

**V NADZORIH UGOTOVLJENE NAPAKE OBRAČUNA IN
POJASNILO PRAVILNEGA OBRAČUNA ZDRAVSTVENIH
STORITEV**

Ljubljana, 5. januar 2026

KAZALO

PRAVNE PODLAGE NADZORA ZZZS.....	1
NAJPOGOSTEJŠE NAPAKE OBRAČUNA ZDRAVSTVENIH STORITEV – SPLOŠNO....	1
NAJPOGOSTEJŠE V NADZORIH UGOTOVLJENE OBRAČUNSKÉ NAPAKE IN POJASNILO PRAVILNEGA OBRAČUNA ZDRAVSTVENIH STORITEV	5
BOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	5
SPLOŠNA ZUNAJBOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	7
SPECIALIZIRANA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST	7
ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST	10
ZDRAVILA IN ŽIVILA ZA POSEBNE ZDRAVSTVENE NAMENE	11
PATRONAŽA IN ZDRAVSTVENA NEGA	13
DEJAVNOST NASTANITVENIH USTANOV ZA BOLNIŠKO NEGO	14
VPRAŠANJA IN ODGOVORI O OBRAČUNU ZDRAVSTVENIH STORITEV	15
SEZNAM KRATIC IN POJMOV.....	139

PRAVNE PODLAGE NADZORA ZZS

Ključne pravne podlage, na katerih temelji nadzor ZZS, so:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju,
- Zakon o zdravstveni dejavnosti,
- Zakon o pacientovih pravicah,
- vsakokratni veljavni dogovor o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za pogodbeno leto (v nadaljevanju: Dogovor),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila OZZ),
- Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni,
- Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov,
- Pravilnik o izvajanju državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka,
- Sklep o obračunavanju zdravstvenih storitev, ki vključuje seznam zdravstvenih storitev za obračun s šiframi (šifranti za obračun ZZS so povzeti po tem sklepu),
- Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja,
- Omejitve predpisovanja iz Centralne baze zdravil,
- Standardi kodiranja – avstralska različica 11 in slovenske dopolnitve,
- Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 10, avstralska modifikacija, verzija 11.

NAJPOGOSTEJŠE NAPAKE OBRAČUNA ZDRAVSTVENIH STORITEV – SPLOŠNO

a) Ni verodostojnega zapisa v zdravstveni dokumentaciji

Verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji izhaja iz načel medicinske propedeutike, ki poleg jemanja anamneze in telesnega pregleda vključuje tudi ustrezno zapisovanje. Navajamo nekaj primerov neustreznih zapisov v zdravstveni dokumentaciji, pri katerih se obračun storitve ne prizna, saj ni zapisa o tem, kaj je bilo dejansko narejeno oziroma ugotovljeno: idem, b.p., kontrolni pregled ortodonskega zdravljenja, psihoterapevtski ukrep. Obračun zdravstvenih storitev temelji na zdravstveni dokumentaciji. Za izbiro pravilne storitve (šifre) za obračun je pomembno poznavanje njenega dolgega opisa, ki podrobneje opredeljuje pogoje za obračun storitve in je v Sklepu o obračunavanju zdravstvenih storitev in po njem povzetih šifrantih.

Izpostavljamo, da **je vodenje zdravstvene dokumentacije sestavni del izvajanja zdravstvenih storitev**. Kot določa osmi člen Zakona o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva (ZZPPZ) zdravnik, drugi zdravstveni delavci in sodelavci v evidenčnem sredstvu s svojim podpisom potrdijo rezultate pregleda oziroma drugih storitev.

b) Obračun socialnih storitev v breme OZZ

Socialne storitve sodijo na področje dela Centrov za socialno delo ali drugačne organizirane pomoči in jih je potrebno tja tudi nasloviti. Zato je storitve, kot so 'npr. pomoč pri negi, edukacija svojcev o uporabi MP',

možno predpisati na delovni nalog za patronažo le za kratko premostitveno obdobje (praviloma največ za 1 mesec).

c) Predpis zdravil in živil za posebne zdravstvene namene v breme OZZ v nasprotju s Pravili OZZ in omejitvami za predpis

Zdravila in živila na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja se predpisujejo le ambulantno zdravljenim pacientom, v smiselnih kombinacijah ter najprimernejših odmerkih in obdobju, z upoštevanjem stroškovnega vidika (na primer predpis generičnega zdravila in ne originalnega zdravila, če je cenovna razlika). Predpisujejo jih lahko le pooblaščeni zdravniki, kar pomeni, da napotni zdravniki, npr. kardiologi, nefrologi, nevrologi predpisujejo zdravila s svojega delovnega področja, v času, ko je bolnik pri njih v obravnavi. V skladu s Pravili OZZ je to do zaključka obravnave bolnika, kar je njihova obveznost in tega ne smejo prenašati na izbranega osebnega zdravnika.

Zdravnik, ki je predpisal zdravilo na recept, dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe podatke o zdravilu, predlagani oziroma predpisani jakosti in količini, predpisanemu odmerjanju, podatke o obnovljivem receptu, ter morebitne okoliščine, ki lahko vplivajo na potek zdravljenja in uspešnost zdravljenja s predpisanim zdravilom.

Za razvrščeno zdravilo oziroma živilo ZZS lahko določi **omejitev predpisovanja oziroma omejitev izdajanja ali obe hkrati**, kar je razvidno pri posameznem zdravilu oziroma živilu v Centralni bazi zdravil. To pomeni, da jih je mogoče predpisati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja le v določenih primerih. Vsi zdravniki so dolžni te omejitve upoštevati. Predpisovanje je lahko omejeno npr. na indikacijsko področje, populacijsko skupino, klinično specialnost zdravnikov, mnenje komisije kliničnega oddelka.

d) Predpis medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v nasprotju s Pravili OZZ in omejitvami za predpis

Podobno je pri **predpisovanju medicinskih pripomočkov v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja** potrebno upoštevati pogoje, ki jih določajo Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja in Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost do medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

e) Neupoštevanje standarda kodiranja 0001 Glavna diagnoza, to je koda diagnoze, ki je bila v največji meri vzrok za posamezno bolnišnično obravnavo in preveliko število dodatnih diagnoz (predvsem standarda kodiranja 0002)

Za **obračun storitev v bolnišnični zdravstveni dejavnosti, ki temelji na sistemu Skupin primerljivih primerov** (v nadaljevnju SPP) je pomembno poznavanje Standardov kodiranja v povezavi z Mednarodno klasifikacijo bolezni in Klasifikacijo terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov. V tem modelu plačevanja zdravstvenih storitev veljajo posebna pravila za vnos glavne in dodatnih diagnoz ter postopkov v razvrščevalnik. Ob splošnih standardih za bolezni in za postopke so za nekatera področja tudi posebni standardi, katerih določila imajo prednost pred splošnimi standardi. Ob tem je treba upoštevati tudi posebnosti slovenskega zdravstvenega sistema (kot npr. da je plačevanje akutne bolnišnične obravnave na področju psihiatrije ali rehabilitacije po modelu primerov bolnišnične obravnave in ne po modelu SPP). Standardi kodiranja vključujejo tudi slovenske dopolnitve v obliki vprašanj in odgovorov. Ta so dodana v standard, kjer se obravnava tema, ki jo slovenska dopolnitev dodatno pojasnjuje, in za večjo preglednost še dodatno, na koncu dokumenta, v posebnem poglavju. Standardi kodiranja se izdajajo s soglasjem treh

inštitucij: Ministrstva za zdravje Republike Slovenije, Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in ZZS. Na svojih spletnih straneh jih objavljata tako NIJZ kot ZZS.

Poudarjamo, da se s pravili kodiranja ne posega v ali usmerja delo zdravnikov. To pomeni, da se s pravili kodiranja za potrebe obračuna ne določa načina vodenja zdravstvene dokumentacije ter postavljanja diagnoz za potrebe zdravljenja. Zdravstveno dokumentacijo torej zdravstveni delavci vodijo skladno z veljavno strokovno doktrino in predpisi, neodvisno od pravil kodiranja. Naloga pristojnih oseb izvajalca (praviloma ne zdravnikov) je, da na podlagi zdravstvene dokumentacije, ki nastaja v procesu zdravstvene oskrbe in ob upoštevanju pravil kodiranja in drugih pravil obračuna v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, opredelijo diagnoze in diagnostične postopke in posege izključno za potrebe obračuna.

Koda za glavno diagnozo za razvrščanje v SPP se določi po končani bolnišnični obravnavi, in sicer je to koda diagnoze, ki je bila v največji meri vzrok za posamezno bolnišnično obravnavo (standard kodiranja 0001 Glavna diagnoza).

Že vrsto let v nadzorih obračuna SPP ugotavljamo **preveliko število dodatnih diagnoz**, zato posebej izpostavljamo standard kodiranja 0002 dodatne diagnoze, ki določa, da je dodatna diagnoza bolezen ali stanje, ki je že obstajalo ob glavni diagnozi ali pa je nastalo med bolnišnično obravnavo. **Pri tem se kot dodatna diagnoza za razvrščevalnik vnese le, če je pomembno vplivala na zdravljenje pacienta in/ali se je zaradi tega zapletlo zdravljenje pacienta.** Iz tega sledi, **da le nekatere diagnoze**, ki po strokovnih merilih sodijo v odpustnico, zadostijo tudi kriterijem za vnos v razvrščevalnik po modelu plačevanja SPP.

Pri kodiranju **dodatnih diagnoz pri enodnevnih obravnavah** za razvrščevalnik je treba dodatno upoštevati, da je to utemeljeno le, kadar je diagnoza (zdravstveno stanje) znotraj enodnevne obravnave bistveno vplivala na potek zdravljenja (slovenska dopolnitev Standardov kodiranja glede na številne nadzorne ugotovitve).

f) Obračun neakutne bolnišnične obravnave pred zaključkom akutne bolnišnične obravnave, ob izvajanju storitev, ki v neakutno bolnišnično obravnavo ne sodijo

Po zaključeni akutni bolnišnični obravnavi je možnost **obračuna neakutne bolnišnične obravnave**, kadar so za to izpolnjeni pogoji. V zdravstveno dokumentacijo se zapiše podatek, da je akutna bolnišnična obravnavo zaključena z opisom poteka tega zdravljenja in datum njegovega zaključka, medicinsko indikacijo oziroma razlog premestitve na oddelek za neakutno bolnišnično obravnavo, zdravstvene storitve, ki so se izvajale na oddelku (kot na primer fizioterapija, rehabilitacija, preveze kroničnih ran, zdravljenje z zdravili za kronična obolenja) ter datum začetka in zaključka neakutne bolnišnične obravnave. V primerih, ko med neakutno obravnavo pride do poslabšanja zdravstvenega stanja, se neakutna obravnavo prekine za čas poteka zdravljenja in/ali diagnostike. Med storitve neakutne obravnave ne sodijo konziliarni in kontrolni pregledi pri specialistih, slikovna diagnostika in ostali diagnostični postopki.

