena nega nikoli ne obračuna v breme ZZZS.

NZD/DSO in PSZ/8 (24 DSO IN PSZ/2 – 2011) Hospitalizirana bolnica želi čez vikend potovati domov, v socialnovarstveno ustanovo, z reševalnim vozilom. Ali je utemeljena izdaja naloga za prevoz? Ali lahko socialnovarstvena ustanova beleži storitve nege preko vikenda, čeprav bolnišnično zdravljenje ni prekinjeno?

Odgovor: Skladno s Splošnim dogovorom (Priloga BOL, 15. člen) lahko izvajalec med potekom bolnišnične obravnave zavarovani osebi predlaga začasen odpust iz bolnišnice, če sta hkrati izpolnjena naslednja pogoja:

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

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

Obračun zdravstvene nege v SVZ med začasnim odpustom iz bolnišnice je utemeljen in temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

ZD/DSO in PSZ/9 (24 DSO IN PSZ/4 – 2011) Ali lahko zdravstvenonegovalni kader v socialnovarstvenih ustanovah sam določi kategorijo zdravstvene nege?

Odgovor: Zdravstvenonegovalni kader razvrsti oskrbovanca v posamezno kategorijo zdravstvene nege na osnovi zdravstvenega stanja in medicinskotehničnih posegov po določilih zdravnika, ki opravlja osnovno zdravstveno dejavnost v socialnovarstvenem zavodu, za zdravstvenonegovalne postopke pa po opredelitvah vodje zdravstvenonegovalne službe. Slednji vodi oziroma zagotovi vodenje ustreznih zapisov v zdravstveno dokumentacijo, ki vključuje tudi vse podatke o spremembah v zahtevnosti nege po oskrbovancih in po dnevih. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/DSO in PSZ/10 (24 DSO IN PSZ/7 – 2011) Ali je zdravstvena nega od vstopa v socialnovarstveno ustanovo dosmrtna?

Odgovor: Zdravstvena nega ni dosmrtna. Skladno s SD mora zdravstvena dokumentacija vsebovati zapis začetka zdravstvene nege (ob ustrezni utemeljitvi zaradi sprememb v zdravstvenem stanju oskrbovanca socialnovarstvene ustanove) in datum zaključka za določen tip nege oziroma datum spremenjenega zdravstvenega stanja in posledično spremembo v tipu nege.

NZD/DSO in PSZ/11 (24 DSO IN PSZ/8 – 2011) Katero kategorijo zdravstvene nege lahko obračunamo pri urejenih sladkornih pacientih, ki jim dajemo inzulin trikrat dnevno?

Odgovor: Glede na veljavna Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege lahko obračunate storitev zdravstvene nege I.

NZD/DSO in PSZ/12 (24 DSO IN PSZ/9 – 2011) Ali se lahko obračunava zdravstvena nega pri oskrbovancih, ki začasno bivajo v DSO?

Odgovor: Pri oskrbovancih, ki začasno bivajo v DSO, se lahko obračunavajo storitve zdravstvene nege, če ustrezajo kriterijem iz Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege.

NZD/DSO in PSZ/13 Ali je treba zdravstveno dokumentacijo oskrbovancev, ki so se preselili v drug DSO ali so se vrnili domov, fotokopirati in hraniti za potrebe nadzora ZZZS?

Odgovor: Fotokopiranje medicinske dokumentacije oskrbovancev, ki so bili premeščeni v drug dom ali so se vrnili domov, ni potrebno. Nadzorni zdravnik bo v takih primerih bodisi izbral kartoteko drugega oskrbovanca iz predhodno pripravljenega nekoliko številnejšega nabora bodisi bo dokumentacijo pridobil sam pri drugem izvajalcu.

REHABILITACIJA

SPEC/REH/1 (15/362 in 16/52) Kolikokrat lahko obračunamo storitev vroči ovitki: jodovi, fango, parafin ... (šifra 86022) pri aplikaciji na različnih delih telesa? Na primer na ramenih, kolkih, stopalih.

Odgovor: Glede na to, da se vroči ovitki, obkladki lahko dajejo na različna mesta hkrati, se storitev vroči ovitki: jodovi, fango, parafin ... (šifra 86022) lahko obračuna le enkrat na dan.

SPEC/REH/2 (15/363 in 16/53) Ali je možno pri enokanalni analgetični terapiji z diadinamskimi tokovi s šifro 86040 obračunati aplikacijo dvakrat na dveh različnih mestih (npr. rama in kolk ali vrat in križ)? Kako izvesti in obračunati DD obeh ramen, vratu in križa desetkrat?

Odgovor: V skladu z metodologijo SNBO se storitev terapija z diadinamičnimi in interferenčnimi tokovi (86040) lahko obračuna enkrat dnevno. Če je zdravnik na delovnem nalogu predpisal aplikacijo na dve ali več lokacij in predvidel deset terapij, se terapija na omenjena mesta aplicira izmenično.

SPEC/REH/3 (15/364 in 16/54) Ali je možno ročno limfno drenažo obeh udov obračunati dvakrat?

Odgovor: Ročna limfna drenaža se lahko obračuna le enkrat dnevno s šifro fizioterapija za zmanjšanje edema (94740), in sicer le za odpravljanje patoloških edemov.

SPEC/REH/4 (15/368 in 16/58) Ali lahko fizioterapevt obračuna storitve merjenja mišične moči, obsega in dolžine ekstremitet (šifre 12051, 12052, 12053, 13621,13622 ter šifro 13610), če jih predpiše specialist fiziater?

Odgovor: Fizioterapevt lahko obračuna te storitve, obračun pa temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

SPEC/REH/5 (16/5) Kako obračunamo vnašanje zdravil preko kože s pomočjo galvanskega toka – iontoforezo?

Odgovor: Iontoforezo lahko obračunate s šifro iontoforeza kože z medikamenti (59330***), a le, če ni istočasno obračunana ena izmed oskrb.

SPEC/REH/6 (16/6) Kako lahko obračunamo t. i. rusko stimulacijo, ki jo uporabljamo za jačanje atrofične muskulature?

Odgovor: Stimulacija za krepitev atrofične muskulature se obračuna s šifro električna stimulacija, nedoločena – zdravnik in VZD (86690), pri čemer je treba upoštevati kadrovski normativ, ki zahteva prisotnost specialista in višjega zdravstvenega delavca. Če opravlja storitev višji zdravstveni delavec, se obračuna s šifro električna stimulacija, nedoločena – VZD (86689).

SPEC/REH7 (16/9) Ali lahko za obračun interferenčne elektroterapije, ki jo izvedemo v kombinaciji z vakuumsko elektromasažo, pri čemer se uporabljata dve aparaturi, uporabimo šifro kombinirana fizikalna terapija (94701) oz. dvakrat obračunamo šifro 86040?

Odgovor: Terapija z interferenčnimi tokovi se pravilno obračuna s šifro terapija z DD in interferenčnimi tokovi (86040). Obračuna se lahko le enkrat, ne glede na to, ali se uporablja v kombinaciji z vakuumsko elektromasažo ali z navadnimi elektrodami.

SPEC/REH/8 (16/10) Magnetoterapija traja pri nekaterih diagnozah 15 minut, pri nekaterih pa kar 30 minut. Ali lahko pri slednjih obračunamo dve storitvi?

Odgovor: Storitve magnetoterapije s pulzirajočim magnetnim poljem (FMF) se obračunajo s šifro magnetoterapija (86215). Obračunajo se lahko samo enkrat, ne glede na trajanje terapije.

SPEC/REH/9 (16/16) Kako naj obračunamo elektrostimulacijo npr. pri peroneus parezi, kjer v praksi stimuliramo tri različne mišice (dorzifleksija, everzija, ekstenzija prstov)? Ali naj jo obračunamo enako kot npr. pri parezi deltoideusa (prednja, srednja, zadnja vlakna ...)?

Odgovor: Elektrostimulacijo ene funkcionalne skupine obračunate s šifro elektrostimulacija (86310), in sicer enkrat dnevno.

SPEC/REH/10 (16/47) Pod katero šifro je možno obračunavati REM (miza)?

Odgovor: REM s pomočjo vibracijske mize ni možno obračunati v breme ZZZS.

SPEC/REH/11 (16/25) Kako obračunamo storitve lokalnega ohlajevanja z ledenimi oblogami in hladno vodo?

Odgovor: Obe vrsti krioterapije se obračunata s šifro lokalno ohlajevanje (86120).

SPEC/REH/12 (16/49) Diatermija (86050) ima normativ 7 minut. Ali lahko pri diagnozah, ki zahtevajo 15-minutno ogrevanje (po navodilih proizvajalca aparata), obračunamo dve storitvi dnevno?

Odgovor: Diatermijo (86050) lahko obračunate ZZZS za enega pacienta le enkrat dnevno, ne glede na trajanje storitve.

FIZIOTERAPIJA

NZD/FT/1 (16/4) Kako se obračunava fizioterapevtska storitev hendling – pestovanje dojenčka (pravilno pestovanje majhnih novorojencev).

Odgovor: Hendling – pestovanje dojenčka se ne more obračunati kot samostojna storitev, ker je že sestavni del drugih fizioterapevtskih obravnav razvojno motenega otroka.

NZD/FT/2 (16/11) Kaj storiti, če pride k zdravniku pacient z isto diagnozo dvakrat ali večkrat v letu, vendar na različne terapije? Navajamo primer kronične lumboishialgije: 1. terapija: IF, TT, vaje; 2. terapija: UZ, DD ali TENS, vaje; 3. terapija: UKW, Pearl, vaje

Odgovor: Skladno s Pravili OZZ je število fizioterapevtskih obravnav v kategoriji zavarovanih oseb z opredeljenimi kroničnimi boleznimi omejeno na deset dni fizioterapevtske obravnave v koledarskem letu. Omejevanje je vezano na diagnozo in ne na vrsto terapije. Tri različne terapije za isto kronično bolezen (kronična lumboishilagija) ne utemeljujejo pravic do treh obravnav. Za spoštovanje omenjenih določil Pravil OZZ je odgovoren zdravnik, ki zavarovano osebo napotuje na fizioterapijo.

NZD/FT/4 (16/13) Kolikokrat lahko pacient obišče fizioterapijo pri različnih poškodbah? Ali so omejitve glede na vrsto poškodbe?

Odgovor: Pravila OZZ ne omejujejo fizioterapevtske obravnave po vrstah poškodbe. Pri pacientu se izvede toliko obiskov, da bo doseženo želeno stanje.

NZD/FT/5 (16/18) Kdo je plačnik storitev oz. sankcij v primeru, ko pride pacient z novim delovnim nalogom na fizioterapijo, pri čemer so storitve opravljene, kasneje pa se izkaže, da je letno število terapij že izkoristil pri drugem izvajalcu?

Odgovor: Za izdajo delovnega naloga za fizioterapijo je odgovoren zdravnik. Če fizioterapevt ve, da so pravice po Pravilih OZZ že izkoriščene, pacienta o tem obvesti, ne sme pa ga samovoljno odkloniti. Obvesti tudi predpisovalca delovnega naloga, in to zabeleži v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/FT/6 (16/32) Kaj naj storimo v primeru, ko pacient pride na terapijo z diagnozo LUMBOISCHIALGIA AC. (sum na HD), iz naših podatkov pa je razvidno, da je v tekočem letu že opravil terapijo zaradi diagnoze LUMBOISCHIALGIA CHR?

Odgovor: Omejitev števila fizioterapevtskih obravnav se nanaša na kronična stanja, opredeljena v Pravilih OZZ, in ne na akutna stanja.

NZD/FT/7 (16/41) Ali smo dolžni opravljati več fizioterapevtskih storitev, kot je predvideno v planu?

Odgovor: Paciente ste dolžni sprejemati po vrstnem redu s čakalnega seznama ter svoj letni program dela enakomerno razporediti na 12 mesecev.

NZD/FT/8 (16/46) Ali ima pacient z daljšo nepokretnostjo, ki nima nobene možnosti, da bi mu nudili potrebne fizioterapevtske storitve v zdravstvenem domu, pravico do fizioterapevtskih storitev na domu?

Odgovor: Fizioterapija na domu po veljavni zakonodaji ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

NZD/FT/10 (16/33) Ali pacient za različna stanja (diagnoze) lahko opravlja fizioterapijo večkrat letno, na primer januarja za cervicalgio, maja za arthralgio gen. sin., oktobra za lumboischialgio?

Odgovor: Za različna stanja (diagnoze) pacient lahko opravlja fizioterapijo večkrat letno, za vsako kronično stanje oziroma diagnozo, opredeljeno v Pravilih OZZ, pa do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave v koledarskem letu, npr. za cervicalgio chr. 10 dni obravnave letno in za lumboishialgio chr. 10 dni obravnave letno.

NZD/FT/13 Ali mora zdravnik na DN nujno izpolniti »CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE«?

Odgovor: Da, cilj mora biti opredeljen.

NZD/FT/14 Kakšna je opredelitev stopnje okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema ali omejitve gibalnih dejavnosti pri različnih FO?

Odgovor:
MFO: lažje okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti pacientu povzročajo malo težav pri gibanju oz. opravljanju dejavnosti vsakdanjega življenja, pri športu, hobijih ... (npr. lažje omejitve funkcije zgornjega uda ali hoje). Pri teh pacientih bi morala zadostovati MFO.
SFO: okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti srednje stopnje.pacientu povzročajo več težav kot lažje okvare, vendar manj kot težke okvare, zato bi po časovnem obsegu morala zadostovati SFO. VFO: Težke okvare funkcije in zgradbe gibalnega sistema in/ali omejitve gibalnih dejavnosti ter motnje koordinacije gibanja in ravnotežja zaradi okvar živčno-mišičnega sistema ali lažjih okvar osrednjega živčevja povzročajo hude omejitve pri opravljanju dejavnosti (npr. zelo omejena sposobnost hoje ali uporabe zgornjega uda). Zato pacienti potrebujejo **VFO** ali v določenih primerih spec FO. Pri teh pacientih so nujno potrebni postopki kinezioterapije, v katerih fizioterapevt s pacientom dela individualno (torej so različne oblike skupinske vadbe nesmiselne oz. niso dovolj). Drugi postopki, npr. elektro- in termoterapije, pa so smiselni glede na potrebe pacienta.
Spec FO: stanja po poškodbah ali obolenjih, ki zahtevajo znanje specialnih postopkov:
– manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema; ročna limfna drenaža primarnih in sekundarnih limfedemov; kinezioterapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema;
– nevrofizioterapija otrok in odraslih z okvarami osrednjega živčevja. Zahzevne okvare mišično-skeletnega sistema so tiste, pri katerih so poleg osnovnih FT-postopkov potrebni še specialni postopki manualne terapije ali mišično-skeletne fizioterapije. Če se npr. po VFO stanje še ni izboljšalo ali če je že od začetka jasno, da bo pacient potreboval npr. mobilizacijo sklepov ali poglobljeno kinezioterapijo. Pri spec FO: manualna terapija ... fizioterapevt poleg mobilizacije sklepov udov obvlada tudi mobilizacijo sklepov hrbtenice; pri spec FO: mišično-skeletna fizioterapija ... pa je poudarek na znanju kinezioterapije (poleg mobilizacije sklepov udov ali drugih metod za obdelavo okvar zgradbe).

NZD/FT/15 Ali je pacient z diagnozo zlom zapestja – edem upravičen do spec FO – limfna drenaža?

Odgovor: Travmatski edem ni indikacija za spec FO – limfna drenaža: obravnava primarnega in sekundarnega limfedema. Lahko se obravnava v okviru običajnih obravnav (VFO, SFO, MFO) s postopki fizioterapija za zmanjšanje edema FT017 (ki lahko vključuje tudi limfno drenažo) ali kompresijska terapija FT025 ali z drugimi postopki, ki vplivajo na zmanjšanje edema, ki je posledica vnetja po poškodbi (npr. hlajenje). V primeru travmatskega edema lahko te postopke izvajajo fizioterapevti z osnovno fizioterapevtsko izobrazbo. V redkih primerih, ko je poškodba tako huda, da je poškodovan tudi limfni

sistem in nastopi sekundarni limfedem, pa je spec FO – limfna drenaža: obravnava primarnega in sekundarnega limfedema indicirana.

NZD/FT/16 (16/45) Kdaj in v katerih primerih je pacient v tekočem letu upravičen do več kot 10 dni fizioterapevtskih obravnav za določeno diagnozo in po katerih diagnozah?

Odgovor: Skladno s Pravili OZZ so zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo, pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze, ter z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezni edukacijski program, po presoji osebnega zdravnika v koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave. Pravica do fizioterapevtske obravnave se šteje v tisto leto, v katerem je bila obravnava začeta.
Osnovni kriterij za upravičenost do nadaljnjih obravnav pa je stanje, ki zahteva nov edukacijski program (drugačen od tistega, ki ga je pacient v tem letu že usvojil), bodisi da to terjajo težave zaradi druge bolezni (druga diagnoza) ali pa gre za težave na drugem delu telesa ob isti diagnozi in je zaradi lokacije upravičena drugačna obravnava oziroma bistveno drugačen edukacijski program (kar pa npr. ne velja v celoti za različne segmente hrbtenice, kjer sta možni le dve obravnavi: za področje cervikalnega in lumbalnega predela). Za druge bolezni, poškodbe, akutna stanja, ki niso določeni v Pravilih OZZ, zdravnik predpiše število terapij po svoji strokovni presoji.

NZD/FT/17 Pri vsakem novem pacientuu je treba na začetku oceniti stanje. Ali se to že šteje za prvi obisk ali je to dodatno delo?

Odgovor: Začetna ocena stanja je eden od postopkov, ki ga izvedete pri prvem obisku.

NZD/FT/18 Na kakšen način oceniti začetno stanje pacienta, ki pride na pregled zaradi bolečine?

Odgovor: Oceno začetnega stanja izvedete v skladu z opisom v veljavnih šifrantih ZZZS in ocenjevalnimi postopki, ki jih je priporočil RSK za fizioterapijo.

POPRAVLJENO
NZD/FT/19 Ali je postopek manualna terapija mehkih tkiv (FT016) ekvivalenten delni ročni masaži (94712)? Kdaj lahko obračunamo specialno manualno fizioterapevtsko obravnavo)?

Odgovor: V veljavnih šifrantih manualna terapija mehkih tkiv (FT016), npr. obravnava brazgotin, adhezij ali zadebelitev v koži, podkožju in mišicah, ni ekvivalentna postopku delna ročna masaža (94712). Manualno terapijo zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema, ki poleg osnovnih fizioterapevtskih postopkov zajema še specialne postopke manualne terapije mehkih tkiv ter mobilizacijo sklepov udov in hrbtenice s šifro Specialna fizioterapevtska obravnava pacienta ob 1 obisku (SpecFO FT0005) obračunamo, kadar je izvedena po naročilu zdravnika.

NZD/FT/20 Kateri postopki se lahko obračunajo v okviru posamezne fizioterapevtske obravnave?

Odgovor: Vsi fizioterapevti z diplomo in opravljenim strokovnim izpitom lahko opravljajo in beležijo FT-postopke s šiframi od FT001 do FT039. Te postopke je mogoče opravljati in beležiti pri vseh 4 vrstah FO. FT-postopke s šiframi od FT040 do FT044 pa lahko opravljajo, beležijo in o njih poročajo le fizioterapevti, ki izpolnjujejo pogoje za opravljanje spec FO in so na seznamu fizioterapevtov za spec FO, ki ga objavlja Zavod na svoji spletni strani, in sicer za postopek, ki je naveden na tem seznamu.

NZD/FT/21 Poškodbe so redko rehabilitirane v 10 obiskih. Ali to pomeni, da naj gre pacient po nov delovni nalog za nadaljnjo obravnavo?

Odgovor: Pri posamezni obravnavi ni določen zgornji limit obiskov. Fizioterapevt jih lahko izvede tudi več kot 10, če je to potrebno. Če pa fizioterapevt oceni, da bo za dosego želenega cilja potrebno bistveno večje število obiskov s FT-postopki, kot je okvirno določeno glede na vrsto FO, napotnemu zdravniku v FT-poročilu na podlagi ocene stanja predlaga predpis dodatne FO.

NZD/FT/22 Ali lahko zdravnik istočasno predpiše dva delovna naloga, enega za vrat in drugega za križ, če se ta dva obravnavata ločeno?

Odgovor: Istočasno lahko zdravnik predpiše le en delovni nalog. Smiselna je celostna fizioterapevtska obravnava pacientovih težav. Praviloma več nalogov za eno osebo sočasno ni mogoče aktivirati. Če več diagnoz prispeva k večjim težavam pacienta, to upošteva zdravnik pri predpisu ustrezne vrste obravnave. Zdravnik lahko pri enem delovnem nalogu za sočasno obravnavo opredeli eno ali več diagnoz.

NZD/FT/23 Ali lahko kronični pacient z bolečinami v križu, ki opravi terapijo januarja in se mu junija pojavi akutna bolečina v križu, ki se širi v nogo, še enkrat v tem letu dobi delovni nalog za križ?

Odgovor: Če je prišlo do akutnega poslabšanja kroničnega stanja, kar je razvidno iz anamneze in kliničnega statusa, ki sta zabeležena v dokumentaciji, lahko zdravnik ponovno izda delovni nalog.

NZD/FT/24 Ali lahko zdravnik izstavi delovni nalog za spec FO, ki traja 10 dni, pacientu s kronično bolečino v vratu, ki je v tem letu že opravil 8 obiskov SFO, fizioterapevt pa ugotovi, da bi pacientu lahko pomagala spec FO? Kdaj se sploh lahko predpiše spec FO oz. ali se lahko predpiše recimo na predlog fizioterapevta?

Odgovor: Zavarovane osebe z zdravstvenimi stanji iz 10. točke 26. člena Pravil OZZ (kronične bolečine v hrbtenici, degenerativne revmatske spremembe velikih sklepov spodnjih udov, osteoporoza ...), ki so bile vključene v ustrezni edukacijski program, so po presoji osebnega zdravnika v koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave. Če je bila oseba za tako stanje že deležna FO, ni upravičena do dodatne FO. Fizioterapevt ima možnost prekiniti FO, če med obravnavo zavarovane osebe ugotovi, da predpisana FO ne prinaša pričakovanih učinkov, možno pa bi jih bilo doseči s spec FO. V tem primeru osebo usmeri nazaj k zdravniku, svojo ugotovitev in predlog za napotitev na spec FO pa zabeleži v FT-poročilu.

NZD/FT/25 Kako obračunamo enkratni obisk (npr. navodila, ali če pacient ne pride tolikokrat, kot ima predpisano)?

Odgovor: Izvajalec lahko zaračuna FO le v primeru, da je izvedel najmanj polovico v šifrantu 15.46 navedenih povprečnih obiskov. Enkratnega obiska izvajalec ne more zaračunati.

NZD/FT/26 Ali je fizioterapevtsko poročilo obvezen dokument pri plačilu FO pacientov?

Odgovor: FT-poročilo je obvezno in je del fizioterapevtske obravnave; te izvajalec ne more obračunati, dokler ne pošlje poročila zdravniku. Namenjeno je komunikaciji med fizioterapevtom in zdravnikom, in sicer za poročanje fizioterapevta o opravljeni fizioterapevtski obravnavi zdravniku, ki je zavarovano osebo napotil na fizioterapijo. Fizioterapevt pošlje poročilo zdravniku ob zaključku obravnave, saj takrat naredi zaključno oceno stanja pacienta. Izvajalci fizioterapije pri izpisu FT-poročila zagotovijo, da se ob navedbi kratice FT-postopka izpiše tudi dolgi opis FT-postopka.

NZD/FT/27 V katerih primerih se napotovanje otrok na nevrofizioterapijo opravlja preko razvojne ambulante in v katerih mimo nje?

Odgovor: Pri otrocih s cerebralno paralizo in drugimi nevrološkimi motnjami razvoj še intenzivno poteka na vseh področjih, ne samo na gibalnem, zato je nujno celostno (timsko) spremljanje v razvojnih ambulantah na delovni nalog razvojnega pediatra, ki opravi strokovno triažo ter sproti usklajuje intenzivnost obravnav glede na potrebe otroka in zasedenost terapevtov. Za te primere velja, da se obravnavajo izključno v razvojnih ambulantah in jih obračunski model v dejavnosti 507 028 ne zadeva. Izven razvojnih ambulant je na spec FO – nevrofizioterapija otrok v dejavnosti 507 028 možno napotiti starejše otroke oziroma mladostnike (z motnjami v razvoju), ki so obravnavo v razvojni ambulanti po presoji razvojne ambulante zaključili. Izjema so klinike UKC Ljubljana (ortopedska, ginekološka, pediatrična), kjer fizioterapevti, usposobljeni za spec FO fizioterapija otrok, že več let in smiselno delujejo v okviru strokovnih področij klinike. Tu je napotitev vezana na strokovno presojo zdravnikov specialistov posamezne klinike. Pri otrocih po poškodbah/obolenjih mišično-skeletnega sistema (z normalnim razvojem) pa je možna napotitev tako na spec FO nevrofizioterapija otrok kot tudi na spec FO mišično-skeletna fizioterapija ali spec FO manualna terapija zahtevnih okvar mišično-skeletnega sistema, odvisno od otrokovih težav in dostopnosti določene spec FO.

NZD/FT/28 Kako ravnati v primeru, če šifra MKB na delovnem nalogu ni navedena, razvidna pa je iz priložene medicinske dokumentacije?

Odgovor: Če šifra MKB na delovnem nalogu ni navedena, razvidna pa je iz priložene medicinske dokumentacije, fizioterapevt za potrebe obračuna šifro MKB prepiše iz medicinske dokumentacije. V tem primeru fizioterapevtu ni treba DN za FT poslati v dopolnitev zdravniku, priloženo medicinsko dokumentacijo pa hrani v svoji dokumentaciji.

NZD/FT/29 Ko je zavarovanka začela fizioterapijo, so ji povedali, da bo lahko opravila samo 6 terapij in ne predpisanih 10. Ali je tako ravnanje fizioterapevta pravilno?

Odgovor: Tako ravnanje ni pravilno. Za napotitve na FO na delovnem nalogu ni več predviden vpis števila ponovitev posameznega FT-postopka, temveč fizioterapevt sam odloča o številu potrebnih obiskov za dosego želenega cilja, določenega na delovnem nalogu. Obračunski model opredeljuje povprečno število obiskov v posamezni vrsti fizioterapevtske obravnave in okvirni čas fizioterapevtskega izvajanja postopkov pri pacientu ob enem obisku. Določeno je minimalno število obiskov za obračun. Število obiskov navzgor pa ni omejeno. V primeru, da je strokovno utemeljeno izvajanje le enega od postopkov mehanoterapije, fototerapije, elektroterapije ali magnetoterapije, pri katerih je za doseganje učinkov potrebno večje število obiskov od 8, hkrati pa njihova izvedba ne zahteva 30 minut fizioterapevtskega dela, se izvede večje število obiskov, to je do doseženega cilja ali skladno z normativom (npr. za MFO do 240 minut)

Povprečno število obiskov po vrstah FO temelji na oceni okvirnega števila obiskov, določenega pri posamezni vrsti FO, ki je za:
– MFO od 4 do 8 obiskov (do 240 minut) – povprečno 6 obiskov (180 minut),
– SFO od 6 do 10 obiskov (do 450 minut) – povprečno 8 obiskov (360 minut),
– VFO od 6 do 10 obiskov (do 600 minut) – povprečno 8 obiskov (480 minut),
– spec FO od 8 do 12 obiskov (do 720 minut) – povprečno 10 obiskov (600 minut).

Obračunski model ne predpisuje časovnega normativa za izvajanje posameznega postopka, in sicer z namenom, da se izvajanje postopkov v največji možni meri prilagodi potrebam pacienta za čim učinkovitejšo rešitev njegovega zdravstvenega problema, zaradi katerega je napoten na fizioterapevtsko

obravnavo. Časovni normativi iz SNBO so le okviren pripomoček pri sestavi najustreznejše kombinacije postopkov za dosego želenega cilja.

NZD/FT/30 36-letni pacient s cerebralno paralizo, spastičnostjo in duševno manjrazvitostjo, s 100-odstotno telesno okvaro ter statusom telesno in duševno prizadete osebe je več let po priporočilu specialista hodil na nevrofizioterapijo k razvojnemu fizioterapevtu. Ker se je s starši preselil, je letos FZT opravljal pri fizioterapevtu v novem kraju bivanja in koristil enkratno napotitev na veliko FZT-obravnavo. Koliko delovnih nalogov in za katerega fizioterapevta lahko izdamo v takem primeru?

Odgovor: Ti pacienti načeloma potrebujejo nevrofizioterapijo, torej spec FO za izboljšanje in vzdrževanje funkcije. Zaradi izboljševanja ali vzdrževanja funkcije pa je smiselno, da se to opravi v okviru spec FO za nevrofizioterapijo otrok ali odraslih. Takšni pacienti potrebujejo dosmrtno vzdrževanje stanja. Smiselno je obravnavo raztegniti na npr. dvakrat tedensko, predvsem pa starše/svojce naučiti, kako ohranjati stanje. Če fizioterapevt s testi (npr. gibljivost, ravnotežje v sede ...) ugotovi, da se je stanje zaradi ene spec FO obravnave izboljšalo, in meni, da obstaja verjetnost, da se bo izboljšanje še nadaljevalo, je smiselno terapijo nadaljevati z novo obravnavo. Po drugi obravnavi pa se bo trend izboljševanja za nekaj časa verjetno ustavil. Zato je smiselno obravnavo ponoviti čez eno leto Če fizioterapevt v poročilu ne ugotovi, da se stanje izboljšuje, pa je smiselno obravnave za to leto zaključiti, pred tem pa svojce pacienta naučiti, kako lahko pacientu pomagajo sami.

PATRONAŽA IN NEGA NA DOMU

NZD/PATR/1 (2/27) Na podlagi česa lahko patronažna MS izvaja zdravstveno nego na domu?

Odgovor: Zdravstvena nega pacienta na domu se načrtuje in izvaja na osnovi pisnega naročila (DN), ki ga praviloma predpiše izbrani osebni zdravnik, izjemoma lahko tudi nadomestni ali odpustni zdravnik (npr. paliativa). DN mora biti izpolnjen v skladu z »Navodilom za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z Delovnim nalogom v obveznem zdravstvenem zavarovanju«. Storitve, ki jih zdravnik naroči patronažni medicinski sestri na DN, ta opravi na pacientovem domu in obračuna v skladu z veljavnim šifrantom patronaže oz. nege na domu. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v negovalni dokumentaciji.

NZD/PATR/2 (8/142) in NZD/PATR/9 (17/487) V katerih primerih lahko patronažna MS obračuna dodatni obisk v enem dnevu?

Odgovor: Če obisk po vsebini in trajanju zahteva dodatno dopolnjeno uro, lahko patronažna MS obračuna dodatni obisk, praviloma ni možno obračunati več kot dveh obiskov pri istem pacientu v enem dnevu. Porabljeni čas mora biti 2 dopolnjeni uri ali več.
Ob prvem obisku novorojenčkov oz. dojenčkov dvojčkov ali trojčkov lahko patronažna MS, obračuna en prvi obisk in en oz. dva dodatna obiska (ne more beležiti prvega obiska za vsakega novorojenčka oz. dojenčka).
Ob ponovnih obiskih novorojenčkov oz. dojenčkov dvojčkov ali trojčkov, lahko patronažna MS obračuna za vsakega otroka ponovni obisk.
Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v negovalni dokumentaciji.

NZD/PATR/3 (14/320) Ali obiske patronažne MS pri otročnici in novorojenčku financira ZZZS tudi na dela proste dni?

Odgovor: Patronažni obiski oziroma nega se izvajajo tudi ob dela prostih dneh. V skladu s SD lahko izvajalec vse storitve iz veljavnih šifrantov patronaže in nege na domu, razen šifer PZN1113 in PZN1213, ob dela prostih dneh obračuna ZZZS po osnovni ceni storitve, povečani za 30 %.

NZD/PATR/4 (17/484) Ali lahko patronažna MS obišče zavarovano osebo na njegovo željo oz. na željo svojcev?

Odgovor: Lahko, vendar je pacient samoplačnik za obisk, ki ga patronažna MS opravi na njegovo željo ali na željo svojcev. Patronažna MS lahko samoplačniški obisk opravi izven rednega delovnega časa, ki ga ima po pogodbi z ZZZS.

NZD/PATR/6 (17/485) DN osebnega zdravnika določa vsakodnevno povijanje nog, čeprav so ob pacientu svojci. Zdravnik in svojci vztrajajo, naj pacientu noge vsak dan povija patronažna MS. Kako ravnati v tem primeru?

Odgovor: Za strokovno ustreznost naročila in usklajenost predpisovanja s Pravili OZZ za izvajanje zdravstvene nege na domu je odgovoren zdravnik. Patronažna MS je njegov timski sodelavec in je zato dolžna zdravniku poročati o poteku nege, ki mora biti tudi zabeležena. O poteku in izvajanju nege na domu se morata zdravnik in patronažna MS medsebojno usklajevati in zaključiti nego na domu takoj, ko je mogoče.

NZD/PATR/7 (17/486) in NZD/PATR/14 (17/489) Kdo je dolžan zagotoviti potreben material, ki se uporablja pri negi pacienta na domu, npr. brizgalke, filtre, obvezilni material ...?

Odgovor: Ves material, ki se uporablja za zdravstveno nego na domu, zagotovi izvajalec – v določilih SD je določeno, kateri del stroškov plača izdajatelj DN in kateri del izvajalec nege na domu.

NZD/PATR/8 (17/488) Ali lahko patronažna MS v primerih nadomeščanja (izguba časa na poti najmanj 15 minut oz. oddaljenost najmanj 15 km) obračuna obravnavo v oddaljenem kraju (PZN1113), čeprav omenjeni kriterij ne velja za sedež patronažne MS, ki je nadomeščana?

Odgovor: V času nadomeščanja ima izvajalec, ki nadomešča odsotnega izvajalca, vsa enaka pooblastila za izvajanje dejavnosti, zavarovani osebi pa se storitve zagotavljajo in obračunavajo pod enakimi pogoji – to velja tudi za oddeljene obiske (štejeta oddaljenost in čas od lokacije izvajalca, ki je odsoten).

NZD/PATR/9 (17/490), NZD/PATR/19 (20/560), NZD/PATR/20 (20,18/532) Za koliko časa in v kakšnih primerih je pacient upravičen do aplikacije inzulina ali antikoagulantne terapije s strani patronažne službe v primeru, da ima svojce, ki so mu zmožni aplicirati inzulin ali antikoagulantno terapijo, vendar to zavračajo?

Odgovor: Patronažna MS lahko izvaja aplikacijo inzulina ali antikoagulantne terapije na domu le za krajša obdobja (praviloma največ 1 mesec) ob nastopu bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja, za premostitev kriznih obdobij, ko svojci začasno ne morejo skrbeti za pacienta. Če je na delovnem nalogu izrecno navedna aplikacija 2-krat dnevno, se obračunata dva obiska. Za neprekinjeno oziroma dolgotrajno aplikacijo inzulina ali antikoagulantne terapije morajo poskrbeti svojci.

NZD/PATR/10 (17/489) Ali ZZZS plača izvajanje zdravstvene nege na domu dvema patronažnima MS, kadar je pacient v zelo težkem zdravstvenem stanju in telesne nege ne more izvajati ena oseba svojci pa te ne zmorejo?

Odgovor: ZZZS plača obisk ene patronažne MS in ne dveh. Storitev se praviloma obračuna po kadrovskem normativu iz SNBO.

NADZ/PATR/11 (17/492) Ali ZZZS financira patronažne obiske pacienta, ki zdravil zaradi bolezni (npr. psihičnega stanja) ni zmožen jemati sam, z namenom, da se mu izročijo zdravila in jih ta zaužije pred patronažno MS?

Odgovor: Na DN za nego na domu ni mogoče predpisovati kontrole jemanja zdravil. Naloga sodi na področje CSD in organiziranja laične pomoči na domu ali domske oskrbe.

NZD/PATR/13 (18/533) Ali je utemeljeno, da opravljajo patronažne MS iz ZD odvzeme krvi za laboratorijske preiskave v DSO in ga obračunajo ZZZS kot patronažni obisk?

Odgovor: Patronažnega obiska v DSO ni mogoče obračunati ZZZS.

NZD/PATR/14 Ali je stanovalec socialnovarstvene ustanove (npr. DSO) v primeru, da preživi določeno časovno obdobje doma, upravičen do patronažnih obiskov?

Odgovor: Ko želi stanovalec preživeti določeno časovno obdobje doma, izven DSO, se lahko predpiše nalog za patronažo, ne sme se pa hkrati obračunavati storitev zdravstvene nege v DSO. Za patronažo v tem primeru veljajo ista določila kot za vse ostale paciente v RS, ki stanujejo doma.

NZD/PATR/15 Pri katerih zavarovanih osebah lahko patronažna MS obračuna preventivne obiske?

Odgovor: Patronažna MS obračuna preventivne obiske v skladu z obračunskim modelom in glede na določila Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

NOVO

NZD/PATR/16 Kako patronažna sestra obračuna cepljenje nepokretne osebe na domu, ki ga opravi po naročilu zdravnika?

Odgovor: Do uvedbe nove storitve za cepljenje nepokretne osebe na domu, ki ga opravi patronažna sestra, se to obračunava kot Preventivna obravnava kroničnega pacienta – prva obravnava (PZN1105). Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

PEDIATRIJA

POPRAVLJENO

NZD/PED PRIM/1 (1/20) Kaj obračuna zdravnik, če na sistematičnem pregledu odkrije bolnega otroka?

Odgovor: Obračuna se samo sistematični (preventivni) pregled, istočasen obračun kurativnega pregleda ni možen.
Če izbrani osebni zdravnik ali imenovani zdravnik šole (izvajalec sistematičnega pregleda) na podlagi preventivnega pregleda ugotovi medicinsko indikacijo za poseg, ga evidentira in obračuna kot kurativni poseg poleg preventivnega pregleda - razlog in poseg morata biti razvidna iz medicinske dokumentacije. Enako določilo velja za ločeno zaračunljive materiale.(npr. TSH).

NZD/PED PRIM/2 (8/138) Ali se Mantouxov test (K0011) zaračuna tako pri izvedbi testiranja kot tudi pri odčitavanju rezultatov (reakcije), torej dvakrat, ali le enkrat. V zadnjem primeru se izvajalec sam odloči, ali bo opravljeno storitev zabeležil ob aplikaciji ali ko bo rezultat odčital.

Odgovor: Storitev K0011 se beleži tako pri izvedbi Mantouxovega testa kot tudi pri odčitavanju rezultatov tega testa – torej dvakrat.

NZD/PED PRIM/3 (1/17) Ob sistematskem pregledu triletnega otroka se preverjata tudi otrokov duševni razvoj s psihološkim testiranjem in pregled govora. Kakšno je pravilno zaračunavanje teh storitev?

Odgovor: Sistematski pregled triletnika izvaja primarna raven in se zaračuna s količnikom, psiholog in logoped pa storitve obračunata s točkami po SNBO.

NZD/PED PRIM/4 (2/22) Kako se obračuna pregled pred cepljenjem otroka v primeru, če je cepljenje izvedeno izven sistematskega pregleda? Gre za cepljenje otrok, ki niso bili sistematsko pregledani, pa potrebujejo cepljenje iz obveznega programa.

Odgovor: V primeru, da je cepljenje izvedeno izven sistematičnega pregleda, se obračuna s K0010 ali K0012, skladno z dolgim opisom navedenih šifer.

NZD/PED PRIM/5 (3/82) Kako se obračuna namenski pregled otrok pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje?

Odgovor: Obračuna se s K0014. Zaračunavanje temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/PED PRIM/6 (3/83) (03/083) Kako se obračuna sistematični pregled otrok pred vstopom v vrtec?

Odgovor: Obračuna se s K0013. Obračunavanje temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/PED PRIM/9 (9/171) Pri sedemletni pacientki z mukoviscidozo je bil v izpljunku izoliran Psevdomonas aeruginosa. Pulmolog je odredil terapijo z ampulami Garamycina (Gentamycin) po 80 mg, ki jih bo prejemala v inhalaciji trikrat dnevno z inhalatorjem. Potrebovala bo predvidoma 60 ampul. Kako lahko uveljavljamo ali zaračunamo storitev?

Odgovor: Inhalacije z Garamycinom v ambulanti lahko obračunate kot mali poseg (K0020). Odvisno od zdravstvenega stanja sedemletne pacientke in ob upoštevanju Pravil OZZ je možno naročiti inhalacije patronažni službi na delovni nalog ter naučiti svojce za izvajanje inhalacij doma. Finančna sredstva za ampulirana zdravila ima izvajalec (zdravnik) vračunana v materialnih stroških.

NZD/PED PRIM/10 Kako se obračuna sistematski pregled v 3. razredu osnovne šole, ki vključuje tudi cepljenje proti davici, tetanusu in oslovskemu kašlju? Pregled najprej opravi sestra, potem pa pregled pred cepljenjem opravi še zdravnik, nato se otrok še cepi.

Odgovor: Obračunata se preventivni pregled otroka in šolarja (K0004) in cepljenje šolskega/predšolskega otroka (K0011).

NOVO

NZD/PED PRIM/11 Pri predšolskih otrocih se pogosto srečujemo z željo staršev, da cepijo otroka ob ločenih obiskih npr. danes 6-valentno cepivo, čez 1 mesec pnevmokoke. Ali v teh primerih obračunamo namenski pregled pred cepljenjem? Ali je takšen pregled pred cepljenjem z zamikom na željo staršev pravica iz OZZ?

Odgovor: Storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in zanje ni strokovno – doktrinarno utemeljene podlage, kar je standard za vse zdravstvene storitve, ki so pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, so samoplačniške (25. in 105. člen Pravil OZZ.

Omenjeno velja tudi za ločena cepljenja na željo staršev, pri katerih ponovni namenski pregled pred cepljenjem ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Izvedba samoplačniških storitev je, skladno z veljavnim Splošnim dogovorom in Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja možna po predhodni pridobitvi pisnega soglasja staršev, da bodo samoplačniki.

Samoplačniške storitve se lahko izvedejo le izven ordinacijskega časa, ki je določen v pogodbi z ZZZS.

NZD/PED SEK/1 Napotni zdravnik pošlje dojenčka za frenulotomijo zaradi težav pri dojenju. Poseg opravimo v neonatalni ambulanti. Ali lahko opravljeni poseg šifriramo s šifro 52447 (Frenulotomija labii oris in lingue) ?

Odgovor: Poseg lahko obračunate s šifro 52447 (Frenulotomija labii oris in lingue), če ga opravite in dojenčka potem ne napotite naprej k zobozdravniku.

REŠEVALNI PREVOZI

NZD/REŠ/1 (14/343) Zavarovana oseba je obravnavana v specialistični nevrološki ambulanti zaradi diagnoze epilepsija (multipla skleroza ali zaradi druge diagnoze, katere zdravljenje 100-odstotno krije OZZ). Zdravnik, ki opravi pregled, odredi prevoz z reševalnim vozilom. Ali je taka oseba v navedenem primeru oproščena doplačil za reševalni prevoz?

Odgovor: Po določilih ZZVZZ zavarovane osebe uveljavljajo pravico do prevoza brez doplačila le v primerih, ko gre za nujni prevoz.

NZD/REŠ/2 (14/345) V primerih, ko svojci ali kdo drug naroči reševalni prevoz zaradi epileptičnega napada, se v času do prihoda reševalnega vozila osebi včasih stanje izboljša oziroma ne potrebuje reševalnega prevoza. Kdo je v navedenem primeru plačnik reševalnega vozila?

Odgovor: Pravila OZZ opredeljujejo, da lahko reševalni prevoz naroči izbrani osebni zdravnik ali zdravnik, ki prevzame zavarovano osebo v obravnavo v primeru nujnega stanja. Kadar naročajo reševalne prevoze svojci ali drugi po lastni presoji, poravnajo stroške prevoza sami. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo stroškov od ZZZS, če zdravnik izda potrdilo, da je bil prevoz nujen.

NZD/REŠ/3 (15/386) Kdaj je utemeljen nenujni reševalni prevoz?

Odgovor: Nenujni reševalni prevoz je utemeljen, kadar ga odredi lečeči zdravnik v skladu s Pravili OZZ in Navodilom za uveljavljanje pravice zavarovanih oseb do prevoza z reševalnimi in drugimi vozili v OZZ. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

NZD/REŠ/4 (20/579) Ali cena SPP vključuje tudi nenujne reševalne prevoze hospitaliziranega pacienta na katerokoli preiskavo (tudi MR, CT, ERCP, EPT) v drugo bolnišnico?

Odgovor: V primerih, ko izvajalec zdravstvenih storitev hospitalizirano ZO napoti drugam na izvedbo storitve, ki je potrebna v okviru bolnišnične obravnave (npr. CT, MR, EPT, ERCP ...) v času hospitalizacije v bolnišnici, ker izvajalec nima ne aparata ne osebja, stroške prevoza in tudi storitve plača izvajalec sam. Reševalni prevoz je pravica iz OZZ v primeru, ko je ZO premeščena iz ene ustanove v drugo oz. ko ima načrtovane zdravstvene storitve, za katere ima potrjen datum v čakalnem seznamu pri izvajalcih zdravstvenih storitev, ki sodijo v sklop specialistične ambulantne dejavnosti, če medicinska indikacija za ambulantno zdravljenje predstavlja nadaljevanje utečenega zdravljenja, ki ni v neposredni povezavi s tekočo bolnišnično obravnavo, v nasprotnem primeru se sme obračunati ZZZS le ustrezen SPP.

OSNOVNO ZDRAVSTVO

NZD/SPL/1 (6/122) Kaj se obračuna v primeru, ko zavarovancu zmanjka zdravil in pride po recept, istočasno pa se mu izmeri krvni tlak? Ali je to kontrolni pregled (K 0003) ali je to le kratek obisk (K 0001)?

Odgovor: V primeru, ko zavarovanec prihaja po recept in se mu istočasno izmeri krvni tlak pri zdravniku, se lahko obračunava ponovni kurativni pregled (K0003); meritev RR je sestavni del kliničnega pregleda. Kratek obisk (K0001) se obračuna, če merjenje krvnega tlaka izvaja medicinska sestra po naročilu zdravnika in/ali je bil predpisan zgolj recept za nadaljevanje zdravljenja.

NZD/SPL/2 (7/128) Kakšen je minimum podatkov v kartoteki, ki utemeljujejo opravljen pregled, kaj pomeni navedba status b. p., kaj pomeni navedba status idem?

Odgovor: V dejavnostih, ki za obračun dela uporabljajo količniški sistem, je za priznanje obračunanega pregleda (K0002 ali K0003) v medicinski dokumentaciji potreben minimalni podatek o anamnezi in kliničnem statusu. Opisna diagnoza je dopustna le v primerih, ko ustrezno ponazarja lokalni status.
V primeru, da v medicinski dokumentaciji ni minimalnega podatka, se obračunani pregled ne prizna.
Če je v medicinski dokumentaciji navedeno le status b. p., pregleda ni možno obračunati.
V primeru, da je v medicinski dokumentaciji navedeno status idem, se lahko prizna ponovni pregled (K0003), vendar le v primeru, če je ustrezno beležen predhodni pregled, na katerega se status idem nanaša.
V primeru, da predhodno obračunani pregled ni ustrezno beležen (npr. tudi status idem), se tudi status idem pri ponovnem pregledu ne prizna.

NZD/SPL/3 (10/206) Čeprav je osebni zdravnik napotnemu specialistu izdal napotnico z vsemi pooblastili za nadaljnjo obravnavo, ga ta zadolži za vrsto diagnostičnih postopkov (v konkretnem primeru: laboratorijske preiskave, Doppler vratnega žilja, CT glave). Ali si lahko obračuna obsežni pregled (K0007)?

Odgovor: V opisanem primeru osebni zdravnik nima podlage za obračun šifre K0007, ker ne gre za pregled in pripravo pacienta za operacijo v splošni ali lokalni anesteziji. Diagnostično obravnavo bi moral izpeljati in zaključiti napotni specialist, vključno s pripravo napotnic za preglede, ki jih je indiciral.

NZD/SPL/4 (8/134) Prosimo vas za obrazložitev obračuna inhalacije zdravil. Zanima nas, ali se po navodilih ZZZS beleži K0020 tudi v primeru dajanja inhalacij zdravil brez kisika?

Odgovor: Mali poseg (K0020) je mogoče beležiti tudi, če je bila opravljena samo inhalacija zdravil. Ne glede na to, ali je opravljena samo inhalacija zdravil, samo aplikacija kisika ali kombinacija obojega, se lahko šifra K0020 obračuna samo enkrat.

NZD/SPL/5 (8/151) S kakšno dokumentacijo se dokazuje invalidnost (več kot 70-odstotna) za uveljavljanje dodatnih količnikov pri glavarini in obiskih glede na zahtevnost obravnave?

Odgovor: Invalidnost se izkazuje z odločbo ZPIZ. Dodatna količnika se torej lahko beležita le pri pregledih oz. obiskih tistih oseb, ki imajo ustrezno odločbo.

NZD/SPL/6 (8/158) Kdo je plačnik storitve ocena stopnje invalidnosti? V primeru, da je plačnik ZZZS, kako jo obračunamo?

Odgovor: Stopnjo invalidnosti zavarovane osebe ocenjuje invalidska komisija kot izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.
Storitve, ki so potrebne za ugotavljanje invalidnosti oz. trajne delanezmožnosti zavarovane osebe, se obračuna v breme OZZ s šifro Priprava pacienta za oceno na invalidski komisiji (K0006). To storitev je mogoče obračunati le pri aktivnih zavarovanih osebah.

NZD/SPL/7 (15/351) Pacient, ki je bil operiran na določenem organu, želi pri splošnem zdravniku dobiti predlog za oceno telesne okvare, da ga bo predložil invalidski komisiji. Zdravnik izpolni Obrazec 3 in priloži dokumentacijo iz bolnišnice. Katero storitev lahko zdravnik beleži v breme ZZZS?

Odgovor: Priprave Obrazca 3, ki se nanaša na oceno telesne okvare ali dodatka za pomoč in postrežbo na zahtevo zavarovane osebe, ni mogoče obračunati v breme ZZZS. Plačnik storitve je zavarovana oseba.

NZD/SPL/8 (10/192) Ali so pravice pacientov pri vseh poškodbah glede na vrsto nastanka enake (izven dela, na delu, otroci, upokojenci, prometne nesreče po tuji krivdi ...)?

Odgovor: Vsi pacienti imajo pravico do enakega standarda obravnave, vendar je obseg pravic iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja različen glede na status zavarovanih oseb, ki jih navajate. Te pravice so opredeljene v Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in razčlenjene v Pravilih OZZ. Na tej osnovi se zaračunava delež obveznega in prostovoljnega zavarovanja.

NZD/SPL/9 (10/218) Katere šifre storitev se lahko beležijo pri hišnih obiskih in kolikšen je odstotek doplačila zavarovane osebe oz. delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri teh storitvah?

Odgovor: Za beleženje zdravljenja na domu se uporabljata hišni obisk (K0040) ali paliativni hišni obisk (K0041). Kadar zdravnik pri hišnem obisku opravi tudi poseg, se ta lahko beleži poleg obeh šifer za hišni obisk. Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je plačilo zdravljenja na domu v celoti v breme OZZ.

NZD/SPL/10 (17/466) Ali se pri opravljanju preventivnega pregleda lahko uporabijo predhodno opravljene preiskave in analize, ki so bili slučajno ali iz drugega razloga opravljeni znotraj treh mesecev od datuma opravljanja preventivnega pregleda.

Odgovor: Strokovni napotki za preventivne preglede so podani v Pravilniku. Menimo, da v strukturi preventivnega pregleda ne sme manjkati nobena sestavina (noben predpisana preiskava). Vsak od teh ugotovitev mora biti dosegljiv v zdravstveni dokumentaciji pacienta. Tri mesece stare ugotovitve za potrebe preventivnega pregleda še vedno ustrezajo, če je iz zdravstvene dokumentacije razvidno, da ni v tem intervalu prišlo do novega bolezenskega dogajanja, ki bi lahko vplivalo na rezultat konkretnega pregleda.

NZD/SPL/11 (17/467) Kakšen oziroma v katerih primerih je pravilen način obračunavanja K0001?

Odgovor: Obračun storitve kratek obisk (K0001) je pojasnjen v dolgem opisu storitve v šifrantu 15.20. Storitve v splošnih ambulantah, dispanzerjih za otroke in šolarje ter nujni medicinski pomoči.
Za posvetovanje med zdravniki, dajanje informacij in svetovanja, ki niso strokovne medicinske narave, ni možno obračunati K0001. Obračun storitve temelji na medicinski dokumentaciji o opravljeni storitvi.

NZD/SPL/12 (18/510) Sem izbrani zdravnik pacienta, pri katerem revmatolog in dermatolog sumita, da ima na poklicno bolezen. V postopku rehabilitacije bi nujno potreboval mnenje Inštituta za medicino

dela, prometa in športa. Sprašujem, ali navedeno storitev plača ZZZS, in prosim za tako možnost, ker mi je namreč poznano načelo naročnik je tudi plačnik storitve.

Odgovor: V primeru potrjevanja poklicne bolezni pri vašem pacientu je plačnik storitve mnenja Inštituta za medicino dela, prometa in športa glede poklicne bolezni delodajalec.

NZD/SPL/14 Osebna zdravnica je pacientko napotila k specialistu ortopedu. Ta sedaj zahteva, naj osebna zdravnica pacientko pošlje še na test HLA B27 in mu dostavi rezultate. Izključiti namreč želi morebitno revmatološko obolenje, preden sam začne zdravljenje. Ali specialist ortoped lahko osebni zdravnici postavi takšno zahtevo?

Odgovor: Zahteva napotnega specialista glede dodatnih laboratorijskih preiskav, ki naj jih izvede izbrani osebni zdravnik, je neutemeljena. Osebni zdravnik lahko izda napotnico s pooblastili za obravnavo pri zdravniku specialistu, ko opravi vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven. V Prilogi IVII/b SD je naveden seznam preiskav, ki naj jih opravi izbrani osebni zdravnik pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu specialistu, in med njimi ni naštet test HLA B27. Napotni specialist je dolžan zavarovani osebi zagotoviti vse utemeljene in potrebne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave ter vse terapevtske storitve, za katere ga je z napotnico pooblastil osebni zdravnik.

NZD/SPL/15 Specialistka iz bolnišnične antikoagulantne ambulante, ki vodi zdravljenje pacienta z novimi antikoagulantnimi zdravili, naroči izbranemu zdravniku laboratorijske preiskave. Kdo je dolžan zagotoviti te preiskave?

Odgovor: Vodenje antikoagulantnega zdravljenja z novimi antikoagulantnimi zdravili poteka v antikoagulantnih ambulantah. Priporočeni so kontrolni pregledi po uvedbi terapije in preiskave, ki jih je treba opraviti v sklopu pregleda (Priročnik za uporabo novih peroralnih antikoagulantnih zdravil v klinični praksi, 2012). Sredstva za laboratorijske storitve so vračunana v ceno storitev antikoagulantne ambulante. Izvajalec, ki laboratorijsko storitev za zavarovano osebo naroči, je tudi plačnik te storitve. Izbrani osebni zdravnik pred prvo napotitvijo opravi preiskave, ki so predvidene v Prilogi VII/b, napotni specialist v antikoagulantni ambulanti pa dodatne preiskave, ki jih potrebuje za obravnavo ob prvem in kontrolnih pregledih.

NZD/SPL/16 Glede na Navodila za izvajanje Programa cepljenja in zaščite z zdravili imajo pacienti pod določenimi pogoji pravico do cepljenja (hepatitis A in B, pnevmokok) proti nekaterim boleznim na stroške ZZZS. Kako obračunati takšna cepiva?

Odgovor: Z Letnim programom cepljenja in zaščite z zdravili je določeno, da se pri cepljenjih zaradi zdravstvenih in epidemioloških indikacij v utemeljenih primerih cepivo in zdravstvena storitev plačata iz sredstev OZZ. Pri naročilu cepiv v omenjenih primerih je treba v rubriki plačnik cepiva vpisati ZZZS. V zdravstveni dokumentaciji je treba zabeležiti razloge za upravičenost cepljenja v breme ZZZS.

NZD/SPL/17 Kako beležiti spirometrijo in EKG v referenčnih ambulantah, kadar diplomirane medicinske sestre te preiskave opravijo v sklopu protokolov za arterijsko hipertenzijo, astmo in KOPB (šifre K0127, K0129, K0128). Zanima nas, ali storitve K0127 do K0129 vključujejo tudi delo zdravnika oziroma ali se lahko dodatno obračuna storitev K0021 ob zapisu interpretacije ugotovitev v zdravstveno dokumentacijo?

Odgovor: Storitve EKG in spirometrije, ki jih opravijo DMS v referenčnih ambulantah v sklopu obravnave kroničnih pacientov z arterijsko hipertenzijo, astmo in KOPB (K0127, K0128, K0129) ter interpretirajo zdravniki, se obračunajo dodatno kot poseg (K0021 ali K0022). V sklopu preventivnih obravnav v referenčnih ambulantah, kjer sta EKG oziroma spirometrija že v protokolu obravnave bolnika, se obračunajo samo storitve DMS.

NZD/SPL/18: Ali je za napotitev v antikoagulantno ambulanto, katero vodi zdravnik specialist splošne ali družinske medicine, potrebna napotnica?

Odgovor: Da

ANESTEZIJA, PROTIBOLEČINSKA AMBULANTA

SP2/ANEST/1 (14/284) Kakšne so možnosti za obračun storitev predanestezijsko svetovanje (pregled), šifra 88901, če nimamo ambulante za predoperativno pripravo zavarovanih oseb?

Odgovor: Izvajalec ne more obračunavati storitev iz dejavnosti, za katero z ZZZS nima sklenjene pogodbe.

SP2/ANEST/2 (07/133) Katero šifro lahko izvajalci obračunajo za anestezijo vsakih pet minut nad 60 minut?

Odgovor: Za anestezijo, ki traja eno uro, lahko izvajalci obračunajo šifro 88922 (Splošna anestezija), vsakih nadaljnjih pet minut pa dodatno šifro 88926 (vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije). Če traja anestezija do ene ure, lahko obračunajo samo šifro 88922. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/ANEST/3 Anesteziolog opravi anesteziološki pregled pred operativnimi posegi v ambulantni dejavnosti. Kako se obračuna opravljeno storitev?

Odgovor: V ambulantni specialistični dejavnosti, za katero imate sklenjeno pogodbo z ZZZS, lahko za ambulantno opravljene storitve (na katere so bili pacienti napoteni z napotnico), ki jih ustrezno beležite v medicinski dokumentaciji, obračunate šifre, ki so po posameznih dejavnostih razvidne iz SNBO. Preanestezijsko ocenjevanje se obračuna s šifro 88901.

SP2/ANEST/4 V protibolečinski ambulanti uvajajo kateter za aplikacijo protibolečinskih sredstev. Kako beležimo to storitev?

Odgovor: Storitev epiduralne ali druge regionalne blokade (šifra 88913) je mogoče obračunati v breme OZZ pri več ambulantnih dejavnostih, torej tudi v ambulantni kirurški dejavnosti, kjer je indicirana epiduralna ali druge regionalne blokade z uvajanjem katetra. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/ANEST/5 Katera šifra se lahko uporabi, kadar se v urgentni kirurški ambulanti pri obravnavi zavarovanih oseb uporabi splošno anestezijo?

Odgovor: V urgentni kirurški ambulanti se dajanje splošne anestezije obračunava skladno s časovnimi normativi s šiframi 88921 (Opoj), 88922 (Splošna anestezija), 88926 (vsakih nadaljnih 5 minut splošne ansetezije), 88927 (Splošna anestezija – polurna). V navedenih šifrah so vključeni vsi postopki v zvezi z dajanjem splošne anestezije pri urgentnih posegih. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/ANEST/6 V katerih primerih se predoperativni pregled pri anesteziologu (storitev s šifro 88901 - preanestezijsko ocenjevanje) lahko obračuna kot samostojna storitev ?

Odgovor: Poseben obračun storitve s šifro 88901 (preanestezijsko ocenjevanje) ni možen:

- pri osebah, pri katerih je ta storitev opravljena na isti dan kot celostna obravnava,
- pri osebah, pri katerih je storitev opravljena v času bolnišnične obravnave - vključena sta dan sprejema in odpusta,
- kadar gre za nenačrtovane (nujne) primere – ambulantne ali hospitalne.

NOVO

SP2/ANEST/7 Ali se akupunktura (85401)lahko obračuna v breme OZZ? Kdaj in kolikokrat v eni obravnavi ZO?

Odgovor: Akupunktura (85401) se na osnovi napotnice obračuna v breme OZZ kot metoda protibolečinskega zdravljenja.
Obračuna se le enkrat na eno obravnavo. Število obravnav je utemeljeno z zdravstvenim stanjem ZO in skladno s pooblastili na napotnici.
Delež obračuna opravljene akupunkture v breme OZZ je, skladno s 23. členom ZZVZZ, vezan na diagnozo, zaradi katere je storitev opravljena.

PULMOLOGIJA

SP1/PULMO/1 (6/117) Kako se obračunavajo RTG-storitve v pljučni diagnostiki?

Odgovor: RTG-storitve v pljučni diagnostiki se obračunajo s šiframa 31501 in 31302.

SP1/PULMO/2 (2/023) Kako se obračunavajo šifre za spirometrijo 17101 in 17111? Storitvi sta opravljeni skupaj na istem aparatu, ki ima več združenih funkcij, obračunavajo pa kot da bi bili opravljeni vsaka zase.

Odgovor: Storitvi t. i. male (17101) in velike (17111) spirometrije se v večini primerov izvajata skupaj z ustreznimi aparati. Velika spirometrija je nekoliko bolj kompleksna in vedno vsebuje tudi podatke za malo spirometrijo, zato male spirometrije (17101) ni možno obračunati ob šifri 17111.
Poleg spirometrije se lahko obračuna le še ena storitev iz skupine dihalno funkcijskih testov, ki je strokovno najbolj utemeljena.

SP1/PULMO/3 (8/149) V pulmološki ambulanti želimo uvesti šolo za astmatike. Višja medicinska sestra bi v manjših skupinah teh pacientov opravljala pretežno zdravstveno in prosvetno delo. Ali lahko te storitve obračunavamo v okviru šifre 95190 oz. 95196?

Odgovor: V specialistični pulmološki ambulanti se na podlagi napotnice opravljajo tudi storitve svetovanja za zavarovance rizične skupine. Te storitve svetovanja se praviloma ne obračunajo posebej, ampak so del oskrbe ob pregledu. Uvajanje šole za astmatike bi pomenilo uvajanje preventivne vzgojne dejavnosti (nove dejavnosti), ki programsko in pogodbeno ni določena.

SP1/PULMO/4 (15/356) Ali se lahko poleg pregleda in oskrbe obračuna storitev peak flow – PEF, ki jo pri zavarovancu opravi medicinska sestra (pred pregledom pri zdravniku) s pick flow metrom, in s katero šifro? Pogosto je treba preiskavo narediti večkrat (pred aplikacijo zdravila in po njej).

Odgovor: Navedene storitve ni mogoče posebej obračunati ZZZS. Storitev sodi v ambulantno oskrbo.

SP1/PULMO/5 (14/263) Kadar pacienta s hudim poslabšanjem astme IOZ z napotnico pošlje v pulmološko ambulanto, uvedemo po pregledu in preiskavah terapijo, ki je diferentna in potrebuje kontrolo zaradi zniževanja odmerka zdravila. Naslednjič obravnavo pacienta zaključimo z navodili za nadaljevanje zdravljenja pod kontrolo IOZ. Ali lahko obračunamo: 1. prihod – pregled in preiskava (vitalogram) ter začetno oskrbo oziroma 2. prihod – pregled in vitalogram za konzultacijo (pacient je dobil pisno beleženo mnenje ob prvem in drugem pregledu in navodila za naprej?

Odgovor: Na osnovi napotnice IOZ z ustreznimi poblastili lahko pri pacientu, ki ste mu ob prvem obisku opravili pregled, spirometrijo in začetno oskrbo, zabeležite te storitve po šifrah iz SNBO.
Pri prvem pregledu lahko zabeležite začetno ali celotno zdravstveno oskrbo ambulantnega pacienta (šifra 11004).
Pri drugem pregledu lahko zabeležite pregled, ki ste ga opravili, ponovno oskrbo (11303) in ostale storitve (spirometrijo).
Konzultacije ne morete beležiti namesto oskrbe, ker ste pacienta prevzeli v oskrbo že ob prvem pregledu, pisno mnenje in navodila pa so potrebni tudi pri obravnavi pacienta z oskrbo in ne samo s konzultacijo.
Obračun storitev utemeljujejo zapisi v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PULMO/6 (14/266) Pacient je bil pregledan na IPP. Zaradi prostorske stiske ni bil hospitaliziran, pač pa usmerjen v pulmološko ambulanto, kjer naj bi se naslednji dan dogovorili za hospitalizacijo. Pregledamo vso dokumentacijo (prineseno in našo, ker gre običajno za znane, kronične paciente), primerjamo vse slike in izberemo tiste, ki so bolj povedne. Kakšno storitev lahko obračunamo?

Odgovor: Možen je obračun šifre 91101 – kratka kontrolna (ponovna) obravnava v specialistični ambulantni dejavnosti brez prisotnosti pacienta, vendar mora biti zadoščeno zahtevanim pogojem za obračun. Obračun storitve utemeljujejo zapisi v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PULMO/7 (14/267) Ali lahko v pulmološki ambulanti posebej obračunamo pisanje posveta, navodila?

Odgovor: Storitev je že zajeta v ambulantni oskrbi, zato je ne morete posebej obračunati ZZZS.

SP1/PULMO/8 (14/268) Pacient pride v ambulanto dispnoičen, prizadet. Pri pregledu napravimo oksimetrijo, pacient dobi inhalacije, nato ga spet pregledamo, ponovno naredimo oksimetrijo. Katere storitve lahko obračunamo?

Odgovor: V primeru, ki ga navajate, lahko obračunate pregled, ki ste ga opravili, ter začetno ali nadaljnjo ambulantno oskrbo.

SP1/PULMO/9 Ali lahko dvakrat obračunamo storitev specifična desenzibilizacija (44091), če pacient prejema imunoterapijo tako za oso kot za čebelo na isti dan?

Odgovor: V primeru aplikacije imunoterapije tako za oso kot za čebelo na isti dan izvajalec lahko obračuna ZZZS dve storitvi specifična desenzibilizacija (44091). Dvojni obračun šifre 44091 je mogoč samo v navedenem primeru.

SP1/PULMO/10 Ali lahko UZ pljuč obračunamo s šifro 36190?

Odgovor: UZ posameznih organov se obračuna s šifro ehoskopija (36190). Ob tem se lahko opravi UZ plevre, plevralnega prostora, torakalne stene, pljuč. Za celotno preiskavo se šifra lahko obračuna samo enkrat.

SP1/PULMO/11 Pacient pride na alergološki pregled in zdravnik želi določiti specifični IgE v krvi? Pacientu odvzamemo kri in jo pošljemo na analizo. Kaj obračunati v primeru, ko pacient pride v ambulanto na določen dan samo na odvzem krvi?

Odgovor: Opravljen pregled se obračuna glede na obseg. Če je pacient vzet v oskrbo, obračunate ustrezno oskrbo (začetno ali nadaljno), v katero je zajet tudi odvzem krvi. Če pride pacient za odvzem krvi na drug datum, je to še vedno del že obračunane oskrbe.

SP1/PULMO/12 Pri katerih boleznih se lahko obračuna storitev rezidualni volumen (17102) in v kakšnem časovnem intervalu?

Odgovor: Določanje rezidualnega volumna se obračuna ZZZS, kadar je strokovno utemeljeno (v skladu s strokovnimi smernicami). Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PULMO/13 Kolikokrat lahko obračunamo metaholinski test?

Odgovor: Metaholinsko testiranje se sme obračunati, kadar je to strokovno utemeljeno in razvidno iz zapisov v zdravstveni dokumentaciji. Praviloma se ne sme ponavljati razen po določenem intervalu, če je bil test negativen in gre za visoko predtestno verjetnost astme.

SP1/PULMO/14 Ali lahko 6-minutni test hoje obračunamo s šifro 17193?

Odgovor: Šifra 17193 se ne uporablja za obračunavanje 6-minutnega testa hoje, ker je test že zajet v oskrbo.

SP1/PULMO/15 Ali se telesna pletizmografija (17121) sme obračunati pri pacientih s KOPB in pacientih z astmo?

Odgovor: Telesna pletizmografija se lahko obračuna, kadar je to strokovno utemeljeno, kar mora biti razvidno iz zapisov v zdravstveni dokumentaciji. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PULMO/16 Ali se preiskava transfer faktor pljuč za CO (17153) obračuna pri pacientih z astmo?

Odgovor: Preiskava transfer faktor pljuč za CO se ne obračuna pri pacientih z astmo.

SP1/PULMO/17 Kdaj in v kakšnem časovnem intervalu se preiskava transfer faktor pljuč za CO obračuna pri pacientih s KOPB?

Odgovor: Preiskava transfer faktor pljuč za CO (17153) se obračuna, kadar je to strokovno utemeljeno, kar mora biti razvidno iz zapisov v zdravstveni dokumentaciji. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NOVO
SP1/PULMO/18 Kako se v specialistični ambulanti obračuna Quantiferon TB, naročen v zunanji laboratorij?

Odgovor: Quantiferon TB se praviloma opravlja v dveh primerih:

1. Kadar je ZO v kontaktu z bolnikom obolelim za TBC. V teh primerih je Quantiferon TB plačan iz Registra za TBC, ki je na Kliniki Golnik.
2. Vsi bolniki, ki so kandidati za uvedbo biološke terapije, morajo imeti opravljen Quantiferon TB. Negativen Quantiferon TB je med drugim pogoj za uvedbo biološke terapije. Kadar je bolnik v obravnavi pred uvedbo biološke terapije, je opravljeni test del materialnih stroškov izvajalca terapije.

DIALIZA

SP1/DIALIZA/1 (14/304) Pacient je napoten iz enega dializnega centra v drugega z napotnico za vstavitev subklavija katetra s pooblastilom enkratno, vrsta pooblastila je 3. Ali lahko na podlagi te napotnice opravimo dializo?

Odgovor: Iz napotnice je razvidno, da se enkratno pooblastilo 3 nanaša izključno na vstavitev subklavija katetra. Napotni zdravnik na podlagi take napotnice ne more opraviti dialize.

SP1/DIALIZA/2 Pacient pride na dializo z vročino. Opravimo preiskave v sklopu dialize, pacienta napotimo na RTG na podlagi izdane napotnice, opravimo pregled in mu predpišemo terapijo. Ali si lahko sami izstavimo napotnico za nefrološko ambulanto na podlagi pooblastila na napotnici? Ali za storitev v nefrološki ambulanti potrebujemo drugo napotnico s pooblastilom?

Odgovor: Napotovanje znotraj iste specialnosti ni mogoče. Če je po presoji izbranega osebnega zdravnika potreben pregled v nefrološki ambulanti, je potrebna nova napotnica.

ENDOKRINOLOGIJA

SP1/ENDOKRINO/1 (7/131) Ali se v diabetoloških ambulantah lahko obračuna storitev glikozilirani hemoglobin?

Odgovor: V diabetoloških ambulantah se lahko obračunava storitev glikozilirani hemoglobin s šifro 28492.

SP1/ENDOKRINO/2 (2/24) Katere šifre se v diabetološki ambulanti obračunavajo za dajanje dietnih navodil pacientom?

Odgovor: V večini diabetoloških ambulant je višja medicinska sestra usposobljena za svetovanje o dietoterapiji, zato obračuna individualno svetovanje o izvajanju dietoterapije (91412). Šifri 91410 in 91411 sta namenjeni obračunavanju dela dietetika. Zdravnikovo svetovanje o tej problematiki sledi pregledu in je sestavni del oskrbe.

SP1/ENDOKRINO/3 (20/539) Kako obračunamo storitev kontinuiranega monitoringa krvnega sladkorja po metodi CGMS in kontinuiranega monitoringa krvnega sladkorja z aparaturo Guardian?

Odgovor: Izvajalci lahko obračunajo kontinuirano merjenje krvnega sladkorja s šiframi delni pregled (01003), nadaljnja ali delna specialistična oskrba (11303) ter profil krvnega sladkorja (17694). Šifre konzultacija (11 604) ni možno uporabiti za ta namen.

SP1/ENDOKRINO/4 (18/511) Katere šifre se lahko uporabljajo za obračunavanje naslednjih storitev:

1. **učenje pravilnega izvajanja samokontrole,**
2. **učenje aplikacije insulina,**
3. **učenje prilagajanja doze insulina,**
4. **učenje merjene prehrane in štetja OH,**
5. **učenje funkcionalne insulinske terapije,**
6. **prilagajanja terapevtskega prehrambenega režima v posebnih okoliščinah po navodilu zdravnika (vročinska stanja, preiskave gastroentestinalnega trakta, perioperativna stanja ...)?**

Odgovor: Naštetih opravil ni mogoče ločeno obračunavati, saj so del obračunane oskrbe.

SP1/ENDOKRINO/5 IOZ z referenčno ambulanto napoti pacienta s sladkorno boleznijo v diabetično ambulanto samo na zdravstveno vzgojo (edukacijo) o zdravi prehrani. Ali lahko v takih primerih obračunavamo šifro 91412 – individualno svetovanje – dietoterapija?

Odgovor: Referenčne ambulante oz. izbrani osebni zdravniki glede na mednivojsko delitev dela sami opravljajo svetovanja o zdravi prehrani. Napotitev na sekundarno raven samo zaradi posveta o zdravi prehrani ni mogoča.

NOVO

SP1/ENDOKRINO/6 Kako obračunamo naslednja hormonska/metabolna testiranja: parathormon, dexamethasonski test, kateholamini v 24 urnem urinu, aldestoren in hitri ACTH test?

Odgovor:

- Določitev parathormona obračunate kot Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690); ,
- Dexametazonski test obračunate kot Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690);
- Določitev kateholaminov v 24 urnem urinu obračunate kot Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690);
- Določitev aldosterona obračunate kot Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690);
- Hitri ACTH test obračunate kot Izvajanje zahtevnejših endo/meta testov (17691).

NOVO

SP1/ENDOKRINO/7 Ali lahko naslednje preiskave obračunamo kot zdravstveno storitev Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690) ali kot Izvajanje zahtevnejših endo/meta testov (17691) in kolikokrat:

1. **Določitev nivoja vitamina D?**
2. **Določitev citrata, urata, magnezija, cistina in oksalata v 24-urnem urinu pri metabolni obravnavi ledvičnih kamnov?**
3. **Določitev aldosterona in renina?**
4. **Določitev adrenalina, noradrenalina, meta in normeta obračunamo kot hormonsko testiranje 4x?**

Odgovor:

1. Nivo vitamina D se ne obračuna kot Izvajanje endo/meta testa.
2. Določitev citrata, urata, magnezija, cistina in oksalata v 24 urnem urinu se ne obračuna kot izvajanje endo/meta testa.
3. Določitev aldosterona in renina se obračuna kot Izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690) 1-krat.
4. Določitev adrenalina, noradrenalina, meta in normeta se obračuna kot izvajanje enostavnih endo/meta testov (17690) 1-krat.

FIZIATRIJA

SP1/FIZIAT/1 (16/436) V času izvajanja fizioterapije zdravnik v enoti za fizioterapijo zavarovano osebo tudi pregleda. Ali se lahko v tem primeru (poleg fizioterapevtskih storitev) obračunata pregled in oskrba, glede na zdravniški zapis v zdravstveni dokumentaciji?

Odgovor: Enota za ambulantno fizioterapijo opravlja storitve po delovnem nalogu. Zdravniškega pregleda v dejavnosti fizioterapije ni mogoče obračunati ZZZS.

SP1/FIZIAT/2 (24 FIZ/1– 2011) Kdaj se lahko v fiziatriji obračuna šifra 13601 klinična preiskava muskulo-skeletnega sistema ali orientacija za predpis programa rehabilitacije ali izvedbo vaj ali delovnih aktivnosti?

Odgovor: Storitev s šifro 13601 se v fiziatriji lahko obračuna takrat, kadar je bil narejen program rehabilitacije, torej ko je bil pacient poleg napotitve na fizioterapijo napoten še na primer k logopedu ali/in psihologu ali/in delovnemu terapevtu. Program rehabilitacije mora biti v klinični dokumentaciji zabeležen.

SP1/FIZIAT/3 Kakšni zapisi morajo biti razvidni iz zdravstvene dokumentacije pri obračunavanju storitev obravnave oseb s sindromom kronično razširjene bolečine in računalniško vodene mehansko podprte vadbe hoje, ki jih izvaja URI Soča?

Odgovor: Pri obračunu ocenjevalno triažnega postopka (E0445) mora biti iz zdravstvebe dokumentacije razvidna družinska in osebna anamneza z opisom enega telesnega sistema, pri delu fizioterapevta ocena oz. rezultati opravljenih testov in meritev, pri delu psihologa rezultati zbiranja testov in poročilo psihologa v pisni obliki, prav tako mora biti razviden jasen opis z mnenjem socialnega delavca. Razvidno mora biti končno pisno mnenje tima.

Pri obračunu edukacije (E0446) mora biti iz medicinske dokumentacije razvidna vrsta in način edukacije posameznega izvajalca (zdravnika, psihologa, fizioterapevta, socialnega delavca in delovnega terapevta).