POVEZAVE NA POMEMBNEJŠE DOKUMENTE ZA OBRAČUN ZDRAVSTVENIH STORITEV:

Veljavni dogovor <https://www.uradni-list.si/glasilo-uradni-list-rs/vsebina/2025-01-0469/uredba-o-programih-storitev-obveznega-zdravstvenega-zavarovanja-zmogljivostih-potrebni-za-njegovo-izvajanje-in-obsegu-sredstev-za-let-2025>

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja <https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV3562>

Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=NAVO59>

Pravilnik o preventivnih zdravstvenih pregledih športnikov
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV15289>

Pravilnik o izvajanju državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=PRAV13531>

Sklep o obračunavanju zdravstvenih storitev (po njem so povzeti šifranti za obračun ZZS)
<https://www.zzs.si/?id=126&detail=3401CB5C8BB6EB4EC1256B61003E275D>

Centralna baza zdravil [https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search/\\$searchForm?SearchView](https://www.cbz.si/cbz/bazazdr2.nsf/Search/$searchForm?SearchView)

Seznam razvrščenih živil v Centralni bazi zdravil
<https://www.cbz.si/zzs/pao/bazazdr2.nsf/pregled18?openview&count=20000>

Standardi kodiranja - avstralska različica 11 in slovenske dopolnitve
https://nijz.si/wp-content/uploads/2023/04/Standardi-kodiranja_v11_slo_23042025.pdf

MKB-10-AM, verzija 11 (Mednarodna klasifikacija bolezni in sorodnih zdravstvenih problemov za statistične namene 10, avstralska modifikacija, verzija 11)
<https://nijz.si/podatki/klasifikacije-in-sifranti/mkb-10-am-verzija-11/>

KTDP, verzija 11 (Klasifikacija terapevtskih in diagnostičnih postopkov in posegov, verzija 11)
https://www.nijz.si/sites/www.nijz.si/files/uploaded/podatki/klasifikacije_sifranti/ktdp/ktdp_v11_slo_16_112022.pdf

Gradiva SPP izobraževanj (avstralska strokovnjakinja):
<https://www.zzs.si/?id=126&detail=C8D8B46F53D39E5BC12588FB0049940D>

Sklep o zdravstvenih stanjih in drugih pogojih za upravičenost medicinskih pripomočkov iz obveznega zdravstvenega zavarovanja
<https://pisrs.si/pregledPredpisa?id=SKLE12260>
<https://partner.zzs.si/medicinski-pripomocki/predpisovanje/>

NAJPOGOSTEJŠE V NADZORIH UGOTOVLJENE OBRAČUNSKÉ NAPAKE IN POJASNILO PRAVILNEGA OBRAČUNA ZDRAVSTVENIH STORITEV

V nadaljevanju opisani primeri temeljijo na dejanskih primerih nepravilnih obračunov, ugotovljenih na podlagi pregledane zdravstvene dokumentacije, zato pojasnila ne vključujejo vseh možnih različnih situacij, ki jih srečujemo v praksi.

BOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

1. Nepravilno kodiranje anemije pri bolnikih z maligno boleznijo kot glavno ali dodatno diagnozo za razvrščevalnik (razvrščanje v SPP)

Koda za glavno diagnozo za razvrščanje SPP se določi po končani bolnišnični obravnavi, in sicer je to koda diagnoze, **ki je bila v največji meri vzrok za posamezno bolnišnično obravnavo** (standard kodiranja 0001 Glavna diagnoza). Pri tem se upošteva tudi pravilo zaporedja kode diagnoze za vzrok (oznaka križca, prva diagnoza) in kode diagnoze za posledico (oznaka zvezdice, druga diagnoza) iz MKB-10-AM, verzija 11, kadar imajo kode te dodatne oznake. V MKB-10-AM, verzija 11, ki velja od 1.1.2023, take povezave, to je oznake kode s križcem in zvezdico med anemijo in neoplazmo ni več. Zato se od 1. 1. 2023 v primeru, ko je bolnik v dnevni obravnavi prejel transfuzijo eritrocitov, čeprav gre za bolnika z maligno boleznijo, za namen obračuna oziroma razvrstitve primera SPP, kot glavna diagnoza kodira anemija. V skladu s slovenskimi dopolnitvami Standardov kodiranja se pri enodnevni hospitalizaciji za namen obračuna kodira le ena (glavna) diagnoza. ZZS je že z nadzori v letu 2023 ugotovil nepravilno kodiranje bolnišničnih obravnav, v katerih so bolniki prejeli transfuzijo, zato je v posodobitvi standardov kodiranja v letu 2024 pravilno kodiranje takih primerov še posebej pojasnjeno.

V zvezi s tem, katera je ustrezna diagnoza v primeru, ko je pacient z maligno boleznijo sprejet v dnevno bolnišnično obravnavo zaradi transfuzije, je avstralska strokovnjakinja, ki je izvedla izobraževanje za zaposlene v bolnišnicah na datuma 7. 5. 2024 in 15. 11. 2024, dala več mnenj, ki so dostopna na spletni strani z gradivi izobraževanja kot videoposnetek ali pisno gradivo. Če ima bolnik maligno bolezen in je bil sprejet zaradi anemije, da je dobil transfuzijo, je pravilna diagnoza za razvrščevalnik D64.9 Anemija, neopredeljena in ne D63 Anemija pri kroničnih boleznih, uvrščenih drugje. Ta koda, D64.9 Anemija, neopredeljena, se uporabi tudi, kadar se pri bolniku z maligno boleznijo za namene obračuna, v skladu s pravili, kodira anemija kot dodatna diagnoza.

2. Obračun E0750 Psihatrija, primer v bolnišnični dejavnosti – psihogeriatrja brez upoštevanja kriterijev iz Priloge 12 Dogovora

Primer s šifro E0750 se lahko obračuna, če je bila indikacija za sprejem vsaj ena od diagnoz iz Priloge 12 Dogovora pod naslovom Strokovne indikacije za sprejem na geriatrični oddelek v dogovoru in ima pacient hkrati pridružene somatske ali kronične degenerativne bolezni, ki so prizadele več organskih sistemov in jih je potrebno v času hospitalizacije zdraviti. Izvajalec je dolžan pripraviti načrt obravnave s strani posameznih strokovnih sodelavcev, vključenih v kalkulacijo in po dnevih, ter spremljati opravljene aktivnosti posameznih terapevtov po dnevih v času hospitalizacije bolnika. Pogoji za obračun so zapisani ob ceni primera s šifro E0750 v Prilogi 1 (Kalkulacije in cene zdravstvenih storitev) Dogovora.

Pri šifri storitve E0750 je starostna meja za "starostnika" povzeta po določilih Svetovne zdravstvene organizacije, ki je starostnike arbitrarno razdelila v tri skupine: stari med 65 in 74 let so mlajši stari, stari med 75 in 84 let so stari in starejši od 85 let so stari ljudje. Izbrana je bila najnižja starost 65 let. Glede starostne meje za obračun storitve E0750 še pojasnjujemo, da ta ne določa strokovno medicinskih smernic obravnave, po katerih se pacient zdravi, ampak samo starostno mejo, ki določa osebe, pri katerih se lahko obračuna ta vrsta primera akutne bolnišnične obravnave v psihiatriji.

Za utemeljenost obračuna je potrebno tudi, da se je pacient zaradi kroničnih stanj, ki niso s področja psihiatrije, zdravil že pred sprejemom v psihiatrično bolnišnico. V času hospitalizacije na psihiatriji pa je pri pacientu prišlo do težjega poslabšanja že obstoječega kroničnega stanja. Takšno poslabšanje je zahtevalo vključevanje specialistov za posamezna stanja, bodisi, da so zaposleni v psihiatrični bolnišnici ali ne. Takšna obravnava ne pomeni, da se je zaznalo težje poslabšanje (npr. težje poslabšanje srčnega popuščanja ali odpoved terapije sladkorne bolezni ipd.), kar je pomenilo premestitev osebe v splošno, "somatsko" bolnišnico, kjer se je poslabšanje zdravilo in je bil pacient nato ponovno sprejet v psihiatrično bolnišnico, ko se je stanje uredilo. **Pretežni del zdravljenja poslabšanja mora potekati v psihiatrični bolnišnici v sodelovanju s specialisti drugih strok, ki so vključeni v ceno primera.**

Vključitev dodatnih strokovnjakov, ki so vključeni v ceno primera, je odvisna od potrebe glede na stanje pacienta, ki je vključen v zdravljenje. Ni nujno potrebno, da so v vsako obravnavo oz. zdravljenje pacienta vključeni vsi. Za primer obravnave, pri kateri ni vključen noben drug strokovnjak kot psihiater, pa ne moremo reči, da izpolnjuje kriterije za obračun storitve E0750.

3. Obračun E0832 Rehabilitacija geriatrične osebe v nasprotju z dolgim opisom storitve

Iz dolgega opisa šifre je razvidno, da je obračun možen za paciente starejše od 65 let, zlasti za paciente po nedavni travmi, po ortopedskih in kirurških posegih in paciente, ki so pred kratkim neposredno preboleli možgansko kap. Zanje se v prvih dneh pripravi individualni program rehabilitacije in nato spremlja njihov napredek. Oboje mora biti razvidno iz zapisov v zdravstveni dokumentaciji. Iz Priloge I (Kalkulacije in cene zdravstvenih storitev) Dogovora je razvidno, da so v rehabilitacijo vključeni fiziater, psihiater, specialist klinične psihologije in specialist fizikalne in rehabilitacijske medicine. Ob medicinskih sestrah/zdravstvenikih različne stopnje izobrazbe, sodelujejo tudi logoped, delovni terapevt in fizioterapevt. Obračun te storitve ni možen za druge paciente, tako tudi ne za paciente, pri katerih se izvaja program rehabilitacije kroničnih pljučnih bolnikov, predvsem bolnikov z astmo in kronično obstruktivno pljučno boleznijo.

4. Obračun E0811 Dodatek brezšivna skrb v bolnišnični obravnavi brez povzetka izvedenih postopkov/aktivnosti v odpustnem pismu, ni bila predložena OKZ

Storitev brezšivne skrbi je nepogrešljiv del celostne obravnave bolnika in s tem tudi njegove zdravstvene dokumentacije, zaradi česar je pomembno, da je vsebina izvedene storitve navedena v odpustnem pismu pacienta. S tem je z vsemi pomembnimi informacijami za vodenje pacienta seznanjen tudi pacientov osebni zdravnik.