Pri obračunu prilagojenega interdisciplinarnega programa (E0447) in interdisciplinarnega programa funkcionalne obnove (E0448), ki sta štiritedenska programa, mora biti razviden povzetek dnevnega dela vseh v program vključenih strokovnjakov s podanim zaključkom oz. epikrizo in mnenjem o doseženih učinkih zdravljenja v zvezi s kvaliteto življenja in delazmožnostjo v smislu odpustnega pisma.

Pri obračunu računalniško vodene mehansko podprte vadbe hoje (E0449) morajo biti v zdravstveni dokumentaciji zabeleženi učinki posamezne vadbe in učinek celotne terapije.

GASTROENTEROLOGIJA

SP1/GASTRO/1 V kakšnem primeru si lahko poleg šifer za endoskopske posege obračunamo tudi pregled?

Odgovor: Če izbrani osebni zdravnik izda napotnico specialistu za daljše obdobje s pooblastili 1, 2, 3 zaradi nejasnega kliničnega stanja pacienta in je specialist začel specialistično obravnavo, ki vključuje specialistični pregled, potrebne preiskave, načrt specialistične obravnave, morebitne kontrole in izdajo specialističnega mnenja, si lahko napotni specialist poleg storitev endoskopije obračuna tudi pregled.

SP1/GASTRO/2 (14/301) Kako obračunamo storitev 24-urna pH-metrija?

Odgovor: Omenjeno storitev je mogoče obračunati ZZZS s šifro 24-urna pH-metrija požiralnika (16323). Preiskava vključuje predhodno uvajanje sonde v požiralnik. Skupaj s to storitvijo se ne more beležiti konzultacija.

SP1/GASTRO/4 (9/169) Katero šifro iz SNBO smemo uporabiti pri citološkem krtačenju požiralnika zaradi Candide albicans pri gastroskopiji?

Odgovor: Posamezna opravila, ki se izvajajo pri gastroskopiji, so sestavni del obračunane storitve.

SP1/GASTRO/5 (08/143) Ali sme gastroenterolog, ki dobi napotnico s pooblastilom za enkratni pregled in zdravljenje ter zapisom: »Prosim za gastroskopijo«, ob prvem stiku z zavarovancem opraviti pregled (s šifro 02003) in oskrbo (s šifro 11004) ter zavarovanca ponovno naročiti čez nekaj dni, ko mu opravi ezofagogastroduodenoskopijo (šifra 16331)?

Odgovor: Gastroenterolog, ki za zavarovano osebo prejme napotnico s pooblastilom št. 1 in zapisom »Prosim za gastroskopijo«, ne glede na prvi stik, ne more obračunati nič drugega kot naročeno preiskavo, torej ezofagogastroduodenoskopijo. Na osnovi citirane napotnice nima pooblastila za nadaljnje naročanje in obravnavo zavarovane osebe.

SP1/GASTRO/6 (24 INT/5 – 2011) Ali je ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) (16331) pregled, pri katerem morajo izvajalci opredeliti, ali je prvi ali kontrolni?

Odgovor: EGDS (16331) je diagnostika in ne pregled v ožjem pomenu besede (anamneza in klinični pregled pacienta). V tem primeru se ne obračunajo prvi in kontrolni pregledi.

SP1/GASTRO/7 (14/302) Kako pravilno obračunati storitev abdominalna izpraznitvena punkcija?

Odgovor: Izpraznitveno abdominalno punkcijo obračunate ZZZS s šifro aspiracija peritonealne votline (81570).

SP1/GASTRO/8 Ali sme izvajalec poleg storitve 16344 obračunati tudi storitve v zvezi z aplikacijo infuzije in anestetika in morda še katere druge storitve?

Odgovor: Poleg storitve 16344 se lahko obračunajo storitve iz SNBO, ki so bile dejansko opravljene in beležene v medicinski dokumentaciji. Obračunavajo se v skladu s splošno veljavno metodologijo SNBO in niso navedene kot storitve, ki se s to šifro ne morejo obračunati.

SP1/GASTRO/9 Kakšen je obračun splošne anestezije, če kolonoskopijo opravimo v narkozi?

Odgovor: Splošno anestezijo (88922) pri kolonoskopiji je mogoče obračunati ZZZS le v redkih primerih, ko je zanjo medicinska indikacija (npr. psihoorgansko spremenjeni pacienti, predhodno neuspela izvedba), pri čemer mora biti obračun OZZ/PZZ v skladu z veljavno zakonodajo, Pravili OZZ in drugimi splošnimi akti ZZZS. V primeru, da je splošna anestezija opravljena na željo pacienta, je storitev samoplačniška. Premedikacija (sedacija brez anesteziologa z npr. benzodiazepini in opioidi) je vključena v ceno storitve in je ni mogoče še posebej obračunati.

SP1/GASTRO/10 Kaj je treba zabeležiti v kartoteko, če je narejena (glede na pooblastila na napotnici oz. indikaciji), beležena in obračunana le preiskava (UZ, endoskopija ...)?

Odgovor: Po priporočilu SZGH se v takšnem primeru na beleženo specialistično mnenje ali v zdravstveno dokumentacijo navedejo indikacija za preiskavo, zdravila, ki jih pacient jemlje, podatki o alergiji in po zapisu o poteku in rezultatih opravljene preiskave tudi navodilo oz. mnenje glede zdravljenja in potreba po nadaljnjih preiskavah.

SP1/GASTRO/11 Kdaj in kolikokrat lahko ob kolonoskopiji z odstranjevanjem polipov obračunamo polipektomijo s šifro 14452?

Odgovor: Bolnikom s polipi do 3 mm se polipektomija naredi s kleščnim odščipom in obračunsko sodi v kolonoskopijo. V tem primeru se šifra 14452 ne obračuna.
Bolnikom s polipi do 9 mm se po resekciji s polipektomijsko zanko polipektomija obračuna s šifro 14452 le
1x ne glede na število polipov.
Bolnikom s polipi nad 10 mm se polipektomija oz. endoskopska mukozna resekcija obračuna s šifro 14452 za vsak odstranjen polip.
Odgovor je usklajen s Slovenskim združenjem za gastroenterologijo in hepatologijo.

GINEKOLOGIJA – PRIMARNI NIVO

SP1/GIN PRIM/1 (11/227) Ali je v ginekološkem dispanzerju možno obračunati UZ-storitev (poseg) brez pregleda?

Odgovor: Obračun opravljenega posega (UZ) brez opravljenega pregleda je v ginekoloških dispanzerjih možen.

SP1/GIN PRIM/2 (11/231) Ali je v primeru, ko se pri isti nosečnici opravi UZ-preiskava – morfologija ploda in UZ-preiskava – merjenje pretokov, možno obračunati s šifro K1023 dvakrat?

Odgovor: Da, lahko se obračuna oboje, če je bilo opravljeno in strokovno utemeljeno. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/3 (11/232) Kako se obračunajo UZ-storitve v ginekološkem dispanzerju, če ta ima UZ-aparat in storitve izvaja sam, ter kako se obračunajo UZ-storitve, če dispanzer nima UZ-aparata in svoje paciente napotuje na UZ k drugemu izvajalcu?

Odgovor: UZ-storitve, ki jih je predpisalo MZ v Pravilniku za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, je ginekološki dispanzer dolžan zagotoviti svojim opredeljenim osebam, ne glede na to, ali jih opravlja sam ali pa jih zanj proti plačilu opravlja drug izvajalec.
V ginekološkem dispanzerju, ki ima aparat za UZ, ginekolog sam opravi UZ-storitev in jo obračuna z ustreznim količnikom.

V ginekološkem dispanzerju, ki nima aparata za UZ, ginekolog pošlje bolnico na UZ k drugemu izvajalcu in storitev plača iz lastnih finančnih sredstev po načelu naročnik je plačnik. Izvajalec v ginekološkem dispanzerju brez UZ storitev obračuna, kot bi jo opravil sam. Izvajalec, ki je dejansko storitev opravil, te ne obračuna ZZZS, temveč jo zaračuna naročniku.

SP1/GIN PRIM/5 (02/044) Ali se pri pregledu nosečnic posebej obračuna vpisovanje v materinsko knjižico?

Odgovor: Vpisovanje v materinsko knjižico se ne obračuna posebej, ampak je sestavni del storitev ob pregledu.

SP1/GIN PRIM/6 (02/052) Kdo je plačnik pregleda, nasvetov in predpisa recepta v primeru, da gre za prestavitev menstruacije na željo pacientke?

Odgovor: V tem primeru je plačnica pacientka sama.

SP1/GIN PRIM/7 (02/053) Kdo izda napotnico za spermiogram?

Odgovor: IOZ moškega izda napotnico za specialista, ki je, odvisno od organizacije na terenu, androlog ali ginekolog na sekundarnem nivoju. Na napotnici pojasni problem neplodnosti. Specialist, ki napotnico prejme, v večini primerov opravi obširno anamnezo in pregled moškega, temu sledi laboratorijska preiskava – spermiogram, ki ga specialist tudi odčita. Pisno mnenje prejme IOZ moškega. V tej stopnji ženska ni obravnavana. Njena diagnostika teče ločeno, po stopnjah, tudi glede na ugotovitve preiskave spermiograma.

Ginekoloških ambulant na primarnem nivoju običajno ne obiskujejo moški in se pri ginekologu tudi ne morejo vpisati v glavarino, zato velja, da napotnico izda izbrani zdravnik zavarovanca.
V primeru, da gre za nadaljnjo obravnavo neplodnega para na oddelkih za reprodukcijo pa izda napotnico izbrani ginekolog ženske, eno za oba.

SP1/GIN PRIM/8 (03/066) Kako se obračuna meritev krvnega tlaka pri nadaljnjem svetovanju v zvezi s kontracepcijo?

Odgovor: Kot kratek obisk (K1001). Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v klinični dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/9 (03/069) Ali zasebnik s koncesijo potrebuje dodatno pogodbo z ZZZS za opravljanje CTG (kardiogram)?

Odgovor: Posebne pogodbe z ZZZS ni treba imeti.

SP1/GIN PRIM/10 (03/089) Ali ZZZS plača HPV testiranja?

Odgovor: ZZZS financira HPV testiranje v skladu s smernicami za celostno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami maternicnega vratu.

SP1/GIN PRIM/11 (09/173) Kako obračunamo CTG-preiskavo?

Odgovor: Pri preventivnem pregledu nosečnice je opravljen CTG sestavni del preventivnega pregleda in se ne more obračunati posebej. Pri kurativnem pregledu nosečnice je indiciranje CTG-preiskave strokovna presoja ginekologa in se lahko obračuna posebej kot K1022. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/12 (09/176) Kako beležiti PAP bris, odvzet ženski, ki je mlajša od 20 let, jemlje hormonsko kontracepcijo in je spolno aktivna (lahko ima tudi tvegano spolno vedenje)?

Odgovor: Dokler ženske niso v okviru preventivnega programa, ki ga predpisuje MZ, lahko izvajalec obračuna kurativni PAP bris.

SP1/GIN PRIM/13 (11/222) Pri ženski je bil opravljen preventivni pregled z odvzemom PAP brisa, vendar se je PAP izgubil, posušil, razbil ... Kako lahko obračunamo ponovni odvzem?

Odgovor: Če se stekelce razbije, je mogoče v breme OZZ obračunati še en PAP in opraviti še en pregled ali obisk (odvisno od opravljenega dela), ko ženska ponovno pride k zdravniku. Dokler ženska nima jasne negativne preiskave iz laboratorija, se obračuna K1012. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/14 (11/225) Katero storitev naj obračuna ginekološki dispanzer, če pride nosečnica prvič na pregled šele v 28. tednu nosečnosti ali kasneje?

Odgovor: Ne glede na to, kdaj pride nosečnica prvič na pregled v ginekološki dispanzer, se za prvi pregled obračuna storitev prvi sistematični pregled nosečnice (K1015). Sama vsebina opravljenega pregleda se v tem primeru lahko razlikuje od opisa storitve K1015 v skladu z doktrino. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/15 (11/230) Ali se lahko obračuna število količnikov glede na število posegov, če sta opravljena dva posega ali več (navedeni v K1020, K1021, K1022 in K1023),?

Odgovor: Da, kadar so storitve dejansko opravljene in niso sestavni del pregleda oz. druge že obračunane storitve. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/16 (11/241) Če je opravljen prvi sistematični pregled nosečnice (K1015), ki se kot preventivna storitev v celoti krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali so posledično oproščeni doplačila tudi vsi posegi, ki so opravljeni ob tem pregledu?

Odgovor: Odgovor na to vprašanje ni avtomatičen, saj je treba z vidika 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravil OZZ gledati vsako storitev posebej. Če je opravljeni poseg povezan z nosečnostjo, potem je ženska oproščena doplačila. Če pa je bil poseg opravljen zaradi drugega razloga, ki ni naveden v 23. členu navedenega zakona, ženska ni oproščena doplačila, čeprav je bil poseg obračunan skupaj s K1015.

SP1/GIN PRIM/17 (14/313) Katero storitev je možno obračunati ZZZS v primeru, ko je zdravnik sicer poskušal opraviti ginekološki pregled (anamneza, pogovor, poraba materiala – rokavice, instrumenti ipd.), vendar se ženska v zadnjem trenutku premisli in ne dovoli, da jo zdravnik pregleda. V zdravstveni dokumentaciji so zabeleženi le anamnestični podatki.

Odgovor: V tem primeru se obračuna kratek obisk (K1001).

SP1/GIN PRIM/18 (14/315) Ali lahko nosečnica zamenja izbranega ginekologa med nosečnostjo? Kako je v tem primeru s sistematičnimi pregledi nosečnic in kateri sistematični pregled šteje kot prvi? Kako je v tem primeru s prijavo nosečnosti oz. termina poroda, saj je to opravil že prejšnji ginekolog, oziroma kako je v tem primeru s plačilom glavarine?

Odgovor: Zavarovana oseba lahko zamenja izbranega zdravnika v skladu s 167. in 168. členom Pravil OZZ in nikjer ni navedeno, da bi bila nosečnica izjema.
Prvi sistematični pregled nosečnice je samo eden. Na novo izbrani osebni ginekolog nadaljuje z naslednjimi preventivnimi pregledi. Kontinuiteta je zagotovljena s tem, da mora prvotno izbrani ginekolog posredovati medicinsko dokumentacijo na novo izbranemu ginekologu. V skladu z Navodilom za izpolnjevanje seznama nosečnic izvajalci mesečno pošiljajo poimenski seznam nosečnic po posameznih izbranih ginekologih Zavodu. Sezname pošiljajo skupaj z izjavami za izbiro osebnega ginekologa do 10. v mesecu za pretekli mesec. To omogoča prerazporejanje glavarine k novoizbranemu ginekologu med nosečnostjo. Datum predvidenega poroda, datum zaključka nosečnosti (datum dejanskega poroda) ostajata seveda ista oziroma skladna s prvim vnosom nosečnice na seznam pri prvotno izbranem ginekologu.

SP1/GIN PRIM/19 (15/377) Na kakšen način naj točkovno oz. količniško ovrednotimo porode, ki jih opravimo v zdravstvenem domu?

Odgovor: Količnika K1024 (ginekološki dispanzer) in K0023 (splošna ambulanta) pomenita obsežno delo, v katero se šteje tudi vodenje poroda. V okviru dejavnosti urgentne službe storitve ne morete obračunavati, ker se obračuna v pavšalu.

SP1/GIN PRIM/20 (15/378) Ali se beleži storitev K1015 in 501 prvi preventivni obisk nosečnice, ko pride nosečnica na pregled in želi prekinitev nosečnosti. Ali se ta nosečnica vpiše na seznam nosečnic za glavarino?

Odgovor: Ko pride nosečnica na pregled in želi prekinitev nosečnosti, se ne obravnava kot nosečnica in se je ne vpiše na seznam nosečnic za glavarino.

SP1/GIN PRIM/21 (15/383) Ali mora nosečnica, ki je brez dodatnega zavarovanja, kurativni pregled doplačati?

Odgovor: Zdravstvene storitve v zvezi z nosečnostjo, z nosečnostjo povezano patologijo in materinstvom krije obvezno zdravstveno zavarovanje v celoti. Za druge zdravstvene storitve, kot npr. zdravljenje drugih bolezni ali stanj, ki niso posebej opredeljeni v 1. točki 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju, pa morajo tudi nosečnice doplačati oziroma se prostovoljno zavarovati.

SP1/GIN PRIM/22 (18/528) Ali so ginekologi dolžni opraviti predoperativne priprave pred ginekološko operacijo?

Odgovor: V skladu z določili SD ginekologi niso dolžni opravljati predoperativnih pregledov in preiskav.

SP1/GIN PRIM/23 (18/529) Izbrani ginekolog pošlje pacientko z napotnico z vsemi pooblastili na preglede in nadaljno obravnavo zaradi neplodnosti v ustrezni center oz. ustanovo. Pacientka je sprejeta v postopek za umetno oploditev oz. za druge posege v zvezi z neplodnostjo. Napotni specialist pošlje pacientko nazaj k izbranemu osebnemu ginekologu z navodilom, kakšne preiskave mora opraviti osebni ginekolog (WAR, HIV, HCV, HBsag, PROLAKTIN FSH, LH), čeprav ima pacientka na napotnici pooblastilo 1, 2, 3, 4.

Odgovor: Upoštevali je določila Splošnega dogovora (Priloga IX/b) Obravnava bolnika pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku.Ostale storitve mora opraviti (ali plačati kot tujo storitev) izvajalec, ki je prejel pooblastilo in izvaja zdravljenje.

SP1/GIN PRIM/24 (20/553) Kako se obračuna UZ po UPN?

Odgovor: Kontrolni pregled po umetni prekinitvi nosečnosti obračunamo kot K1005 ali K1006.
Kadar ob pregledu opravimo tudi UZ, ga obračunamo s količnikom K1022. UZ-preiskava po UPN z medikamenti sodi v preventivni program, v ostalih primerih je del kurativne obravnave in se obračuna v deležu.

SP1/GIN PRIM/25 (20/555) Kako se obračuna ponavljajoče se vnetje nožnice?

Odgovor: Po predhodno zaključenem zdravljenju, kar je razvidno iz medicinske dokumentacije, je ob ponovnem pojavu bolezni treba obračunati prvi kurativni pregled (K1002). V primeru kontrolnega pregleda pri poteku zdravljenja obračunate ponovni kurativni pregled (K1003).

POPRAVLJENO
SP1/GIN PRIM/26 (20/557) Kako se pravilno obračuna PAP brise?

Odgovor: Skladno s 23. členom Pravilnika o izvajanju državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka je presejalni interval v programu ZORA tri leta. Ne glede na prejšnji stavek se citološki pregled brisa maternicnega vratu pri posamezni ženski prvič in drugič opravijta v razmaku 12 mesecev. Pri tem se za prvo storitev šteje tista, ki se opravi prvič po dopolnjenem 20. letu starosti ali prvič po tem, ko ta zdravstvena storitev ni bila opravljena več kot pet let. Če sta rezultata obeh preiskav brisa maternicnega vratu, ki sta bila opravljena v razmiku 12 mesecev, ocenjena kot negativna, se nadaljnje zdravstvene storitve opravljajo vsaka tri leta.

SP1/GIN PRIM/27 (20/558) Spolno aktivna ženska, mlajša od 20 let, obišče ginekologa. Kako se obračuna opravljeno storitev?

Odgovor: Obračunavanje zdravstvenih storitev sledi opravljenemu delu skladno z veljavnimi predpisi. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/28 (24 GIN/2 – 2011) Ali je mogoče pri nosečnici obračunati K1001 (kratek obisk) ob opravljeni in obračunani CTG-preiskavi?

Odgovor: Le za opravljeno CTG-preiskavo ni mogoč obračun obeh šifer. Kadar se opravi CTG, se obračuna šifra K1022 kot samostojna storitev. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/29 (24 GIN/3 – 2011) Kdaj lahko obračunamo prvi preventivni odvzem PAP brisa pri ženski, ki v koledarskem letu dopolni 20 let. Ali po dejansko dopolnjenem 20. letu starosti?

Odgovor: Pomembno je leto rojstva in ne točen datum v koledarskem letu.

SP1/GIN PRIM/30 (24 GIN/4 – 2011) Ali lahko obračunamo UZ-preiskavo ob preventivnih pregledih pri ženskah po menopavzi?

Odgovor: Če ženska prejema HNZ, je UZ del preventivnega pregleda, v ostalih primerih je UZ-preiskava del kurativne obravnave. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/31 (24 GIN/6 – 2011) Kako obravnavati pacientke v primerih, ko izvajalec opravlja dejavnost dveh nivojev hkrati (ginekolog ima koncesijo za primarno in sekundarno dejavnost)?

Odgovor: Opredeljene pacientke mora obravnavati v celoti s svojim znanjem in svojo opremo na primarnem nivoju. Svojih pacientk z napotnico ne prepošilja k sebi na sekundarni nivo, kadar gre za storitev, ki jo je mogoče opraviti in obračunati na primarnem nivoju.

SP1/GIN PRIM/32 (24 GIN/7 – 2011) Pri preventivnem pregledu odkrijemo patologijo, zato opravimo ginekološki UZ. Kakšni so deleži OZZ/PZZ pri obračunanih storitvah?

Odgovor: Preventivni pregled (K1006) se v celoti obračuna v breme OZZ, UZ-preiskava (K1022) se obračuna v deležu OZZ/PZZ.

POPRAVLJENO
SP1/GIN PRIM/33 (26 GIN/ 1 – 2012) Kdaj se ob odvzemu PAP brisa obračuna K1012, kdaj pa K1020?

Odgovor: Ob odvzemu preventivnega PAP brisa se skupaj s pregledom obračunata tudi LZM Q0024 in šifra K1012, ob kurativnem pregledu in odvzemu kurativnega brisa se ob LZM Q0024 obračuna šifra K1020. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/34 (26 GIN/ 8 – 2012) Ali se pri vstavitvi Mirene zaračuna delež PZZ?

Odgovor: Odvisno od strokovne opredelitve oz. indikacije za vstavitev Mirene: ko gre za kurativne razloge vstavitve, se obračuna OZZ/PZZ v deležu, ko gre le za kontracepcijo, se storitev v celoti obračuna v breme OZZ.

SP1/GIN PRIM/35 (26 GIN/ 9 – 2012) Ali je storitev kontracepcijsko svetovanje predmet doplačila oz. dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja?

Odgovor: Obračun kontracepcijskega svetovanja je v skladu z zakonodajo v celoti v breme OZZ.

SP1/GIN PRIM/37 (26 GIN/ 12 – 2012) Kako obračunati preglede v nosečnosti, če gre za tvegano oziroma patološko nosečnost?

Odgovor: Vsaka nosečnica ima pravico do desetih preventivnih pregledov v nosečnosti. Ko nastopi bolezensko stanje, obračunavamo kurativne preglede v nosečnosti (K1004), vse dokler to stanje ne mine. Pregledi po 40. tednu nosečnosti so vedno kurativni. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji. Možem je obračun tako preventivnih kot kurativnih pregledov.

SP1/GIN PRIM/38 (26 GIN/ 14 – 2012) Ali je treba pri ponovnih odvzemih brisov na tri leta strogo upoštevati dejanski triletni interval in letnice?

Odgovor: Upoštevajo se letnice do 6 mesecev razlike.

SP1/GIN PRIM/39 (26 GIN/ 15 – 2012) Kako obračunamo kontrolne preglede ciste ali drugih bolezenskih stanj? Kako obračunamo, kadar pacientka toži o težavah, pri pregledu pa se ne najdejo odstopanja od normale?

Odgovor: Kot kurativne preglede.

SP1/GIN PRIM/40 (26 GIN/ 16 – 2012) Ali lahko obračunamo preventivni pregled za preprečevanje raka MV z odvzemom PAP brisa pri dekletu, ki je spolno aktivno že tri leta, a še nima 20 let?

Odgovor: Ne. V skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni to ni mogoče.

SP1/GIN PRIM/41 (26 GIN/ 17 – 2012) Kako obračunamo zdravstvene storitve, opravljene pri nosečnici, ki pride na pregled zelo zgodaj v nosečnosti, ko še ne opravimo vseh preiskav, ki so predvidene za obračun K 1015?

Odgovor: Obračuni vedno sledijo opravljenemu delu, skladno z zakonodajo in SNBO. Upoštevati je potrebno veljavna obračunska pravila. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/42 (26 GIN/ 18 – 2012) Kako obračunati UZ-pregled nosečnice, pri katerem ginekolog postavi sum nepravilne vstave?

Odgovor: Opravljen UZ je strokovna odločitev ginekologa in je del kurativne obravnave.

SP1/GIN PRIM/43 (26 GIN/ 19 – 2012) Kdaj obračunati kontracepcijsko svetovanje v primeru prekinitve nosečnosti – pred prekinitvijo in po njej ali samo na enem od teh pregledov?

Odgovor: Na enem od teh pregledov.

SP1/GIN PRIM/44 (26 GIN/ 20 – 2012) Ali se sme obračunati kolposkopija tudi v primeru ponovitve BMV?

Odgovor: Kolposkopija se obračuna v skladu s strokovnimi Navodili ginekologom za delo v programu ZORA. Vedno je kurativna preiskava, lahko pa se obračuna ob opravljenem pregledu K1006.

SP1/GIN PRIM/45 (26 GIN/ 22 – 2012) Kako obračunati UZ-preiskavo v 32. tednu nosečnosti?

Odgovor: V tem primeru se obračuna kurativni UZ-pregled razen, če ženska še ni imela dveh preventivnih UZ-preiskav, ker je na prvi pregled prišla v drugi polovici nosečnosti.

SP1/GIN PRIM/46 (26 GIN/ 23 – 2012) Ali je možen kratek obisk v nosečnosti?

Odgovor: Da.

SP1/GIN PRIM/47 (26 GIN/ 29 – 2012) Ali je možno na isti dvakrat dan zaračunati PAP bris?

Odgovor: Izjemoma, kadar citolog ugotovi potrebo po odvzemu ločenih brisov iz cervikalnega kanala in iz zunanjega dela materničnega vratu. V tem primeru bi bila PAP brisa kurativna. Odvzem dveh preventivnih PAP brisov na isti dan je možen v primeru genetskih razvojnih abnormalnosti maternice, kot na primer pri dvojnem uterusu ali dvojnem cerviksu.

SP1/GIN PRIM/48 (26 GIN/ 31 – 2012) Ali se kurativne ultrazvočne preiskave v nosečnosti v celoti obračunajo v breme OZZ?

Odgovor: Kurativne ultrazvočne preiskave v nosečnosti se v celoti obračunajo v breme OZZ, če so na podlagi zdravnikovih ugotovitev neposredno povezane z nosečnostjo, za ostale bolezni se obračun deli na OZZ in PZZ.

SP1/GIN PRIM/49 (26 GIN/ 32 – 2012) Ali izvajalci preventivne ultrazvočne preiskave v nosečnosti drugače obračunajo kot kurativne?

Odgovor: Preventivne ultrazvočne preiskave v nosečnosti se izvajajo in obračunajo v skladu z zahtevami Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

POPRAVLJENO
SP1/GIN PRIM/50 (26 GIN/ 36 – 2012) V katerih primerih se zdravstvena storitev ginekološki UZ v celoti obračuna v breme OZZ?

Odgovor: V celoti so ultrazvočni pregledi obračunajo v breme OZZ v primerih:

- porodniški UZ – dva preventivna prgleda v normalni nosečnosti, v primeru patološke nosečnosti skladno z doktrino;
- ultrazvočna ocena debeline endometrija enkrat letno pri ženskah, ki so na kontinuiranem HNZ,
- ob vstavitvi ali kontroli lege bakrenega materničnega vložka,
- kontrole lege IUS.

SP1/GIN PRIM/51 (26 GIN/ 38 – 2012) Kako obračunati storitev odvzema brisa MV, kadar je predhodni bris patološki CIN1, CIN2, CIN3 ...? Ali se v teh primerih zdravstvena storitev v celoti financira iz OZZ ali delež krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje?

Odgovor: Ker gre za kurativne odvzeme BMV, se storitev obračuna v deležu.

SP1/GIN PRIM/52 Kako obračunamo pregled pri nosečnici, ki je napotena na UPN? Opravljena je UZ-preiskava in pri prvorodkah določena KG in Rh-faktor. Ali je v tem primeru obračun storitev plačan v celoti ali v deležu?

Odgovor: Pregled pri nosečnici, ki jo napotite na splav, obračunate s šiframi K1005 ali K1006 in K1021. Storitve se v celoti obračunajo v breme OZZ.

SP1/GIN PRIM/53 Kako obračunamo storitev, če pri preventivnem pregledu ženske odkrijemo patologijo, npr. manjši miom, bolnica pa nima težav?

Odgovor: Če pri preventivnem pregledu ugotovite patologijo, ki jo navajate, je pravilni obračun K1006.

Če ženska brez težav pride čez tri leta ponovno na preventivni pregled, npr. vabljena od ZORE; in ob tem opravite še UZ zaradi v preteklosti odkritega mioma, je pravilni obračun K1006, K1012 in K1022.

SP1/GIN PRIM/54 Ali se lahko obračuna kolposkopija pri polipu ali vulnerabilnem materničnem vratu ob preventivnem pregledu (BMV pred 3 leti negativen)? Ali se beleži le biopsija?

Odgovor: Pri obračunavanju zdravstvenih storitev sledite opravljenemu delu. Če je opravljena biopsija, se ta obračuna. Storitev je kurativna.
Če je opravljena kolposkopija, se ta obračuna, vendar skladno s smernicami ZORE. Storitev je kurativna, se lahko obračuna ob šifri K1006. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/55 Ali mora ženska, ki pride na preventivni ginekološki pregled in ji ginekolog svetuje UZ-preiskavo, to plačati?

Odgovor: Če ima ženska težave oz. ginekolog posumi na neko bolezensko stanje, ji glede na strokovne smernice opravi UZ-pregled, ki ga obračuna v deležu. Preiskave bolnica ne plača.
UZ-pregledi na željo ženske so samoplačniški in morajo biti opravljeni izven rednega delovnega časa ambulante.

NOVO
SP1/GIN PRIM/56 Ali lahko ginekolog na primarni ravni cepi pacientke proti HPV ter nosečnice proti gripi in oslovskem kašlju in če da, kako naj opravljene storitve obračuna?

Odgovor: Osebni izbrani ginekologi lahko izvajajo cepljenje zamudnic proti HPV in cepljenje nosečnic proti gripi in proti oslovskemu kašlju in si to tudi ustrezno obračunajo kot Pregled pred cepljenjem v DŽ (K1045) in Cepljenje v DŽ (K1046), skladno z opisom storitve v Šifrantu 15.21.
Zamudnice za cepljenje proti HPV so tista dekleta, ki so obiskovale 6. razred v šolskem letu 2009/10 ali kasneje in še niso bile cepljene.

GINEKOLOGIJA – SEKUNDARNI NIVO

SP1/GIN SEK/1 (03/074) Ali ultrazvočna preiskava, šifra 36131, ustrezno nadomešča fizikalni pregled? Ali se lahko hkrati z ultrazvokom zaračunavata tudi oskrba oz. individualna navodila in svetovanje (97401)?

Odgovor: O tem, ali UZ ustrezno nadomešča fizični pregled, odloča stroka oz. RSK za ginekologijo. Hkrati z UZ se ne more obračunati oskrba, če ni bil opravljen ginekološki pregled. Individualnih navodil in svetovanja ni možno obračunati ob UZ-pregledu. Obračun storitev utemeljujejo verodostojni zapisi v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN SEK/2 (14/314) Kako ravnati v primerih, ko se zavarovanke zglasijo v urgentni triažni ambulanti, kadar njihov izbrani ginekolog ne dela, o nadomestnem zdravniku v tem času pa niso bile obveščene?

Odgovor: Osebni zdravnik (tudi ginekolog), ki je začasno odsoten zaradi bolezni, službenega potovanja, študijskega izpopolnjevanja, praznikov ali dopusta, zagotovi uresničevanje teh nalog v dogovoru z drugimi zdravniki na primarnem nivoju v istem kraju ali v njegovi neposredni bližini. Če tega ni storil, račun za opravljene storitve pošljite njemu.
V urgentni ambulanti storitev zaradi odsotnosti izbranega zdravnika ni mogoče obračunati.

SP1/GIN SEK/3 Kako se obračuna osnovni ginekološki pregled v specialistični dejavnosti?

Odgovor: Osnovni ginekološki pregled v specialistični dejavnosti se obračuna s šifro 01006.

SP1/GIN SEK/4 Katero storitev lahko v specialistični ginekološki ambulanti beležimo za opravljeno kolposkopijo?

Odgovor: Če ob opravljenem ginekološkem pregledu opravite kolposkopijo, storitev obračunate kot srednje obsežen pregled v specialistični dejavnosti (02003).

POPRAVLJENO
SP1/GIN SEK/5 Pacientka s krvavitvijo v zgodnji nosečnosti se zglasi v urgentni ambulanti, kjer zdravnik pri pregledu ugotovi, da je potrebna aplikacija imunoglobulina anti D. Pred aplikacijo je treba opraviti še ICT (indirektni Coombsov test).
Kako obračunamo storitvi? Kaj storiti v primeru, ko izbrani ginekolog (ali zdravnik družinske medicine) tako pacientko z napotnico napoti v urgentno ambulanto, pri tem pa ne priloži podatka krvne skupine RhD in ICT, nadaljnja obravnava (ICT in aplikacija imunoglobulina anti D) pa je pri izbranem ginekologu nemogoča zaradi vikenda/praznika?

Odgovor: Aplikacija imunoglobulina anti D v kurativne namene je tako v primeru urgentne storitve kot tudi na podlagi napotnice, na kateri so podana ustrezna pooblastila, v pristojnosti napotnega zdravnika (izvajalca).
Določitev krvne skupine in RhD je v pristojnosti izbranega osebnega ginekologa na začetku nosečnosti. Tudi v nadaljnjem poteku nosečnosti izbrani osebni ginekolog kot del preventivne obravnave nosečnic opravlja storitve skladno s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

SP1/GIN SEK/6 Kako obračunamo preiskavo spermiograma?

Odgovor: Kadar izbrani zdravnik napoti moškega na pregled, mnenje in spermiogram, je pravilni obračun ustrezen pregled (glede na obseg) in ustrezna oskrba (začetna ali nadaljnja, glede na definicijo).
Kadar je moški napoten samo na analizo semenskega izliva, si izvajalec obračuna kratek lokalni pregled. Spermiogram je laboratorijska preiskava in je del materialnih stroškov ustanove, kamor je moški napoten.

SP1/GIN SEK/7 Kako obračunamo PAP bris, kadar ga naredi napotni zdravnik na sekundarnem ali terciarnem nivoju?

Odgovor: Odvzem PAP brisa je del obračunane specialistične ambulantne oskrbe.

AMBULANTA ZA BOLEZNI DOJK

SP1/ABD/1 (14/307) Katera šifra storitve se obračuna za ultrazvočni pregled dojk in kolikokrat?

Odgovor: Ultrazvočni pregled dojk se obračuna s šifro 36127 (Ehomamografija) enkrat (skladno s kadrovskim in časovnim normativom).

SP1/ABD/2 (11/240) V okviru programa dejavnosti dispanzerja za ženske izvajalec opravlja tudi nekaj storitev, ki spadajo v ambulanto za bolezni dojk. Te storitve opravlja tudi za pacientke, ki ga niso izbrale za osebnega ginekologa. Kako lahko izvajalec obračuna storitve ambulante za bolezni dojk?

Odgovor: Storitve ambulante za bolezni dojk niso sestavni del dejavnosti ginekoloških dispanzerjev in zato tudi niso vključene v seznam količnikov za obračunavanje dela v ginekologiji na primarni ravni.
Izvajalec si mora urediti koncesijo za opravljanje storitev ambulante za bolezni dojk (sekundarna raven), v pogodbi z Zavodom pa mora opredeliti dve dejavnosti. Omenjene storitve bo izvajalec lahko obračunal na enak način, kot velja za ostale ambulante za bolezni dojk.

SP1/ABD/3 Kakšna je vsebina preventivnih pregledov žensk v posameznih starostnih obdobjih?

Odgovor: Vsebina preventivnih pregledov ter starostna obdobja, ki vključujejo tudi mamografijo, se izvajajo v skladu z določili Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, kjer so navedene tudi potrebne storitve, ki se izvajajo kot vsebina preventivnih pregledov po posameznih starostnih skupinah.

INTERNA MEDICINA – SPLOŠNO

SP1/INT SPL/1 (15/353) Ali se lahko ZZZS obračuna storitev Intramuskularna, podkožna inekcija* (91215) v primerih, ko v okviru predpisane terapije zavarovana oseba hodi v ambulanto samo na injekcije, ki jih aplicira medicinska sestra?**

Odgovor: Da. Obračun storitev temelji na medicinski dokumentaciji.

SP1/INT SPL/2 (9/165) Ali lahko v specialističnih ambulantah obračunamo storitve odvzema materiala za laboratorijske preiskave – šifre storitev 19141, 19142, 19143, 19152, 19155, 19161, 19180 in 19105?

Odgovor: Delo laboratorija je v celoti vračunano v materialne stroške izvajalcev, zato storitev ni mogoče obračunati posebej.

SP1/INT SPL/3 (6/119) Kako lahko oračunamo naslednje preiskave: S-nukleotidaza, S-Ca 19-9, S-Ca 15-3, S-Ca 125, S-Totel, S-prosti PSA, S-TROPONIN I, U-mikroalbumin?

Odgovor: Navedenih preiskav ni možno obračunati ZZZS posebej, saj so že vključene v matrialne stroške.

SP1/INT SPL/4 Kako lahko obračunamo oskrbo katetra, odstranitev že vstavljene igle, aplikacijo osnovne in podporne terapije, odvzem krvi pri pacientih z vstavljenim venskim katetrom s podkožnim prekatom?

Odgovor: Če je pacienta pregledal zdravnik in pregled zabeležil v medicinsko dokumentacijo, se obračunata ustrezni pregled in oskrba. Če pacienta ni pregledal zdravnik, se za izvedbo storitve lahko obračuna šifra intramuskularna, podkožna injekcija*** (91215) iz SNBO, porabljeni material pa je del materialnih stroškov bolnišnice.

NOVO
SP1/INT SPL/6 S katero šifro se evidentira test absorbcije železa, ki ga izvajamo v hematološki ambulanti?

Odgovor: Test absorbcije železa je del materialnih stroškov izvajalca.

NOVO
SP1/INT SPL/7 S katero šifro se evidentira zbadanje, prebrizgavanje in heparinizacija venske valvule?

Odgovor: Oskrbo venske valvule lahko beležite z naslednjimi šiframi:

- Kratek lokalni pregled v specialistični dejavnosti (00002),
- Nadaljnja oskrba v neoperativnih strokah (11303),
- Material za oskrbo podkožne valvule (Q0239).

Izvedena storitev mora biti utemeljena z verodostojnim zapisom v medicinski dokumentaciji.

NOVO
SP1/INT SPL/8 Kako se v specialistični ambulanti obračuna Quantiferon TB, naročen v zunanji laboratorij?

Odgovor: Quantiferon TB se praviloma opravlja v dveh primerih:

1. Kadar je ZO v kontaktu z bolnikom obolelim za TBC. V teh primerih je Quantiferon TB plačan iz Registra za TBC, ki je na Kliniki Golnik.
2. Vsi bolniki, ki so kandidati za uvedbo biološke terapije, morajo imeti opravljen Quantiferon TB. Negativen Quantiferon TB je med drugim pogoj za uvedbo biološke terapije. Kadar je bolnik v obravnavi pred uvedbo biološke terapije, je opravljeni test del materialnih stroškov izvajalca terapije.

KARDIOLOGIJA

SP1/KARDIO/1 (8/148) Katere šifre storitev se obračunajo pri cikloergometriji, če je internistu podano pooblastilo na napotnici za pregled in mnenje (št. 1)?

Odgovor: Na osnovi naročila izbranega osebnega zdravnika (pooblastilo št. 1, »Prosim za cikloergometrijo«) se obračuna le šifra dinamična elektrokardiografija (12620).

SP1/KARDIO/2 (9/172) S katero šifro lahko obračunamo 24-urno ambulantno avtomatsko snemanje arterijskega krvnega tlaka?

Odgovor: Obračuna se lahko Holter monitoring (12602).

SP1/KARDIO/3 (8/145) V internistični ambulanti je pogosta storitev kontrola protrombinskega časa in odreditev terapije, ki pa je ni možno opraviti, ne da bi se internist pogovoril s pacientom. Kako obračunati kontrolo protrombinskega časa in odreditev terapije?

Odgovor: V specialistični dejavnosti se lahko obračuna pregled, ki je bil opravljen in je beležen v zdravstveni dokumentaciji in ustrezna ambulantna oskrba (VSE DEJAVNOSTI/7 (7/128)). Samo laboratorijska vrednost protrombinskega časa oziroma izkaznica o vodenju antikoagulantne terapije ni dovolj. Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/KARDIO/4 (14/302) Kako naj zdravnik internist obračuna izpraznitveno abdominalno punkcijo?

Odgovor: Za izpraznitveno abdominalno punkcijo se obračuna aspiracija peritonealne votline (81570).

SP1/KARDIO/5 (20/540) Iz specialističnih ambulant zdravniki napotijo pacienta na scintigrafijo miokarda v radioizotopni laboratorij. Pacientu opravijo najprej scintigrafijo miokarda brez obremenitve (35232), čez nekaj dni pa mu opravijo še scintigrafijo miokarda z obremenitvijo (35330). Ali lahko obračunamo obe storitvi? Ali zdravniki lahko storitev naročijo na eni napotnici ali pa sta potrebni dve napotnici, za vsako storitev posebej?

Odgovor: Storitev mora biti naročena na (eni) napotnici. Storitev perfuzijska scintigrafija miokarda (35334) se opravi ob obremenitvi, in če gre za ugotovljeno normalno stanje, se postopek konča in se obračuna enkrat šifra 35334. Če je stanje patološko, se opravi po nekaj dneh ista preiskava v mirovanju in se dvakrat obračuna šifra 35334.

SP1/KARDIO/6 Kako obračunamo transezofagealno ehokardiografijo (TEE)?

Odgovor: Za obračun opravljene TEE se obračunata storitvi UZ srca (36122) in fiberoptična ezofagoskopija (16301).

NEVROLOGIJA

SP1/NEVRO/1 (24 NEVRO/1 – 2011) Aplikacijo zdravil za zdravljenje multiple skleroze in edukacijo v celoti izvede diplomirana medicinska sestra po naročilu nevrologa. Aplikacija z izobraževanjem običajno traja tri dni, lahko tudi več. Kako obračunamo ZZZS navedeno obravnavo zavarovanih oseb?

Odgovor: V tem primeru je izobraževanje za samoaplikacijo terapije, ki ga izvede diplomirana medicinska sestra po naročilu nevrologa, zajeto v ambulantni specialistični oskrbi in ga ni mogoče obračunati posebej. Aplikacijo in/ali izobraževanje za samoaplikacijo terapije v izvedbi medicinske sestre je mogoče zaračunati samostojno (v skladu z definicijami SNBO), kadar je bilo sestrsko delo opravljeno samostojno in ni bila obračunana ambulantna oskrba pacienta.

SP1/NEVRO/2 (14/300) V okviru nevrološke ambulante poteka ocenjevanje kognitivnih sposobnosti pacientov s suspektno Alzhaimerjevo boleznijo (ADAS). Katero storitev lahko obračunamo?

Odgovor: Za ocenjevanje po lestvici ADAS je ZZZS možno obračunati psihiatrični intervju s šifro 97420.

PSIHIATRIJA (Center za mentalno zdravje, splošna psihiatrija, skupnostna obravnava)

SP1/PSIH/2 Kako se beležijo multidisciplinarne timske obravnave v centrih za mentalno zdravje, psihiatričnih in pedopsihiatričnih ambulantah?

Odgovor: Multidisciplinarna timska obravnava se obračuna s šiframa 11618 in 11619 iz veljavnega šifranta v SNBO: Seznam ambulantnih specialističnih storitev pedopsihiatrije. Pri tem je treba upoštevati, da razširjene (usmerjene) timske obravnave služijo načrtovanju obravnave in so na njih prisotni vsi člani tima, ki sodelujejo pri obravnavi. Zahtevana dokumentacija za tak posvet je načrt obravnave s cilji in načrtovanimi koraki. Pri kratkih timskih obravnavah gre za posvet med člani tima o obravnavi. Zahtevana dokumentacija je beleženje prisotnosti članov tima. V psihiatrični ambulanti se obsežna timska obračuna s šifro 97101. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PSIH/3 Ali se načrtovanje obravnave s timskim posvetom obračuna na pacienta ali na člana tima?

Odgovor: Načrtovanje obravnave s timskim posvetom se obračuna enkrat na pacienta in ne na člana tima.

SP1/PSIH/4 Kako se obračunajo storitve diagnostike psihologa in kliničnega psihologa?

Odgovor: Storitve diagnostične psihologije se obračunajo s šiframi od 19210 do 19215 za psihologa, storitve klinićnega psihologa pa s šiframi iz Priloge 5.6.: Seznam storitev klinične psihologije iz SNBO, vendar vsako klinično psihološko (ali psihološko) testiranje le enkrat. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, to je klinično psihološko ali psihološko mnenje, ki je navadno povzetek in interpretacija diagnostičnega postopka.

POPRAVLJENO
SP1/PSIH/5 Kdo lahko obračuna storitve, kot so npr. družinska psihoterapija (96100), psihoterapija zakonskih in drugih parov (96101), vedenjska psihoterapija (96190), skupinska psihoterapija (96400)?

Odgovor: V skladu z opisom v veljavnem šifrantu zdravstvenih storitev se šifre lahko obračunajo, kadar izvedba, ki jo utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, ustreza njihovemu opisu:

- 96100 – družinska psihoterapija; za katero je kadrovski normativ dva zdravnika specialista psihiatra oz. dva psihologa specialista,
- 96101 – psihoterapija zakonskih in drugih parov; za katero je kadrovski normativ dva zdravnika, specialista psihiatra oz. dva psihologa specialista,
- 96190 – vedenjska psihoterapija; za katero je kadrovski normativ en zdravnik specialist psihiater oz. en psiholog specialist,
- 96400 – skupinska psihoterapija; za katero je kadrovski normativ en zdravnik specialist psihiater oz. en psiholog specialist.

SP1/PSIH/6 Ali se lahko pri istem pacientu pri enem obisku obračunajo storitve, kot so sprostitvene tehnike (96801), vedenjska psihoterapija (96190) in psihoterapevtski ukrep – površinski (96090)?

Odgovor: Pri enem obisku pacienta se lahko obračuna le ena od naštetih storitev. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v medicinski dokumentaciji.

SP1/PSIH/7 Kdo lahko obračuna storitev začetna ambulanta psihiatrična oskrba (11006) in nadaljnja ambulantna psihiatrična oskrba (11305)?

Odgovor: Le psihiater.

SP1/PSIH/8 Kdo lahko obračuna storitev psihiatrični intervju s svojcem informatorjem (97420)?

Odgovor: Le psihiater.

POPRAVLJENO
SP1/PSIH/9 Kdaj in kdo lahko obračuna storitev konzultacija pri psihologu (11603)?

Odgovor: Konzultacijo pri psihologu (11603) lahko obračuna samo psiholog, če so izpolnjeni trije pogoji:

- na napotnici (klinični psiholog) ali delovnem nalogu (psiholog) je izrecno označeno pooblastilo z zapisom »za konzultacijo«;
- napotnici ali delovnemu nalogu sta priložena dokumentacija in obsežnejše pisno poročilo o dosedanji obravnavi in poteku bolezni;
- konzultirani klinični psiholog ali psiholog mora izdati obširno pisno konzultatntsko mnenje s povzetkom celotne dotedanje bolezni in obravnave, morebitnimi lastnimi podrobnimi izsledki pregleda in preiskav ter natančnimi in podrobnimi odgovori in priporočili.

SP1/PSIH/11 Ali je v SPO mogoč obračun storitev brez zdravstvene kartice?

Odgovor: To je mogoče le v izjemnih in nujnih primerih. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, iz katere je razvidna tudi nujnost obravnave. V primeru, da oseba nima zdravstvenega zavarovanja, se zavarovanje začne takoj urejati po ustaljenem postopku s centrom za socialno delo.

SP1/PSIH/12 Ali je v SPO mogoč obračun več obiskov pacienta ali več obiskov na pacientovem domu v enem dnevu?

Odgovor: To je mogoče v izjemnih in nujnih primerih, npr. zaradi stanja hude psihične motnje in ogroženosti, če je strokovno utemeljeno, ker gre za nujno medicinsko pomoč. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PSIH/13 Preden gredo člani delovne skupine SPO na teren k pacientu, jo pogosto pokličejo, da jo prepričajo, da jih bo sprejela. Ali se v takih primerih lahko obračuna kombinacija storitev krajši telefonski posvet (92402) in nadaljnji obisk na domu (92108)?

Odgovor: Telefonski posvet se lahko obračuna le v primeru, če gre za zdravstveni nasvet, zato v takem primeru šifre 92402 ni mogoče obračunati. Obisk na domu je mogoče obračunati le v primeru, da ste ga opravili. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, iz katere je razvidna tudi nujnost obravnave.

SP1/PSIH/14 Ali strokovni delavci v timu SPO lahko obračunajo storitve, ki jih opravljajo na domu pacienta, v zdravstvenem domu, spremljanje pacienta in telefonske pogovore?

Odgovor: Strokovni delavci lahko opravljajo vse storitve v različnih okoljih, za katere so strokovno usposobljeni in so v veljavnih šifrantih za obračun. V seznamu storitev za obračun so tudi telefonski pogovori, obračun pa utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji. Organizacija prevoza za pacienta in druženje nista stvar zdravstvene obravnave, zato ju ni mogoče obračunati v breme OZZ.

SP1/PSIH/15 Pri katerih diagnozah se sme obračunati šifre storitev SPO?

Odgovor: Šifre storitev SPO se praviloma obračunajo v primeru duševnih bolezni (23. člen ZZVZZ in dodatna pojasnila iz Okrožnice ZAE 19/14), to je pri diagnozah F 20-29 (shizofrenija), F 30 (manija), F 31 (bipolarna motnja), huda depresivna epizoda (F32.2 in F 32.3), ponavljajoča se psihotična depresija (F33.3), duševne in vedenjske motnje v poporodnem obdobju (F53), duševna manjrazvitost (F 70-79), delirij (F05) ter za vse organske psihotične (F 06.0-F06.2) in organske razpoloženjske motnje (F 06.3).

SP1/PSIH/16 Ali je v skupnostni obravnavi mogoče obračunati šifre ocene potreb in ocene stanja brez psihiatrične ocene in diagnoze?

Odgovor: Ne.

SP1/PSIH/17 Ekipa SPO v zdravstvenem domu bi za jasen potek predaje pacientov s strani izbranega zdravnika ali psihiatra v SPO potrebovala listino – napotnico ali delovni nalog. Kako ravnati, da bo predaja pacientov v SPO v skladu s pravilnim načinom obračuna storitev?

Odgovor: Vstopna točka v skupnostno psihiatrično obravnavo je diplomirana medicinska sestra z znanim kontaktom (telefon, e-naslov), na katerega izbrani osebni zdravnik ali psihiater sporoči podatke pacienta, hkrati pa pacientu svetuje, naj vzpostavi kontakt. V skladu s Pravili OZZ napotnica ni potrebna. DMS izvede triažo in pacienta bodisi sprejme v SPO bodisi sporoči, da ga je ustrezneje usmeriti drugam.

SP1/PSIH/18 V skupnostni psihiatrični obravnavi je šifra storitve nadaljnji obisk namenjena obračunu storitev enega člana tima. Zaradi varnosti je v veliko primerih potrebno, da gresta tudi na nadaljnji obisk dva člana tima, včasih tudi trije. Ali se za nadaljnji obisk storitev obračuna samo enkrat na enega pacienta ali se v tem primeru obračuna storitev na vsakega člana tima?

Odgovor: Obisk na domu se lahko, razen ob prvih dveh obiskih, obračuna le enkrat na enega pacienta. Stvar klinične presoje, ocene stanja in zmožnosti službe SPO pa je, koliko strokovnih delavcev opravi obisk. V primeru prvih dveh obiskov je mogoče šifro obračunati dvakrat.

SP1/PSIH/18 Ali se prvi/drugi timski obisk na domu (šifra 92107) in nadaljnji obisk na domu (šifra 92108) v skupnostni psihiatriji obračunata 100 % v breme OZZ?

Odgovor: Da, v skladu s 13. alinejo 1. odstavka 23. člena ZZVZZ, se storitve izvedene pri pacientu doma obračunajo 100 % v breme OZZ, ne glede na diagnozo.

NOVO
SP1/PSIH/19: Otrok prihaja v pedopsihiatrično ambulanto na pregled sam ali s staršem brez zdravstvene kartice. Kako naj pedopsihiatri obračunajo opravljen pregled?

Odgovor: V navedenih primerih specialist pedopsihiater evidentira obisk bolnika brez kartice. Pregled mora biti obračunan na datum, ko je bil opravljen.

NOVO
SP1/PSIH/20: V psihiatrične ambulante bolniki večinoma hodijo brez napotnic. Delo psihiatra sestoji tudi iz svetovanja in uravnavanja zdravil, kar mnogokrat po posvetu z bolnikom opravimo po telefonu. Ne gre zgolj za rutinsko predpisovanje zdravil, vključeno je tudi pojasnjevanje, razlaga in sprememba odmerkov. Ali lahko v takšnem primeru obračunamo konzultacijo (11604)?

Odgovor: Glede na dolgi opis zdravstvene storitve konzultacija (11604) v opisanem primeru obračun te šifre ni mogoč. Ustrezna šifra za obračun opisane zdravstvene storitve je kratka kontrolna obravnava v specialistični ambulantni dejavnosti brez prisotnosti bolnika (91101).

RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA IN MAGNETNA RESONANCA

SP2/CT in MR/1 (22 CT in MR/1-2011) Ali lahko zdravnik na eni napotnici naroči več preiskav?

Odgovor: Zdravnik, ki izda napotnico za CT- oziroma MR-preiskavo, lahko na eno napotnico naroči samo eno CT- oziroma MR-preiskavo (en RDP). V primeru, da pacient potrebuje več preiskav v okviru iste ali druge SRDP, je treba za vsako preiskavo izstaviti posebno napotnico. V primeru, da zdravnik poleg CT- oziroma MR-preiskave naroči še CT- oziroma MR-primerjavo, se dodatna napotnica ne izstavi. V takem primeru se na napotnici navede 1 CT- oziroma MR-preiskava ter dodatno še CT- oziroma MR-primerjava. CT- oziroma MR-primerjave se le beležijo in ne obračunajo.
Na podlagi ene napotnice se praviloma lahko obračuna samo ena CT- oziroma MR-preiskava (en RDP). Izjema je opredeljena v odgovoru SP2/CT in MR/2 (22 CT in MR/2-2011).

SP2/CT in MR/2 (22 CT in MR/2-2011) Ali lahko izvajalec na podlagi ene napotnice obračuna več preiskav, ki jih je opravil?

Odgovor: Na podlagi ene napotnice se lahko izjemoma obračuna več kot ena CT- oziroma MR-preiskava (en RDP). V primeru, da radiolog, ki izvaja diagnostiko, ob naročeni preiskavi izvede še dodatno preiskavo (ki ni bila naročena na napotnici), mora biti ta dodatna preiskava opravljena na podlagi postavljene ustrezne medicinske indikacije in jo lahko izvede takoj (na primer pri CT-preiskavi prsnih organov je videti patološki proces v jetrih; radiolog v dobro pacienta razširi preiskavo z dodatno CT-preiskavo abdomna). Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP2/CT in MR/3 (22 CT in MR/4-2011) Kako se obračunajo preiskave, če radiolog opravi slikanje brez kontrastnega sredstva in nato še z njim?

Odgovor: V primeru, da radiolog najprej opravi slikanje brez kontrastnega sredstva (nativna serija) in nato še slikanje s kontrastnim sredstvom, se obračuna samo šifra RDP s kontrastnim sredstvom.
V primeru, da se radiolog odloči, da bo opravil samo slikanje s kontrastnim sredstvom (brez nativne serije), se uporabi šifra RDP s kontrastnim sredstvom.

SP2/CT in MR/4 (22 CT in MR/5-2011). Ali lahko izvajalec za obračun uporabi drugačno šifro RDP, kot je na napotnici?

Odgovor: Da. Šifra RDP na napotnici ni nujno enaka šifri RDP za obračun. Obračun spremenjene šifre utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP2/CT in MR/5 (22 CT in MR/7-2011) V klasifikaciji CT- oziroma MR-preiskav so navedeni tudi klinični postopki. Ali lahko izvajalec za posamezno CT- oziroma MR-preiskavo obračuna klinični postopek, ki ni enak navedenemu kliničnemu postopku v klasifikaciji?

Odgovor: Da, če obračunani klinični postopek ustrezneje odraža obravnavo pacienta. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP2/CT in MR/6 (22 CT in MR/8-2011) Ali določitev datuma oziroma datumov preiskav lahko vpliva na obračun opravljenih preiskav?

Odgovor: Da. Izvajalec preiskav mora pacientu v primeru, da ji je izdanih več napotnic, zagotoviti vse CT-preiskave (oziroma MR-preiskave) ob enem obisku, razen če to ni mogoče na podlagi utemeljenih organizacijskih omejitev.

SP2/CT in MR/7 (26 CT in MR/ 3 – 2012) Kje na napotnici se navedejo predeli telesa, kadar je pacient z napotnico naročen na RDP MR 70001 – MR z anestezijo?

Odgovor: Napotnica mora biti izpolnjena skladno z Navodilom za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (SP2/CT in MR/18 (SP2/CT in MR/9 (26 CT in MR/ 1 – 2012). Regije telesa, ki morajo biti pregledane, so navedene na zadnji strani napotnice pod rubriko 1 - kratka opredelitev problema oziroma specifično vprašanje.
V primeru izvedbe MR z anestezijo se na podlagi ene napotnice obračuna samo en RDP, in sicer MR z anestezijo (70001) ne glede na število pregledanih regij.

SP2/CT in MR/8 (26 CT in MR/ 4 – 2012) Ali se lahko zavarovana oseba sprejme na bolnišnični oddelek (dnevna obravnava, hospitalizacija) izključno zaradi izvedbe CT- oziroma MR-preiskave, ki se izvaja z anestezijo (npr. RDP 70001) ter se storitev obračuna kot SPP?

Odgovor: Tudi, če je zavarovana oseba sprejeta na bolnišnični oddelek izključno zaradi izvedbe CT- oziroma MR-preiskave, se preiskava obračuna samo preko veljavnih RDP na podlagi ustrezno izpolnjene napotnice ZZZS. V primeru, ki ga navajate, se lahko na podlagi napotnice obračuna samo en RDP, in sicer MR z anestezijo (70001).

SP2/CT in MR/9 (26 CT in MR/ 5 – 2012) Ali izvajalec lahko pacientu, ki je bil sprejet na bolnišnični oddelek (dnevna obravnava, hospitalizacija) in bi mu morala biti v okviru bolnišnične obravnave izvedena tudi CT- oziroma MR-preiskava (pa mu ni bila), izda napotnico za naknadno CT- oziroma MR-preiskavo in jo nato izvajalec (dodatno) obračuna preko veljavnih RDP?

Odgovor: Ne. Če bi moral izvajalec pacientu nuditi preiskavo znotraj hospitalizacije, je ta del cene bolnišnične storitve, ki se ZZZS obračuna preko SPP.

SP2/CT in MR/10 (26 CT in MR/ 7 – 2012) Ali ZZZS plača ponovljene diagnostične postopke?

Odgovor: V primeru opravljene preiskave brez kontrastnega sredstva in naknadno opravljene preiskave s kontrastnim sredstvom v roku šestih mesecev pri istem izvajalcu, pri čemer je medicinska indikacija ostala nespremenjena, ZZZS naknadno opravljene preiskave praviloma ne bo plačal. V primeru opravljene preiskave s kontrastnim sredstvom in naknadno opravljene preiskave ponovno s kontrastnim sredstvom v roku šestih mesecev pri istem izvajalcu, pri čemer je medicinska indikacija ostala nespremenjena, ZZZS naknadno opravljene preiskave praviloma ne bo plačal. Pri tem bo ZZZS upošteval, da specifične obravnave pacientov zahtevajo izvajanje tako imenovanih kontrolnih preiskav, ki so opravljene znotraj šestih mesecev (na primer kontrolne CT-preiskave po kemoterapiji). V tem in primerljivih primerih bo ZZZS plačal vse opravljene preiskave. Izjema so tudi primeri, pri katerih za ponovitev obstaja medicinska indikacija, ki je obrazložena v pisnem mnenju radiologa.

SP2/CT in MR/11 (26 CT in MR/ 8 – 2012) Kdaj lahko izvajalec obračuna RDP MR difizijsko prefuzijsko slikanje (MR90901-01)?

Odgovor: Ta RDP lahko izvajalec praviloma obračuna v primeru, da je naveden na napotnici, pri čemer izpostavljamo tudi opredelitev ustrezne napotne diagnoze MKB in kliničnega vprašanja. Izvajalec mora v takem primeru opraviti celotno difuzijsko perfuzijsko slikanje. Hkraten obračun ostalih RDP ni možen.

SP2/CT in MR/12 (26 CT in MR/ 9 – 2012) Ali lahko izvajalec na podlagi napotnice za CT-preiskavo RDP CTA srca – prikaz kalcinacij (CT57350-00) obračuna še dodatne RDP?

Odgovor: V navedenem primeru se lahko obračuna le storitev, ki je navedena na napotnici.

SP2/CT in MR/13 (25 CT in MR/ 10 – 2012) Ali lahko izvajalec, ki opravi CT-preiskavo trebušnih organov s kontrastom, obračuna RDP CT zgornjega abdomna s kontrastom (CT 56407-00) in dodatno še CT medeničnih organov s kontrastnim sredstvom?

Odgovor: V primeru, da izvajalec opravi CT-preiskavo trebušnih organov s kontrastom, lahko obračuna samo RDP CT terebušnih organov s kontrastnim sredstvom (CT56407-00). Enako velja za preiskave, opravljene brez kontrasta.

SP2/CT in MR/14 (26 CT in MR/ 11 – 2012) Ali obračun RDP CTA pelvičnih arterij in arterij spodnjih udov (CT57350-00) vključuje tudi plačilo za opravljeni RDP CTA pelvičnih žil?

Odgovor: Če izvajalec opravi in obračuna RDP CTA pelvičnih arterij in arterijspodnjih udov (CT57350-00), ne more dodatno obračunati še RDP CTA pelvičnih žil.

SP2/CT in MR/15 (26 CT in MR/ 12 – 2012) Kdaj lahko izvajalec v celoti zaračuna preiskavo v breme OZZ?

Odgovor: Izvajalec lahko v celoti zaračuna preiskavo v breme OZZ šele potem, ko se na podlagi CT- oziroma MR-preiskave ugotovi, da postavljena diagnoza zdravstvenega stanja sodi v kategorije, ki se glede na obstoječa določila 23. člena ZZVZZ v celoti obračunajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Preiskave, ki potrdijo sum na ta obolenja oziroma to dokažejo, se nikakor ne obračunajo zgolj v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

SP2/CT in MR/16 (26 CT in MR/ 13 – 2012) Kdaj lahko izvajalec obračuna RDP MR skeleta artrografija – vsak sklep (MR90901-07)?

Odgovor: Ta RDP lahko izvajalec obračuna v primeru, da je naveden na napotnici, pri čemer izpostavljamo tudi opredelitev ustrezne napotne diagnoze MKB in kliničnega vprašanja. Izvajalec mora pred izpostavljeno MR-preiskavo obvezno opraviti preiskavo TV-skopija pri kateri se uporabi paramagnetno intraartikularno sredstvo.

POPRAVLJENO
SP2/CT in MR/17 (26 CT in MR/ 14 – 2012) Ali lahko obračunamo CT/MR preiskavo v primeru, da pacienta iz urgentne obravnave napotimo na zdravljenje v isto bolnišnico?

Odgovor: V zgoraj navedenem primeru lahko izvajalec obračuna slikovno CT/MR diagnostiko pred sprejemom v bolnišnico razen v primerih dogovorjenega ali predvidljivega sprejema (SD, Priloga BOL, poglavje Posebnosti pri obračunavanju zdravstvenih storitev). V primerih dogovorjenega oziroma predvidljivega sprejema obračun CT/MR pred sprejemom v bolnišnico ni dovoljen.

SP2/CT in MR/18 (SP2/CT in MR/9 (26 CT in MR/ 1 – 2012) Katere podatke mora vsebovati napotnica, da se lahko opravljena preiskava slikovne diagnostike obračunava ZZZS?

Odgovor: Minimalni nabor podatkov, ki jih mora vsebovati napotnica za CT in MR preiskavo je: zdravniška številka napotnega zdravnika, številka napotne ustanove; podatki o pacientu: številka ZZZS, ime in priimek, datum rojstva, naslov stalnega bivališča, kontaktna telefonska številka; podatki o indikaciji: šifra in opis napotne diagnoze iz trenutno veljavne MKB, šifra in opis RDP, klinično vprašanje v tekstovni obliki, označena stopnja nujnosti, podatek o alergijah na kontrastna sredstva, podatek o glomerulni filtracijii (v veljavi od 1. 1. 2011).

SP2/CT in MR/19 Ali lahko istemu pacientu na isti dan obračunamo dve CT-preiskavi z isto šifro?

Odgovor: V primeru, da gre za preiskavo, ki sodi v SRDP CT glave in vratu, SRDP CT skeleta ali SRDP CT toraks in abdomen, potem istemu pacientu na isti dan ni možno obračunati dveh preiskav z isto šifro. Za CT-preiskave v okviru drugih SRDP je to možno.

SP2/CT in MR/20 Koliko CT- oziroma MR-preiskav lahko izvajalec obračuna v primeru, da opravi preiskava parnih organov?

Odgovor: Na podlagi ene napotnice lahko izvajalec izjemoma obračuna več kot eno (naročeno) MR-preiskavo (en RDP). V primeru, da radiolog, ki izvaja diagnostiko, ob naročeni preiskavi (npr. MR-preiskava levega kolena) izvede še dodatno preiskavo (ki ni bila naročena na napotnici, npr. preiskava desnega kolena), mora biti ta dodatna preiskava opravljena na podlagi postavljene ter v dokumentaciji zapisane ustrezne medicinske indikacije. Enako velja za MR-preiskave naslednjih parnih organov: ram, komolcev, zapestij in gležnjev. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.
Izjema pri tem je MR-preiskava kolkov. V takem primeru lahko izvajalec obračuna le eno preiskavo (en RDP) ne glede na število izdanih napotnic.
Dodatne izjeme predstavljajo MR-preiskave, pri katerih sta oba parna organa postavljena v isto tuljavo (na primer komparativne preiskave v predelu kolena, ki služijo primerjavi določenih struktur desno- levo; pri tej preiskavi sta v isti tuljavi postavljeni obe koleni). V takem primeru lahko izvajalec obračuna le eno preiskavo (en RDP), in sicer ne glede na število izdanih napotnic.
V primeru CT-preiskave parnih organov (obeh kolen, ram, komolcev, zapestij, kolkov in gležnjev) se lahko obračuna le ena preiskava (en RDP) ne glede na število izdanih napotnic.

KIRURGIJA

SP2/KRG/1 (9/161) Kako se obračunata storitev endoskopska sklerozacija hemeroidov in storitev analne bradavice?

Odgovor: Endoskopska sklerozacija hemeroidov se obračuna s kombinacijo naslednjih šifer: proktoskopija (16401) in sklerozacija varic (59710). Pri enem posegu lahko šifro 59710 obračunate le enkrat, ne glede na število mest, kamor ste aplicirali sklerozantno sredstvo.
Za odstranjevanje analnih bradavic lahko uporabite storitev elektrokoagulacija, ekshohleacija kožnih tumorjev, bradavic (59220), vendar le v primeru, ko niste obračunali oskrbe (storitev je označena s tremi zvezdicami). Obračunavanje velja do 31. 12. 2016.

POPRAVLJENO
SP2/KRG/2 (14/264) S katero šifro se obračuna storitev ekscizija raznih kožnih tumorjev (ateromov, lipomov, fibromov, nevusov, virusnih bradavic itd.)?

Odgovor: Ekscizije manjših kožnih tumorjev se obračunavajo kot Probatorna ekscizija, biopsija kože (15010), za vsako spremembo enkrat. Manjši kožni tumor je tisti, pri katerem je mogoče adekvatno zašiti kožo po eksciziji z direktnimi šivi (mnenje RSK za KRG, 26. 6. 2018). Odstranjeno tkivo mora biti poslano na patohistološko preiskavo, izvid mora biti dostopen v zdravstveni dokumentaciji.
V primerih, ko se po eksciziji tumorja naredi ena od rekonstrukcij kože (različni režnji), gre za večji tumor. V takih primerih se za odstranitev posameznega tumorja obračuna Lokalna ekscizija kože in podkožja (58840).
V primerih odstranitev raznih kožnih in podkožnih tumorjev, kadar niso potrebne patohistološke preiskave, se obračun Ekscizija gangliona (58220).
Obračune vseh navedenih primerov utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/KRG/3 (25 - 2011) Kakšen je pravilen način obračunavanja proktoloških ambulantnih posegov?

Odgovor: V primeru opravljenega enega posega (bodisi proktoskopije bodisi rektoskopije) izvajalec lahko ZZZS poleg posega dodatno obračuna samo še razširjen pregled pri zdravniku v specialistični dejavnosti v primeru prvega pregleda (03004) oziroma delni pregled v specialistični dejavnosti v primeru kontrolnega pregleda (01003). Dodatni obračun začetne ali celotne specialistične ambulantne zdravstvene oskrbe v operativnih strokah v primeru prvega pregleda (11003) oziroma nadaljnje ali delne specialistične ambulantne oskrbe v operativnih strokah v primeru kontrolnega pregleda (11304) ni možen.
V primeru opravljenih kombinacij posegov (na primer proktoskopija in ligatura, proktoskopija in sklerozacija ipd.) izvajalec lahko ZZZS obračuna vsak poseg posebej, ne more pa dodatno obračunati razširjenega pregleda v primeru prvega pregleda (03004) oziroma delnega pregleda v specialistični dejavnosti v primeru kontrolnega pregleda (01003). Prav tako izvajalec ne more ZZZS obračunati začetne ali celotne specialistične ambulantne zdravstvene oskrbe v operativnih strokah v primeru prvega pregleda (11003) oziroma nadaljnje ali delne specialistične ambulantne oskrbe v operativnih strokah v primeru kontrolnega pregleda (11304).

SP2/KRG/4 Kakšen je pravilen način obračunavanja opravljenih storitev, če je zavarovana oseba naročena po urgentni obravnavi v kirurški ambulanti na kontrolni pregled z doplačilom PZZ ali brez njega?

Odgovor: Kontrolni pregledi se obračunajo, kot to določa veljavna metodologija, z ustreznim doplačilom (glede na razlog napotitve in obravnave v dežurstvu). Lokacija opravljenega pregleda – organizacija dela zdravstvene dejavnosti ne spremeni vsebine dela in posledično ne obračuna.

SP2/KRG/5 Ali sodi rutinski poseg menjave urinskega katetra na primarni nivo (podobno kot redna preveza pri osebnem zdravniku po operativnem posegu do naslednje kontrole pri specialistu)? Kako se obračuna menjava katetra v specialistični urološki ambulanti?

Odgovor: Delitev dela med posameznimi nivoji zdravstvene dejavnosti glede na veljavna zakonska določila ni v pristojnosti ZZZS, ampak v pristojnosti MZ. Tako ne moremo komentirati napotitve pacientov med primarnim in sekundarnim nivojem zdravstvene dejavnosti. V veljavnih šifrantih za obračun opravljenih zdravstvenih storitev so navedene šifre glede na vrsto zdravstvene dejavnosti, kjer se lahko omenjena storitev izvede (pri izbranem zdravniku oziroma pri napotnem zdravniku).
Menjavo katetra v specialistični bolnišnični urološki ambulanti lahko obračunate kot kratek lokalni pregled in nadaljnjo ambulantno oskrbo ali pa kot kratek lokalni pregled in šifro 81301***.

SP2/KRG/6 Ali je zdravstvena ustanova dolžna opraviti laparoskopski operativni poseg kile brez doplačila zavarovane osebe?

Odgovor: Da, zdravnik koncesionar oziroma zdravstvena ustanova je dolžen laparoskopsko operacijo kile opraviti brez doplačila (če ima zavarovana oseba sklenjeno ustrezno pogodbo za opravljanje zdravstvene storitve). Praviloma se operativni poseg obračuna s šifro celostne obravnave E 0261.

SP2/KRG/7 Ali je kirurška operativna metoda notranjih hemoroidov (PPH – staple hemorrhoidopexy Longo) pravica iz OZZ?

Odgovor: Navedena operacija se izvaja in posledično obračunava kot pravica iz OZZ, in sicer se obračuna kot SPP.

SP2/KRG/8 S katero šifro storitve obračunamo operacijo recidivnega gangliona na hrbtišču dlani, kadar skupaj z odstranitvijo gangliona naredimo tudi sinovektomijo 4. in 5. ekstenzornega kompartmenta?

Odgovor: Storitvi lahko obračunavate ZZZS z naslednjima šiframa: ekscizija gangliona (58220) ter sinovektomija ekstenzornih tetiv (58234).

SP2/KRG/9 Ali se lahko obračuna storitev kirurška oskrba ostalih malih ran (58834) v primerih, ko se soočamo z zahtevnimi prevezami pooperativnih ran, ki se ne celijo brez posebnosti, pri tem pa uporabljamo tudi specifične instrumente?

Odgovor: Kontrolne preglede s prevezo rane po opravljenem kirurškem posegu lahko obračunavate v obsegu, kakršen je bil opravljen (praviloma je to kratek lokalni oziroma delni pregled) ter nadaljnjo ali delno ambulantno zdravstveno oskrbo.
Storitev s šifro 58834 se lahko uporabi, kadar so poleg preveze opravljeni dodatni kirurški posegi.

SP2/KRG/10 Pacient, ki je imel pri nas opravljeno obsežno operacijo fistule, vsak drug dan (včasih celo vsak dan po op. posegu) prihaja na kontrolo in prevez. Ob samem prevezu se izvajajo obsežna oskrba, čiščenje, negovanje rane. Zanima nas, ali se v takem primeru lahko obračuna poleg delnega in nadaljnega pregleda tudi kirurška oskrba malih ran (to so zelo obsežni prevezi in oskrbe ran)?

Odgovor: Po operativnem posegu fistule se prevez in oskrba rane obračunata s šifro kontrolnega pregleda in ambulantne oskrbe (oskrba pomeni vsa opravila, ki so značilna za posamezno stroko).

OKULISTIKA

SP2/OKUL/1 (14/265) Katero šifro lahko uporabimo pri odstranjevanju ksantelazme na vekah očesa?

Odgovor: Storitev ni pravica iz OZZ (estetska operacija).

SP2/OKUL/2 (18/518) Pravila OZZ v 1. točki 196. člena določajo, da med drugim »napotnica za specialistični pregled ni potrebna pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid«. Oftalmologi zagotavljajo, da oftalmološka doktrina predpisuje za pregled ostrine vida tudi pregled očesnega ozadja in sprednjih očesnih delov s špranjsko svetilko, kar pa zahteva napotnico. Tako v večini primerov za svoj pregled zahtevajo napotnico. Prosimo vas za mnenje o pravilnosti navedenega postopka.

Odgovor: Besedilo Pravil OZZ, ki ga citirate, velja. Dejstvo, da zavarovana oseba nima napotnice, okulistu ne preprečuje pregleda v obsegu, ki ga opredeljuje strokovna doktrina. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP2/OKUL/3 (20/547) Ali pacienta, pri katerem ugotovimo neko okulistično nujno stanje, lahko sprejmemo v obravnavo brez napotnice? Ali ga v primeru, kadar to zahteva zdravstveno stanje, lahko pošljemo na terciarni nivo?

Odgovor: Za obravnavo nujnega stanja napotnica ni potrebna. Če okulist ob pregledu ugotovi akutno bolezensko stanje, ki zahteva obravnavo na terciarnem nivoju, lahko tudi pošlje zavarovano osebo na terciarni nivo. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v medicinski dokumentaciji.

SP2/OKUL/4 (20/548) Ali mora izvajalec v okviru opravljanja okulistične dejavnosti v primeru indikacije za operativni poseg katarakte opraviti tudi dva ambulantna pregleda (enega pred operacijo katarakte, drugega po operaciji)? Kako je v tem primeru z obračunom obeh?

Odgovor: Operacija sive mrene se obračuna s šifro celostne obravnave E0088.
Izvajalec mora preglede opraviti v skladu s strokovno doktrino, glede obračuna pa velja naslednje: če sta pregleda vezana na operacijo (pred njo ali po njej), se ne smeta obračunati posebej, saj sta del obračuna celostne obravnave, kot je napisano v dolgem opisu storitve.

SP2/OKUL/5 (24 OKUL/5 – 2011) Zavarovana oseba prihaja z napotnico splošnega zdravnika zaradi slabšega vida, okulist ugotovi katarakto. Ali se lahko ta pregled obračuna? Napotnico za operacijo katarakte dobite od kolega okulista. Ali se lahko prvi pregled obračuna?