V odpustno pismo (zdravstveno dokumentacijo) je treba zato vključiti kratek opis postopkov, ki so bili v okviru storitve opravljeni (npr. pregled farmakoterapije, pogovor s pacientom). Zapis naj vključuje tudi datum zaključnega razgovora s pacientom, datum izvedbe osebne kartice zdravil (OKZ), ki ne sme biti kasnejši od datuma zaključka hospitalizacije in zapis, da so ključne spremembe farmakoterapije (spremembe odmerjanja, ukinitvev in uvedba zdravil) navedene v OKZ.

Za primere, ko pri izvajalcih bolnišnične dejavnosti na dan izdaje odpustnega pisma zaradi odsotnosti kliničnega farmacevta izdelava OKZ ni mogoča ter storitve brezšivne skrbi ni možno zaključiti, je potrebno

navesti vse zgoraj navedeno, s tem, da je v odpustnem pismu navedeno, da bo OKZ izdelana kasneje in poslana kot dopolnitev k odpustnici, ter navesti razlog za to.

Izvajalec je v zvezi z zdravstveno dokumentacijo dolžan slediti zakonskim določilom, tako tudi glede OKZ. Za potrebe nadzora nad izvajanjem pogodb, ki ga izvaja Zavod, izvajalec lahko OKZ hrani v fizični ali elektronski obliki v svojem lokalnem okolju ali pa dostopa do nje preko CRPP, vendar mora v času nadzornega postopka nadzornemu zdravniku omogočiti vpogled v OKZ, ki je bil izdelan v okviru obračunane storitve, ter zagotoviti ustrezen zapis o brezšivni skrbi v odpustnem pismu iz bolnišnične obravnave. V primeru, da je bil bolnik večkrat hospitaliziran, npr. v januarju, marcu in maju, in vsakič vključen v brezšivno skrb, je v primeru nadzora potrebno zagotoviti vpogled v vse, tudi oba predhodna OKZ, izdana v januarju in marcu, ki ju pacient v CRPP ne vidi več.

SPLOŠNA ZUNAJBOLNIŠNIČNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

- 1. Neutemeljen sočasni obračun L0002 Odvzem krvi in L0003 Odvzem krvi iz vene z antikoagulantom, sočasni obračun L0002 Odvzem krvi in L0003 Odvzem krvi iz vene z antikoagulantom s Q0326 ali Q0327**

Sočasni obračun **L0002 Odvzem krvi in L0003 Odvzem krvi iz vene z antikoagulantom** pri isti obravnavi pacienta, saj iz vsebine zapisa v zdravstveni dokumentaciji ni bilo razvidno, da je bil dvojni odvzem krvi opravljen oziroma strokovno utemeljen (npr. razpok žile). Pravilen je obračun ene ustrezne storitve odvzema.

Obe navedeni storitvi ali ena od storitev sta se obračunali na isti obravnavi pacienta kot storitev Q0327 Določitev vrednosti folne kisline oz. Q0326 Določitev vrednosti vitamina B12 ali Q0048 Določitev PSA, kar ni pravilno, ker gre za dvojni obračun. Pravilen obračun v takih primerih je obračun storitev Q0327 Določitev vrednosti folne kisline oz. Q0326 Določitev vrednosti vitamina B12 ali Q0048 Določitev PSA brez dodatnega obračuna storitev L0002 Odvzem krvi iz vene, in/ali L0003 Odvzem krvi iz vene z antikoagulantom, ker je odvzem že vštet v storitve določanja vrednosti vitamina B12, folne kisline in PSA.

SPECIALIZIRANA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

- 1. Obračun kontrolnega pregleda (npr. šifra 02003 Srednje obsežen pregled, 03004 Razširjen pregled) in nadaljnje oskrbe (npr. šifra 11303 Nadaljnja oskrba v neoperativnih strokah) ob obračunu aplikacije zdravil (npr. APL004 Priprava in aplikacija zdravila 4) s Seznamov A in B**

Iz dolgega opisa storitve izhaja, da aplikacija zdravil s Seznamov A in B vključujejo tudi kontrolni pregled pacienta, kot je opredeljen v Zakonu o pacientovih pravicah.

Storitev vključuje tudi strošek laboratorijskih preiskav. Poleg te storitve ni mogoče zaračunati nobene druge storitve v zvezi s specifično obravnavo priprave in aplikacije zdravila. Iz zapisanega sledi, da kontrolnega pregleda, kot je opredeljen v drugem členu Zakona o pacientovih pravicah, ob storitvi priprave in aplikacije zdravila ali več zdravil s Seznamov A in B ni dovoljeno še dodatno obračunati, tudi če je bil opravljen na drug datum kot sama aplikacija (npr. en ali dva dni prej), saj je že vključen v ceno storitve.

- 2. Obračun 11604 Konzultacija pri specialistu namesto oskrbe ali e-posveta**

Konzultacija pri specialistu se obračuna le, ko so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

1. na prejeti napotnici je izrecno zapisano naročilo zdravnika (predpisovalca napotnice) »za konzultacijo«;
2. napotni zdravnik je izdal pisno konzultantsko mnenje s povzetkom dosedanje bolezni in zdravljenja pacienta, morebitnimi lastnimi izsledki pregleda in preiskav ter priporočili in odgovori na zastavljena vprašanja zdravniku, ki je napotil pacienta.

Zdravnik, ki je izdal napotnico, je priložil pacientovo zdravstveno dokumentacijo in napotnemu zdravniku na za to predvidenem prostoru na e-napotnici predstavil dosednji potek bolezni in zdravljenja zavarovanca ter s tem povezane dileme in vprašanja, na katera želi od napotnega zdravnika odgovore.

3. Obračun 97401 Razna individualna navodila in svetovanje* hkrati s pregledom ali namesto oskrbe**

Razna individualna navodila in svetovanje se lahko obračuna le pod navedenimi pogoji:

1. pri bolnikih z zmanjšanimi spoznavnimi sposobnostmi ali pri zahtevnejših stanjih;
2. podlaga za obračun je verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji, kar pomeni, da zapis »dobi navodila« ni zadosten.

Obračun šifre 97401 hkrati s pregledom ali namesto oskrbe ni možen.

4. Nepravilno evidenčno spremljanje E0759 Evidenčno spremljanje – samostojno opravljena diagnostika

Obravnavo pacienta pri izvajalcu zdravstvenih storitev za isto zdravstveno stanje za uporabo evidenčnega spremljanja s šifro E0759 je obravnavo pacienta v okviru tega izvajalca (npr. celotnega UKC Ljubljana) in ne izključno znotraj iste VZD oziroma v okviru posamezne specialistično ambulantne dejavnosti. Šifra E0759 se beleži:

1. Ko je pacient napoten izključno na izvedbo diagnostične preiskave iz specialistične ambulante zunanjega izvajalca/zdravstvenega zavoda, ki funkcionalne diagnostike ne opravlja. Pacient pri napotnem izvajalcu, kjer je opravil funkcionalno diagnostiko, pa kasneje ne bo v obravnavi zaradi zdravstvenega stanja, ki je bilo razlog napotitve na izbrano funkcionalno diagnostiko.
2. Ko je pacient napoten na diagnostiko in jo izvajalec zaradi ugotovljenih sprememb vzame v obravnavo (naroči v ambulanto čez 1 mesec), se sme beležiti šifro E0759 ob samostojni diagnostiki pod pogojem, da se kasneje ob obravnavi pacienta v ambulanti beleži evidenčni kontrolni pregled s šifro E0274. Beleženje evidenčnega prvega pregleda s šifro E0273 v ambulanti v tem primeru ni dovoljeno, ker že beleženje šifre E0759 šteje kot prvi pregled.

Evidentiranje šifre E0759 za oba primera poti obravnave pacienta drži tudi, kadar sta bili obravnavi zaradi istega zdravstvenega stanja izvedeni v časovnem zamiku, saj že samostojno opravljena diagnostika šteje kot prvi pregled, ki je glede na definicijo, razvidno iz Zakona o pacientovih pravicah, lahko evidentiran le enkrat. Pravila beleženja šifre E0759 so opredeljena v njenem dolgem opisu (Šifranti za obračun Zavodu). Za pacienta, ki je pri istem izvajalcu pregledan in je pri njem izvedena tudi diagnostika, se šifra E0759 ne evidentira. Primer: pacient je iz internistične ambulante (kjer izvedejo in obračunajo v okviru VZD 209 215 prvi pregled in ostalo diagnostiko) napoten na UZ trebuha (kar izvedejo in obračunajo v okviru zdravstvene dejavnosti izvajanje ultrazvoka na VZD 231 246). Prvi pregled je evidentiran le enkrat, in sicer v internistični ambulanti na VZD 209 215 z evidenčno šifro E0273, na VZD 231 246 pa se zato ne evidentira šifre E0759.

5. Obračun 91103 Posvet na daljavo – krajši v nasprotju z dolgim opisom storitve

Posvet na daljavo - krajši se obračuna, kadar so kumulativno izpolnjeni pogoji:

1. Storitev je bila opravljena namesto obiska v ambulanti in je tako zdravnik predvidel ob predhodnem obisku ali ob triažiranju napotnice (dogovor o posvetu na daljavo mora biti razviden iz predhodne zdravstvene dokumentacije).
2. Za primere spremembe zdravstvenega stanja in /ali spremenjenih izvidih preiskav opravljenih po ambulantnem pregledu.
3. V zdravstveni dokumentaciji mora biti zapis posveta s povzetkom navodil, ki jih je pacient prejel od zdravnika.

Obračun šifre 91103 je dovoljen največ 12-krat v koledarskem letu. Obračun te šifre namesto oskrbe ni dovoljen.

6. Obračun 91104 Posvet na daljavo – daljši v nasprotju z dolgim opisom storitve

Posvet na daljavo – daljši se obračuna, kadar so kumulativno izpolnjeni pogoji:

3. Storitev je bila opravljena namesto obiska v ambulanti in je takšno možnost zdravnik specialist predvidel ob predhodnem obisku pacienta ali ob triažiranju napotnice (dogovor o posvetu na daljavo mora biti razviden iz predhodne zdravstvene dokumentacije).
4. Za primere novo nastalih stanj in bolezni oziroma akutnega poslabšanja kroničnih obolenj (kar ustreza definiciji prvega pregleda po Zakonu o Pacientovih pravicah).
5. V zdravstveni dokumentaciji mora biti zapis posveta s povzetkom navodil, ki jih je pacient prejel od zdravnika.

Obračun šifre 91104 je dovoljen največ 12-krat v koledarskem letu. Obračun te šifre namesto oskrbe ni dovoljen.