Odgovor: Če ste za pacienta primarni okulist, lahko na napotnico naredite in obračunate celoten pregled. Na isto napotnico ga lahko pošljete še na dodatne preiskave in na operativni poseg (v okviru časovnega pooblastila na napotnici in v skladu s pooblastili).
Uvrstitev na čakalni seznam za operacijo katarakte je možna le v primeru izdaje napotnice oftalmologa (določila SD). Če je kolega okulist že postavil indikacijo za operacijo katarakte, pregleda pred operacijo in po njej ni mogoče posebej obračunati.

SP2/OKUL/6 (24 OKUL/9 – 2011) V katerih primerih izbrani zdravnik na napotnici opredeli časovno pooblastilo eno leto?

Odgovor: Časovna opredelitev eno leto je utemeljena v primerih, ko osebni zdravnik napoti zavarovano osebo k okulistu v dolgotrajno vodenje zaradi kroničnega stanja oz. diagnoze in/ali je zaradi nestabilne klinične slike potrebnih več kontrolnih pregledov (npr. diabetes, glavkom).

SP2/OKUL/7 (24 OKUL/10 – 2011) Ali zdravljenje posledic diabetesa, npr. zdravljenje diabetične retinopatije, v celoti plača ZZZS?

Odgovor: Zdravljenja posledic diabetesa (diabetična retinopatija) OZZ ne plača v celoti; storitev se ZZZS obračuna v deležu v skladu z veljavno zakonodajo.

SP2/OKUL/8 (24 OKUL/13 – 2011) Ali se pri prebrizgavanju solzevodov posebej zaračuna anestezija?

Odgovor: Pri prebrizgavanju solzevodov se topične anestezije ne sme zaračunati posebej.

SP2/OKUL/9 (24 OKUL/14 – 2011) Ali je pacient, ki ne izpolnjuje pogojev za predpis kontaktnih leč v breme OZZ, samoplačnik storitve predpisa kontaktnih leč?

Odgovor: Če ima pacient pravico do plačila očal iz sredstev OZZ, je tudi plačilo zdravstvene storitve predpis kontaktnih leč pravica iz OZZ. Nasprotno pa plačilo zdravstvene storitve uvajanja v nošenje kontaktnih leč ni pravica iz OZZ.

SP2/OKUL/10 (24 OKUL/15 – 2011) Katero šifro storitve lahko obračunamo za odstranitev tujka iz roženice?

Odgovor: Za odstranitev tujka iz roženice se obračuna šifra storitve 51101 (odstranitev tujka iz veznice).

SP2/OKUL/12 (24 OKUL/19 – 2011) Ali lahko obračunamo nekontaktno tonometrijo in aplanacijsko tonometrijo v eni obravnavi?

Odgovor: Teh dveh preiskav ne morete obračunati istočasno.

SP2/OKUL/13 (24 OKUL/20 – 2011) Kdaj lahko obračunamo nekontaktno tonometrijo, refraktrometrijo oziroma elektronsko refraktometrijo?

Odgovor: Nekontaktno tonometrijo lahko obračunate enkrat letno (pri povišani vrednosti, tj. sumu na glavkom, tudi večkrat, glede na ugotovitve specialističnega pregleda in presojo okulista). Refraktrometrijo, elektronsko refraktometrijo enkrat letno, razen če so ugotovitve sumljive, nejasne. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/14 (24 OKUL/21 – 2011) Kakšen naj bo obračun, ko urejamo zvišan očesni tlak in moramo večkrat meriti intraokularni tlak?

Odgovor: Če gre za izvajanje merjenja krivulje, je šifra 12292, sicer se obračuna le ena meritev na dan.

SP2/OKUL/15 Ali je laserska operacija dioptrije pri pacientu z visoko dioptrijo plačljiva iz sredstev OZZ?

Odgovor: Lasersko zmanjševanje dioptrije ni pravica iz OZZ.

SP2/OKUL/17 Ali se pri uporabi A-scana in B-scana lahko obračunata oba?

Odgovor: Storitvi se lahko obračunavata hkrati, če je v zdravstveni dokumentaciji iz opisa opravljenih zdravstvenih storitev razvidna medicinska indikacija za obe preiskavi.

SP2/OKUL/18 Pred operacijo sive mrene pacienti sami kupijo nadstandardno intraokularno lečo. Kaj lahko v tem primeru obračunamo ZZZS?

Odgovor: V skladu s 105. členom Pravil OZZ so standardi vseh zdravstvenih storitev strokovno – doktrinarno utemeljene storitve glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in presojo zavarovančevega osebnega in napotnega zdravnika. Navedeno pomeni, da definicija standarda ni vezana na vrsto materialov, ki se pri izvedbi storitve uporabljajo, temveč je predmet strokovne odločitve zdravnika glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe. Nadalje 252. člen Pravil OZZ v 1. odstavku določa, da izvajalec zavarovani osebi ne sme zaračunati nikakršnih doplačil za delež vrednosti storitev iz OZZ, oziroma v 2. odstavku določa pri katerih storitvah in kaj (celotno ceno ali razliko v ceni) lahko izvajalec zaračuna zavarovani osebi (v zvezi s 35. členom Splošnega dogovora). Ob tem 25. člen Pravil OZZ v 7. točki določa, da storitve, ki se izvedejo na zahtevo zavarovane osebe in po mnenju pooblaščenega zdravnika glede na njeno zdravstveno stanje niso potrebne, niso pravica iz OZZ.
Veljavno od 6. 2. 2017.

SP2/OKUL/19 Pri pregledu vida, za katerega napotnica ni potrebna, se odkrije patologija. Ali mora pacient prinesti napotnico »za nazaj« ali prinese napotnico za nadaljnje kontrole?

Odgovor: Napotnica je potrebna za nadaljnje kontrole.

SP2/OKUL/20 Kako pogosto se pri pregledu v okulistični specialistični ambulanti lahko zaračunava storitev foto fundi?

Odgovor: Foto fundi se lahko obračuna pri diabetesu, hipertoniji, glavkomu na 3 leta, če je ozadje brez patologije. V primerih ugotovitev patoloških sprememb se lahko obračuna pri vsakem pregledu glede na presojo okulista. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO
SP2/OKUL/21 Pri dg. Blepharochalasis so pacienti samoplačniki za operativni poseg. Če pa to stanje pacienta funkcionalno moti, se operativni poseg obračuna ZZZS. Kako dokažemo to stanje?

Odgovor: Opravljena mora biti preiskava vidnega polja, pri kateri se ugotovi funkcionalna motnja oziroma izpad v vidnem polju. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, ki vključuje tudi sliko in izvid preiskave vidnega polja z značilnim izpadom.

POPRAVLJENO
SP2/OKUL/22 Pri operaciji katarakte je pregled pred operacijo in po njej vštet v ceno operativnega posega. Ali pregled po operaciji istega dne šteje kot prvi pregled?

Odgovor: Pregled po operaciji na dan posega ali pred odpustom ne šteje kot prvi pregled po operaciji.

SP2/OKUL/23 Ali lahko v ZD obračunamo storitvi YAG laserja in Argon laserja?

Odgovor: V specialističnih okulističnih ambulantah lahko obračunate vse tiste okulistične storitve, ki so navedene v SNBO in so potrebne za diagnostiko in zdravljenje pacienta.

SP2/OKUL/25 Kdaj se lahko obračuna elektronska refraktometrija po operaciji sive mrene?

Odgovor: Elektronska refraktometrija se lahko obračuna pri predpisu očal.

NOVO
SP2/OKUL/26 Kakšni so pogoji za obračun predpisa pripomočkov za izboljšanje vida (12134*)?**

Odgovor:
- Storitev s šifro 12134*** se obračuna v breme OZZ, če je predpis pripomočka skladen s Pravili OZZ;
- Pri enem obisku se lahko 12134 obračuna le 1x, ne glede na to, ali na obrazec predpišemo 1 pripomoček ali 2 pripomočka (npr. očala za daleč in blizu);
- Izjema je predpis očal na en obrazec in predpis kontaktnih leč na drug - v tem primeru lahko zaračunamo storitev 2x pri eni obravnavi ZO.

Storitve ni možno obračunati v breme OZZ:
- Če pripomoček ne pripada ZO (pred potekom trajnostne dobe, presbiopa očala pred 63 letom, premajhna dioptrija za kontaktne leče);
- Če se pripomoček predpiše na bel recept.

OTORINOLARINGOLOGIJA

SP2/ORL/1 (14/306) Ali je mogoče pacientu med bolnišničnim zdravljenjem predpisati naročilnico za medicinski tehnični pripomoček (slušni aparat)?

Odgovor: Predpis slušnega aparata na opisani način je mogoč, če ima napotni specialist ustrezno pooblastilo na napotnici (pooblastilo št. 3).

POPRAVLJENO
SP2/ORL/2 (26 ORL/ 1 – 2012) Katere vrste pregledov se lahko obračunajo v ORL-ambulanti?

Odgovor: V ORL ambulanti se lahko obračunajo naslednji pregledi:

– kratek lokalni pregled – ko je opravljen in v dokumentaciji zabeležen pregled enega predela (obeh ušes ali nosu ali grla);
– delni pregled – ko je opravljen in v dokumentaciji zabeležen pregled vsaj dveh predelov;
– srednje obsežen pregled – ko so opravljeni in v dokumentaciji zabeleženi pregled obeh ušes (otoskopija), sprednja in zadnja rinoskopija, pregled ustne votline in žrela, indirektnoskopski pregled grla in spodnjega dela žrela ter iztipanje bezgavk na vratu;
– razširjeni pregled – ko so opravljeni in v dokumentaciji zabeleženi pregled obeh ušes (otoskopija), sprednja in zadnja rinoskopija, pregled ustne votline in žrela, indirektoskopski pregled grla in spodnjega dela žrela ter iztipanje bezgavk na vratu, preizkus sluha s šepetom, preizkus sluha z glasbenimi vilicami in preizkus ravnotežja (po Rombergu).

Kontrolni ORL pregled – praviloma se obračuna kratek lokalni pregled; v kolikor pa je potrebno kontrolirati v dokumentaciji zabeležene težave v več ORL predelih, se izjemoma lahko obračuna tudi ustreznejša višja kategorija pregleda.

SP2/ORL/3 Kakšen je pravilen način obračuna storitev izrez benigne tvorbe kože in podkožnega tkiva (E 0433)?

Odgovor: Storitev se obračunava v specialistični ambulantni obravnavi. Izvajalec v okviru cene opravi ambulantna pregleda pred posegom in po njem. Poleg cene E 0433 ni mogoče zaračunati nobene druge storitve iz SNBO. Materialni stroški že vključujejo sredstva za patohistološke in citološke preiskave. Obračun SPP je možen le, če izvajalec predloži ZZZS indikacije za obravnavo v ABO.

SP2/ORL/4 Kdaj se obračuna storitev otomikroskopij (OMS) s šifro 12411?

Odgovor: Pregled bobničev z zapisom v zdravstveni dokumentaciji »bobniča siva, z odsevom, sluhovoda prosta« je pregled bobniča z otoskopom – ta pregled se ne obračuna posebej, saj je otoskopija del značilnih postopkov specialističnega pregleda v ORL-ambulanti.

Natančen pregled bobničev z opisanimi strokovno ugotovljenimi patološkimi značilnostmi se lahko obračuna kot OMS. Primer: 1. »bobniča siva, levi brez odseva, mestoma nekoliko atrofičen, desni spodaj zadebeljen, sluhovod mikotično spremenjen«; 2. »desni bobnič prozoren, brez vnetja, levi bobnič malenkostno slabše prozoren, povlečen v kavum – gre za izlivno vnetje srednjega ušesa)«; 3. »levi bobnič

prozoren, pomičen, desni mestoma zadebeljen, slabše pomičen, spodaj nakazana rdeča izboklina«; 4. »v desnem bobniču ventilacijska cevka, levi bobnič prozoren, pomičen, odsev)«; 5. stanje po radikalni masteidektomiji s preforacijo bobniča desno, levi bobnič retrahiran, sekundarna membrana v spodnjih kvadrantih«.

Obračun OMS temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

RENTGEN

POPRAVLJENO

SP2/RTG/1 (5/110) Ali se za odčitavanje rentgenskih slik in drugih funkcionalnih diagnostičnih postopkov obračuna konzultacija (11604)? Zdravnik specialist ob odčitavanju rentgenske slike poda svoje mnenje pregledanega posnetka, predlog nadaljnjega zdravljenja, predlaga terapijo (ne izda recepta).

Odgovor: Za odčitavanje RTG slik in drugih funkcionalnih diagnostičnih postopkov ni možno obračunati konzultacije. Odčitavanje RTG slik je sestavni del storitev, ki jih obračuna radiolog, ponovno odčitavanje slik pri drugih specialistih je vključeno v specialistično ambulantno oskrbo.

SP2/RTG/2 (7/129) Primeri, ki jih navajamo, niso med seboj primerljivi niti po porabljenem času niti po količini porabljenega materiala niti po količini sevanja. Kako se lahko obračunajo:

- **slikanje glave v obeh projekcijah,**
- **slikanje obnosnih votlin,**
- **slikanje reber (zgornjih 1–8, 9–12),**
- **slikanje lumbosakralnega prehoda,**
- **slikanje ledvene hrbtenice,**
- **slikanje acromioclavicularnega sklepa,**
- **funkcionalno slikanje vratne hrbtenice,**
- **slikanje kolkov aksialno,**
- **slikanje pete,**
- **slikanje ramena?**

Odgovor: Od naštetih primerov RTG slikanj sodi med funkcionalna oziroma med specialna slikanja funkcionalno slikanje vratne hrbtenice in še slikanje kolkov aksialno.
Vsa ostala navedena slikanja so rutinska, s posnetkom v eni ali dveh projekcijah. Zanje se uporabi šifra 31001. Kadar pri RTG slikanjih radiolog naknadno posebej indicira dodatne ekspozicije in definira projekcije, so to storitve, ki so vsebinsko podobne specialnemu slikanju. Za te dodatne posnetke se lahko uporabi šifra 31002. Obračun je utemeljen z verodostojnim zapisom v zdravstveni dokumentaciji.
Poraba filmov in njihovega formata ne vpliva na izbor šifre storitve za obračun, ker so materialni stroški preračunani na tim oziroma celotni dogovorjeni program.

SP2/RTG/3 (06/117 – 1998) Kako se obračunajo RTG storitve v pljučni diagnostiki?

Odgovor: Rentgenske storitve v pljučni diagnostiki se obračunajo kot slikanje prsnih organov v eni smeri (31501) in slikanje prsnih organov v dveh smereh (31302). Obračun utemeljuje zdravstvena dokumentacija.

SP2/RTG/4 (9/167) Kako se obračunajo navedene RTG storitve:

- **koleno AP in LAT: poraba 2 filma (18 x 24), 2 ekspoziciji,**
- **koleno AP in LAT: poraba 1 film (24 x 30), 2 ekspoziciji,**
- **obe koleni AP in LAT: poraba 1 film (30 x 40), 1 ekspozicija oziroma 2 filma (18 x 24), 2 ekspoziciji,**
- **pljuča PA: poraba 1 film (35 x 35), 1 ekspozicija,**
- **pljuča, profilno: poraba 1 film (35 x 35), 1 ekspozicija,**
- **pljuča PA in profilno poraba 2 filma (35 x 35), 2 ekspoziciji?**

Odgovor: Za obračun RTG slikanjih skeleta je mogoče uporabiti dve šifri iz SNBO, 31001 – slikanje skeleta v dveh projekcijah, ter 31002 – specialno slikanje skeleta (vsaka ekspozicija).
Za obračun RTG slikanja kolena v vseh naštetih variantah, se uporabi storitev s šifro 31001. Če zdravnik dodatno naroči na napotni listini posebno projekcijo poleg naštetih standardnih, se vsaka od teh dodatnih ekspozicij obračuna s šifro 31002.
Za obračunavanje RTG slikanja pljuč se uporabi šifra 31501 v primeru, ko je potrebna ena ekspozicija v standardni projekciji, oz. šifra 31302, če se opravita dve ekspoziciji v standardnih projekcijah. Če so na tej osnovi naročene dodatne nestandardne projekcije (npr. polstranska), se vsak dodaten posnetek obračuna s šifro 31501.
Poraba števila filmov in njihovega formata ne vpliva na izbor šifre, ker so materialni stroški preračunani na celoto.
Ostale storitve, ki so navedene v SNBO (31011, 31012, 31060) predstavljajo posebna slikanja, ki so redkost.

SP2/RTG/6 (10/217) Kako se obračuna storitev denzitometrija – merjenje mineralne gostote kosti (DEXA)?

Odgovor: Denzitometrija se beleži s šifro denzitometrija (36195), dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom pa s šifro dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom (36196). Storitev se lahko obračuna ZZZS, če jo indicira izbrani osebni zdravnik oz. specialisti (npr. internisti, ortopedi, fiziatri, ginekologi, kirurgi ...), ki imajo ustrezno pooblastilo izbranega osebnega zdravnika. Za indiciranje preiskave je treba upoštevati veljavne slovenske strokovne smernice.
Presejalno opravljanje teh storitev in pregledi na željo pacientov niso pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

SP2/RTG/7 (18/519) V katerih primerih se pri pacientu ob enkratnem obisku lahko dvakrat obračuna storitev slikanje skeleta v dveh projekcijah (31001)?

Odgovor: Slikanje skeleta v dveh projekcijah (s šifro 31001) se lahko obračuna večkrat, če je na napotnici dano ustrezno naročilo za preslikavo anatomsko topografskih regij oziroma delov telesa. Obračun je utemeljen z verodostojnim zapisom v zdravstveni dokumentaciji.

NOVO
SP2/RTG/8 Ali se za izvedbo RTG slikovne diagnostike parnih organov oziroma za potrebe izvedbe RTG slikanj več regij telesa izdati dve/več e-napotnic? Kako je v primerih, ko se ob standardnih projekcijah (a.p. in lat.) opravi tudi polstranska projekcija?

Odgovor: Za RTG slikovno diagnostiko parnih organov oziroma tudi za primere, kadar je potrebno opraviti več posnetkov različnih regij telesa, ni potrebno izdati dveh ali več napotnic, mora pa biti na eni napotnici opredeljeno, katera oziroma koliko RTG slikanj se opravi. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

ULTRAZVOK

SP2/UZ/1 (5/105) Kako se obračuna pediatrična ehokardiografija, pri kateri so pri vsaki preiskavi opravljeni vsi trije elementi – ehokardiografiji D1 in D2 ter dopplerska preiskava segmentnih sistoličnih tlakov?

Odgovor: Pri ehokardiografiji je moč obračunati le eno šifro – najzahtevnejšo storitev, ki jo izvajalec opravi. Hkraten obračun storitev Ehokardiografija 1D (36121), Ehokardiografija 2 D (36122) in Merjenje segmentalnih sistoličnih pritiskov (36125) po sedaj veljavni metodologiji obračunavanja storitev ni mogoč. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO
SP2/UZ/2 (4/92) Kako se lahko obračunavajo dopplerske preiskave žil?

Odgovor: Dopplerske preiskave ožilja je možno obračunati z naslednjimi šiframi storitev: Merjenje segment. sistol. pritiskov - nevro (36103), UZ vratnega ožilja (36106), UZ vej aortnega loka (36107), UZ arterij ali ven zgornje ali spodnje okončine (36108), Merjenje segmentalnih sistoličnih pritiskov - angio (36125) in Merjenje gleženjskih sistoličnih pritiskov (36126).

SP2/UZ/3 (17/478) Kako se pravilno obračunata storitvi UZ preiskava ščitnice in UZ vodena punkcija ščitnice?

Odgovor: Za obračun UZ preiskavo ščitnice se uporablja storitev s šifro 36128, za UZ vodeno punkcijo ščitnice pa storitev s šifro 36129. V skladu s »Priporočeno klinično potjo za izvedbo ultrazvočno vodene tankoigelne biopsije ščitnice«, ki jo je pripravil RSK za nuklearno medicino (potrjeno na 3/2018 seji RSK, 7. 6. 2018), se ob jasni indikaciji obe storitvi izvedeta praviloma ob istem obisku in v tem primeru tudi hkrati obračunata z omenjenima šiframa.

POPRAVLJENO
SP2/UZ/4 (24 UZ/5 – 2011) Kako obračunamo UZ pregled kolkov pri otroku v primeru, da ga opravimo kot del preventivnega pregleda v predšolskem dispanzerju?

Odgovor: UZ kolkov pri novorojenčku se obračuna s šifro UZ kolkov pri dojenčku (K0024) enkrat v eni obravnavi. Praviloma se storitev, skladno s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, v ambulanti za predšolske otroke obračuna v starosti 3 mesecev. V primerih, ko UZ ni bil opravljen v porodnišnici ali pa pediater zaradi zdravstvenega stanja indicira dodatne preiskave, se storitev lahko še dodatno obračuna.

POPRAVLJENO
SP2/UZ/5 (6/121) Kako se obračuna UZ diagnostika lokomotornega aparata?

Odgovor: Za UZ-diagnostiko sklepov se uporablja storitev UZ sklepa (36192). Storitev se lahko obračuna dvakrat v primerih, kadar je hkrati opravljen pregled obeh sklepov (ramen, komolcev, zapestij z dlanmi, kolkov, kolen, gležnjev s stopalom). Dvakratni obračun storitve je v teh primerih utemeljen, kadar je napotitev opredeljena na napotnici in ne gre zgolj za primerjavo med sklepoma. Podlaga za obračun je verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji (opis sklepnih struktur).

POPRAVLJENO

SP2/UZ/6 (8/144) Katero šifro storitve naj uporabimo za obračunavanje storitve dopplerska preiskava ledvic?

Odgovor: Šifra dopplerska preiskava ledvic v SNBO ni navedena. Za pregled ledvic se uporabi storitev Usmerjeni UZ abdomna (36134) enkrat.

POPRAVLJENO

SP2/UZ/7 (18/521) Na napotnici je navedena napotitev na UZ pregled abdomna s podrobnejšim UZ pregledom sečil (pri odraslih pacientih obsega oceno obeh ledvic, predela nadledvičnih žlez, sečevodov in sečnega mehurja in opis ingvinalnega predela)? Kakšen je pravilni obračun opravljene storitve?

Odgovor: V opisanem primeru se obračuna storitev UZ abdomna - celotni (36133) enkrat.

POPRAVLJENO

SP2/UZ/9 (24 UZ/4 – 2011) Kako se pravilno obračuna punkcija z uporabo UZ?

Odgovor: Punkcija organa z uporabo UZ se obračuna kot samostojna storitev Diagnostična ali terapevtska punkcija organa z ultrazvočno tehnologijo (36180).

POPRAVLJENO

SP2/UZ/10 (24 UZ/3 – 2011) S katerimi šiframi se obračuna obravnava pacientov, ki so napoteni na transrektalni UZ prostate?

Odgovor: UZ prostate se obračuna kot Usmerjeni UZ abdomna (36134). Pooblastila na napotnici, naročilo za izvedbo storitev na napotnici in verodostojni zapis opravljenih storitev v zdravstveni dokumentaciji utemeljujejo obračun.

SP2/UZ/11 (24 UZ/6 – 2011) V katerih primerih se lahko obračuna storitev endoskopski UZ z rigidnim instrumentom?

Odgovor: Storitev s šifro 36153 (endoskopski ultrazvok z rigidnim instrumentom) se lahko obračuna le v primerih ultrazvočnega pregleda danke (v veljavi od 17. 10. 1997).

SP2/UZ/12 Katerim izvajalcem ZZZS plačuje UZ ščitnice?

Odgovor: ZZZS plačuje UZ ščitnice izvajalcem, ki so navedeni v Prilogi Splošnega dogovora.

SP2/UZ/13 Kako se lahko obračunavajo UZ pregledi manjših regij telesa?

Odgovor: Za UZ preglede manjših regij telesa se uporabi storitev Ehoskopija (36190).

POPRAVLJENO

SP2/UZ/14 Na napotnici je navedena napotitev na UZ abdomna in UZ testisov. Kako se obračuna opravljeni storitvi?

Odgovor: Storitvi se obračunata z UZ abdomna - celotni (36133) in Ehoskopija (36190), vsako navedeno šifro enkrat. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO

SP2/UZ/15 Na napotnici je navedena napotitev na UZ vratu, UZ bezgavk v obeh aksilah, UZ bezgavk v ingvinalnih regijah ter UZ abdomna. Kako se obračunajo opravljene storitve?

Storitev UZ vratu se obračuna s šifro 36191 enkrat. Za UZ bezgavk v obeh aksilah se obračuna Ehoskopija (36190) dvakrat. UZ abdomna – celotni se obračuna s šifro 36133 enkrat. Za UZ begavk obeh ingvinalnih regij se obračuna Ehoskopija (36190) dvakrat.

Podlaga za obračun je verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NOVO

SP2/UZ/16 Ali je potrebno za izvedbo UZ slikovne diagnostike parnih organov oziroma za pregled več regij telesa izdati dve/več e-napotnic?

Odgovor: Za UZ slikovno diagnostiko parnih organov oziroma tudi za primere, kadar se opravi več posnetkov različnih regij telesa, se lahko izda ena napotnica, z opredeljenim zapisanim naročilom, katera oziroma koliko UZ slikovnih diagnostik se opravi.

NOVO

SP2/UZ/17 Izvajalec ima z ZZZS sklenjeno pogodbo za izvajanje storitev ene VZD (npr. kardiologije, ortopedije). Ali se v okviru teh VZD lahko izvajajo storitve UZ slikovne diagnostike?

Odgovor: UZ preiskave se lahko opravijo in obračunajo, kadar gre za dodatno diagnostiko obolenja, zaradi katerega je zavarovana oseba na osnovi veljavne napotnice z ustreznimi pooblastili v obravnavi v specialistični ambulanti in je ta storitev v šifrantu VZD, za katero ima izvajalec sklenjeno pogodbo. Napotitve zavarovanih oseb le na UZ slikovno diagnostiko ni mogoče obračunavati v breme OZZ.

MAMOGRAFIJA

SP2/MAMOGRAFIJA/2 Kdaj se lahko obračuna mamografija (na dan izdaje napotnice pri izbranem zdravniku ginekologu oziroma ko je storitev opravljena)?

Odgovor: Mamografija se lahko obračuna, ko je storitev opravljena – slikanje in odčitavanje opravljenih posnetkov (ne na datum izdaje napotnice). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO
SP2/MAMOGRAFIJA/3 Kako se obravnava ZO v primerih, ko je pri presejalnem pregledu ugotovljena patologija?

Odgovor: V primeru ugotovljene patologije se nadaljnja obravnava izvede skladno z določili SD, Priloga ZD ZAS, Državni preventivni program DORA.

SP2/MAMOGRAFIJA/4 (5/111) Kako se obračunava mamografija dojk, ko se izvaja izven programa DORA?

Odgovor: Mamografija se lahko obračuna z dvema šiframa:

- mamografija dojke v dveh smereh – 2 posnetka (šifra 32 820),
- mamografija obeh dojk, vsaka v dveh projekcijah – 4 slike (šifra 32 821).

Hkraten obračun obeh šifer ni izključujoč. Utemeljitev za hkraten obračun obeh šifer ima podlago v verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

ZDRAVILA

LEK/ZDRAVILA/1 (24 ZDRAVILA/1 – 2011) Ali lahko zobozdravnik v zobni ambulanti predpisuje zdravila, razvrščena na listo (npr. metronidazol)?

Odgovor: Zobozdravnik v javni zdravstveni mreži lahko na zeleni recept predpisuje vsa zdravila, razvrščena na listo, ki jih indicira v okviru svojega delovnega področja.

LEK/ZDRAVILA/2 (24 ZDRAVILA/2– 2011) Kako se v javni zdravstveni mreži obračunava elektrolitska mešanica PEG, potrebna za čiščenje pred kolonoskopijo, ki bo opravljena pri zavarovani osebi z napotnico?

Odgovor: Elektrolitska mešanica, ki se uporablja za čiščenje črevesa pred kolonoskopijo, je razvrščena na listo zdravil. To pomeni, da se lahko predpisuje na zeleni recept za potrebe diagnostičnih preiskav črevesa, ki se obračunavajo v breme OZZ in preventivnega programa SVIT.

LEK/ZDRAVILA/3 (24 ZDRAVILA/3 – 2011) Ali lahko zdravniki kliničnega oddelka za reprodukcijo osebi, ki je predvidena za oploditev z biomedicinsko pomočjo, predpisujejo zdravila na recept?

Odgovor: Zdravila, ki so indicirana za oploditev z biomedicinsko pomočjo in so razvrščena na listo, se lahko predpisujejo na recept, ostala zdravila pa zagotovi izvajalec. Nerazvrščenih zdravil ni mogoče predpisovati niti na zeleni niti na beli recept. Navedeni postopki se financirajo kot paketne storitve, zato zdravil ni možno obračunati posebej.

LEK/ZDRAVILA/4 (24 ZDRAVILA/5 – 2011) Kdaj začnejo veljati omejitve predpisovanja zdravil?

Odgovor: Omejitve predpisovanja zdravil začnejo veljati z dnem veljavnosti razvrstitve, ki je skupaj z zdravilom objavljena na spletni strani ZZZS in je navedena v Centralni bazi zdravil.

LEK/ZDRAVILA/5 (24 ZDRAVILA/8 – 2011) Ali se zavrne obračun zdravila, če ga je predpisal osebni ali nadomestni zdravnik, zdravstvena dokumentacija pa ni bila dostopna, ker zavarovana oseba prejema nadomestno terapijo v centru za zdravljenje odvisnosti?

Odgovor: Nadzor nad predpisovanjem zdravila se opravi tam, kjer je bilo zdravilo predpisano. Obveščanje o predpisovanju zdravil med zdravnikom v centru za zdravljenje odvisnosti in osebnim zdravnikom mora biti zagotovljeno, da ne pride do podvojenega predpisovanja. Priporočila za uporabo in ukinjanje benzodiazepinov pri zavarovanih osebah vključenih v substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od opioidov v Republiki Sloveniji, določajo, da se zavarovanim osebam, ki se zdravijo v centrih, tam predpisujejo tudi vsa potrebna psihotropna zdravila.

LEK/ZDRAVILA/6 (24 ZDRAVILA/10 – 2011) Ali so bolnišnice dolžne zagotoviti samo zdravila, potrebna za zdravljenje problematike, zaradi katere je bila zavarovana oseba sprejeta v obravnavo, ali tudi vso terapijo za zdravljenje vseh kroničnih obolenj zavarovane osebe?

Odgovor: Splošni dogovor in Pravila OZZ določata, da imajo zavarovane osebe pravico do bolnišničnega zdravljenja, ki obsega tudi zagotavljanje zdravil in medicinskih pripomočkov. Zavarovani osebi ni mogoče predpisati na recept v breme ZZZS zdravil, ki se uporabljajo med zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih. Zdravila na recept se predpisujejo le ambulantno zdravljenim zavarovanim osebam.

Na podlagi Pravil OZZ pomeni pogojevanje sprejema zavarovane osebe v bolnišnico s prinašanjem zdravil kršitev določil zagotovljenega obsega bolnišničnega zdravljenja v OZZ.

LEK/ZDRAVILA/7 (24 ZDRAVILA/4 – 2011) Ali se 5-odstotni benzil alkoholni losjon za odstranjevanje uši in gnid sme predpisovati na recept v breme ZZZS?

Odgovor: Zakon o nalezljivih boleznih določa, da varstvo prebivalcev pred nalezljivimi boleznimi obsega splošne in posebne ukrepe za njihovo preprečevanje in obvladovanje ter da posebne ukrepe izvajajo fizične in pravne osebe, ki opravljajo zdravstveno dejavnost. Zakon navaja nalezljive bolezni, zaradi katerih se izvajajo splošni in posebni ukrepi. Ušivost v zakonu ni navedena kot nalezljiva bolezen in zato odstranjevanje uši in gnid ni pravica iz OZZ.

LEK/ZDRAVILA/8 (24 FTH/1 – 2011) Kdo krije stroške zdravil (ampulirana zdravila in geli pri ultrazvočnem obsevanju), ki se uporabljajo pri izvajanju fizioterapije?

Odgovor: Ampulirana zdravila in geli, ki se uporabljajo pri izvajanju fizioterapije, so financirani v okviru storitve in jih izvajalec ne more posebej obračunati niti ZZZS niti zavarovani osebi.

LEK/ZDRAVILA/9 Kateri izvajalec sme aplicirati in obračunati zdravilo z železom?

Odgovor: Aplikacija železa lahko poteka pri izvajalcih na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Stališče ZZZS je, da se zdravilo aplicira tam, kjer je za zavrovano osebo najbližje in najprimernejše. Zdravilo z učinkovino železa je uvrščeno na Seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje (Seznam A). V skladu s SD se zdravilo financira v okviru specialistične zunajbolnišnične dejavnosti ter v okviru splošne in družinske medicine kot ločeno zaračunljiv material. Na Seznamu A je opredeljena tudi storitev, ki se ob tem lahko obračuna. Obračun infuzije železa kot SPP ni možen. Prav tako ni možen obračun železa in njegove aplikacije ob dializi, saj je to že vključeno v ceno dialize.

LEK/ZDRAVILA/10 (20/581). Kako se smejo predpisovati zdravila zavarovanim osebam s kroničnimi boleznimi v dežurni ambulanti ali pri nadomestnem zdravniku? Ali sme zdravnik v dežurni ambulanti obračunati storitev predpis zdravil zavarovani osebi samoplačniško, zdravilo pa predpiše na zeleni recept v breme ZZZS?

Odgovor: Predpisovanje zelenih receptov ob samoplačniški obravnavi pomeni kršitev Pravil OZZ.
V času dežurstva predstavljajo pravico iz OZZ le nujne storitve. Storitve, ki jih medicinsko osebje v tem času opredeli kot nenujne, se ne izvajajo. V navedenem primeru se zdravila predpišejo na beli samoplačniški recept.
Zavarovana oseba ima pri nadomestnem zdravniku enake pravice kot pri osebnem zdravniku.
Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki izpolnjuje pogoje za osebnega zdravnika in tega nadomešča v njegovi odsotnosti z vsemi njegovimi pooblastili.

LEK/ZDRAVILA/11 (14/280). Pri pooblastilu na napotnici 2 ali 3 je zajeto tudi zdravljenje. Ali to pomeni tudi predpis receptov in za kakšno časovno obdobje?

Odgovor: Če napotni zdravnik prevzame zavarovano osebo mu lahko predpiše tudi recepte. Čas, za katerega napotni zdravnik prevzame pacienta v oskrbo in zdravljenje, je odvisen od trajanja pooblastila na napotnici in od vrste obolenja. Pri akutni infekcijski bolezni, na primer, predpiše antibiotik za predvideno dobo zdravljenja ali do kontrole, pri kronični bolezni za največ 3 mesece ali na obnovljivi recept za največ leto dni. Napotni zdravnik ob uvedbi zdravila predpiše recept za eno originalno pakiranje, če je smiselno, da zavarovano osebo takoj nato preda njegovemu osebnemu zdravniku v nadaljnje zdravljenje. Osebni

zdravnik lahko zdravilo predpisuje do kontrolnega pregleda pri napotnem zdravniku ali trajno, kakor je najprimerneje za zavarovano osebo.
Upoštevajoč vse predpisane omejitve pri predpisovanju zdravil zavarovani osebi zdravila predpisujeta osebni zdravnik in napotni zdravnik. Pri tem se medsebojno dopolnjujeta in si zavarovano osebo le zaradi predpisa receptov ne podajata.

LEK/ZDRAVILA/12 Kakšen je postopek predpisovanja zdravil za oskrbovance v DSO, kadar oskrbovanca obravnava tudi klinični specialist (npr. psihiater)? Kako osebni zdravnik upošteva njegovo priporočilo glede predpisa terapije in ali zdravnik specialist lahko predpisuje recepte za oskrbovance v domovih?

Odgovor: V skladu z Zakonom o zdravstveni dejavnosti opravljajo socialnovarstveni zavodi zdravstveno nego v okviru osnovne zdravstvene dejavnosti. Lahko pa za svoje oskrbovance organizirajo tudi drugo osnovno zdravstveno dejavnost in specialistično konziliarno dejavnost v skladu z naravo dejavnosti zavoda in mrežo javne zdravstvene službe.
Zdravnik specialist (npr. psihiater) deluje torej kot konziliarni specialist, ki opravi pregled in izda mnenje z morebitnim priporočilom zdravil s svojega delovnega področja. Osebni zdravnik predpiše predlagana zdravila v skladu s svojo strokovno presojo in odgovornostjo.
Mnenje zdravnika specialista naj bo pisno in naj se shrani v skupni zdravstveni kartoteki oskrbovanca zavoda.

LEK/ZDRAVILA/13 Kako se obračunajo zdravila s seznama A in B?

Odgovor: V skladu s Splošnim dogovorom se zdravila s Seznama A obračunajo po nabavni ceni z vsemi popusti, ki ne sme biti višja od cene za obračun. Cena za obračun z ostalimi podatki o zdravilih se nahaja v CBZ v XML obliki. Informacije o prevzemu CBZ v XML obliki so v Tehničnih navodilih za prevzemanje podatkov baze zdravil, objavljenih na spletni strani ZZZS.

Izvajalci poleg zdravila iz Seznama A in B lahko zaračunavajo tudi storitve za pripravo in aplikacijo zdravil APLxxx (šifrant 15.117), ki pokrivajo delo zdravnika (pregled v zvezi z zdravljenjem z zdravilom, morebitna aplikacija zdravila oziroma nadzor nad aplikacijo), medicinske sestre (priprava zavarovane osebe, aplikacija), farmacevta (centralna priprava zdravila oziroma izdaja zdravila v lekarni, ki je dobavitelj zdravil) in materialne stroške ter amortizacijo v zvezi z aplikacijo. Storitve APLxxx se lahko zaračunavajo le v specialistični in splošni zunajbolnišnični dejavnosti. Informacijska podpora za ta namen je CBZ v XML obliki, ki poleg ostalih podatkov o zdravilih vsebuje tudi podatek o storitvi APLxxx, ki pripada določenemu zdravilu (nacionalni šifri).
Podrobnejša pravila zaračunavanja so v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

V primeru ko se zavarovani osebi aplicira le zdravilo, se ZZZS zaračuna zdravilo in storitev APLxxxx. Poleg zdravila in APLxxx se ne sme zaračunati nobena druga storitev.

V primeru, ko se zavarovani osebi poleg pregleda zaradi aplikacije zdravila izvede še pregled zaradi drugega razloga/ zdravstvenega stanja, ki ni v povezavi z danim zdravilom, se zaračunajo še dodatne storitve, ki se nanašajo na ta razlog (pregled, LZM...).