7. Obračun 03004 Razširjenega pregleda namesto srednji, delni ali kratkega pregleda

Obračuna se, ko zdravstvena storitev obsega družinsko in osebno anamnezo, anamnezo o poteku bolezni, pregled dveh ali več telesnih sistemov z zunanjim pregledom, palpacijo, perkusijo in avskultacijo ter drugimi metodami preiskave, ki so značilne za posamezno stroko in zapis ugotovitev v zdravstveno dokumentacijo.

8. Obračun 04003 Celotnega pregleda, čeprav je glede na zdravstveno dokumentacijo utemeljen obračun pregleda manjšega obsega

Obračuna se, ko zdravstvena storitev vključuje osebno in družinsko, socialno in delovno anamnezo, zunanji pregled celotnega telesa z oceno fizičnega in psihičnega stanja, avskultacijo, perkusijo toraksa, palpacijo abdomna, bezgavk in dojk, pregled lokomotornega aparata, orientacijski pregled čutil in živčevja, pregled glave in vratu, kože, merjenje RR, temperature, perifernega pulza in po potrebi osnovni ginekološki pregled, digitalni, rektalni, rinoskopijo, uroskopijo, otoskopijo in druge enostavnejše neinvazivne preiskave ter zapis ugotovitev v zdravstveno dokumentacijo.

9. Obračun storitev urgentnih centrov (UC) in slikovne diagnostike pri predvidljivih in dogovorjenih sprejemih

V skladu z določili vsakoletnega dogovora) se storitev UC, urgentne specialistične ambulantne obravnave in drugih storitev (slikovne diagnostike) ne obračuna, kadar gre za predvidljiv sprejem ali dogovorjen sprejem v akutno bolnišnično obravnavo. Tako velja tudi v času dežurne službe. Storitve ambulantnih

obravnav so v takem primeru del obračuna akutne bolnišnične obravnave in se ne obračunavajo še dodatno.

Za presojo **predvidljivega sprejema** je pomembno zdravstveno stanje pacienta ob prvem stiku z zdravstveno službo. Lahko je to že stanje, ki ga ugotovi ekipa, ki pacienta obravnava na terenu ali v UC. To so primeri, pri katerih zaradi ugotovljenega zdravstvenega stanja ni pričakovati, da bo za obravnavo stanja zadoščala ambulantna obravnava. Navajamo primera predvidljivega sprejema:

1. Zdravstvena ekipa na terenu ugotovi, da pacient ne kaže znakov življenja. Uspešno so zvedeni postopki oživljanja. Pacient je v UC pripeljan intubiran in mehansko ventiliran. Zagotovo bo sprejet v bolnišnično obravnavo, zato govorimo o predvidljivem sprejemu.
2. Starejši pacient je nenadoma pričel težko govoriti, ne more premikati desnih okončin, svojci so opazili povešen ustni kot. Ob prihodu v UC se stanje slabša z motnjami zavesti. Ni pričakovati, da bo stanje možno urediti v okviru ambulantne obravnave, zato govorimo o predvidljivem sprejemu.

O **dogovorjenem sprejemu** govorimo takrat, ko gre za premestitev pacienta iz druge bolnišnice ali je pacient naročen na sprejem za načrtovane posege ali diagnostiko in sprejem organizacijsko poteka preko urgentnega centra.

ZOBOZDRAVSTVENA DEJAVNOST

1. Neutemeljen obračun storitve s šifro 45320 topikalna aplikacija fluoridov

Storitev se opravi le po končanem saniranju zob ali pri nekarioznem zobovju in pri osebah, ki so vključene v sistematično zdravstveno oskrbo. Storitev mora biti opravljena v skladu s Pravilnikom za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni. Obračun temelji na podlagi ocene tveganja za nastanek kariesa, ki mora biti priložena zdravstveni dokumentaciji. Glede na to, da se ocena tveganja lahko spreminja, se preveri ob vsakem premazu. Topikalno aplikacijo fluoridov je možno obračunati do največ 4-krat (pri visoki oceni tveganja).

2. Obračun storitve s šifro 45394, impregnacija ali zaščita zoba pri otroku s kariesom ali kadar ne dovoli zdravljenja

Storitev se obračuna v primeru stekleničnega kariesa in pri hipomineralizaciji sklenine pri otrocih ter po brušenju zob kot predpriprava za protetično rehabilitacijo. Storitve impregnacije se ne obračunava tudi v primerih, ko ima otrok karies in ne dovoli zdravljenja. Osnova za obračun je zapis v zdravstveni dokumentaciji, iz katerega mora biti razvidna indikacija za opravljeno storitev.

3. Manjkajoča ali nepopolno izpolnjena tabela za doplačila

Doplačila pacientov (zavarovanih oseb) se izvajajo v skladu z 252. členom Pravil OZZ, v povezavi z določbami 112. člena Pravil OZZ in so dovoljenja izključno za uporabo materiala drugačnega ali višjega standarda, kot to določa 112. člen Pravil OZZ, ne pa za postopke izdelave. Doplačilo je razlika med samoplačniško ceno storitve in pogodbeno ceno. Znesek doplačila ne sme presegati te razlike. Osnova za priznavanja obračuna je v celoti izpolnjena Tabela 1, iz katere mora biti razvidna višina doplačila, ki ga zavarovana oseba plača za nadstandardni material. Tabela je obvezna za konzervativne in tudi za protetične storitve. V zdravstveni dokumentaciji mora biti izpolnjena Tabela 1, vključno z vpisano samoplačniško ceno in podpisom zavarovane osebe, kar dokazuje njeno seznanjenost s temi podatki.

Obvezna priloga dokumentaciji je izstavljen račun. V primeru, da samoplačniška cena ni zabeležena ali da ni podpisa zavarovane osebe, se obračun storitve v nadzoru zavrne. Ta zahteva je namenjena zaščiti pacientov (zavarovanih oseb), saj je bilo v nadzorih večkrat ugotovljeno, da je bilo doplačilo višje od razlike med samoplačniško ceno in ceno obračunano v breme OZZ.

Tabela 1. Tabela za doplačila

Datum storitve	Šifra storitve	Naziv storitve	Lokacija zoba	Uporabljen material	Polna cena obračunana ozz	Cena doplačila	Samoplačniška cena	Podpis zavarovane osebe

4. Uporaba lastnih obrazcev za zobno-protetično rehabilitacijo in nepopolno izpolnjeni delovni nalogi za zobno protetične storitve

Uradni listini za uveljavljanje pravice do zobno-protetične rehabilitacije (ZPR) sta predlog ZPR in delovni nalog. Uporaba lastnih obrazcev ni podlaga za obračun OZZ.

Navodilo za uveljavljanje pravice do zobno-protetične rehabilitacije z listinama predlog ZPR in delovni nalog za zobno protetične storitve natančneje opredeljuje uveljavljanje pravice do zobno-protetične rehabilitacije in uporabo ter izpolnjevanje obeh listin. V nadzorih se preverja pravilnost izpolnjevanja delovnega naloga. Za priznanje obračuna storitev v nadzoru morajo biti vse rubrike delovnega naloga izpolnjene. V nadzorih so na delovnem nalogu najpogosteje manjkale faze izdelave protetičnega nadomestka ali količina uporabljene kovine.

ZDRAVILA IN ŽIVILA ZA POSEBNE ZDRAVSTVENE NAMENE

1. Predpisovanje zdravila semaglutid (zaščiteni imeni Ozempic in Rybelsus) v nasprotju z omejitvami iz CBZ

Zdravilo semaglutid v obliki raztopine za injiciranje v injekcijskem peresniku z zaščitenim imenom Ozempic je v skladu s Povzetkom temeljnih značilnosti zdravila namenjeno zdravljenju odraslih z nezadostno urejeno sladkorno boleznijo tipa 2 kot dodatek k dieti in telesni vadbi. Evropska agencija za zdravila je registrirala zdravili Ozempic in Rybelsus (tablete) z učinkovino semaglutid le za zdravljenje sladkorne bolezni. Dodatno je zdravilo semaglutid ZZS določil omejitev predpisovanja v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki je razvidna v Centralni bazi zdravil, pri naslednjih terapevtskih indikacijah:

1. Za bolnike s sladkorno boleznijo tipa 2 ob maksimalnih odmerkih dvotirne peroralne terapije, ki imajo indeks telesne mase enak ali višji od 30 kg/m²; le, če je prišlo do znižanja glikiranega hemoglobina za več kot eno odstotno točko v 6 mesecih po uvedbi zdravljenja.

2. Za bolnike, ki jim je potrebno zdravljenje z inzulinom odložiti zaradi narave poklicnega dela.

Predpisovanje semaglutida (Ozempic ali Rybelsus) v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja je dovoljeno le v skladu z omejitvijo predpisovanja in ni dovoljeno z namenom izgube telesne mase (hujšanja).

2. Predpisovanje holkalciferola (vitamin D in analogi) v nasprotju z omejitvami iz CBZ

Zdravnik predpisuje holecalfiferol (vitamin D in analoge) v skladu s smernicami, povzetki temeljnih značilnosti zdravila in omejitvijo predpisovanja, ki je zapisana v Centralni bazi zdravil. V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja se predpisuje pri naslednjih indikacijah:

1. preprečevanje in zdravljenje osteopenije in rahitisa pri otrocih v prvem letu starosti, do 18. leta starosti pa le tistim z dejavniki tveganja, kot npr. otroci s kroničnimi boleznimi, ki so redno obravnavani pri subspecialistih, otroci, ki so predebeli (+ 2 SD odklona od idealne teže za starost in spol) in otroci s temno poltjo. Pediater na primarni ravni presodi in predpiše recept za vitamin D3 do 18. leta starosti.
2. nadomeščanje vitamina D pri osteopeniji in osteoporozi,
3. zdravljenje kronične ledvične bolezni, ledvične osteodistrofije, hipoparatiroidizma in hipofosfatemičnega rahitisa,
4. malabsorbcijo in druge motnje, ki povzročajo pomanjkanje vitamina D,
5. dolgotrajno zdravljenje s sistemskimi glukokortikoidi,
6. nadomeščanje vitamina D pri zdravljenju kostnih zasevkov,
7. nadomeščanje vitamina D osebam, ki zaradi zdravstvenih razlogov pretežno bivajo v zaprtih prostorih in so visoko ogroženi za hudo pomanjkanje vitamina D.

Za druge terapevtske indikacije je zdravilo samoplačniško in ga ni dovoljeno predpisovati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Prav tako je samoplačniško nadomeščanje v primeru laboratorijsko potrjene znižane vrednosti 25-hidroksivitamina D v serumu, če ne gre za terapevtske indikacije, ki so navedene v omejitvi predpisovanja.