Izjeme pri obračunavanju zdravil iz Seznama A in B

Okulistika (Seznam B):

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

Onkologija (Seznam B):
V primeru, ko se zdravilo, razvrščeno na Seznam B daje v kombinaciji z drugimi zdravili za sistemsko zdravljenje raka , ki niso razvrščena na Seznam B, se namesto storitve APLxxx, ki je opredeljena za razvrščeno zdravilo iz Seznama B in se aplicira v okviru te sheme, lahko zaračuna storitev E0421 (sistemsko zdravljenje raka dojke) oziroma E0422 (sistemsko zdravljenje raka debelega črevesa in danke), in sicer le v okviru pogodbe med izvajalcem in ZZZS ter za terapevtske indikacije, določene za te dve storitvi (rak dojke in rak debelega črevesa in danke). Primer: Herceptin (B) + kemoterapija (nerazvrščena) – storitev E0421 (sistemsko zdravljenje raka dojke); Herceptin (B) v monoterapiji - storitev APL 005.
Storitvi E0421 (sistemsko zdravljenje raka dojke) in E0422 (sistemsko zdravljenje raka debelega črevesa in danke) se zaračunavata tudi v primeru, ko se izvaja sistemsko zdravljenje raka dojke oz. debelega črevesa in danke z zdravili za sistemsko zdravljenje, ki niso razvrščena na Seznamu B (kemoterapija). Enako velja tudi za storitev 59610 – zaračuna se le v primeru zdravljenja z zdravili za sistemsko zdravljenje kateregakoli raka, ki niso razvrščena na Seznam B. V tem primeru pa se ne smeta zaračunavati hkrati storitev 59610 (aplikacija citostatikov) in ena izmed storitev E0421 (sistemsko zdravljenje raka dojke) in E0422 (sistemsko zdravljenje raka debelega črevesa in danke).

Ginekologija (Seznam A):
Na primarni ravni se v primeru vstavitve IUD poleg zdravila zaračuna APL004, ki pokriva storitve s šifro K1005 (preventivni ginekološki pregled), K1010 (svetovanje-kontracepcija,hor.nad.zdrav), K1022 (posegi III), K1021 (posegi II) ter razliko v ceni zdravila zaradi stroška lekarne pri izdaji zdravila.
V primeru apliciranja humanih imunoglobulinov anti-D (Rh) se poleg zdravila in APL001 beležijo vsi pregledi (K1004 (urativni pregled nosečnice), K1022 (posegi III) – UZ, K1021 (posegi II)) in dodatni LZM ji (npr. ICT).
V primeru, ko se izvaja le odstranitev IUD ali pa vstavitev mehaničnega vložka brez zdravila, se zaračunajo storitve iz šifranta 15.21.
Na sekundarni ravni se v primeru vstavitve IUD poleg zdravila zaračuna APL004, ki pokriva storitve s šifro 11003 (začetna ali celotna specialistična ambulantna oskrba v operativnih strokah), 01006 (osnovni ginek. pregled v spec. dej), 46521 (vstavitev IUD (razen hormonskega IUD)), 36131 (UZ spremljanje menstruacijskega ciklusa) ter morebitno razliko med nabavno ceno in ceno za obračun zaradi stroška lekarne pri izdaji zdravila. V primeru, ko se izvaja le odstranitev IUD ali pa vstavitev mehaničnega vložka brez hormonskega zdravila, se zaračunajo storitve iz šifranta 15.62.

NOVO
LEK/ ZDRAVILA/14 Kakšno je pravilno obračunavanje zdravila iz Seznama A ali B, ki ga je aplicirala patronažna sestra?

Odgovor: Splošna ambulanta patronažni službi izda DN in vroči zdravilo za aplikacijo na domu. V ambulanti se obračuna le zdravilo (Q0235), ki je bilo vročeno patronažni sestri in kratek obisk (K0001), ki vključuje izdajo DN in zdravila.

Patronažna služba si nato obračuna eno od preventivnih storitev (PZN2108, PZN2109, PZN1108 ali PZN2109) ter zabeleži še evidenčno storitev za aplikacijo zdravila (EPZN110804).

NOVO

LEK/ ZDRAVILA/15 (NZD/SPL/13 (15/348)) Ali sme zdravnik v breme OZZ obračunati aplikacijo zdravila, ki ni v skladu s terapevtskimi smernicami? Ali sme v takem primeru obračunati hišni obiskoziroma naročiti aplikacijo takšnega zdravila patronažni službi?

Odgovor: Zdravilo, ki ni v skladu s terapevtskimi smernicami in storitev ni strokovno – doktrinarno utemeljena glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, zdravnik lahko aplicira le samoplačniško. Zdravnik v tem primeru v breme OZZ ne more obračunati hišnega obiska ali izdati DN patronažni službi Samoplačniške storitve se lahko opravijo le izven ordinacijskega časa, ki je določen v pogodbi z ZZZS.

NOVO

LEK/ ZDRAVILA/16 (SP1/PSIH/10) Kako se obračuna zdravljenje z depojskimi preparati in litijem v zunajbolnišnični psihiatrični dejavnosti (psihiatrični ambulanti)?

Odgovor: Zdravljenje s starejšimi in novejšimi depojskimi preparati, razvrščenimi na Seznam A (moditen, haldol, clopixol, risperidon, olanzapin, paliperidon, aripiprazol) se v zunajbolnišnični psihiatrični dejavnosti obračuna kot pregled (01003 ali 02003), oskrba (11006 ali 11305), zdravilo iz Seznama A (Q0235) in pripadajoča storitev za pripravo in aplikacijo zdravil (APL001). Če se poleg teh zdravil na isti obravnavi aplicira drugo zdravilo iz Seznama A, se obračuna le ena APL, in sicer najdražja.
V primerih bipolarne motnje, ki se zdravi z litijem, se obračunajo pregled (01003 ali 02003), oskrba (11006 ali 11305) in vodenje bipolarnih stanj (91992).

ZOBOZDRAVSTVO – SPLOŠNO

NZZD/SPL/1 Kakšna naj bosta zapis ob sistematskih pregledih in način obveščanja, kadar je nekdo drug izbrani zobozdravnik? Ali omenjeni pregled izključuje stomatološki pregled (01007)?

Odgovor: Serijski (47201 ali 47302) oziroma sistematski pregledi so preventivni pregledi, ki so določeni s Pravilnikom za izvajanje preventivnih zobozdravstvenih storitev na primarni ravni. Zapis mora vsebovati vse elemente, ki so opredeljeni v SNBO. Omenjeni pregledi seveda izključujejo hkratni obračun stomatološkega pregleda (01007). V skladu s Pravili OZZ mora izbrani osebni zobozdravnik otroku oziroma šolarju, ki se zanj opredeli, zagotoviti tudi vse preventivne storitve. Lahko pa z ustreznim pooblastilom prenese opravljanje teh storitev na drugo ustrezno enoto zdravstvenega zavoda, ki sistematično in organizirano skrbi za izvajanje preventivnega programa.

NZZD/SPL/2 Kako se obračuna zdravniško potrdilo v pedontologiji?

Odgovor: Urejanje in vpisovanje podatkov v knjižico Zajček se ne obračunavata kot posebna zdravstvena storitev, saj tudi ne gre za zdravniško potrdilo. Aktivnosti, povezane s tem, so vključene v celovito stomatološko preventivo in so plačane v pavšalu. ZZZS plača zdravniško potrdilo le, če zavarovana oseba uveljavlja določene pravice iz OZZ. Če gre za uveljavljanje pravic na drugih področjih, je plačnik tega potrdila naročnik.

NZZD/SPL/3 Kdaj je upravičeno ZZZS obračunati storitev individualna navodila (97401)?

Odgovor: Storitev razna individualna navodila in svetovanje (97401) se ne more obračunati skupaj s pregledom. Storitev se prizna izjemoma pri zavarovancih, pri katerih zaradi njihove nezmožnosti sodelovanja porabimo veliko časa za navodila, ki sicer sodijo v vrednost posamezne storitve.

NZZD/SPL/4 Definicija trajnostne dobe in garancijske dobe?

Odgovor: Garancijska doba je doba, v kateri mora izvajalec, začenši z dnevom izdelave zalivke oziroma izdelave zobnoprotetičnega nadomestka, na lastne stroške popraviti ali zamenjati zalivko oziroma pripomoček, ki bi postal v tem času neustrezen ali neuporaben.
Trajnostna doba pa je pravica zavarovane osebe, da po njenem izteku dobi nov pripomoček, če je stari funkcionalno ali anatomsko neustrezen. To pomeni, da pred iztekom trajnostne dobe zavarovana oseba ne more dobiti novega pripomočka.
Trajanje garancijske in trajnostne dobe je časovno različno in je podrobneje opredeljeno v Pravilih OZZ.

NZZD/SPL/5 Ali lahko zavarovana oseba zamenja zobozdravnika pred enim letom samo z navedbo razloga zamenjave ali ji mora to odobriti komisija?

Odgovor: V primeru, da pacient zamenja osebnega zobozdravnika pred potekom enega leta, mora navesti razlog zamenjave skladno s Pravili OZZ.

NZZD/SPL/6 Ali lahko napotnico za zobozdravnika specialista za osebo, starejšo od 18 let, ki je varstvenem centru, izda tudi splošni zdravnik?

Odgovor: Napotnico za osebo, starejšo od 18 let, ki je v varstvenem centru, lahko izda tudi splošni zdravnik.

NZZD/SPL/7 Ali lahko pedontolog opravlja storitve tudi za odrasle zavarovane osebe?

Odgovor: Zobozdravniki, ki delajo v mladinskih oziroma šolskih ambulantah, lahko opravijo dogovorjeni (10-odstotni) delež storitev za odraslo prebivalstvo. Ta 10-odstotni program ne zajema storitev, opravljenih v urgentni službi.

NZZD/SPL/8 Ali lahko v času dopustov in drugih odsotnosti enega zobozdravnika ostali zobozdravniki v istem zavodu nudijo tudi konzervativne in zobnoprotetične storitve zavarovanim osebam, ki so opredeljene pri odsotnem zobozdravniku?

Odgovor: Izbrani osebni zobozdravnik v času svoje odsotnosti ne more pooblastiti vseh kolegov, ki delajo v enoti, kjer je zaposlen. Pravila določajo, da v nenujnih primerih zavarovane osebe počakajo svojega osebnega zobozdravnika, razen v primeru daljše odsotnosti, ko je ta dolžan zagotoviti nadomestilo oziroma to namesto njega določi zdravstveni zavod, kjer je zaposlen, v skladu s svojimi akti. Le tako pooblaščen zobozdravnik lahko opravlja vse storitve za zavarovane osebe, ki so opredeljene pri zobozdravniku, ki ga nadomešča. Nujne storitve so dolžni nuditi vsi zobozdravniki.

NZZD/SPL/9 Ocena umske prizadetosti pri nasvetih oz. navodilih ne sodi v delo stomatologa in je lahko sodno obremenjujoča.

Odgovor: Zavod od zobozdravnika ne zahteva pisne ocene stopnje prizadetosti zavarovanca, ampak le utemeljitev, zakaj je treba porabiti več časa za individualna navodila.

NZZD/SPL/10 Kako ravnamo v primeru, če nam osnovnošolski otroci, ki jim damo pristopno izjavo domov v podpis staršem, podpisane izjave ne vrnejo?

Odgovor: Vsaka zavarovana oseba mora imeti izbranega osebnega zobozdravnika, kar velja tudi za šolarje. Brez predhodne izbire zobozdravnika lahko zavarovana oseba uveljavlja le nujne zobozdravstvene storitve (incizije, ekstirpacije, ekstrakcije), za vse druge storitve je samoplačnik. O tem je treba obvestiti starše pred začetkom zdravljenja.
V takem primeru, kot je navedeno v vprašanju, je treba obvestiti starše, da bodo morali pri naslednjem obisku opravljene storitve plačati in/ali za svojega otroka izbrati drugega osebnega zobozdravnika.

NZZD/SPL/11 Pacient je že bil opredeljen pri zobozdravniku, nato se je opredelil pri drugem, čez čas pa je ponovno želel k prvemu zobozdravniku. Ali ga je prvi zobozdravnik dolžan sprejeti?

Odgovor: Pravica do opredeljevanja ni pravica zobozdravnika, ampak pravica zavarovane osebe. V katerih primerih je možno odkloniti zavarovano osebo, določa 2. alineja 169. člena Pravil OZZ. Zavarovano osebo je možno odkloniti tudi v primeru, če ima izbrani zobozdravnik število opredeljenih oseb za 10 % večje, kot je povprečje v njegovi OE.

NZZD/SPL/12 Kakšen je minimalen zapis v zdravstveni dokumentaciji za ustrezno utemeljitev obračuna lokalne anestezije (88910)?

Odgovor: Lokalno anestezijo lahko obračunate ZZZS takrat, ko ste jo aplicirali. Zavarovana oseba je upravičena do brezbolečinskega posega. V zdravstveni dokumentaciji pa morajo biti zapisani ime lokalnega anestetika, odmerek in koncentracija vazokonstriktorja (če ste uporabili tovrsten anestetik). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/SPL/13 Ali v medicinski dokumentaciji lahko uporabljamo akronime?

Odgovor: V zdravstveni dokumentaciji lahko uporabljate akronime, če so ti v njej pisno pojasnjeni.

NZZD/SPL/14 Kako pogosto je treba pisati izjavo samoplačnika? Ali enkrat za vse storitve ali za vsako storitev posebej?

Odgovor: Izjava za samoplačniški del storitve oziroma za doplačilo mora vsebovati vse storitve, ki jih je pacient doplačal. Torej mora biti jasno razvidno in ločeno, katere storitve so opravljene na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja, kdaj, za kaj in koliko je pacient doplačal.

NZZD/SPL/15 Kaj je to doplačilo?

Odgovor: Doplačilo je razlika v ceni med plačilom ZZZS in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja ter samoplačniško ceno tovrstne storitve. V medicinski dokumentaciji morajo biti podpisana izjava zavarovane osebe, da se z doplačilom strinja, datum opravljene storitve, ki je predmet doplačila, šifra te storitve in lokacija zoba ter vpisan uporabljeni material. Prav tako morajo biti na dokumentu vpisani cena obračunane storitve ZZZS in cena doplačila ter podpis za vsako tovrstno storitev s strani zavarovane osebe, tako kot kaže spodnja tabela. Na istem formularju mora biti nad to tabelo izjava o strinjanju zavarovane osebe z doplačilom. Obvezna priloga v zdravstveni dokumentaciji je tudi izstavljen račun (*dodana samoplačniška cena).

Datum storitve	šifra storitve	Naziv storitve	Lokacija zoba	Uporabljen material	Polna cena obračunana ozz	Cena doplačila	Samoplačniška cena	Podpis zavarovane osebe

POPRAVLJENO
NZZD/SPL/16 Ali je v medicinski dokumentaciji treba zapisati, kateri material smo uporabili?

Odgovor: Da. Obračunana storitev se ne prizna, če v medicinski dokumentaciji ni zapisa o vrsti uporabljenega materiala pri:

- anestezijah (ob tem še količina in koncentracija apliciranega anestetika),
- zalivkah,
- direktnih in indirektnih kritjih zobne pulpe,
- desenzibilizaciji in impregnaciji zob,
- fluorizaciji zob (vrsta, koncentracija in količina),
- endodontskih storitvah (vrsta in koncentracija sredstev za izpiranje k. kanalov, delovna dolžina k. kanalov, pri polnitvah k. kanalov - vrsta polnilnega materiala),
- protetičnih storitvah* (ob tem še količina in št. lota).

Vsi materiali, ki se uporabljajo ob storitvah, morajo biti vpisani v medicinski dokumentaciji, da se obračun storitev prizna.

** Pri protetičnih storitvah ni potreben zapis količine PMMA, fasetrinih materialov in kovine pri VKB.*

NZZD/SPL/17 Kako obračunati zalivko v primeru, ko ima pacient izkazano alergijo na standardni material - amalgam?

Odgovor: V primeru, ko ima pacient izkazano alergijo na standardni material - amalgam, ki se dokumentira

v zdravstveni dokumentaciji, ima skladno s 5. odstavkom 112. člena Pravil OZZ pravico do drugega ustreznega materiala. Pacientu se v takem primeru izdela zalivko iz kompozita (šifre 52320-02, 52321-02 ali 52322-02), ki se tudi obračunajo.

NZZD/SPL/18 Kako ravnati v primeru alergije na standardni material v primeru nazidka z zatičkom?

Odgovor: V primeru nazidka z zatičkom in izkazane alergije pacienta na standardni material, ki se dokumentira v zdravstveni dokumentaciji, se izmed standardnih materialov v 112. členu Pravil OZZ izbere tisti material, ki za pacienta ni alergen (možnost izbora med polžlahtno zlitino, z vlakni ojačanim kompozitom ali titanom).

NZZD/SPL/19 Kako ravnati v primeru alergije na standardni material pri protetičnih storitvah?

Odgovor: Za primere izkazane in v zdravstveni dokumentaciji dokumentirane alergije na standardne materiale pri protetičnih storitvah so pripravljene štiri nove storitve, ki omogočajo dodatek k plačilu obstoječe storitve. To so naslednje storitve, ki se obračunajo v skladu z Okrožnico ZAE 3/2019: E0723 Dodatek za vlito zalivko zaradi alergije, E0724 Dodatek za prevleko in mostiček zaradi alergije, E0725 Dodatek za delno protezo zaradi alergije in E0726 Dodatek za totalno protezo zaradi alergije.

Ali lahko specialist izda delovni nalog za Rtg slikanje zob, če je bila ZO napotena k specialistu z napotnico s pooblastili 1,2,3 ?

Odgovor: V skladu s posredovano napotnico za specialista s pooblastili 1,2,3 ali trajno napotnico za ortodonta, lahko specialist izdajo delovni nalog za Rtg slikanje zob , če je mnenja , da potrebuje novejši Rtg posnetek zob. Ni potrebno , da se ZO pošilja po nov delovni nalog za Rtg zob k izbranemu zobozdravniku.

ZOBOZDRAVSTVO – DIAGNOSTIČNE STORITVE

NZZD/DG/1 Kako je s pridobivanjem zdravstvene dokumentacije od predhodno izbranega osebnega zobozdravnika in priznavanjem obračuna storitev pri novoizbranem osebnem zobozdravniku, če:
a) zavarovana oseba še nima zdravstvene dokumentacije; b) zobozdravnik ni pridobil zdravstvene dokumentacije od prej izbranega osebnega zobozdravnika; c) prejšnji izbrani osebni zobozdravnik zdravstvene dokumentacije kljub zahtevi ni predal?

Odgovor: V opisu storitve stomatološki pregled (01007) je navedeno, da se ta opravi pred pričetkom zdravljenja, ko se v zobozdravstveno dokumentacijo tudi zabeležijo vsi zahtevani podatki. Iz omenjenega sledi, da se sicer običajno obravnava zavarovane osebe začne s stomatološkim pregledom, kar je strokovni medicinski pogled. ZZZS pa prizna obračun te storitve le, če je opravljena in zabeležena skladno z definicijo storitve pod šifro 01007.
Če zdravstvena dokumentacija ni bila pridobljena, se glede na opredelitve Navodila za obračun opravljene in pravilno zabeležene storitve priznajo, vendar je novoizbrani osebni zobozdravnik dolžan od prejšnjega zahtevati zdravstveno dokumentacijo.
Če pa je bila dokumentacija zahtevana, a je predhodno izbrani zobozdravnik ne izroči, s tem krši Zakon o zdravstveni dejavnosti, ki določa, da je v primeru izbire drugega zdravnika treba vso dokumentacijo o pacientu predati novoizbranemu zdravniku.

NZZD/DG/2 Kdaj se sme obračunati kratek stomatološki pregled (šifra 00003)?

Odgovor: V SNBO je kratek stomatološki pregled (šifra 00003) opredeljen kot pregled, ki vključuje le pregled posameznega zoba, parulisa, abscesa, eflorescence, manjše poškodbe tkiva orofacialnega kompleksa, kratko anamnezo o bolezni in poškodbi ali tudi kratek kontrolni pregled po izvajani terapiji ali za odrejanje njenega nadaljevanja in beleženje ugotovitev v zdravstveni dokumentaciji. Zaračuna se le ob prvem kontaktu z pacientom ali zaradi nove diagnoze. Ni ga mogoče zaračunati med izvajanjem konzervativnega zdravljenja zob.
Če je diagnoza vedno karies, to ni nova diagnoza in gre za konzervativno terapijo.

Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/3 Kakšen je obseg stomatološkega pregleda oziroma storitve pod šifro 01007?

Odgovor: Stomatološki pregled (01007) je v SNBO opredeljen kot pregled, ki vključuje kratko ali ciljano anamnezo bolezni ali poškodbe, pregled glave, obraza in vratu, zlasti regionalnih bezgavk, pregled zob in registracijo KEP, preizkušanje njihove občutljivosti na perkusijo in termične dražljaje, kontrolo vitalitete posameznih zob, pregled sluznice in temporomandibularnega sklepa, ugotavljanje majavosti, ugotavljanje mehkih in trdih oblog, medčeljustnih odnosov in zapis vseh ugotovitev v zobozdravstveni dokumentaciji. Zaračuna in opravi se pred pričetkom zdravljenja, ponovno pa po preteku 6 mesecev po končanem predhodnem zdravljenju.
Kriteriji za zapis so lahko različni, če gre za prvi pregled zavarovanca ali pa ponovni po preteku določenega časa. V primeru ponovnega pregleda se zabeležijo predvsem tisti podatki, ki so spremenjeni, obvezno pa mora biti ponazorjen trenutni zobni status.

Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/4 Kdaj se sme obračunati konzultacija (storitev pod šifro 11602)? Ali je to drugo mnenje?

Odgovor: Konsultacija pomeni pisno mnenje ali pisni nasvet o oceni stanja pacienta ali nadaljevanju zdravljenja, ki ga izda zobozdravnik (oziroma specialist) na zahtevo drugega zdravnika, in to na podlagi napotnice s pooblastilom št. 1.
Obračuna jo napotni zdravnik oziroma zobozdravnik, ki je takšno pisno mnenje podal.
Če opravi konzultirani zobozdravnik tudi pregled zavarovane osebe, to storitev obračuna posebej.
Storitve ni mogoče obračunati v primeru, ko je napotni zdravnik zavarovano osebo prevzel v zdravljenje.
To ni drugo mnenje.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/5 Kako se obračunava zobni rentgen?

Odgovor: Zobozdravnik obračunava ZZZS storitve po ceni točke, v katero so stroški za RTG-program že vključeni. Zavarovanim osebam ni možno zaračunati doplačil za posamezna rentgenska slikanja.

NZZD/DG/6 Kako obračunamo standardno slikanje čeljustnega sklepa?

Odgovor: Standardno slikanje čeljustnih sklepov se lahko ZZZS obračuna kot slikanje skeleta v dveh projekcijah (šifra 31001), in sicer dvakrat, ker gre za štiri ekspozicije, pri tem je treba slikanje utemeljiti z diagnozo v zdravstveni dokumentaciji.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/7 Kako vrednotiti tudi do sedem obiskov staršev z otrokom, ker otrok ne dovoli posega, starši pa vztrajajo, da je poseg potreben? Terapevt izgubi 20–30 minut časa za neuspeli obisk.

Odgovor: V zobozdravstveni dejavnosti ne obračunavamo obiskov, ampak opravljene storitve. Zaradi tega je točkovno vrednotenje storitev pri otrocih višje kot pri odraslih zavarovancih.

NZZD/DG/8 Kdaj lahko beležimo storitev odčitavanje rentgenskega posnetka (šifra 31010)?

Odgovor: Pri obračunu storitve slikanje zob, navadni posnetek (šifra 31010) je že vključeno odčitavanje rentgenskega posnetka.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/9 Ali se v primeru, da je zavarovana oseba v postopku konservativnega zdravljenja zaradi kariesa, ugotovljenega na stomatološkem pregledu, pa se še pred zaključkom zdravljenja zateče po prvo pomoč npr. zaradi poškodbe ali parodontitis chronica in exacerbationem acuta, ob tej novi diagnozi obračuna kratek stomatološki pregled (šifra 00003)?

Odgovor: V tem primeru gre za novo diagnozo in lahko obračunate kratek stomatološki pregled.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.
Minimalen zapis temelji na SOAP principu. Pri tem je S = subjektivno (težave in simptomi, ki jih navaja zavarovana oseba); O = objektivno (klinične ugotovitve pregleda); A = analiza ali diagnoza (stanje in/ali bolezen ugotovljeno na osnovi anamneze in pregleda); P = plan ali terapija/terapijski načrt (postopki/storitve narejene z namenom zdravljenja).

NZZD/DG/10 Kakšen pregled smemo pisati pri zavarovanih osebah, ki so bile pred enim mesecem sistematsko pregledane pri istem zobozdravniku in smo takrat obračunali sistematski pregled? Ali lahko pišemo stomatološki pregled ali samo pregled?

Odgovor: Serijski zobozdravniški pregledi so predvideni le za otroke, šolarje in študente. Če ne gre za eno izmed teh oseb, sploh ni mogoče obračunati tega pregleda. Če je bil pregled opravljen pri teh osebah pri osebnem izbranem zobozdravniku, se lahko ponovni pregled (stomatološki pregled) obračuna ZZZS, če je od končanega zdravljenja poteklo najmanj šest mesecev.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/11 Ali je 3D-slikanje zob in obraznih struktur s CBCT aparatom pravica iz OZZ?

Odgovor: CB CT slikovna diagnostika področja glave in vratu je pravica iz OZZ. Skladno s sklepom Upravnega odbora in Okrožnico ZAE 10/18 je v veljavi od 1.4.2018 dalje.

NZZD/DG/12 Katere storitve potrebujejo predhodno rentgensko diagnostiko?

Odgovor: Šifre in opisi storitev, ki potrebujejo predhodno rentgensko diagnostiko, so navedeni spodaj.

52301 (ekstrakcija enokoreninskega zoba)
52302 (ekstrakcija večkoreninskega zoba)
52303 (komplicirana ekstrakcija)
52360 (indirektno kritje pulpe)
52361 (direktno kritje pulpe)
52362 (vitalna amputacija zobne pulpe)
52363 (mortalna amputacija zobne pulpe stalnih zob)
52364 (mortalna ekstirpacija zobne pulpe stalnih zob)
52372 (vitalna ekstirpacija pulpe in polnitev posameznega kanala do 15 let)
52373 (vitalna ekstirpacija zobne pulpe in polnitev posameznega kanala nad 15 let)
52374 (zdravljenje gangrene in polnitev kanala do 15 let)
52375 (zdravljenje gangrene in polnitev kanala nad 15 let)
52402 (trepanacija pulpnega kanala)
52483 (načrt protetične rehabilitacije)
45221 (kiretaža žepkov po zobu)
52333 (inlay na 1 ploskvi, fiksnoprotetični nazidek)
52331 (inlay na 1 ploskvi, indirektna metoda
52332 (Pinlay, overlay)
52342 (delna prevleka ali inlay na 2–3 ploskvah, indirektna metoda)
52343 (fasetirana prevleka)
52344 (teleskopska prevleka)
52341 (akrilna in armirana prevleka)
52336 (polna kovinska prevleka z intrakoronarnim sidrenjem)
52340 (polna kovinska prevleka)
52345 (enodelna vlita polna kovinska prevleka)
52346 (Richmond kapica)
52378 (apikotomija enokoreninskega zoba)
52379 (apikotomija večkoreninskega zoba)
52483 (načrt protetične rehabilitacije)
52310 (izklesavanje zoba s šivanjem)
52311 (izklesavanje zaostale korenine)
01008 (spec. ortodontski pregled)

Pri pregledu to pomeni, da se zobozdravnik lahko v skladu s strokovno doktrino odloči, da slikanje ni potrebno in to utemelji v zdravstveni dokumentaciji. Pri obravnavi otrok in mladostnikov se zobozdravnik lahko v skladu s strokovno doktrino odloči, da slikanje ni potrebno in to utemelji v zdravstveni dokumentaciji.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/DG/13 S katero šifro obračunamo »Bite-wing« ali posnetek zobnih kron?

Odgovor: »Bite-wing« se obračuna s šifro 31010.

NZZD/DG/14 S katero šifro obračunamo intraoralni periapikalni posnetek?

Odgovor: Intraoralni periapikalni posnetek se obračuna s šifro 31012.

ZOBOZDRAVSTVO – PREVENTIVNE STORITVE

NZZD/PREV/1 Kolikokrat se lahko obračuna storitev desenzibilizacija zobnih vratov (45224)?

Odgovor: Storitev desenzibilizacija zobnih vratov (45224) se obračuna po kvadrantu in ne po zobu. Ob prisotnosti do 6 zob v 4 kvadrantih se lahko obračuna storitev desenzibilizacija le kot 1 kvadrant. Storitev se prizna dvakrat letno. V zdravstveni dokumentaciji morata biti zapisani stopnja občutljivosti zob in vrsta sredstva, s katerim so bili zobje zaščiteni. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/2 Kdo lahko obračuna storitvi fluorizacija z izplakovanjem (45310) in fluorizacija s ščetkanjem z visoko koncentriranimi fluorjevimi pastami (45315) individualno?

Odgovor: Obe storitvi sta skladno s pogodbo ZZZS namenjena posameznemu izvajalcu za stomatološko preventivno dejavnost. Izjemoma ju lahko beleži in obračuna osebni zobozdravnik otroka oziroma šolarja, ki dela za odraslo populacijo, in to le za tiste otroke ali šolarje, ki so ga izbrali za svojega osebnega zobozdravnika. V tem primeru se lahko ti storitvi beležita in obračunata individualno, če izvajalec nima v pogodbi predvidenega pavšalnega zneska za preventivno dejavnost. Storitvi se ne smeta podvajati npr. pri izbranem osebnem zobozdravniku ter pri izvajalcu preventivne zobozdravstvene dejavnosti. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/3 Kolikokrat letno se lahko ZZZS obračuna storitev topikalna aplikacija fluoridov v obeh zobnih lokih (45320)?

Odgovor: Storitev topikalna aplikacija fluoridov v obeh zobnih lokih (45320) se lahko opravi le po končanem saniranju zob ali pri nekarioznem zobovju in pri osebah, ki so vključene v sistematično zobozdravstveno oskrbo.
Obračuna se lahko največ dvakrat do štirikrat letno v skladu z oceno tveganja. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/4 Kakšna je trajnostna doba storitve zalitje fisur (45390)?

Odgovor: Pravila OZZ ne določajo trajnostne dobe zalitja fisur. Strokovno opravljeno zalitje fisur praviloma ne izpade v dobi 2 let. Zato se obračun storitve zalitje fisur (45390) praviloma prizna na istem zobu 1 krat na 2 leti.

NZZD/PREV/5 V kombinaciji s katerimi storitvami se lahko ZZZS obračunata storitvi topikalna aplikacija fluoridov (45320) in zalitje fisur (45390)?

Odgovor: Storitvi topikalna aplikacija fluoridov (45320) in zalitje fisur (45390) se lahko obračunata v kombinaciji s storitvijo odstranitev mehkih in trdih zobnih oblog (45201) oziroma čiščenjem zobnih lokov (45210). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/6 Katera storitev se obračuna pri steklenični kariesu in kako pogosto?

Odgovor: Obračuna se lahko storitev impregnacija ali zaščita zoba (45394). Zapis temelji na oceni tveganja.

NZZD/PREV/7 Kdaj se lahko ZZZS obračuna predpisovanje zdravil na recept (91100), zdravniško potrdilo (41691) ter individualno navodilo (97492)?

Odgovor: Individualno navodilo (97492) se lahko posebej obračuna le pri osebah, ki imajo diagnostično potrjene težave pri razumevanju.
Storitev predpisovanje zdravil na recept (91100) lahko obračuna zobozdravnik, kadar je zavarovani osebi predpisal zdravilo.
Pisanje zdravniškega potrdila (41691) se lahko obračuna ZZZS le, če je namenjeno za zagotavljanje pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/8 Kdo lahko izvaja preventivne programe in sistematiko v zobozdravstvu za otroke?

Odgovor: Sistematika oz. preventiva se izvaja na pogodbeno določenem področju pri vseh otrocih. Pri otrocih, ki niso opredeljeni za konkretnega zobozdravnika, se izda obvestilo izbranemu zobozdravniku o zdravstvenem stanju.

NZZD/PREV/9 Ali je dovoljeno poleg zalitja fisur obračunati tudi recept?

Odgovor: Da, možno je obračunati predpisovanje zdravila na recept (91100) kot posamično in neodvisno storitev ter v različnih kombinacijah. Predpis recepta je treba beležiti v zdravstveni dokumentaciji. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/10 Do katere starosti pacienta lahko opravljamo preventivne storitve zalivanja fisur (45390) in topikalno aplikacijo fluora (45320)?

Odgovor: Skladno s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni se za zavarovane osebe storitve zalivanja fisur (45390) obračunavajo do konca osnovne šole, a topikalna aplikacija fluoridov (45320) v skladu z oceno tveganja.

NZZD/PREV/11 Kdaj in kako pogosto se lahko piše kontrola oralne higiene (kontrola plaka)? Po strokovni doktrini jo je namreč ortodont dolžan preverjati pri vsakem obisku, če ima pacient pri tem težave.

Odgovor: Kontrola oralne higiene (13090) je sestavni del preventivnega programa, ki ga je opredelilo Ministrstvo za zdravje s Pravilnikom za izvajanje preventivnih zobozdravstvenih storitev na primarnem zdravstvenem nivoju. Ortodont te storitve ne more obračunati ZZZS.

NZZD/PREV/12 Ali lahko ZZZS obračunamo storitev zdravstveno vzgojno delo v majhni skupini (95196) pri preventivnem sistematičnem pregledu po osebi?

Odgovor: Ne. Storitev zdravstveno vzgojno delo v majhni skupini (95196) je aktivna metoda, pri kateri se obravnava izbrana tema, ki omogoča izmenjavo izkušenj, mnenj in stališč. Njen cilj je ohraniti zdravje, zdravljenje ali rehabilitacijo (6–9) oseb. Iz opisa šifre je razvidno, da se omenjena storitev obračuna ZZZS le kot delo v majhni skupini, skladno s pogodbo in dogovorom.

NZZD/PREV/13 Kakšen je minimalen zapis v medicinski dokumentaciji za priznavanje obračuna storitve kontrola plaka (13090)?

Odgovor: V primeru obračunane storitve kontrola plaka (13090) mora biti izračunan indeks OH in v zdravstveni dokumentaciji zapis metode izračuna in vrsta barvila. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

ZOBOZDRAVSTVO – RESTORATIVNE STORITVE

NZZD/RST/2 Kdaj se lahko ZZZS obračuna storitev poliranje zalivke (52329)?

Odgovor: Pri izdelavi kompozitnih zalivk v interkaninem sektorju se poliranje obračuna posebej. V primeru storitev opravljenih skladno z Uredbo (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta je poliranje zalivke sestavni del obračuna kompozitnih zalivk v stranskem sektorju in ga ni možno posebej obračunati.
Poliranje zalivk v interkaninem sektorju se prizna le enkrat na trajnostno dobo in se ne sme obračunati po ploskvah, ampak po zalivki.

Poliranje kompozitnih zalivk v transkaninem sektorju se ne obračuna ZZZS, ker kompozitna zalivka na ličnikih in kočnikih ni pravica iz OZZ. To storitev v celoti plača zavarovana oseba.

NZZD/RST/3 Ali se lahko pri predšolskih otrocih in mladini obračunajo dve okluzalni zalivki (52320) na istem zobu ter okluzalna zalivka in zalitje fisure, kadar je okluzalna ploskev ločena s cristo obliquo (osrednji greben)?

Odgovor: Dve okluzalni zalivki se lahko obračunata ZZZS, če sta ločeni s cristo obliquo in če zobovje ni močno kariozno. Prav tako se ZZZS lahko obračunata okluzalna zalivka in zalitje fisur na istem zobu, kadar je med njima crista obliqua in je to strokovno utemeljeno. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/RST/4 Ali se lahko storitev zalivka na 2 ali več ploskvah do 15 let (52325) obračuna, če pride do poškodbe zoba pred potekom garancijske dobe?

Odgovor: V primeru travmatske poškodbe zobne krone, ki je ustrezno zapisana v zdravstveni dokumentaciji, se storitev lahko obračuna ZZZS. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/RST/5 Storitvi indirektno kritje (52360) in direktno kritje (52361) sta pogosti pri otrocih s poškodbo sekalcev. Edino uspešen je kompozitni zavoj (dograditev). Po kolikšnem času se prizna dokončna dograditev zoba?

Odgovor: Storitvi indirektno (52360) oziroma direktno kritje (52361) zobne pulpe izključujeta hkratni obračun storitve provizorična zapora z zdravilom (93002). Obračuna se lahko storitev kompozitni zavoj kot zalivka na 2 ali več ploskvah (52322) in jo je možno ponovno obračunati po poteku garancijske dobe storitve.

NZZD/RST/6 Kateri material se uporablja pri predšolskih otrocih in mladini do 15 leta starosti kot standardni material (poleg amalgama) v transkaninem sektorju?

Odgovor: Glede standardnih materialov za zalivke ZZZS ne loči zavarovance po starostni dobi. Kateri material bo zobozdravnik uporabil za zalitje fisur, je stvar njegove strokovne odločitve. Za zalivke v transkaninem sektorju je v skladu z Uredbo (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta kompozit standardni material. Amalgam je standardni material le v primerih, ko kompozita ni mogoče uporabiti (razlog mora biti naveden v medicinski dokumentaciji)

NZZD/RST/8 (NZZD 1/19) Kdaj lahko obračunamo storitev provizorična zapora zoba (93002)?

Odgovor: Storitev provizorična zapora zoba (93002) lahko obračunate, ko ne gre za kritja, vitalne amputacije, vitalne ekstirpacije. Iz tega sledi, da jo je možno zaračunati le pri mortalnih metodah zdravljenja, glede katerih obstajajo strokovno doktrinarne opredelitve in omejitve.

NZZD/RST/9 Ali se lahko ZZZS obračuna storitev odontomija (45391), če se uporabi material tetric flow?

Odgovor: Odontomija (45391) je stomatološki preventivni postopek, s katerim se preoblikujejo fisure na zobeh. To je lahko samostojna storitev, če pa je sestavni del storitve zalitja fisur (45390), je ni mogoče dodatno obračunati ZZZS.

NZZD/RST/10 Kakšno zalivko lahko obračunamo ZZZS po tako imenovani tunelski preparaciji?

Odgovor: V tem primeru lahko obračunate zalivko na dveh ploskvah (52321).

NZZD/RST/11 Ali je možno ZZZS obračunati ob storitvi zalivke še posebej storitev impregnacija (45394)?

Odgovor: ZZZS plača storitev zalivko in ne posamične faze njene izdelave. Poseben obračun storitve impregnacija (45394) ob tem ni mogoč.

NZZD/RST/12 Ali lahko obračunamo zalivko na zobu, ki je vključen v mostovno konstrukcijo, pa je prišlo do retrakcije gingive in posledično do kariesa zobnega vratu?