3. Predpisovanje antibiotika azitromicin (zaščiteni imeni Sumamed, Azibiot) v nasprotju z omejitvami iz CBZ

Zdravnik predpisuje antibiotik azitromicin v skladu s smernicami, povzetkom temeljnih značilnosti zdravila in omejitvijo predpisovanja, ki je zapisana v Centralni bazi zdravil. V breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ga ni dovoljeno predpisati kot zdravilo prve izbire za zdravljenje akutnega vnetja srednjega ušesa, vnetja obnosnih votlin, streptokoknega tonzilofaringitisa, za vnetje kože (npr. akne) in podkožja; za te terapevtske indikacije ga je mogoče predpisati le v primeru preobčutljivosti za antibiotik izbire, kadar je indicirano zdravljenje z antibiotikom.

4. Predpisovanje živil za posebne zdravstvene namene (v nadaljevanju: živila) v z omejitvami iz CBZ

Pooblaščen zdravnik lahko na recept v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja pacientom predpiše naslednje vrste živil, ki jih je ZZS razvrstil na pozitivno listo:

1. živila s prilagojeno sestavo hranil, ki so namenjena za trajno zdravljenje zavarovanih oseb z vrojenimi motnjami presnove;
2. živila za prehransko podporo, ki so namenjena bolnikom z akutnim poslabšanjem hude kronične bolezni s hudim telesnim izčrpanjem in bolnikom, pri katerih je do takšnega stanja prišlo zaradi neželenih učinkov terapevtskih postopkov, za katere je takšna dopolnilna prehrana potrebna za bistveno izboljšanje kakovosti življenja ali uspeh zdravljenja;
3. živila za otroke z alergijami, ki so namenjena otrokom s hudimi alergijami in drugimi težkimi oblikami intolerance na hrano.

Zdravnik pacientu, ki je v eni od navedenih treh skupin, predpiše živilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu omejitvijo predpisovanja, ki je pri posameznem živilu zapisana v Centralni bazi zdravil. Živila za prehransko podporo (2. točka vrst živil) lahko v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja prvič predpiše le zdravnik z znanji klinične prehrane na osnovi prehranske obravnave, ki jo zapiše v zdravstveni dokumentaciji in opredeli z ustrežno diagnozo. Po treh mesecih od uvedbe živila (medicinske prehrane) je treba opraviti ponovno prehransko obravnavo pri zdravniku z dodatnimi znanji klinične prehrane, ki mora

opredeliti potrebo po nadaljnji prehranski podpori oz. terapiji in spremljanju pacienta. Izbrani osebni zdravnik, ki nima dodatnih znanj klinične prehrane, lahko predpisuje živilo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja (na recept) na podlagi izvida zdravnika z dodatnimi znanji klinične prehrane, ki je indiciral prehransko podporo oz. terapijo, za obdobje, kot je navedeno v izvidu.

PATRONAŽA IN ZDRAVSTVENA NEGA

1. Obračun zdravstvenih storitev ob izvedbi socialnih storitev

Socialne storitve sodijo na področje dela Centrov za socialno delo ali drugačne organizirane pomoči in jih je potrebno tja tudi nasloviti. Zato je storitve, kot so "npr. pomoč pri negi, edukacija svojcev o uporabi MP", možno predpisati na delovni nalog za patronažo le za kratko premostitveno obdobje, praviloma-največ za 1 mesec.

Za krajše, premostitveno časovno obdobje (**praviloma največ 1 mesec**), ko svojci ne morejo skrbeti za pacienta in ni druge oblike organizirane pomoči na domu, je mogoč obračun meritev krvnega sladkorja, aplikacije insulina ali antikoagulantne terapije in nege bolnika (npr. edukacija nege, pomoč pri negi, edukacija svojcev o uporabi medicinskega pripomočka) v breme OZZ, na delovni nalog za patronažo. V takem primeru se obračuna storitev s šifro PZN1109 Ponovna kurativna obravnava pacienta in dodatno evidentira evidenčna storitvijo npr. za pomoč pri negi EPZN120910; srednje medicinske sestre/tehniko zdravstvene nege pa obračunajo storitev PZN1209 Ponovna kurativna obravnava pacienta na dejavnosti 544 034 (iz šifranta 15.53 za obračun ZZS). Nalogo nato prevzamejo svojci oziroma sodi na področje Centra za socialno delo ali drugačne organizirane pomoči.

2. Nepopolno dokumentirana PZN1105 Preventivna obravnava kroničnega pacienta – daljša, PZN1106 Preventivna obravnava kroničnega pacienta – krajša, PZN1114 Preventivna obravnava starejše osebe

Za obračun je potrebna celovita zdravstvena dokumentacija narejenega, vključno z npr. vprašalniki. Kaj obsega ta storitev, je zapisano v dolgem opisu šifre. V nadzorih je bila večkrat ugotovljeno, da o izvedbi storitve ni bilo zapisa ali je bil ta pomanjkljiv (npr. ni bilo podatka o postavljeni diagnozi kronično nenalezljive bolezni, podatka o odkritem/ih dejavniku/ih tveganja, pomanjkljiv zapis glede zdravstveno vzgojnega svetovanja), ni bilo Vprašalnika za preventivni pregled na področju kroničnih nenalezljivih bolezni v patronažnem varstvu (del vprašalnika z rezultati) in vprašalnika Ocena tveganja za padce (pri osebah starejših od 65 let).

Storitev PZN1106 Preventivna obravnava kroničnega pacienta – krajša lahko patronažna medicinska sestra obračuna samo v primeru, da je pred tem pri kroničnem pacientu že izvedla daljšo preventivno obravnavo (PZN1105) in ugotovila dejavnike tveganja. Obračun krajše preventivne obravnave (šifre PZN1106) kot prve preventivne storitve pri kroničnem pacientu ni dovoljen, saj gre za smiselno nadaljevanje daljše preventivne obravnave.

3. Neutemeljen obračun PZN1108 Prva kurativna obravnava pacienta oz. PZN1109 Ponovna kurativna obravnava pacienta/PZN1209 Ponovna kurativna obravnava za pripravo, kontrolo jemanja ali dajanje zdravil

Priprave zdravil po shemi, kontrole jemanja ali dajanja zdravil ni možno obračunati v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Nalogo prevzamejo svojci oziroma sodi na področje Centra za socialno delo ali drugačne organizirane pomoči.

DEJAVNOST NASTANITVENIH USTANOV ZA BOLNIŠKO NEGO

1. Neutemeljena obračun nege IV v domovih za ostarele (E0002 Medicinska oskrba – dan na VZD 644 415 Zdravstvena nega v dejavnosti nastanitvenih ustanov za bolniško nego, Nega IV v domovih za ostarele)

Oskrbovanca domov za starejše razvrščamo v tipe zdravstvene nege glede na zdravstveno stanje oskrbovanca in opravila zdravstvene nege. S storitvijo 644 415 Nega IV v domovih za ostarele se obračuna najzahtevnejši tip zdravstvene nege. Najzahtevnejši tip nege pacienta se obračuna za glede na Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti nege, ki so priloga Dogovora, kjer so navedeni pogoji za izvajanje najzahtevnejše zdravstvene nege, kriteriji za razvrstitev v kategorijo najzahtevnejše zdravstvene nege in dokumentacija, ki jo je potrebno voditi v teh primerih. V nadzorih je bilo ugotovljeno, da je bila nepravilno obračunana najzahtevnejša zdravstvena nega, ker je bila pri obračunu storitev kot kriterij za razvrstitev v najzahtevnejšo nego upoštevano le izvajanje ene od storitev, ki so na seznamu meril za razvrščanje.

Primer nepravilnega obračuna nege je, da se je obračunala za hidracijo, kar ne ustreza definiciji parenteralne prehrane. Najzahtevnejšo nego navedena aplikacija parenteralne prehrane, čeprav je bila, glede na zapisano v zdravstveni dokumentaciji, izvajana hidracija z 0,9 % NaCl 500 ml i.v ali s.c., kar ne ustreza definiciji parenteralne prehrane, ki je oblika prehranske podpore, pri kateri se hranila dovajajo neposredno v veno. Ker je presnovno stanje teh pacientov zaradi kaheksije zelo kompleksno, je predpisovanje te terapije mogoče samo po predhodni oceni pacientovega splošnega stanja in klinične ocene odpovedi prebavil. Storitve vzpostavitve venskega kanala sodi v kategorijo zdravstvene nege III (Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege III/4).

V nadzorih je bilo ugotovljeno tudi nepravilno razvrščanje v najzahtevnejši tip zdravstvene nege v primerih, pri katerih je bilo izvajano prezračevanje prostorov na 1-2 uri, ki se je izvajalo v sklopu zdravstvene nege pacientov, ki morajo biti izolirane ali zahtevajo poseben režim izvajanja zdravstvene nege (preventiva prenosa). Poudarjamo, da so storitve zdravstvene nege pacientov, ki morajo biti izolirane ali zahtevajo poseben režim izvajanja zdravstvene nege, ena izmed štirih oziroma petih storitev, ki jih je potrebno izvesti in dokumentirati za obračun najzahtevnejše zdravstvene nege.

VPRAŠANJA IN ODGOVORI O OBRAČUNU ZDRAVSTVENIH STORITEV

NAPOTNE LISTINE (NAPOTNICA, DELOVNI NALOG)

POPRAVLJENO

NZD/NAP/1 Ali je zdravnik osnovne zdravstvene dejavnosti dolžan naročati preiskave po navodilu specialistov?

Odgovor: Napotni specialist je dolžan izdati vse napotnice za preiskave, ki jih je po svoji strokovni presoji indiciral.

UMAKNJENO

NZD/NAP/2 Ali se za nujne obravnave potrebuje napotnica?

Odgovor: Za nujne obravnave napotnica ni potrebna (Pravila OZZ), potrebna pa je za nadaljnje. 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/3 Ali lahko IOZ izda napotnico za klinično raziskavo?

Odgovor: Ne.

NZD/NAP/4 Kako naj izpolnim napotnico za operacijo katarakte, da bo vključen tudi prvi okulistični pregled po operaciji pri operaterju?

Odgovor: Za operacijo katarakte na enem ali obeh očesih zadošča ena napotnica. Prvi ambulantni okulistični pregled po operaciji katarakte pri operaterju je že vključen v obračun samega operativnega posega, se še posebej in dodatno ne obračunava.

POPRAVLJENO

NZD/NAP/5 Ali se specialist 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: Specialist se lahko odloči, da poda samo mnenje o stanju in navodila za zdravljenje ter v specialističnem mnenju zapiše, da je zdravljenje pri njem zaključeno, kar označi v sistemu eNaročanja.

NZD/NAP/6 Ali sme oziroma mora specialist splošne oz. družinske medicine, ki dela tudi v diabetološkem dispanzerju (antikoagulantni ambulantni), pisati napotnico za pregled v diabetološkem dispanzerju pacientom, ki jim je hkrati IOZ in diabetolog (zdravnik v antikoagulantni ambulanti)?

Odgovor: V ambulanti za diabetike (antikoagulantni ambulantni), ki ima status specialistične ambulante, se za beleženje in obračun v breme OZZ priznajo storitve, opravljene pacientom na osnovi veljavne napotnice

(z izjemo nujnih primerov). Zdravnik ne bo sam sebi pisal napotnic, temveč bo »svoje paciente«, ki imajo diabetes (potrebujejo vodenje v antikoagulantni ambulanti), obravnaval v okviru splošne ambulante.

NZD/NAP/7 Ali lahko napotni zdravnik (po pregledu pacienta) na podlagi napotnice osebnega zdravnika, izstavi obravnavani osebi napotnico za potrebno preiskavo, ki bo opravljena na drugi datum v isti ali v drugi organizacijski enoti?

Odgovor: Napotnica se izda za izvedbo enkratne zdravstvene storitve, omejena pa je vsebinsko. Res je, da to storitev napotni zdravnik praviloma izvede ob enem obisku obravnavane osebe, lahko pa se dogodi, da za izvedbo storitve (npr. podaja mnenja) potrebuje dodatne preiskave oziroma diagnostične storitve, ki jih zaradi organizacijskih težav ne more izvesti takoj in ob enem obisku, ali pa zato, ker za podajo mnenja potrebuje zdravstveno storitev, ki je sam ne izvaja.

- 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 vse dodatne storitve, potrebne za podajo mnenja, opravil v najkrajšem roku ter na podlagi teh podal končno mnenje. V tem primeru ne bo izdal nove, zelene napotnice, saj je bila pacientu za to obravnavo na tej VZD že izdana.
- Če gre za storitve, ki jih izvajalec ne opravlja sam (na primer gastroskopija) in se izvajajo v drugi VZD (v gastroenterologiji), bo izdal napotnico za nadaljnje specialistične preglede oz. preiskave ali za zdravljenje.
- Enako velja, kadar storitve izvajalec ne opravlja sam (na primer obremenitveno testiranje), opravlja pa jo drug izvajalec na istem VZD (kardiologija).

Ko zdravnik prejme izvide vseh preiskav, napiše mnenje (ali na drug način seznanji pacienta) in načrt nadaljnjih ukrepov - predvidi zdravljenje, ne more obračunati nobene dodatne storitve, saj to sodi v obravnavo, na kateri so bile storitve indicirane.

UMAKNJENO

NZD/NAP/8 Kaj sme obračunati napotni zdravnik, če ima ZO napotnico za določeno storitev (npr. urodinamika, slikovna diagnostika)?

Odgovor: Napotni zdravnik praviloma obračuna le preiskavo, na katero je ZO napotena. Pregled in morebitno nadaljnjo diagnostiko lahko obračuna le v primeru, ko je rezultat preiskave pokazal, da je to indicirano, kar mora biti razvidno iz verodostojnega zapisa v zdravstveni dokumentaciji.

UMAKNJENO

NZD/NAP/9 Ali je osebni zdravnik dolžan naknadno izdati napotnico, potem ko je bil pacient že 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.

NZD/NAP/10 Kdo izda napotnico za androloga?

Odgovor: Napotnico izda IOZ.

NZD/NAP/11 Ženska, ki sicer ima izbranega ginekologa, pride na specialistični ginekološki pregled z napotnico napotnega abdominalnega kirurga. Ali je takšna napotnica veljavna?

Odgovor: Napotnica abdominalnega kirurga je veljavna.

NZD/NAP/12 Ali je tudi za obravnavo novorojenčka po odpustu iz bolnišnice na sekundarnem nivoju potrebna napotnica?

Odgovor: Da.

NZD/NAP/13 Ali je za napotitev v antikoagulantno ambulanto, katero vodi zdravnik specialist splošne ali družinske medicine, potrebna napotnica?

Odgovor: Da

NZD/NAP/14 Ali se lahko v primeru ponovnega sprejema novorojenčka zaradi obravnave predhodno že obravnavanega stanja obračuna nov primer ABO in ali je potrebna nova napotnica?

Odgovor: V primeru, da zdravnik ob odpustu predvidi kontrolo čez 2 - 3 dni zaradi npr. mejnih vrednosti bilirubina, se to obračunsko šteje kot nadaljevanje predhodne obravnave, zato nova napotnica ni potrebna.

NZD/DN/1 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 Sem specialist fizioter 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: Napotene paciente lahko fizioter z delovnim nalogom napoti na terapije, ki so strokovno indicirane za diagnozo, zaradi katere je pacient napoten k fiziatru. Če fizioter meni, da sta potrebna tako FO kot delovna terapija, izda dva delovna naloga.

SPLOŠNI DEL (smiselno veljaven za vse vrste zdravstvenih dejavnosti)

UMAKNJENO

VSE DEJAVNOSTI/1 Kdaj se obračuna prvi ali kontrolni pregled?

Odgovor: Definiciji prvega in kontrolnega pregleda opredeljeni v ZPacP veljata tudi za obračun ZZZS.

VSE DEJAVNOSTI/2 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 Kdaj se lahko obračunajo storitve, ki imajo šifro v SNO 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 zdravstvena oskrba pacienta. Storitve, označene z dvema zvezdicama, je mogoče obračunati poleg ambulantne oskrbe.

VSE DEJAVNOSTI/4 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 zdravstveni dokumentaciji praviloma opisan tudi klinični status, ki definira vrsto oziroma obseg pregleda po SNO. Če klinični status ni opisan, je najmanjši potreben obseg podatkov iz zdravstvene dokumentacije opisna diagnoza, vendar le v primerih, ko ustrezno ponazarja lokalni status.

- V primeru, da je v zdravstveni 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 zdravstveni dokumentaciji naveden klinični status, se na njegovi osnovi prizna vrsta pregleda v skladu z definicijami posameznih pregledov iz SNO.
- V primeru, da v zdravstveni dokumentaciji ni niti najmanjšega obsega podatkov - opisne diagnoze -, se obračunani pregled ne prizna.
- V primeru, da je v zdravstveni 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 zdravstveni 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.

Navedeno smiselno velja tudi za področje zobozdravstva.

POPRAVLJENO

VSE DEJAVNOSTI/5 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

opravljenega pregleda. Pregled lahko opravi in obračuna le zdravnik, ne pa tudi drugi zdravstveni delavci oz. sodelavci. Velja tudi za preglede na daljavo.

VSE DEJAVNOSTI/6 Ali je mogoče hkrati obračunati zdravstveno oskrbo, svetovanje oziroma konzultacijo?

Odgovor: Hkratno obračunavanje navedenih storitev ni možno, saj sta svetovanje oziroma konzultacija vključeni v zdravstveno oskrbo.

VSE DEJAVNOSTI/7 Kolikokrat dnevno je mogoče obračunati storitvi pregled in oskrba?

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

VSE DEJAVNOSTI/8 Kako se praviloma obračuna prvi specialistični pregled v ambulanti po predhodni hospitalizaciji: kot prvi pregled ali kot ponovni pregled?

Odgovor: Skladno z definicijama prvega in kontrolnega pregleda po ZPacP se v tem primeru obračuna kontrolni pregled.

UMAKNJENO

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

Odgovor: Storitve 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/10 Kako se obračuna odčitavanje preiskav, opravljenih na drugem mestu (osebno predstavljenih, prispelih po pošti)?

Odgovor: Razlaganje in odčitavanje preiskav, ki so bile opravljene drugje (pri drugem izvajalcu) ni dovoljeno obračunavati, saj je to že vključeno v ceno izvedbe preiskave.

VSE DEJAVNOSTI/11 Katera storitev se lahko obračuna, kadar lečeči specialist predstavi pacienta vsaj trem specialistom, in ti podajo pisno mnenje o nadaljnji diagnostiki/obravnavi?

Odgovor: Sredstva za delo multidisciplinarnih timov, izvedbo in podajo mnenja ekspertnih konzilijev se v primerih, ko osebni ali napotni zdravnik pacienta z ustrezno napotno dokumentacijo napoti na sekundarni nivo za predstavitev konziliju, plačuje po načelu naročnik-plačnik. V primeru napotitve k izvajalcu na terciarni nivo pa so sredstva za interdisciplinarne ekspertne konzilije vključena v njihova letno dodeljena sredstva za program Terciar II.

UMAKNJENO

VSE DEJAVNOSTI/12 Kdaj lahko izvajalec obračuna konzultacijo s šifro 11604?

Odgovor: Konzultacijo pri specialistu (11604) sme izvajalec obračunati le, ko so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

1. na napotnici je izrecno zapisano naročilo zdravnika (predpisovalca napotnice) »za konzultacijo«;
2. zdravnik, ki izda napotnico, mora tej priložiti pacientovo zdravstveno dokumentacijo in obširnejše pisno sporočilo, v katerem napotnemu zdravniku podrobneje predstavi dosednji 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. Obračun konzultacije namesto oskrbe ni možen.

VSE DEJAVNOSTI/13 Kaj narediti, če zdravnik pacienta med trižiranjem napotnice 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 trižni pregled pri pacientu, ki je prišel z enkratno napotnico? Ali lahko obračunamo pregled na enkratno napotnico ob prvem trižnem pregledu in na pregledu, ko pacienta naročimo?

Odgovor: V dolgem opisu storitve s šifro 91102 – trižiranje napotnice (seznam storitev 15.42) je navedeno, da gre za trižiranje napotnice pred umestitvijo pacienta na čakalni seznam, brez prisotnosti pacienta***. Zdravnik specialist ima veljavno napotnico za specialistično obravnavo. Zdravnik specialist izvede trižiranje napotnice, pri čemer se posvetuje z zdravnikom, ki je napotnico izdal, in/ali s pacientom ter napiše mnenje oziroma ugotovitve te triže. Datum in vsebino storitve zdravnik specialist zabeleži v zdravstveno dokumentacijo pacienta. Osebni zdravnik in pacient prejmeta beležene ugotovitve triže.

Gre za storitev, ki se izvede brez prisotnosti pacienta. 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 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 trižni pregled nima svoje šifre v veljavnih šifrantih (SNO).

VSE DEJAVNOSTI/14 Kdo krije stroške odvzema krvi za določitev PTČ in INR, ki ga opravi patronažna MS?

Odgovor: Plačnik storitve odvzema krvi je izvajalec, ki je obračunal storitve antikoagulantne ambulante.

VSE DEJAVNOSTI/15 Ali je računalniški izpis kartoteke enakovreden ročnemu zapisu v kartoteki?