Odgovor: V tem primeru zalivko lahko obračunate ZZZS.

NZZD/RST/13 Ali lahko material Fuji šteje kot standardni material, za katerega ni potrebno doplačilo?

Odgovor: Da, tudi steklastoionomerne cemente lahko uporabite kot nadomestek standardnega materiala pri zalivkah na mlečnem zobovju in pri zavarovanih osebah, ki so zbolele z rakavimi boleznimi glave in vratu in so zdravljene tudi z radioterapijo. To je treba zabeležiti v medicinski dokumentaciji enako, kot velja za standardni material. Doplačila pri uporabi steklastoionomernih cementov ni.

NZZD/RST/15 Kako se obračuna izdelava zalivk v interkaninem sektorju (izdela se zalivka MLaP in ločeno DLa P), če se jih izdela v isti seji ali v dveh sejah?

Odgovor: Če jih izdelate v isti seji, ZZZS lahko obračunate 2 zalivki na treh ploskvah. V dveh sejah pa morate obračunati vsako posebej.

NZZD/RST/16 Ali je material GRADIA nadstandardni material v restorativnih storitvah v zobozdravstvu?

Odgovor: Ne. Gradia je kompozitni material tako kot vsi ostali kompozitni materiali, katerih uporaba v IKS je pravica iz OZZ. V TKS se prav tako kot vsi ostali kompozitni materiali obračuna z doplačilom, razen pri zavarovanih osebah opredeljenih v Uredbi (EU) 2017/852 Evropskega parlamenta.

NZZD/RST/17 Ali lahko obračunamo lepljenje odlomljenega koščka kot prvo pomoč (t.i.reattachment)?

Odgovor: Poškodba krone zoba ne sodi med nujna in neodložljiva zdravstvena stanja a kljub temu je pomembno časovno okno v katerem se opravi obravnava zavarovane osebe.

Pri zdravljenju poškodb odlomljenih sekalcev je možno zavodu obračunati zalivke na eni ali več ploskvah (zapis uporabljenega materiala). Storitev lahko obračuna tudi zobozdravnik, ki ni izbrani osebni zobozdravnik otroka ali mladostnika.

V zdravstveni dokumentaciji biti naveden razlog obravnave: poškodba. Prav tako je potrebno zapisati (kdaj, kje in kako je poškodba nastala, ali je z o zgubila zavest), ugotovitve diagnostike:ali je bolečina prisotna, opis poteka frakture, opredeljena klasifikacija poškodb ali enostavno narisan potek frakture, ev. sprememba položaja, sprememba vgriza, ekspozicija dentina, ekspozicija pulpe, majavost, vitaliteta, ev. rtg. posnetetk (po presoji zobozdravnika),... Prav tako je potrebno opredeliti odnos frakture do sosednjih struktur kost (npr. fraktura alv. kosti), parodont (npr., luksacija,subluksacija), dlesen,sluznica (npr.laceracij, kontuzija..,....),in kdaj je naslednja kontrola pri svojem IOZ.

NOVO
NZZD/RST/18 Ali pri dograjevanju zobne krone s pomočjo dentinskega vijaka obračunamo storitev s šifro 52332- pinlay, overlay?

Odgovor: Ne. Inlay-i, onlay-i, overlay-i in pinlay-i so sestavni del restorativne protetike. Ti mikroprotetični izdelki se uporabljajo za restavracijo kavitet, ki so prevelike za zalivke, restavracija krone zoba pa je možna brez prevleke.

Pravilen obračun je npr. Zalivka na 3 ali več ploskvah (52322) ali dograjevanje zobne krone z obročkom oziroma nazidkom, dentiskim vijakom. Šifra 52322 je namenjena tudi izdelavi zalivke na večjih ploskvah (direktni restavraciji krone zoba), pri kateri je zaradi obsežne okvare potrebna dodatna retencija.

ZOBOZDRAVSTVO – ENDODONTSKE STORITVE

NZZD/ENDO/1 Ali je točna trditev, da je pri storitvi vitalna ekstirpacija do 15 let (52372) oz. vitalna ekstirpacija nad 15 let (52373) anestezija že vračunana v storitvi, ali pa se lahko anestezija dodatno zaračuna?

Odgovor: Trditev ni točna. Anestezija se obračunava kot posebna storitev. Pacient ima pravico do nebolečega posega.

NZZD/ENDO/2 V katerem primeru lahko obračunamo storitev trepanacija pulpnega kanala (52402)?

Odgovor: To storitev lahko obračuna zobozdravnik v primeru nudenja nujne medicinske pomoči oziroma v primeru, če zavarovana oseba še nima izbranega osebnega zobozdravnika. V ostalih primerih (pri izbranem osebnem zobozdravniku oziroma nadomestnem zobozdravniku) je storitev že vračunana v ceni zdravljenja zoba.

NZZD/ENDO/3 Ali se endodontsko zdravljenje modrostnega zoba lahko obračuna ZZZS?

Odgovor: Endodontsko zdravljenje modrostnega zoba se lahko obračuna ZZZS le v primeru, kadar je ta zob strateško pomemben, drugače se ZZZS ne more obračunati.

NZZD/ENDO/4 Ali se lahko po polnitvi zobnih kanalov v isti seji obračuna zalivka ali le provizorična zapora zoba?

Odgovor: V isti seji po polnitvi zobnih kanalov se lahko obračuna tudi zalivka, če ustreza strokovnim določilom.

NZZD/ENDO/5 Ali lahko ZZZS obračunamo strojno širjenje koreninskih kanalov?

Odgovor: ZZZS ne morete obračunati strojnega širjenja koreninskih kanalov. Zavodu lahko obračunate ročno širjenje v skladu z ustreznimi šiframi. Strojno širjenje je nadstandardna storitev. Pri obračunu nadstandardnih storitev mora zavarovana oseba podpisati izjavo, da se z njo strinja. V izjavi mora biti poleg že standardnega zapisa zapisana razlika 5-letne uspešnosti/preživetja med ročnim in strojnim širjenjem koreninskih kanalov, in to po skupinah zob. Če na primer endodontsko zdravite molar, mora biti zapisana razlika v uspešnosti/preživetju za molar. Zaželen je tudi zapis morebitnih zapletov zdravljenja.

ZOBOZDRAVSTVO – PARODONTALNE STORITVE

NZZD/PARODONT/1 Ali lahko zobozdravnik beleži storitev razna individualna navodila (97401) in svetovanje zavarovani osebi s parodontalno boleznijo?

Odgovor: Zobozdravnik lahko beleži storitev razna individualna navodila (97401), ampak je ne more obračunati ZZZS, ker je sestavni del opravljene storitve. Izjemo predstavljajo zavarovanci, ki zahtevajo več časa za navodila (zavarovane osebe, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja niso sposobne ustrezno akceptirati navodila).

NZZD/PARODONT/2 Kdaj se lahko obračuna storitev zdravljenje dlesni ali zdravljenje ustnih bolezni po seji (45222)?

Odgovor: Storitev se obračuna po opravljeni seji. Storitev se prizna, če so v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe navedeni diagnoza, ki zahteva tovrstno zdravljenje, zapis o potrebni terapiji, paliativni ali kurativni, ter o vseh drugih postopkih, potrebnih pri zdravljenju.
Ob isti diagnozi se storitev prizna največ trikrat. Ponovno zdravljenje je možno obračunati šele v primeru utemeljenosti, kar mora biti zapisano v zdravstveni dokumentaciji.

NOVO
NZZSPEC/PARODONT/1 Kdaj je pri istem pacientu na istem mestu možen ponoven obračun parodontoplastike, površinske (45292) na specialističnem nivoju?

Odgovor: Celjenje parodontalne rane po luščenju in glajenju se začne takoj, toda klinično stanje se maksimalno izboljša več mesecev po zaključku zdravljenja. Ponoven obračun je možen po preteku 8–12 tednov od prvega zdravljenja.

ZOBOZDRAVSTVO – PROTETIČNE STORITVE

NZZD/PROT/2 Katere kovine ZZZS opredeljuje kot standardne?

Odgovor: Pravila OZZ določajo, da je standardna kovina pri prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeva, oziroma druga polžlahtna zlitina, ki je najcenejša na tržišču. To je standardna kovina, ki jo je možno obračunati ZZZS v pavšalu, v količini 2,00 grama po elementu.
Uporaba nadstandardne kovine je stvar dogovora z zavarovano osebo glede nadstandarda in doplačila.
ZZZS preverja, ali je zavarovani osebi dejansko nudena standardna kovina oziroma ali je soglašala z doplačilom za nadstandard. Pri nadzoru je možno uporabiti vso dokumentacijo, vendar je smiselno preverjati ceno zaračunane kovine in količino, ko zavarovana oseba doplača nadstandard.

NZZD/PROT/2a Katere kovine ZZZS opredeljuje kot standardne, pri dvojnih prevlekah?

Odgovor: Pri dvojnih prevlekah je standardna kovina – žlahtna zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu, pri čemer šteje za standard štiri grame zlitine po konusni ali teleskopski prevleki (zunanja in notranja) in en gram po galvansko izdelani zunanji prevleki.

NZZD/PROT/2b Katere kovine ZZZS opredeljuje kot standardne, pri vlitih zalivkah?

Odgovor: Pri vlitih zalivkah je standardna kovina zlatopaladijeva zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu.

NZZD/PROT/3 Kakšna je opredelitev pravic zavarovane osebe do zobnoprotetičnih nadomestkov iz Pravil OZZ po poteku garancijske dobe?

Odgovor: V skladu s Pravili OZZ je izvajalec dolžan v času garancijske dobe opravljati popravila na svoj račun (razen če gre za neustrezno ravnanje zavarovane osebe z nadomestkom, tedaj krije stroške popravila zavarovana oseba sama). V času med garancijsko in trajnostno dobo je možno na račun ZZZS izdelati le popravila zobnoprotetičnih nadomestkov in ne novih zobnoprotetičnih nadomestkov.

NZZD/PROT/4 Ali pri uveljavljanju pravic do zobnoprotetičnih nadomestkov velja trajnostna doba, ki je bila veljavna ob vstavitvi izdelka, ali trenutno veljavna?

Odgovor: Vse spremembe trajnostnih in garancijskih dob za zobnoprotetične nadomestke veljajo od dne uveljavitve sprememb in dopolnitev Pravil OZZ.

NZZD/PROT/5 Pravila OZZ omogočajo izdelavo zobnoprotetičnega nadomestka pred potekom trajnostne dobe, če je prišlo do takšnih sprememb, da je izdelek neuporaben. Kam izvajalci pošljejo predloge zobnoprotetične rehabilitacije v takšnih primerih?

Odgovor: V primeru, ko je treba izdelati nov zobnoprotetični nadomestek pred potekom trajnostne dobe, mora izvajalec pridobiti mnenje zdravniške komisije območne enote ZZZS. Pri tem izpolni nov predlog za zobnoprotetično rehabilitacijo z obrazložitvijo in utemeljitvijo novih anatomskih funkcionalnih sprememb in ga posreduje imenovanemu zdravniku. Ta na podlagi predložene dokumentacije ugotovi utemeljenost in potrdi predlog.

NZZD/PROT/6 Kolikokrat se prizna storitev impregnacija (45394), po brušenju, vmesni večkratni preizkusi?

Odgovor: Storitev impregnacija ali zaščite zob (45394) se uporablja za zaščito obrušenih zob. Storitev se prizna po brušenju zob, in to praviloma le trikrat. V primeru, da se ta storitev ZZZS obračuna večkrat, mora biti utemeljitev zapisana v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/7 Pri statusu 1/xx3 je prostora za 3 fasetirane člene, ali je ZZZS plačnik le dveh?

Odgovor: V skladu s Pravili OZZ se ZZZS lahko obračunajo vsi trije fasetirani členi.

NZZD/PROT/9 Kdaj zastara potrjen predlog zobnoprotetične rehabilitacije?

Odgovor: Za potrjen Predlog zobnoprotetične rehabilitacije ni časovne omejitve, kar velja za predloge, potrjene do 16. 3. 2013. Predlogi, potrjeni po tem datumu, pa imajo rok veljavnosti 12 mesecev. Izjemoma se rok veljavnosti lahko podaljša za 6 mesecev, če je to utemeljeno in je utemeljitev zapisana v zdravstveni dokumentaciji. Ponovni predlog zobnoprotetične rehabilitacije je potreben, kadar se spremeni stanje zobovja oziroma planirana zobnoprotetična rehabilitacija.

NZZD/PROT/10 Ali je pri statusu 65xx21 pravica iz OZZ do nadomestka ličnika?

Odgovor: Pravila OZZ določajo, da so zavarovane osebe upravičene do mostička, če manjka en ali več zob v vidnem predelu. Torej nadomestitev ličnika ni pravica iz OZZ.

NZZD/PROT/11 S katero šifro lahko obračunamo vliti nazidek z zatičkom?

Odgovor: Na enem zobu je možno obračunati en nazidek, ne glede na število radikularnih sider. Storitev se obračuna kot inlay na 1 ploskvi, indirektna metoda (-šifra 52331).

NZZD/PROT/13 Kako obračunamo standardno kovino, če pacient nima prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja?

Odgovor: Če pacient nima PZZ, plača 90 % cene cenovnega količinskega standarda dentalne zlitine (za 2 g po zobu oziroma členu) in 90 % cene opravljene storitve. Popravek odstotnega deleža s 75 na 90 % v Uradnem listu RS, št. 20/10.

NZZD/PROT/14 Ali storitev funkcijski odtis z individualno žlico lahko obračunajo ZZZS le specialisti?

Odgovor: Funkcijski odtis izpolnjuje kriterije za uporabo te šifre pri specialistih, splošnim zobozdravnikom se storitev prizna pod šifro 93003, le izjemoma pa pod šifro 93008. V tem primeru mora biti storitev funkcijski odtis z individualno žlico strokovno utemeljen in utemeljitev mora biti zapisana v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/15 Kako obračunamo storitev oziroma kovino, če pacient nima prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, a je zobnoprotetični izdelek narejen iz nadstandardne kovine?

Odgovor: V navedenem primeru, ko pacient nima PZZ, plača 90 % storitve in 90 % cenovnega standarda (kovine) ter razliko v ceni med cenovnim količinskim standardom in nadstandardno dentalno zlitino, če je pred tem seveda podpisal izjavo, da se s tem strinja. Popravek odstotnega deleža s 75 na 90 % v Uradnem listu RS, št. 20/10.

NZZD/PROT/16 Kako ravnamo, če pacient prinese zlato in nima PZZ?

Odgovor: Če pacient prinese zlato in nima PZZ, se mu povrne 10 % cenovnega količinskega standarda za zlitino, ki jo izvajalec zaračuna Zavodu, ter se mu obračuna 90 % cene storitve.
Popravek odstotnega deleža s 25 na 10 % in s 75 na 90 % v Uradnem listu RS, št. 20/10.

NZZD/PROT/22 Kdaj se lahko ZZZS obračuna storitev rezkanje prevlek, teleskopskih prevlek ali gredi po členu (93015)?

Odgovor: Storitev se obračuna ZZZS, kadar je iz Pravil OZZ podana pravica zavarovane osebe do proteze z vlito kovinsko bazo.

NZZD/PROT/17 Ali reparature, cementiranje starih prevlek in izdelava zalivk sodijo v urgentno ambulanto?

Odgovor: Urgentna ambulanta je namenjena nudenju nujne medicinske pomoči. Na področju zobozdravstva so to nujne ekstrakcije, incizije, amputacije, trepanacije, zaustavljanje krvavitve in podobno. Med te storitve ne sodijo reparature protez.

NZZD/PROT/18 V kakšnem času po izdelavi nove proteze je mogoče ZZZS obračunati popravilo ali prilagoditev te proteze v breme obveznega zavarovanja in kolikokrat to lahko naredimo?

Odgovor: Reparaturo proteze je mogoče obračunati ZZZS po poteku garancijske dobe. Če po izteku garancijske dobe a pred iztekom trajnostne dobe postane zobno-protetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen (zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi), ima zavarovana oseba v tem obdobju pravico do popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zobno-protetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev zobno-protetičnega pripomočka zaradi navedenega razloga v tem obdobju seštevajo.

Zgoraj navedeno velja le v primerih, ko anatomskih in funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi ni bilo mogoče vnaprej predvideti

NZZD/PROT/19 Kako ravnati, če ima zavarovana oseba v čeljusti še en zob in ne pristane na ekstrakcijo in izdelavo totalne proteze, temveč zahteva izdelavo DSP, čeprav zobozdravnik predvideva, da v takem primeru trajnostna doba zoba nosilca ne bo dovolj dolga?

Odgovor: ZZZS je plačnik za storitve, če osebni ali drug zdravnik ugotovi, da so utemeljene in opravljene v skladu s standardi, ki so določeni v pravilih in drugih splošnih aktih Zavoda. Iz tega sledi, da je zavarovana oseba upravičena le do prvega obiska na lastno željo, vse druge pravice so posredne, kar pomeni, da je pravica podana le v primeru, ko potrebo za to ugotovi zobozdravnik. Med zobozdravnikom in zavarovano osebo je treba ustvariti medsebojno zaupanje in sodelovanje, za kar se mora ustrezno potruditi tudi zobozdravnik. Ta mora osebi obrazložiti utemeljenost svojega predloga zobnoprotetične rehabilitacije in veljavne predpise. Če oseba ne sprejema obrazložitve in ne soglaša s predlagano izvedbo, ne more dobiti pripomočka na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zahteva po nadomestkih, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja, se sicer lahko uresničuje, vendar na račun lastnih sredstev osebe.

NZZD/PROT/20 Ali se lahko zastareli predlog uniči, če je novi brez spremembe statusa?

Odgovor: Novega predloga brez spremembe statusa ni treba posredovati, ker velja prvotni. Predlog, ki je bil potrjen pred letom 2013, ne zastara. Predlog je treba hraniti do poteka trajnostne dobe.

NZZD/PROT/21 Koliko predlogov mesečno lahko zobozdravnik pošlje na ZZZS? Ali so tu kakšne omejitve?

Odgovor: Število predlogov, ki jih osebni zobozdravnik pošlje v potrditev, ni omejeno. Ni pa smiselno kopičenje zalog že potrjenih predlogov, ker to lahko povzroči potrebo po njihovem spreminjanju zaradi spremembe zobnega statusa zavarovane osebe.

NZZD/PROT/22 Ali je zavarovana oseba upravičena do dviga ugriza z zobnoprotetičnimi nadomestki?

Odgovor: Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja določajo: »Zavarovane osebe so upravičene do prevlek, kron, nadzidkov ter vlitih zalivk v primerih, ko je to potrebno zaradi dviga ugriza.« Potreba po dvigu ugriza mora biti ustrezno utemeljena v zobozdravstveni kartoteki, zabeleženo pa mora biti tudi, zakaj dvig ugriza ni mogoč z drugimi ustreznimi storitvami.

NZZD/PROT/23 Ali je treba k predlogu priložiti tudi ortopan posnetek, čeprav ne pokaže absolutno verodostojnih medčeljustnih odnosov?

Odgovor: Osebni ali napotni zobozdravnik je dolžan predložiti vso dokumentacijo na zahtevo imenovanega ali nadzornega zdravnika ZZZS, ki utemeljuje pravico do predlagane storitve.

NZZD/PROT/24 Kdaj lahko obračunamo ZZZS akrilno individualno žlico in ali ta sodi v predlog zobnoprotetične rehabilitacije?

Odgovor: Posamezne faze izdelovanja zobnoprotetičnega izdelka ne sodijo v predlog zobnoprotetične rehabilitacije. Storitev akrilna individualna žlica (93091) se lahko dodatno k ustreznemu protetičnemu delu obračuna ZZZS.

NZZD/PROT/26 Ali moram napisati nov predlog, če se pacient odloči za nadstandard?

Odgovor: Vsaka sprememba planirane zobnoprotetične rehabilitacije zahteva predavtorizacijo novega predloga.

NZZD/PROT/27 Zakaj mora biti v kartoteki podatek, koliko je bilo zaračunano osebi, saj je ta podatek vnesen že v predlogu, nato pa še na računu, ki ga prejme zavarovana oseba?

Odgovor: V predlog zobnoprotetične rehabilitacije se vpisujejo predračunske vrednosti, ki še ne pomenijo dokončne vrednosti storitve.

NZZD/PROT/28 Kako se označijo vezane prevleke v predlogu?

Odgovor: V opombah je treba navesti, da gre za vezane prevleke.

NZZD/PROT/29 Ali nosilec neindiciranega mostu velja za vezane ali solo prevleke?

Odgovor: Nosilec mostička, ki ni plačljiv iz sredstev ZZZS, je pravica v primeru, da je izdelava prevleke skladna s Pravili OZZ.

NZZD/PROT/30 Ali je številka šarže materiala označena s kratico LOT?

Odgovor: Da.

NZZD/PROT/31 Koliko konusnih (teleskopskih) prevlek lahko izdelamo v breme ZZZS?

Odgovor: V breme ZZZS lahko naredite snemno konstrukcijo z največ petimi konusnimi ali teleskopskimi prevlekami v eni čeljusti.

NZZD/PROT/32 Kolikšna je trajnostna doba (konusnih) prevlek (52344)?

Odgovor: Trajnostna doba konusnih oz. teleskopskih prevlek je 7 let.

NZZD/PROT/33 Kakšen je minimalen zapis v zdravstveni dokumentaciji za utemeljen obračun konusnih (teleskopskih) prevlek?

Odgovor: Vsaka konusna konstrukcija mora biti utemeljena z zapisom o parodontalnem statusu, RTG-posnetkom in odčitavanjem posnetka (ter zapisom stanja čeljustnega grebena). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/34 Kakšen je minimalen zapis v medicinski dokumentaciji za utemeljitev dviga griza?

Odgovor: Za utemeljitev dviga ugriza je treba v skladu z doktrinarnimi opredelitvami navesti vzrok za zmanjšanje spodnje obrazne tretjine, globino sondiranja, krvavitev pri sondiranju, indeks plaka ter stopnjo majavosti vseh zob, predvideno predprotetično pripravo (npr. podaljšanje kliničnih kron, VE zaradi globoke obrabe,pri kateri je potrebno zapisati tudi stopnjo obrabe na vseh zobeh, kiretaža ...), študijske modele, umavčene v artikulator (arhivirata se študijska modela z umavčenima ploščicama), na podlagi registracije z obraznim lokom arhiviran OPG (ortopantomogram) začetnega ter končnega stanja (po protetični oskrbi z dvigom griza), analizo študijskih modelov – navedba položajnih anomalij zob in čeljusti, obstoječe okluzijske stike v IKP, okluzijske interference sprednjega vodenja (po katerih zobeh potekajo zdrsi v propulzijo in lateropulzijo).

NZZD/PROT/35 Katere storitve lahko obračunamo ZZZS za utemeljitev pri dvigu griza?

Odgovor: ZZZS lahko obračunate opravljene storitve v skladu s SNBO. Na primer, stomatološki pregled – 01007, 13020 – odtiskovanje zobnih lokov in izdelava študijskega modela vključuje odtis obeh zobnih lokov ter izdelavo in arhiviranje študijskega modela, 13022 – analiza artikulacijskih in okluzijskih motenj v individualnem in gnatološkem artikulatorju, 52483 – načrt protetične rehabilitacije ...

NZZD/PROT/36 Ali modrostniki (8) štejejo kot manjkajoči zobje pri opredelitvi pravice do delne snemne proteze?

Odgovor: Modrostniki štejejo tudi za manjkajoče zobe.

NZZD/PROT/37 Kdaj lahko zavarovani osebi naredimo fiksno konstrukcijo, čeprav ima pravico do delne snemne proteze s kovinsko bazo?

Odgovor: Zavarovani osebi lahko naredite fiksnoprotetično rehabilitacijo le v primeru, ko ima pravico do delne snemne proteze s kovinsko bazo in je ta dražja od predlagane fiksnoprotetične rehabilitacije.

NZZD/PROT/38 Ali lahko zavarovani osebi naredimo privesek in ali je to pravica iz OZZ?

Odgovor: Tudi mostiček 4. vrste po Sedeju opredeljuje privesek in je pravica iz OZZ.

NZZD/PROT/39 Ali je treba hraniti delovni nalog tudi za solo prevleke, ko ni potrebna potrditev predloga zobnoprotetične rehabilitacije?

Odgovor: Da, ker je le na ta način zagotovljena obveza sledljivosti protetičnega izdelka.

NZZD/PROT/40 Ali je treba priložiti star predlog k novemu?

Odgovor: To je potrebno, ker omogoča sledenje prejšnjim izdelkom in statusu, ki je utemeljeval prejšnjo protetično oskrbo.

NZZD/PROT/41 Ali je treba hraniti delovni nalog?

Odgovor: Prav tako kot predlog.

NZZD/PROT/42 Ali je nezadostno ali nepravilno izpolnjen delovni nalog razlog za nepriznavanje opravljene storitve?

Odgovor: Da.

NZZD/PROT/43 Ali se šifra 93006 sedaj uporablja za vsako parcialno protezo ne glede na število elementov?

Odgovor: Ne.

NZZD/PROT/44 V katerih primerih se sme narediti akrilna parcialna proteza (93004, 93005)?

Odgovor: DSP z akrilno bazo je možno narediti v primeru alergij na kovino in v primerih, ko je trajnostna doba DSP s kovinsko bazo vprašljiva zaradi sistemske bolezni ali zaradi biološke vrednosti nosilca (npr. parodontalne bolezni; pri tem mora biti dokumentirana globina žepkov: enako ali > 5 mm, indeks krvavitve, majavost, furkacije ...). V tem primeru je obvezen RTG-nosilcev.
V primeru, da zobozdravnik ugotovi potrebo po DSP z akrilno bazo zaradi zgoraj navedenih razlogov, je DSP s kovinsko bazo na željo zavarovane osebe predmet doplačila.

NZZD/PROT/45 Kdaj se lahko obračuna DSP z vlito kovinsko bazo s šifro 93007?

Odgovor: DSP z vlito kovinsko bazo s šifro 93007 lahko obračunate v primerih, ko je potrebna opornica, in v primerih, ko je DSP narejen z 10 elementi ali več (elementi proteze so zapone, naslonke, krila, veliki in mali vezni element, zobje).

NZZD/PROT/47 Kaj lahko obračunamo, če pacientu ne izdelamo namenskih prevlek, na nosilnih zobeh pa izdelamo le utore za naslonko?

Odgovor: V tem primeru lahko obračunate razbremenilno brušenje. Pri tem je obračunana tudi zaščita.

NZZD/PROT/49 Kolikšna je trajnostna doba za nosilce DSP s kovinsko bazo?

Odgovor: Trajnostna doba je 7 let.

NZZD/PROT/50 Kdaj ima pacient pravico do totalne proteze z vlito bazo?

Odgovor: Zavarovana oseba iz sredstev ZZZS ni upravičena do totalne proteze z vlito bazo.

NZZD/PROT/52 Biološki nosilci niso primerni za izdelavo VKB s trajnostno dobo 7 let, pacient pa vseeno zahteva izdelavo VKB. Ali se v tem primeru lahko zaračuna doplačilo?

Odgovor: Da. Zobozdravnik mora dati zavarovani osebi v podpis izjavo, s katero jo seznanja s prednostmi in pomanjkljivostmi DSP z akrilno bazo. Seznanitev mora biti podprta s strokovnimi utemeljitvami. Zavarovana oseba mora s podpisom potrditi, da se strinja z doplačilom za VKB. Izjava in predračun oz. potrdilo o doplačilu morata biti specificirana in ju mora zavarovana oseba podpisati in datirati z dnem dogovora in vstavitve zobnoprotetičnega izdelka.

NZZD/PROT/53 Ali lahko storitev s šifro 93091 (akrilatna individualna žlica) obračunajo samo specialisti ali vsi zobozdravniki?

Odgovor: ZZZS ni pristojen za razmejitev del in nalog med primarno in sekundarno dejavnostjo. Iz tega sledi, da jo lahko obračunajo vsi zobozdravniki.

NZZD/PROT/54 Ali je akrilatna individualna žlica lahko doplačilo za odtis za VKB?

Odgovor: Ne.

NZZD/PROT/55 Kako obračunamo stelitne zlitine?

Odgovor: Stelitne zlitine obračunate po nabavni ceni in dejanski količini.

NZZD/PROT/56 Kaj se lahko obračuna Zavodu v primeru skrajšane zobne vrste (manjkajo molarji)?

Odgovor: V tem primeru je pravica do DSP z vlito kovinsko bazo.

NZZD/PROT/57 Kaj se zgodi s starim, že potrjenim predlogom zobnoprotetične rehabilitacije pri zamenjavi zobozdravnika (npr. upokojitev, daljša odsotnost, menjava delovnega mesta)?

Odgovor: V primeru daljše odsotnosti osebnega zobozdravnika je za vse zobozdravstvene storitve pooblaščen nadomestni zobozdravnik. V primeru upokojitve zobozdravnika, menjave delovnega mesta in podobno si mora zavarovana oseba izbrati novega osebnega zobozdravnika oziroma nadaljuje zdravljenje pri zobozdravniku, ki mu ga je določil zdravstveni dom, če se z njim strinja. Če se nadomestni oziroma novoizbrani zobozdravnik s predloženim oziroma odobrenim predlogom strinja, ga lahko realizira. V primeru, da se z že odobreno zobnoprotetično rehabilitacijo ne strinja, je treba poslati nov predlog zobnoprotetične rehabilitacije v potrditev.

NZZD/PROT/58 Ali moramo po odobrenem predlogu za zobnoprotetično rehabilitacijo v obeh čeljustih začeti izvedbo obeh zobnoprotetičnih nadomestkov naenkrat oz. kakšen je lahko časovni razmik med izvedbo enega in drugega zobnoprotetičnega nadomestka?

Odgovor: ZZZS za zdaj še ni določil časovnega presledka med izvedbo predlaganih zobnoprotetičnih rešitev, vztraja pa pri celoviti rehabilitaciji v obeh čeljustih. Zobnoprotetična rehabilitacija v obeh čeljustih mora biti končana v enem letu od potrditve predloga zobnoprotetične rehabilitacije. izjemoma se lahko rok izvedbe podaljša največ za 6 mesecev.

NZZD/PROT/59 Do koliko solo prevlek ni treba pošiljati ZZZS v potrditev?

Odgovor: Predloga ni potrebno pošiljati, če zavarovani osebi v 1 letu naredite do 3 posamične prevleke, ki niso sestavni del fiksne ali snemne konstrukcije, ki je pravica iz OZZ. Če nameravate zavarovani osebi v enem letu narediti več kot 3 posamične prevleke, je treba poslati izpolnjen predlog zobnoprotetične rehabilitacije v potrditev. V rubriki 9 (dosedanji nadomestki) je treba navesti tudi vse obračunane prevleke, ki so narejene brez predhodne odobritve.

NZZD/PROT/60 Kako obračunamo zatiček?

Odgovor: V primeru izdelave vlitega zatička z nazidkom se storitev obračuna s šifro 52331. Modelacija zatička z nazidkom je lahko narejena v ustih zavarovane osebe (direktna metoda) ali indirektno v laboratoriju (v ustih je vzet le odtis predhodno pripravljenega koreninskega kanala in zoba). Ne glede na metodo priprave sta potrebna vsaj 2 obiska. Postopek zahteva izdelavo v laboratoriju in LZM.
Pri konfekcijskih zatičkih (različnih materialov in oblik) je nazidek izdelan okoli konfekcijskega zatička (različnih materialov in oblik) direktno v ustih zavarovane osebe in ne zahteva izdelavo v zobotehničnem laboratoriju in posledično ne LZM.

Za obračun konfekcijskega zatička se uporablja šifro 52333. *V primeru konfekcijskega z vlakni ojačanega kompozitnega zatička se storitev obračuna s šifro 52331*, ker zavarovani osebi ni možno dodatno obračunati konfenkcijski zatiček in ne LZM. V tem primeru je nazidek je možno dodatno obračunati zavodu s šifro 52322. V skladu s spremembami pravil je možen obračun tudi 5223-02 (nosečnice doječe matere). V primeru, ko zavarovana oseba ni upravičena do kompozitne zalivke, se lahko obračuna doplačilo. Doplačilo je razlika med obračunom šifer 52322 in 5223-02.

NZZD//PROT/61 Ali je v predlogu zobnoprotetične rehabilitacije nujno podati status zob po ploskvah za nosilce prevlek? Ali to predvidevajo tudi navodila?

Odgovor: Ne. Opredeliti pa je treba, ali zajema okvara zobne krone vsaj 3 ploskve zoba (60% strukture zobne krone) in ali je razmerje med krono in korenino 1:1 in ali je ev. endo polnitev ustrezna).

NZZD/PROT/63 Zavarovanec zavrne celovito zobnoprotetično oskrbo in želi le en zobnoprotetični nadomestek. Kdaj je upravičen do drugega zobnoprotetičnega nadomestka?

Odgovor: Če zavarovanec odkloni celovito zobnoprotetično oskrbo in želi le zobnoprotetični izdelek v eni čeljusti ter to podpiše, nima pravice iz OZZ do zobnoprotetičnega izdelka v nasprotni čeljusti, s katerim bi nadomestil obstoječe vrzeli do poteka trajnostne dobe obračunanega izdelka, ne glede na anatomske in funkcionalne spremembe.

NZZD/PROT/64 Kaj se lahko obračuna ZZZS za Richmond prevleke, ki so edine prisotne v ustih?

Odgovor: Za Richmond prevleke se ZZZS lahko obračuna le totalna proteza.

NZZD/PROT/65 Ali se lahko naredijo solitarne prevleke na nosilcih kot priprava za parcialno protezo brez predloga, predlog pa se pošlje šele za parcialno protezo?

Odgovor: Zobozdravnik lahko prične izdelavo solitarnih prevlek kot pripravo za parcialno protezo tudi brez predhodno potrjenega predloga protetične rehabilitacije. Potrjevanje za te storitve v Pravilih OZZ ni predvideno. Potrebna pa je potrditev predloga za izdelavo parcialne proteze. Pravila OZZ pa določajo, da v primeru, ko ni podana pravica do proteze, ni podana tudi pravica do solitarnih prevlek na nosilcih. Odgovornost za spoštovanje tega načela pa je na posameznem izvajalcu.

NOVO
NZZD/PROT/66 Ali je možno zavarovani osebi pri izdelavi snemne proteze dodatno obračunati individualno postavitev zob?

Odgovor: Snemna proteza je po definiciji individualno izdelan medicinski pripomoček. Izbira in postavitev zob sta sestavna dela izdelave individualno izdelanega medicinskega pripomočka, kar pomeni, da sta že vključeni v ceno storitve in ju ni možno dodatno obračunati niti ZZZS niti zavarovani osebi.

ZOBOZDRAVSTVO – ORALNOKIRURŠKE STORITVE

NZZD/ORLMAKS/1 (1/20) Ali storitev s šifro 52378 in 52379 lahko obračuna vsak zobozdravnik?

Odgovor: Šifri se uporabljata za obračunavanje storitve apikotomija eno- oziroma večkoreninskega zoba. Na vprašanja o opredelitvi del in nalog posameznih strok ZZZS ne more podati odgovora, ker ta vprašanja sodijo v pristojnost RSK in Ministrstva za zdravje.

NZZD/ORLMAKS/2 (1/47) Kdaj se lahko obračuna storitev toaleta in čiščenje rane (šifra 81910)?

Odgovor: Storitev s šifro 81910 se lahko obračuna, vendar ne v isti seji in ne istočasno z manjšimi operativnimi posegi.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/4 Ali obračunavanje storitve lokalna anestezija (šifra 88911) izključuje dodatno zaračunavanje storitve površinska anestezija (šifra 88910)?

Odgovor: Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zavarovanim osebam zagotovljene vse strokovno utemeljene storitve, za katere je zdravnik ugotovil potrebo. Površinsko in lokalno anestezijo je tako možno obračunati hkrati.

NZZD/ORLMAKS/5 Kolikokrat se po inciziji (šifra 52401) lahko obračuna menjava drena in ali za ta poseg ustreza šifra 52304?

Odgovor: Za menjavo drena se lahko obračuna storitev mali pooperativni poseg (šifra 52304). Ob prvem obisku menjave drena ni možno obračunati. Storitev se lahko obračuna največ trikrat, večkrat samo, če je to posebej utemeljeno.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/6 Kaj lahko obračunamo pri obsevanju z laserjem?

Odgovor: Za obračun laserja lahko uporabite šifro 94701, pri čemer je obvezno v kartoteko vpisati diagnozo. Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/7 (2/108) Katero storitev lahko pišemo pri denticiji difficilis?

Odgovor: Pri diagnozi dentitio difficilis lahko obračunate storitev, ki ste jo opravili. V primeru, da gre za perikoronitis, obračunate zdravljenje dlesni (šifra 45222). V primeru odstranitve operkuluma obračunate dekapsulacijo pri dentitio difficilis (šifra 52421). V primeru ekstrakcije pa uporabite ustrezno šifro za ekstrakcijo zoba. Za vse storitve mora biti zapisana ustrezna utemeljitev v zobozdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/8 Kdaj ZZZS lahko obračunamo komplicirano ekstrakcijo zoba?

Odgovor: ZZZS lahko obračunate komplicirano ekstrakcijo (šifra 52303) v primeru, ko je potreben kirurški dostop do zaostale korenine ali zoba, odgrnitev mukoperiostalne krpe, obvrtavanje kosti do nekaj mm od alveolarnega grebena ter v primeru, da je potrebna separacija korenin. Za obračun sta potrebna pisna utemeljitev in rentgen.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/9 Katere storitve lahko obračunamo ZZZS pri ekstrakciji zoba?

Odgovor: Pri ekstrakciji zoba ZZZS lahko obračunate površinsko lokalno anestezijo (šifra 88910) in lokalno infiltracijsko anestezijo (šifra 88911). Pri tem lahko obračunate še mali postoperativni poseg po ekstrakciji s šifro 52304. Pri takšnem obračunu sta zajeti zaustavitev krvavitve in eventualen šiv. Material je že vključen v ceno storitve.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/10 Ali lahko pri ekstrakciji obračunamo stomatološki pregled?

Odgovor: V primeru, da ste ga že obračunali ob prvem stiku z zavarovano osebo, stomatološkega pregleda ne morete obračunati, ker gre v tem primeru za elektiven poseg. V primeru, da gre za nujno storitev, lahko obračunate kratek stomatološki pregled.

NZZD/ORLMAKS/11 S katero šifro obračunamo ekstrakcijo mlečnega zoba z resorbiranimi koreninami?

Odgovor: Ekstrakcijo omajanega mlečnega zoba z resorbiranimi koreninami obračunate kot ekstrakcijao enokoreninskega zoba (šifra 52301). Prav tako lahko obračunate površinsko lokalno anestezijo s šifro 88910 in lokalno infiltracijsko anestezijo s šifro 88911. Pri nadzoru šteje, da je mlečni zob z resorbiranimi koreninami: mlečni sekalec pri 6-letnikih ali starejših in mlečni kočnik pri 12-letnikih ali starejših.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/12 Kdaj ZZZS lahko obračunamo zaustavitev krvavitve (88941)?