Odgovor: Za potrebe nadzorov, ki jih izvaja ZZS, zadošča zapis v elektronski dokumentaciji. Potrebno je upoštevati veljavne predpise o vodenju in shranjevanju zdravstvene dokumentacije.

VSE DEJAVNOSTI/16 Katero storitev lahko izvajalci beležijo v primeru cepljenja odraslih?

Odgovor: V splošnih ambulantah se cepljenje obračuna s šifro K0048 (Cepljenje odraslega). Storitve se obračuna tolikokrat, kolikor aplikacij cepiva je bilo opravljenih. V zdravstveni dokumentaciji zadošča minimalen zapis »negativnih« anamnestičnih podatkov in kliničnih ugotovitev, ki zadosti zahtevam stroke. Za storitvi s šifro K0047 (Pregled pred cepljenjem odraslega) in K0048 (Cepljenje odraslega) veljajo sledeče vsebine obravnave: 6 Obvezno cepljenje , 9 Preventiva , 10 Paliativna oskrba.

V specialističnih zunajbolnišničnih ambulantah se storitev beleži s šifro 43390 (Cepljenje - posamična aplikacija vakcine***), ki je označena s tremi zvezdicami.

VSE DEJAVNOSTI/17 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 s šifro K0021 - srednji poseg, če je izvedel snemanje in odčitavanje EKG. Če zdravnik specialist posname in interpretira EKG preiskavo, ZZS 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 ZZS, 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/18 Kako se obračuna terapevtska venepunkcija?

Odgovor: Zdravnik v splošni ambulanti lahko terapevtsko venepunkcijo obračuna s šifro K0022 – veliki poseg.

Na sekundarni ravni se terapevtska venepunkcija obračuna v okviru specialistične internistične dejavnosti s šifro iz SNO 88201 (Veneseckija***), ali s pregledom in oskrbo, če je bil pregled opravljen in je bil pacient sprejet v oskrbo, brez 88201 (Veneseckija***).

VSE DEJAVNOSTI/19 V katerih primerih lahko zdravnik v UC izda napotnico?

Odgovor: Zdravnik v UC izda napotnico le:

- 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);
- zaradi potrebe po napotitvi pacienta k specialistu ali v bolnišnico zaradi nadaljnjih storitev, ki jih ni mogoče odložiti do dne, ko bi se lahko pacient zglasil pri osebnem zdravniku za izdajo napotnice.

Sprememba Navodila za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z napotnico od 1. 7. 2022 dalje ukinja obveznost izdaje napotnice za izvedbo slikovne diagnostike, ki je neposredno potrebna v okviru obravnave nujnih stanj ali neodložljivega zdravljenja. Po dogovoru z izvajalci se sledljivost napotitve pacienta v teh primerih zagotavlja v sistemu RIS PACS tako, da je izpolnjena tudi rubrika napotna diagnoza ali je opisano zdravstveno stanje pacienta.

VSE DEJAVNOSTI/20 Po opravljenem pregledu naročimo bolnika na dodatne preiskave in specialistične preglede. Naročene preiskave in pregledi imajo različne časovne termine, v katerih so izvedene, zato obravnavo zaključimo kasneje in takrat izdamo končni izvid. Ali lahko omenjeno dodatno delo po prejetih izvidih obračunamo?

Odgovor: Po opravljenem pregledu izvajalec zdravstveno storitev obračuna z obsegom pregleda, ki ga je opravil in evidentiral v zdravstveni dokumentaciji ter ustrezno specialistično ambulantno oskrbo. Iz dolgega opisa specialistične ambulantne oskrbe je razvidno, da vključuje napotitev na dodatne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave oziroma specialistične preglede, analizo zbranih podatkov in mnenj, postavitve delovne in končne diagnoze ter pripravo načrta zdravljenja. Iz zapisanega izhaja, da v navedenem primeru ni mogoče obračunati dodatnih storitev, ker so del že obračunanih storitev.

VSE DEJAVNOSTI/21 Kako ravnamo v primeru, če nam osnovnošolski otroci, ki jim damo pristopno izjavo domov v podpis staršem, podpisane izjave ne vrnejo?

Odgovor: Pravila OZZ v 162. členu določajo, da osebnega zdravnika za otroka do 15. leta starosti izberejo njegovi starši, varuh ali skrbnik. V primeru, če je otrok na pregled prišel sam in ne v spremstvu odrasle osebe ter še nima podpisane izbire pri tem zdravniku, je potrebno navezati stik s starši oz. drugo osebo, ki zastopa otroka, da podpiše listino o izbiri. Hkrati se jih opozori, da bodo v primeru, da listina ne bo podpisana, pri uveljavljanju nadaljnjih zdravstvenih storitev samoplačniki, razen za nujno zdravljenje. Če gre za otroka, starejšega od 15 let, lahko ta sam podpiše listino.

VSE DEJAVNOSTI/22 Kateri pogoji morajo biti izpolnjeni, da je obračun opravljenih ambulantnih zdravstvenih storitev v breme OZZ utemeljen?

Odgovor: Obračun storitev je utemeljen, ko je iz zapisa v zdravstveni dokumentaciji razvidno, da je opravljena storitev v skladu z dolgimi opisi in drugimi merili iz veljavnih Šifrantov za obračun Zavodu.

VSE DEJAVNOSTI/23 Kakšne so obveznosti napotnega zdravnika glede napotitve na potrebne zdravstvene storitve? Ali to naroči izbranemu osebnemu zdravniku?

Odgovor: V skladu s 5. odstavkom 176. člena Pravil OZZ je napotni zdravnik (tisti na katerega so bila z napotnico prenešana pooblastila) med drugim dolžan pacienta tudi napotiti na drugo zdravstveno storitev, kadar ugotovi, da je to potrebno (npr. izdati napotnico za UZ srca in druge potrebne napotnice) in tega ne sme prenašati nazaj na IOZ.

UMAKNJENO

VSE DEJAVNOSTI/24 V katerih primerih se uporablja evidenčna storitev E0759 - Evidenčno spremljanje - samostojno opravljena diagnostika?

Odgovor: Storitve E0759 se evidentira le takrat, ko je oseba napotena izključno na izvedbo diagnostične storitve (brez pregleda in morebitnih nadaljnjih obravnav). Storitve E0759 se pri isti osebi za enako zdravstveno stanje evidentira izključno ob prvi opravljeni preiskavi ob prvem obisku. Evidentiranje storitev E0273 in E0759 pri isti osebi za enako zdravstveno stanje ni upravičeno, saj samostojno opravljena diagnostika po ZPacP šteje kot prvi pregled.

VSE DEJAVNOSTI/25 Kako se napotuje in obračuna izreze kožnih sprememb?

Odgovor: Mnenje RSK za Dermatovenerologijo z dne 25. 9. 2023 (smernice) je, da se za izrez predlagajo le tiste kožne spremembe, ki so klinično in dermatoskopsko sumljive za malignom in za končno opredelitev potrebujejo izrez in patohistološki pregled ali druge funkcionalno moteče kožne spremembe povsem

benignega značaja, npr. seboroična keratoza, mehki fibromi, senilni hemangiomi, navadne bradavice, navadni melanocitni nevusi.

Mnenje se upošteva tako pri napotitvah pacientov za izrez kožnih sprememb kot pri kirurški obravnavi napotjenih pacientov v breme OZZ, saj bo obračun odstranjenih kožnih znamenj priznan le, če bo v skladu s smernicami.

Veljavno od 29.11.2023, ko je bil poslan dopis Zavoda izvajalcem zdravstvenih storitev.

NOVO

VSE DEJAVNOSTI/26 Kdaj se obračuna storitev pregleda duševno/telesno bolnih?

Odgovor: Kadar pacient ustreza kriterijem iz 3. člena Zakona o socialnem vključevanju invalidov (ki je v letu 2019 nadomestil Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb), se po opravljenem pregledu obračuna storitev pregleda duševno/telesno bolnih (npr. šifra 01010 Delni pregled duševno/telesno bolnih). V zobozdravstvu pa se za delo z duševno/telesno prizadetimi osebami obračuna 30% povišanje št. točk.

V zdravstveni dokumentaciji so potrebna dokazila, ki so v skladu s 4. členom Zakona o socialnem vključevanju invalidov naslednja: poleg odločbe Centra za socialno delo o priznani pravici do dodatka za nego otroka, zadnja odločba o usmerjanju, ki jo je izdal organ, pristojen za usmerjanje otrok s posebnimi potrebami, izvedensko mnenje Univerzitetnega inštituta Republike Slovenije – SOČA ter mnenje invalidske komisije Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje Slovenije. Iz vseh dokazil mora izhajati telesna/duševna prizadetost zavarovane osebe.

Zadostuje tudi izvid specialista, kjer je bila postavljena diagnoza, ki je v skladu s 3. členom Zakona o socialnem vključevanju invalidov.

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. Zapis mora vsebovati vse elemente, ki so opredeljeni v SNO. 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 prenese opravljanje teh storitev na drugo ustrezno enoto zdravstvenega zavoda, ki sistematično in organizirano skrbi za izvajanje preventivnega programa. Dodatnih storitev pri sistematskih pregledih na istem terminu ni možno obračunati.

POPRAVLJENO

NZZD/SPL/2 Kako se obračuna zdravniško potrdilo v pedontologiji?

Odgovor: ZZS 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.

UMAKNJENO

NZZD/SPL/3 Kdaj je upravičeno ZZS obračunati storitev individualna navodila (97401)?

Odgovor: Storitve razna individualna navodila in svetovanje (97401) se ne more obračunati skupaj s pregledom. Storitve 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 Kakšna je definicija trajnostne dobe in garancijske dobe?

Odgovor: Garancijska doba je doba, v kateri mora izvajalec, začeni z dnevom izdelave zalivke oziroma izdelave zobnoprostetičnega nadomestka, na lastne stroške popraviti ali zamenjati zalivko oziroma zobnoprostetični pripomoček, ki je postal v tem času neustrezen ali neuporaben.

Trajnostna doba pa je doba, po izteku katere ima zavarovana oseba pravico do novega pripomočka, če je stari funkcionalno ali anatomsko neustrezen.

Trajanje garancijske in trajnostne dobe je časovno različno in je podrobneje opredeljeno v Pravidih OZZ.

NZZD/SPL/5 Ali lahko zavarovana oseba zamenja zobozdravnika pred potekom enega leta samo z navedbo razloga zamenjave ali ji mora to odobriti komisija?

Odgovor: V primeru, da oseba 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 v varstvenem centru, izda tudi splošni zdravnik?

Odgovor: Da.

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 populacijo. Ta 10-odstotni program ne zajema storitev, opravljenih v urgentni službi.