Odgovor: Zaustavitev krvavitve je sestavni del vsakega kirurškega posega in se ne obračunava posebej. To je možno le v izjemnih primerih, npr. ko gre za intermediatno krvavitev. Tudi te primere je treba utemeljiti opisno in ne le z diagnozo. Prav tako je treba zabeležiti laboratorijske vrednosti, ki utemeljujejo podaljšano krvavitev, npr. INR > 2,5. Material je že vključen v ceno storitve.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/13 Pri izdelavi okluzijske opornice za bruksizem je vedno potrebna manjša ali večja readaptacija opornice na prvem kontrolnem pregledu, to je teden do dva po vstavitvi opornice.

Odgovor: Readaptacijo okluzijske opornice za bruksizem lahko ZZZS obračunate kot storitev readaptacija ortodontskega aparata (52466), tudi podložitev. Ob tem je treba v zdravstveni dokumentaciji readaptacijo okluzijske opornice ustrezno utemeljiti.

NZZD/ORLMAKS/14 Ali lahko ZZZS obračunamo kompliciranо ekstrakcijo zoba (52303) v isti seji skupaj z malim pooperativnim posegom (52304)?

Odgovor: ZZZS ne morete obračunati kompliciranе ekstrakcije skupaj z malim pooperativnim posegom v isti seji, kar je skladno s SNBO.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ENDODONTSKE STORITVE

NZZSPEC/ENDO/1 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje 1 kanal (52365)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 1 kanal. To zdravljenje vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično), aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete ter v drugi seji ponovno čiščenje kanalov in dokončno polnitev. Izvaja se z endodontskim mikroskopom. Uporabljajo se določevalec apikalne odprtine, ultrazvok, strojno širjenje ter hermetična zapora med sejami in po končanem zdravljenju. Seji zdravljenja sta najmanj dve. V storitev so vključeni tudi pregled pred pričetkom zdravljenja in dva kontrolna pregleda. Pregled pred pričetkom zdravljenja vključuje anamnezo, klinični pregled, rentgenski pregled postavitev diagnoze, pogovor s pacientom ter izdelavo načrta zdravljenja. Na kontrolnih pregledih se naredita ponovni klinični in rentgenski pregled. Prvi kontrolni pregled se izvede pol leta po dokončni polnitvi (v primeru težav pacienta že prej), obvezen je pregled 1 leto po polnitvi. Kontrolni pregledi se ponavljajo, dokler ozdravljenje ni popolno oziroma v primeru poškodb. Pregled pred pričetkom zdravljenja in vsak ponovni pregled se vpiše v endodontski protokolni list. Izvajalec storitev obračuna po izvedenem zdravljenju. Izvajalec poleg te storitve ne sme obračunati nobene druge storitve.

NZZSPEC/ENDO/2 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 2 kanala (52366)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 2 kanala. To zdravljenje vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično), aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete ter v drugi seji ponovno čiščenje kanalov in dokončno polnitev. Izvaja se z endodontskim mikroskopom. Uporabljajo se določevalec apikalne odprtine, ultrazvok, strojno širjenje in hermetična zapora med sejami in po končanem zdravljenju. Seji zdravljenja sta najmanj dve. V storitev so vključeni tudi pregled pred pričetkom zdravljenja in dva kontrolna pregleda. Pregled pred pričetkom zdravljenja vključuje anamnezo, klinični pregled, rentgenski pregled, postavitev diagnoze, pogovor s pacientom ter izdelavo načrta zdravljenja. Na kontrolnih pregledih se naredita ponovni klinični in rentgenski pregled. Prvi kontrolni pregled se izvede pol leta po dokončni polnitvi (v primeru težav pacienta že prej), obvezen je pregled 1 leto po polnitvi. Kontrolni pregledi se ponavljajo, dokler ozdravljenje ni popolno oziroma v primeru poškodb. Pregled pred pričetkom zdravljenja in vsak ponovni pregled se vpiše v endodontski protokolni list. Izvajalec storitev obračuna po izvedenem zdravljenju. Izvajalec poleg te storitve ne sme obračunati nobene druge storitve.

NZZSPEC/ENDO/3 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 3 kanali (52367)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 3 kanali. To zdravljenje vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično), aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete ter v drugi seji ponovno čiščenje kanalov in dokončno polnitev. Izvaja se z endodontskim mikroskopom. Uporabljajo se določevalec apikalne odprtine, ultrazvok, strojno širjenje in hermetična zapora med sejami in po končanem zdravljenju. Seji zdravljenja sta najmanj dve. V storitev so vključeni tudi pregled pred pričetkom zdravljenja in dva kontrolna pregleda. Pregled pred pričetkom zdravljenja vključuje anamnezo, klinični pregled, rentgenski pregled, postavitev diagnoze, pogovor s pacientom ter izdelavo načrta zdravljenja. Na kontrolnih pregledih se naredita ponovni klinični in rentgenski pregled. Prvi kontrolni pregled se izvede pol leta po dokončni polnitvi (v primeru težav pacienta že prej), obvezen je pregled 1 leto po polnitvi. Kontrolni pregledi se ponavljajo, dokler ozdravljenje ni popolno oziroma v primeru

poškodb. Pregled pred pričetkom zdravljenja in vsak ponovni pregled se vpiše v endodontski protokolni list. Izvajalec storitev obračuna po izvedenem zdravljenju. Izvajalec poleg te storitve ne sme obračunati nobene druge storitve.

NZZSPEC/ENDO/4 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 4 kanali (52368)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 4 kanali. To zdravljenje vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično), aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete ter v drugi seji ponovno čiščenje kanalov in dokončno polnitev. Izvaja se z endodontskim mikroskopom. Uporabljajo se določevalec apikalne odprtine, ultrazvok, strojno širjenje in hermetična zapora med sejami in po končanem zdravljenju. Seji zdravljenja sta najmanj dve. V storitev so vključeni tudi pregled pred pričetkom zdravljenja in dva kontrolna pregleda. Pregled pred pričetkom zdravljenja vključuje anamnezo, klinični pregled, rentgenski pregled, postavitev diagnoze, pogovor s pacientom ter izdelavo načrta zdravljenja. Na kontrolnih pregledih se naredita ponovni klinični in rentgenski pregled. Prvi kontrolni pregled se izvede pol leta po dokončni polnitvi (v primeru težav pacienta že prej), obvezen je pregled 1 leto po polnitvi. Kontrolni pregledi se ponavljajo, dokler ozdravljenje ni popolno oziroma v primeru poškodb. Pregled pred pričetkom zdravljenja in vsak ponovni pregled se vpiše v endodontski protokolni list. Izvajalec storitev obračuna po izvedenem zdravljenju. Izvajalec poleg te storitve ne sme obračunati nobene druge storitve.

ZZSPEC/ENDO/5 S katero šifro obračunamo zaporo perforacije?

Odgovor: Zaporo perforacije obračunate s šifro 52376. Specialistična zapora perforacije - storitev vključuje absolutno osušitev, dezinfekcijo mesta perforacije, aplikacijo medikamenta-cementa, začasno zaporo dostopne kavitete, ter v drugi seji ponovno inspekcijo mesta in nadaljevanje zdravljenja koreninskih kanalov. Specialistična zapora perforacije se izvaja z endodontskim mikroskopom, sodobne doktrinarne smernice pa zahtevajo uporabo določevalca apikalne odprtine, ultrazvoka in hermetično zaporo med sejami.

NZZSPEC/ENDO/6 S katero šifro obračunamo odstranitev zalomljenega instrumenta?

Odgovor: Odstranitev zalomljenega instr. obračunate s šifro 52369. Specialistična odstranitev zalomljenega instrumenta(ov) - storitev vključuje izdelavo dostopne kavitete, morebitno odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično) do instrumenta, odstranjevanje instrumenta ali vzpostavitev prehodnosti koreninskega kanala ob instrumentu, aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete. Specialistična endodontija se izvaja z endodontskim mikroskopom, sodobne doktrinarne smernice pa zahtevajo uporabo določevalca apikalne odprtine, ultrazvoka, strojno širjenje in hermetično zaporo med sejami in po končanem zdravljenju. Število sej odstranjevanja instrumenta je praviloma ena.

NZZSPEC/ENDO/7 S katero šifro obračunamo dograditev zobne krone?

Odgovor: Dograditev zobne krone obračunate s šifro 52319. Specialistična dograditev zobne krone pred endodontskim zdravljenjem - storitev vključuje odstranitev kariesa, namestitev matrice, eventuelno

gingivotomijo za dosego obrobne zapore ter dograditev manjkajočih sten zobne krone za ustrezno namestitev absolutne osušitve ter hermetično zaporo med sejami. Število sej zdravljenja je ena.

NZZSPEC/ENDO/8 S katero šifro obračunamo odstranitev protetičnega zatička?

Odgovor: Odstranitev protetičnega zatička obračunate s šifro 52370. Specialistična odstranitev protetičnega zatička - storitev vključuje izdelavo dostopa do zatička, odstranjevanje zatička, aplikacijo medikamenta med dvema sejama in začasno zaporo dostopne kavitete. Specialistična endodontija se izvaja z endodontskim mikroskopom, sodobne doktrinarne smernice pa zahtevajo uporabo določevalca apikalne odprtine, ultrazvoka, strojno širjenje in hermetično zaporo med sejami in po končanem zdravljenju. Število sej odstranjevanja instrumenta je praviloma ena.

NZZSPEC/ENDO/9 S katero šifro obračunamo invazivno diagnostiko z mikroskopom ?

Odgovor: Invazivno diagnostiko z mikroskopom obračunate s šifro 52377. Specialistični pregled z invazivnim posegom - storitev vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev stare polnitve v kronskem in deloma koreninskem delu pulpne komore. Sledi diagnostika patoloških sprememb ter aplikacija medikamenta med dvema sejama in začasna zapora dostopne kavitete. Specialistična endodontija se izvaja z endodontskim mikroskopom, sodobne doktrinarne smernice pa zahtevajo uporabo določevalca apikalne odprtine, ultrazvoka in hermetično zaporo do naslednje seje.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – PROTETIČNE STORITVE

NZZSPEC/PROT/1 Kaj si lahko izvajalci obračunajo za Richmond prevleke, ki so edine prisotne v ustih?

Odgovor: Za Richmond prevleke se lahko Zavodu obračuna totalna proteza.

NZZSPEC/PROT/2 (NZZSPEC/ORTO/29) Pri izdelavi okluzijske opornice za bruksizem je vedno potrebna manjša ali večja readaptacija opornice na prvem kontrolnem pregledu, to je teden do dva po vstavitvi opornice.

Odgovor: Readaptacijo okluzijske opornice za bruksizem lahko Zavodu obračunate s šifro 52466 – readaptacija ortodontskega aparata (tudi podložitev). Ob tem je treba v medicinski dokumentaciji readaptacijo okluzijske opornice ustrezno utemeljiti.

NOVO
NZZSPEC/PROT/3 Ali lahko ZO z diagnozo bruksizem izdelamo individualno okluzalno (silikonsko) opornico na primarnem nivoju in to obračunamo v breme OZZ?

Odgovor: Da. Silikonska opornica zmanjša obrabo zob, zavzema zgornji in spodnji lok. Zmanjšuje mišično napetost in jo ZO nosi ponoči. Kontrola opornice vsaj 1x letno. V zdravstveni dokumentaciji mora biti minimalni zapis za indikacijo obračuna. Trajnostna doba opornice je 3 leta.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ORALNOKIRURŠKE STORITVE

NZZSPEC/ORLMAKS/1 Kakšen pregled obračunava oralni (maksilofacialni) kirurg?

Odgovor: Ker sta na napotnici običajno že napisana tudi diagnoza in razlog napotitve, je pri prvem obisku največkrat dovolj opraviti delni pregled v spec. dejavnosti (šifra iz seznama storitev 01003 – opis možnih storitev v šifri 01000) ali po potrebi spec. stom. pregled (01009). Kontrolni pregled po izvajani terapiji se obračuna kot kratek stom. pregled (00003). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORLMAKS/2 Ali lahko oralni (maksilofacialni) kirurg obračunava tudi rutinske stomatološke storitve, npr. anestezijo, pisanje receptov, pooperativne manjše posege – odstranitev šivov oz. oskrbo – drenažo, toaleto rane ipd.?

Odgovor: Po metodologiji obračunavanja opravljenih storitev v spec. dejavnostih (kamor sodi tudi omenjena dejavnost) spadajo omenjene storitve v eno od oskrb: začetno ali celotno (11003, opis možnih storitev 11000) ter nadaljnjo ali delno (11304, opis storitev 11300). Obračunava se ena od teh oskrb, vse opravljene storitve se beležijo v zdravstveno dokumentacijo.

NZZSPEC/ORLMAKS/3 Kaj se lahko obračuna pri hkratnem posegu apikotomije (52378, 52379) ali izklesavanju zoba (52310) ali izklesavanju zaostale korenine (52311) in ekstirpacije oz. marsupializacije ciste na istem zobu?

Odgovor: Ob beleženem zapisu v zdravstveni dokumentaciji enega od opravljenih pregledov in ene od oskrb lahko v primeru, da je rentgenološko ugotovljena in histopatološko verificirana cistična sprememba v premeru večja od 13 mm, obračunate tudi obe kombinaciji omenjenih kirurških storitev. Pri manjših cističnih spremembah se lahko obračuna le apikotomija ali izklesavanje zoba oz. korenine.

NZZSPEC/ORLMAKS/4 Kako se obračunavata hkratna apikotomija in retrogradna polnitev kanala?

Odgovor: Ob tem posegu se priznava poleg apikotomije še zalivka na 3 ali več ploskvah (52325). Obračun se prizna le ob pooperativnem RTG-posnetku zoba.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ORTODONTSKE STORITVE

NZZSPEC/ORTO/1 Koliko časa velja napotnica za ortodonta?

Odgovor: Veljavnost napotnice oziroma prenesenih pooblastil osebnega zdravnika na specialista je časovno omejena, kot to določajo Pravila OZZ. Ta časovna omejitev začne teči z dnem, ko specialist sprejme zavarovano osebo na pregled, zdravljenje ali obravnavo, in velja do konca zdravljenja skladno s pooblastili osebnega zobozdravnika. Pri ortodontu gre za enkratni prenos pooblastil osebnega zobozdravnika, ki časovno ni omejen.

NZZSPEC/ORTO/2 Kdaj ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Odgovor: Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru obveznega zavarovanja, če je ugotovljena srednja, težka ali zelo težka nepravilnost dentofacialnega sistema. Nepravilnost mora biti ugotovljena do dopolnjenega 16. leta starosti.

NZZSPEC/ORTO/3 Kako ugotovimo težavnostno stopnjo razvojne nepravilnosti?

Odgovor: Težavnostno stopnjo razvojne nepravilnosti lahko ugotovimo z določitvijo EF-indeksa. Vrednost EF-indeksa, ki je enaka ali manjša od 15 točk, pomeni lahko nepravilnost, in zdravljenje ni vključeno v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja.

NZZSPEC/ORTO/4 Katero storitev obračunamo pri ugotavljanju potrebe po ortodontskem zdravljenju oz. EF-indeksa?

Odgovor: Ob prvem specialističnem ortodontskem pregledu (šifra 01008) ugotovimo potrebo po zdravljenju. Ob kliničnem pregledu določimo vrednost funkcionalnih komponent in morfoloških komponent. V primeru, da s pomočjo kliničnega pregleda ne ugotovimo potrebe po ortodontskem zdravljenju, lahko odtisnemo zobna loka za študijski model (šifra 13020) in opravimo analizo študijskega modela (šifra 13021) – določitev morfoloških komponent EF-indeksa. Če ne ugotovimo zadostnega števila točk, ima zavarovana oseba pravico do kontrolnih pregledov in ponovne ugotovitve potrebe do dopolnjenega 16. leta na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Ob ponovni ugotovitvi potrebe po ortodontskem zdravljenju se lahko obračunajo storitve kontrolni pregled ali specialistični ortodontski pregled, če se je stanje značilno spremenilo, odtiskovanje zobnih lokov za študijski model in analiza študijskega modela.

NZZSPEC/ORTO/5 Kdaj je zavarovano osebo treba seznaniti s pravicami in obveznostmi v okviru ortodontskega zdravljenja?

Odgovor: Zavarovani osebi oz. staršem ali skrbnikom je ortodont dolžan pojasniti pravice in obveznosti, ki se nanašajo na ortodontsko zdravljenje. Ob prvem pregledu naj bi zavarovana oseba prejela zloženko Ortodonija in njene posebnosti. Pred pričetkom zdravljenja otroka ali mladostnika starši oz. skrbniki podpišejo izjavo o ortodontskem zdravljenju, v kateri so navedene pravice in obveznosti zavarovane osebe in dolžnosti ortodonta, ter dogovor o ortodontskem zdravljenju, ki vsebuje podatke o vrsti in obsegu nepravilnosti, metodi zdravljenja, oceni trajanja in stroškov zdravljenja. Oba dokumenta sta obvezni del zdravstvene dokumentacije.

NZZSPEC/ORTO/6 Kako na področju ortodontije obračunavamo specialistični ortodontski pregled?

Odgovor: Specialistični ortodontski pregled (šifra 01008) vključuje opravila, ki so našteta v SNBO. V primeru, da je zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam oziroma je ni mogoče sprejeti na zdravljenje v kratkem času, se specialistični pregled lahko ponovno obračuna pred pričetkom aktivnega zdravljenja, če se je stanje spremenilo. Če vse navedene storitve niso opravljene, lahko obračunate le kratek pregled (šifro 00003), vsebina pregleda mora biti vpisana v kartoteko.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/7 Kaj obsega analiza študijskega modela?
Odgovor: Analize študijskega modela izvajamo po J. Rantu, v obdobju menjalnega zobovja še po Droschlu in v obdobju stalnega zobovja po Lundströmu in po Boltonu. Analizo študijskega modela obračunate pred pričetkom ortodontskega zdravljenja, in sicer eno analizo ali največ dve pod šifro 13021.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/8 Kdaj zavarovano osebo vpišemo v čakalni seznam?

Odgovor: Zavarovano osebo vpišemo v čakalni seznam, ko ugotovimo potrebo po ortodontskem zdravljenju. V primeru, da ne ugotovimo potrebe po ortodontskem zdravljenju, zavarovano osebo naročamo na kontrolne preglede v časovnih obdobjih glede na stopnjo razvoja in jo spremljamo do 16. leta starosti. Lahko posebej vodimo seznam zavarovanih oseb v opazovani skupini. Zavarovana oseba ima pravico do kontrolnih pregledov in ponovnega ugotavljanja potrebe do ortodontskega zdravljenja do dopolnjenega 16. leta starosti.

NZZSPEC/ORTO/9 Kdaj se šteje, da je zavarovana oseba vključena v ortodontsko zdravljenje?

Odgovor: Pričetek aktivnega ortodontskega zdravljenja je takrat, ko so narejeni diagnostični postopki (opravljene potrebne analize, načrt zdravljenja, podpisan dogovor z obveznostmi in pravicami v okviru ortodontskega zdravljenja) ter pričnemo ortodontsko zdravljenje z namestitvijo aparata. Vpis v čakalni seznam ne pomeni pričetka aktivnega ortodontskega zdravljenja. Miofunkcijske vaje in vstavitev vestibularne ploščice so interceptivni posegi in niso začetek aktivnega ortodontskega zdravljenja. Navedene storitve ne sodijo v število na novo vključenih oseb v aktivno ortodontsko zdravljenje.

NZZSPEC/ORTO/10 Kdaj obvestimo osebnega zobozdravnika, ki je zavarovano osebo napotil na ortodontsko zdravljenje?

Odgovor: Osebnega zobozdravnika obvestimo s pisnim mnenjem:
– po prvem pregledu (ugotovitev potrebe po ortodontskem zdravljenju, vpis v čakalni seznam, opazovanje pacienta, neugotovitev potrebe po ortodontskem zdravljenju),
– ob začetku aktivnega zdravljenja (način zdravljenja),
– po koncu aktivnega zdravljenja,
– ob prekinitvi ortodontskega zdravljenja.

NZZSPEC/ORTO/11 Kolikokrat lahko ZZZS obračunamo načrt ortodontskega zdravljenja?

Odgovor: Načrt ortodontskega zdravljenja (šifra 52482) obsega cilje in metode ortodontskega zdravljenja po posameznih fazah. Vključuje tudi grafični prikaz snemnega ortodontskega aparata z elementi. Načrt ortodontskega zdravljenja se opravi pred pričetkom zdravljenja ali pred vsakokratno izdelavo novega ortodontskega aparata. Pri istočasni izdelavi 2 aparatov se storitev obračuna le enkrat.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/12 Kako obračunati izlivanje odtisov, pri katerih terapevt zahteva samo model in ne izdelave študijskega modela?

Odgovor: Odtisov, ki so potrebni pri ortodontskem zdravljenju, razen odtiskovanja zobnih lokov in izdelave študijskega modela, ni mogoče obračunati posebej.

NZZSPEC/ORTO/13 Kdaj in kako pogosto se lahko piše kontrola oralne higiene (kontrola plaka)? Po strokovni doktrini jo je namreč ortodont dolžan preverjati pri vsakem obisku, če ima zavarovana oseba pri tem težave.

Odgovor: Kontrola oralne higiene je sestavni del preventivnega programa, ki ga je opredelilo Ministrstvo za zdravje s Pravilnikom za izvajanje preventivnega programa na primarnem zdravstvenem nivoju. Ortodont te storitve ne more obračunati ZZZS.

NZZSPEC/ORTO/14 Kateri ortodontski aparat obračunamo ZZZS brez analize študijskega modela?

Odgovor: Brez analize študijskega modela ZZZS ne moremo obračunati nobenega ortodontskega aparata.

NZZSPEC/ORTO/15 Ali ZZZS lahko obračunamo čiščenje zobnih lokov in krtačenje s strojem, pastami oziroma praški in premaz s fluoridnimi preparati?

Odgovor: Storitev čiščenje zobnih lokov in krtačenje s strojem, pastami oziroma praški (šifra 45210), storitev premaz s fluoridnimi preparati (šifra 45320) nista ortodontski storitvi in zaradi tega nista plačljivi iz sredstev ZZZS v tej dejavnosti.

NZZSPEC/ORTO/16 Pod katero šifro obračunamo monoblok, bionator, funkcijski regulator in aparat za hitro širjenje čeljusti?

Odgovor: Monoblok, bionator, funkcijski regulator, aparat za hitro širjenje čeljusti (plus 4 obročki), pendulum (plus 2 ali 4 obročki) lahko ZZZS obračunate pod šifro 52463.
Obračun storitev temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/17 Kako lahko obračunamo ZZZS individualno izdelano vestibularno ploščo?

Odgovor: Pri izdelavi individualne vestibularne plošče sta pomembna število elementov do 4 ali več kot 4 ter metoda izdelave s konstrukcijskim grizom ali brez njega. Na osnovi tega jih je možno obračunati pod šiframi od 52460 do 52463. Pred pričetkom zdravljenja z zgoraj navedenimi ortodontskimi aparati je potrebna analiza študijskega modela. Zdravljenje s konfekcijsko vestibularno ploščo je interceptivni poseg in ga ni mogoče šteti za pričetek aktivnega ortodontskega zdravljenja.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/18 Kako obračunavamo konfekcijske vestibularne plošče in trainer?

Odgovor: Konfekcijske vestibularne plošče in trainer obračunamo ZZZS kot miofunkcionalne vaje (šifra 94201). Ob tem obračunamo specialistični ortodontski pregled (šifra 01008) ali kratek stomatološki pregled (šifra 00003), odvisno od tega, ali gre za prvi pregled zavarovane osebe ali za ponovni pregled. To ni pričetek aktivnega ortodontskega zdravljenja in te zavarovane osebe niso vključene v število novozačetih primerov zdravljenja.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/19 Kako obračunamo individualna navodila za nošenje ortodontskega aparata?

Odgovor: Individualna navodila za nošenje aparata so že vključena v ceno aparata, torej jih ne morete obračunati posebej.

NZZSPEC/ORTO/20 Kako lahko obračunamo meziodistalno zmanjšanje širine zob?

Odgovor: Storitev meziodistalno zmanjšanje širine zob lahko obračunate pod šifro 45220. Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/21 S katero šifro obračunamo spremembe pri ekstraoralnih aparatih, brušenje bionatorja, monobloka, prilagoditev ustničnega odbijača, prilagoditev palatinalnega loka, quadhelixa, lingvalnega loka in prilagoditev aktivnih aparatov?

Odgovor: Omenjene storitve lahko obračunate kot readaptacija ortodontskega aparata s šifro 52466.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/22 Katere storitve so zajete s šifro 52469, obročki za fiksacijo ali rotacijo po obročku?

Odgovor: V šifro 52469 so zajeti izbira obročka, prilagoditev obročka, cementiranje obročka, identifikacija obročka v kartoteki.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/23 Kateri aktivni elementi v nesnemni tehniki sodijo v šifro 52471?

Odgovor: Aktivni elementi v nesnemni tehniki (šifra 52471) so naslednji: tieback, derotacijski elementi (rotacijske gumice), osmične vezi, Kobayashi ligature, medčeljustni elastični tegi, elastične verižice, potisne in vlečne vzmeti, separacijske elastike – po zobu.
S to šifro se obračunajo tudi kompozitne kapice na molarjih za dvig griza, kompozitne dograditve za retencijo.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/24 Kako obračunamo ekstraoralne aparate?

Odgovor: Pod šifro 52472 lahko obračunate headgear, opornico po Dealirju in bradno opornico.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/25 Kdaj lahko obračunamo kontrolo poteka ortodontskega zdravljenja?

Odgovor: Kontrola poteka ortodontskega zdravljenja se obračuna pod šifro 91310.
– Pri zavarovanih osebah, ki še niso vključene v aktivno zdravljenje z aparatom in prihajajo na občasne preglede, ortodont spremlja razvoj čeljustnic in zobovja in druga razvojna dogajanja orofacialnega sistema ter predlaga osebnemu zobozdravniku zavarovane osebe določene posege – učenje ustne higiene, ekstrakcije, miofunkcijske vaje, odpravo razvad itd.
– Pri zavarovanih osebah, ki so že vključene v aktivno zdravljenje in prihajajo na ponovne obiske, je treba aktivirati elemente aparata, širiti vijak, kontrolirati sodelovanje zavarovane osebe pri terapiji, preveriti izvajanje miofunkcijskih vaj itd., vendar pod pogojem, da to delo ni vključeno že v druge storitve.
Ni mogoče obračunati storitev kontrola ortodontskega zdravljenja, če je zavarovana oseba naročena na odtiskovanje za izdelavo aparata, zaradi naročanja na rentgenske slike, morebitne ekstrakcije, zaradi

konstrukcijskega griza, zaradi registracije griza, naročanja na druge specialistične storitve zaradi vstavitve aparata ali njegove reparature.
Storitev kontrola ortodontskega zdravljenja se lahko obračuna le, če je šlo izključno za kontrolo poteka že uvedene terapije. Ob tem mora biti v kartoteki navedeno, kaj je ortodont opravil v okviru storitve kontrole ortodontskega zdravljenja.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/26 S katero šifro ZZZS lahko obračunamo razbremenilno opornico?

Odgovor: Razbremenilno opornico (tudi akrilno kapico do 4 zob v istem kvadrantu) ZZZS lahko obračunate s šifro 52385 (2 krat). Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/27 Kakšna je opredelitev storitve fiksni retiner s šifro 52391?

Odgovor: Storitev fiksni retiner s šifro 52391, izdelan v laboratoriju, vključuje tudi odstranjevanje obročkov in nosilcev, odstranjevanje lepila in poliranje.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/28 Koliko časa traja retencijsko obdobje?

Odgovor: Retencijsko obdobje traja 3 leta po končanem aktivnem zdravljenju oziroma do dopolnjenega 22. leta starosti. V primeru prirojenih razvojnih nepravilnosti kraniofacialnega kompleksa (razcepi, sindromi, bolezni mišičja) in kombiniranega ortodontskega kirurškega zdravljenja retencijsko obdobje traja 5 let po končanem aktivnem zdravljenju.

NZZSPEC/ORTO/29 Kdo poravna stroške materiala in dela v primeru, ko zavarovana oseba izgubi ali poškoduje ortodontski aparat, ali v primeru, ko se odlepijo nosilci nesnemnega ortodontskega aparata?

Odgovor: Če snemni aparat ni vstavljiv zaradi spremenjenega stanja (izpadel mlečni zob, izrasel stalni zob, drugo), popravilo oz. izdelavo novega aparata poravna ZZZS. Če ortodont oceni, da se zavarovana oseba ni ravnala po njegovih navodilih oz. je do okvare aparata prišlo po krivdi zavarovane osebe, nosi stroške popravila oz. izdelave novega aparata zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki. Ko se nosilci pri nesnemnih ortodontskih aparatih odlepijo prvič ali drugič, stroške dela in materiala poravna ZZZS. Če pa se zavarovani osebi odlepijo nosilci večkrat, stroške dela in materiala poravna zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki po ceni, ki je dogovorjena z ZZZS.

NZZSPEC/ORTO/30 Kdo poravna stroške dela in materiala v primeru, da retencijski žični lok odpade?

Odgovor: Če zavarovana oseba redno hodi na kontrolne preglede in se drži navodil glede nošenja retencijskih aparatov ter vzdrževanja retencijskih žičnih lokov in aparatov v retencijskem obdobju (glede na dogovor z ortodontom), stroške popravila ali izdelave novega retencijskega žičnega loka poravna ZZZS. Če zavarovana oseba ne hodi na kontrolne preglede redno, ortodontsko zdravljenje prekinemo in stroške poravna zavarovana oseba oz. njeni skrbniki po ceniku samoplačnikih cen.

NZZSPEC/ORTO/31 Ali po prekinitvi ortodontskega zdravljenja poravna izdelavo retencijskih žičnih lokov in aparatov ZZZS ali zavarovana oseba oz. njeni skrbniki?

Odgovor: V primeru prekinitve aktivnega zdravljenja (nespoštovanje dogovora) ali v primeru, ko zavarovana oseba sama želi prekiniti zdravljenje, izdelavo retencijskih žičnih lokov in snemnih retencijskih aparatov poravna zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki po ceniku samoplačniških storitev. Če

zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki predlagajo samo snetje nosilcev in ne želijo retencijskih lokov ali aparata, plačajo odstranitev nosilcev in poliranje zob po samoplačniški ceni.

NZZSPEC/ORTO/32 Ali ima zavarovana oseba pravico do nadaljnjega zdravljenja z nesnemnim aparatom, če se je zdravljenje pričelo s snemnim aparatom, ki ni bil ustrezno nošen?

Odgovor: Snemni aparat je v večini primerov prva stopnja dvofaznega zdravljenja. Če se zavarovana oseba ni ravnala po navodilih ortodonta in pričakovani rezultati niso bili doseženi, ne more nadaljevati zdravljenja z nesnemnim aparatom v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Neredno nošenje snemnega aparata ni razlog za namestitev nesnemnega aparata.

NZZSPEC/ORTO/33 Ali je zavarovana oseba upravičena do nadaljevanja zdravljenja, če je obravnavo prekinila zaradi bolezni oz. drugih zdravstvenih razlogov?

Odgovor: Zavarovana oseba lahko prekine in nadaljuje zdravljenje zaradi bolezni ali diagnostičnih preiskav. Po končanih diagnostičnih postopkih oz. ozdravitvi ima pravico do nadaljevanja zdravljenja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavarovana oseba mora prinesti pismeno potrdilo o preiskavah oz. prebolelih boleznih.

NZZSPEC/ORTO/34 Kdo je plačnik stroškov za ortodontski aparat in za nadaljevanje zdravljenja po prekinitvi zdravljenja?

Odgovor: Specialist ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba več kot 6 mesecev po datumu naročenega kontrolnega pregleda brez upravičenega razloga ni prišla na kontrolni pregled/zdravljenje, oziroma v drugih primerih, ki so navedeni v Pravilih OZZ. Po prekinitvi zdravljenja nadaljnje zdravljenje v breme ZZZS ni več možno.
Pri izgubi aparata ali njegovi poškodbi po krivdi zavarovane osebe se izdelava novega aparata obračuna v breme zavarovane osebe in ne v breme ZZZS. Nadaljevanje zdravljenja krije ZZZS.

NZZSPEC/ORTO/35 Kdaj zavarovana oseba lahko zamenja ortodonta in kako ravnati v tem primeru?

Odgovor: Zavarovana oseba lahko zamenja ortodonta na enak način, kot je to sicer določeno za zamenjavo specialista in kot velja za zamenjavo izbranega osebnega zdravnika, pri čemer je potrebno upoštevati specifiko ortodontskega zdravljenja z zobnim aparatom, ki zahteva neprekinjeno (kontinuirano) izvajanje zdravljenja. Zavarovana oseba mora pri novem ortodontu izkazati utemeljenost razlogov za zamenjavo prejšnjega ortodonta. Upoštevaje specifiko ortodontskega zdravljenja mora novi ortodont prevzeti zavarovano osebo v zdravljenje in ji določiti datum obravnave (pregleda) tako, da bo še vedno omogočena kontinuiteta že začetega ortodontskega zdravljenja z zobnim aparatom. Novi ortodont lahko odkloni izbiro le v posebej utemeljenih primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče ali kadar tako določa zakon, o čemer pisno obvesti pacienta in mu predlaga izbiro novega ortodonta.

NZZSPEC/ORTO/36 Kdaj so v okviru ortodontskega zdravljenja potrebna doplačila?

Odgovor: Za ortodontske storitve, ki jih ne krije obvezno zdravstveno zavarovanje in so v ambulanti opravljene, je plačnik zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki po predhodnem dogovoru – podpisana pisna izjava z obrazložitvijo in ceno.

NZZSPEC/ORTO/37 Kako ravnamo v primeru, ko je pri zavarovani osebi s fiksnim ortodontskim aparatom ugotovljen karies?
Odgovor: Pri zavarovanih osebah, ki so vključene v aktivno ortodontsko obravnavo in pri katerih je treba sneti fiksni element, ker moti sanacijo zob, se mora zobozdravnik dogovoriti z ortodontom za termin obravnave. Specialist ortodont obračuna snetje in ponovno namestitev loka pod šifro 52470.
Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/38 Kdaj ima ortodont pravico prekiniti ortodontsko zdravljenje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Odgovor: Specialist ortodont ima pravico prekiniti zdravljenje, če zavarovana oseba neupravičeno ne pride na ponovni pregled v času 6 mesecev ali več po datumu od zadnjega pregleda, na katerega je bila naročena. Pri tem morata biti datum in ura pregleda jasno zapisana v naročilnem obrazcu (in ne navedena opisno, npr. *čez pol leta)* in v čakalnem seznamu. Ortodont mora pri tem ugotoviti, ali so v konkretnem primeru podani upravičeni razlogi za prekinitev zdravljenja. V primeru, da se zavarovana oseba opraviči, ortodont ugotovi utemeljenost opravičila. Specialist ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba kljub večkratnim opozorilom, ki so zapisane v medicinski dokumentaciji, ne sodeluje, ne nosi aparata in/ali ne vzdržuje brezhibne ustne higiene. V primeru, ko pri pacientu opazimo vidne poškodbe trdih ali mehkih tkiv (vidne demineralizacije, karies, napredujoča vnetja obzobnih tkiv), aparat takoj odstranimo. Stanje dokumentiramo v zdravstveni dokumentaciji in s fotografijami. V vseh navedenih primerih ne gre le za možnost, da ortodont prekine zdravljenje, ampak je v skladu s Pravili OZZ to tudi njegova dolžnost. Ob prekinitvi zdravljenja ortodont obvesti osebnega zobozdravnika zavarovane osebe, ki ji na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sme izdati nove napotnice za ortodontsko zdravljenje pri drugem ortodontu.

NZZSPEC/ORTO/39 Kdo je dolžan zagotoviti ortopanski in telerentgenski posnetek za potrebe ortodontskega zdravljenja, izbrani osebni zobozdravnik ali specialist čeljustne in zobne ortopedije?

Odgovor: Pred napotitvijo zavarovane osebe v specialistično ortodontsko ambulanto mora osebni zobozdravnik zagotoviti panoramski rentgenski posnetek pacienta, ki je star več kot 7 let. Panoramski rentgenski posnetek je potreben za določitev diagnoze. Pred pričetkom aktivnega ortodontskega zdravljenja zagotovi potrebne posnetke (ortopan, če je potrebno, tele rentgen in CBCT) specialist čeljustne in zobne ortopedije.

NZZSPEC/ORTO/40 Kako ravnati v primeru, ko se zavarovana oseba ne zglasi na naročeni pregled ali zdravljenje in svojega izostanka ne opraviči?

Odgovor: V tem primeru je treba zavarovano osebo pozvati (elektronska oblika je ustrezna), naj se zglasi na pregled ali zdravljenje na predlagani novi datum.

Vzorec vabila

Ime in priimek pacienta

Naslov pacienta Datum _____

ZADEVA: Vabilo

Pozdravljeni!

Ugotavljamo, da dne _____ niste prišli na pregled/zdravljenje, kot ste bili naročeni pri _____, dr. dent. med., spec. ortodont, in svojega izostanka niste opravičili.

V primeru, da se na pregled/zdravljenje ne morete zglasiti na predlagani datum _____ ob _____ uri, Vas prosimo, da nas med _____ in _____ uro pokličete na telefonsko številko _____, da bomo skupaj določili nov termin obiska.

Pri tem vas opozarjamo, da je ortodont dolžan v skladu s Pravili OZZ prekiniti zdravljenje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, če se na vabilo ne boste odzvali in svojega izostanka ne boste opravičili, in sicer, če več kot 6 mesecev brez upravičenega razloga ne pridete na kontrolni pregled, na katerega ste bili naročeni dne _____ (vpisati datum iz prvega odstavka tega vabila).

(Žig in podpis zdravnika)

NZZSPEC/ORTO/41 Ali ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja, ki je priprava na ortognatski poseg?

Odgovor: V skladu s 3. točko 34. člena Pravil OZZ in ne glede na omejitve iz 1. in 2. točke tega člena, imajo zavarovane osebe s težko skeletno nepravilnostjo, ki jo je mogoče odpraviti le s kombiniranim ortodontsko kirurškim zdravljenjem, pravico do ortodontskega zdravljenja.

Pripravil:
Oddelek za nadzor
Številka: 0072-6/2010-DI/38
Datum: 1. 6. 2020

ZAVOD ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE SLOVENIJE
LJUBLJANA
Miklošičeva 24

Marjan Sušelj,
generalni direktor ZZZS

NAVODILO ZA OBRAČUN – vprašanja in odgovori - št. 1/2020 je veljavno od 17. 6. 2020.