UMAKNJENO

NZZD/SPL/8 Ali lahko v času dopustov in drugih odsotnosti enega zobozdravnika ostali zobozdravniki v istem zavodu nudijo tudi konzervativne in zobnoprostetične 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 v skladu s svojimi akti določi zdravstveni zavod, kjer je zaposlen. Le tako lahko pooblaščen zobozdravnik opravlja vse storitve za ZO, ki so opredeljene pri zobozdravniku, ki ga nadomešča. Nujne storitve so dolžni nuditi vsi zobozdravniki.

UMAKNJENO

NZZD/SPL/9 Ocena umske prizadetosti pri nasvetih oziroma navodilih ne sodi v delo stomatologa in je lahko sodno obremenjujoča.

Odgovor: ZZZS od zobozdravnika ne zahteva pisne ocene stopnje prizadetosti zavarovanca, ampak le utemeljitev, zakaj je treba porabiti več časa za individualna navodila.

NZZD/SPL/10 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 osebo odkloniti, določa 2. alineja 169. člena Pravil OZZ oziroma jo je možno odkloniti tudi v primeru, če ima izbrani zobozdravnik število opredeljenih oseb za 10 % večje, kot je povprečje v njegovi območni enoti.

UMAKNJENO

NZZD/SPL/11 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/12 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 OZZ, kdaj, za kaj in koliko je pacient doplačal.

POPRAVLJENO

NZZD/SPL/13 Kaj je to doplačilo?

Odgovor: Doplačilo je razlika v ceni med plačilom ZZZS ter samoplačniško ceno tovrstne storitve. V zdravstveni 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, cena doplačila, samoplačniška cena, ter podpis zavarovane osebe za vsako tovrstno storitev, tako kot kaže spodnja tabela. Obvezna priloga v zdravstveni dokumentaciji je tudi izstavljen račun.

Datum storitve	šifra storitve	Naziv storitve	Lokacija zoba	Uporabljen material	Polna cena obračunana ozz	Cena doplačila	Samoplačniška cena	Podpis zavarovane osebe

NZZD/SPL/14 Ali je v zdravstveni dokumentaciji treba zapisati, kateri material smo uporabili?

Odgovor: Da.

Obračuna storitev se ne prizna, če v zdravstveni dokumentaciji ni zapisa o vrsti uporabljenega materiala pri:

- anestezijskih (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 koreninskih kanalov, delovna dolžina koreninskih kanalov, apikalna igla (in/ali morebiten sistem strojnega širjenja) pri polnitvah koreninskih kanalov - vrsta polnilnega materiala),
- protetičnih storitvah* (ob tem še količina in št. lota).

Obračun storitev je utemeljen, če so v zdravstveni dokumentaciji vpisani vsi materiali, ki se uporabljajo ob storitvah.

** Pri protetičnih storitvah ni potreben zapis količine PMMA, fasetrinih materialov in kovine pri VKB.*

NZZD/SPL/15 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, kar mora biti dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji, ima skladno s 5. odstavkom 112. člena Pravil OZZ pravico do drugega ustreznega materiala. Pacientu se v takem primeru izdelava zalivko iz kompozita (šifre 52320-02, 52321-02 ali 52322-02), ki se tudi obračuna.

NZZD/SPL/16 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/17 Kako ravnati v primeru alergije na standardni material pri protetičnih storitvah?

Odgovor: Za primere izkazane in v zdravstveni dokumentaciji dokumentirane alergije na standardne materiale se protetične storitve obračunajo (uvedeno z Okrožnico ZAE 3/2019) s štirimi možnimi storitvami, ki omogočajo dodatek k plačilu obstoječe storitve. To so naslednje storitve: Dodatek za vlito zalivko zaradi alergije (E0723), Dodatek za prevleko in mostiček zaradi alergije (E0724), Dodatek za delno protezo zaradi alergije (E0725) in Dodatek za totalno protezo zaradi alergije (E0726).

NZZD/SPL/18 Ali lahko specialist izda delovni nalog za RTG slikanje zob, če je bila zavarovana oseba napotena k specialistu z ustrezno napotnico?

Odgovor: V skladu s prejeto ustrezno napotnico lahko specialist izda delovni nalog za RTG slikanje zob, če je mnenja, da potrebuje drugo vrsto RTG posnetka ali novejši RTG posnetek. Ni potrebno, da se osebo pošilja po nov delovni nalog za RTG zob k izbranemu osebnemu zobozdravniku.

NOVO

NZZD/SPL/19 Kdaj se obračuna povečana točkovna vrednost storitve v zobozdravstvu?

Odgovor: Kadar pacient ustreza kriterijem iz 3. člena Zakon o socialnem vključevanju invalidov (ki je v letu 2019 nadomestil Zakon o družbenem varstvu duševno in telesno prizadetih odraslih oseb).

NOVO

NZZD/SPL/20 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.

NEAKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA (NBO)

NBO/1 Ali se lahko pacienta iz DSO sprejme na oddelek NBO?

Odgovor: Ne, na ta oddelek se ne sprejemajo pacienti iz socialnovarstvenih ustanov. Sprejem v neakutno obravnavo mora biti zagotovljen za paciente v skladu z določili Dogovora.

NBO/2 Ali pacient lahko čaka na oddelku NBO na diagnostični poseg?

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

NBO/3 Kaj mora biti zabeleženo v zdravstveni dokumentaciji v primeru obračuna NBO?

Odgovor: Zdravstvena dokumentacija mora vsebovati:

- zaključek ABO (utemeljitev z opisom zaključenega zdravljenja aktualnega poslabšanja zdravstvenega stanja pacienta, ki je bilo razlog za 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 zdravstvenega stanja se ne obračunavajo več BOD neakutne obravnave, pač pa je to ponovno ABO, ki se ob zaključku hospitalne obravnave pri istem izvajalcu obračuna kot en SPP oziroma en primer.

NBO/4 Kaj obračunati v primeru, da ni medicinske indikacije za premestitev na oddelek NBO? Ali je čakanje za sprejem v socialnovarstveno ustanovo razlog za premestitev na oddelek NBO?

Odgovor: V primeru, ko se na oddelek NBO premesti oseba brez ustrezne medicinske indikacije (glede na določila Dogovora), 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 NBO zaradi čakanja na sprejem v socialnovarstveno ustanovo, saj je to socialna indikacija.

NBO/5 Ali je pri premestitvi iz ABO v NBO treba pridobiti napotnico od pacientovega izbranega zdravnika?

Odgovor: Pacient, ki je na zdravljenju v bolnišnici, za premestitev iz ABO v NBO ne potrebuje nove napotnice IOZ.

NBO/6 V kolikšnem času lahko oddelek NBO 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.

NBO/7 Ali BOD-e v NBO za osebe, ki niso nameščene na oddelku NBO, obračunamo enako kot za tiste osebe, ki so nameščene na oddelku NBO?

Odgovor: Praviloma ne. Potrebna je premestitev na oddelek NBO. Glede obračuna števila dni NBO pri pacientu, ki ni nameščena na oddelku NBO, veljajo enaka pravila kot pri osebah, nameščenih na NBO oddelkih.

V kolikor pacienta ne premestite na oddelek NBO, velja, da cena BOD znaša 70 % kalkulacije PBZ (podaljšanega bolnišničnega zdravljenja) oziroma bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe (določila Dogovora).

NBO/8 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 oskrbe zaradi samega zloma vratne hrbtenice in/ali pridruženih zlomov lokomotorne aparata – postoperativne rane so zaceljene;
- poškodovanec nima akutne okužbe, ki bi v primeru ambulantnega zdravljenja zahtevala napotitev na sekundarni nivo (primeri 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.

NBO/9 Ali se lahko obračuna dneve NBO v primerih, kadar se v času obračunavanja NBO izvede dodatna diagnostika in spreminja terapija?

Odgovor: Obračun dni NBO v takih primerih ni možen (določila Dogovora). Storitve dan NBO ni možno obračunati za tiste dneve, ko poteka kakršnakoli aktivna oblika zdravljenja in dodatna diagnostika (titriranje psihiatrične terapije, diagnostika in zdravljenje akutnega infekta sečil, urejanje terapije za iztirjeno kronično bolezen, spreminjanje že uvedene terapije zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja...). Za obračun NBO mora biti zaključena ABO.

NBO/10 Ali se lahko obračuna dneve NBO v primerih zdravljenja odvisnosti v bolnišnični psihiatrični obravnavi?

Odgovor: Obračun NBO v primerih zdravljenja odvisnosti v bolnišnični psihiatrični obravnavi ni dovoljen.

NBO/11 Kako se obračuna storitev doječih mater in sobivanja ob hospitaliziranem otroku (novorojenčku)?

Odgovor: Poleg zdravljenja bolnih novorojenčkov, kjer se je hospitalizacija novorojenčka začela s porodom, je možno obračunati tudi storitev doječih mater (E0011 »Nemedicinska oskrba – dan«) ali storitev sobivanja starša ob hospitaliziranem otroku (E0763 »Sobivanje starša ob hospitaliziranem otroku ali invalidu«), vendar ne hkrati v istem obdobju.

Storitvi se smeta obračunati po odpustu matere iz akutne bolnišnične obravnave, ko je zdravljenje matere zaključeno, kar pa ne more biti prej kot po 4 dneh po porodu. Mati je namreč lahko sprejeta že pred porodom, glede na dolgoletno povprečje trajanja hospitalizacij za porod pa bivanje matere prvih 4 dni (96 ur) krije cena SPP za porod.

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

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

NZD/DSO in PSZ/1 Kdaj lahko kot storitve zdravstvene nege beležimo pomoč pri vstajanju in hoji ob akutnih poslabšanih 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 (Merila).

Obračun storitev temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZD/DSO in PSZ/2 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:

https://www.gov.si/assets/ministrstva/MZ/DOKUMENTI/DELOVNA-TELESA/STROKOVNApriporocila_2021_A4_web.pdf

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 mikroorganizmov, v skladu z Okrožnico ZAE14/22, lahko obračunajo kot LZM v okviru dejavnosti 302 002 »Splošna ambulanta v SVZ« in v okviru dejavnosti 302 001 »Splošne ambulante, hišni obiski in zdravljenje na domu« za opredeljene paciente, ki so oskrbovanci DSO, imajo socialno varstveni zavodi povrnjene stroške kompletov za dekolonizacijo (LZM), zato se od vseh izvajalcev pričakuje ravnanje v skladu z navodili objavljenimi na spletni strani MZ.

V omenjenih priporočilih ni navedeno, da mora IOZ izvajati preiskave brisov nadzornih kužnin zaradi sprejema v socialno varstveni zavod.

NZD/DSO in PSZ/3 Kdo je dolžan zagotoviti opremo in jeklenke za zdravljenje oseb s kisikom, DSO ali pristojna splošna ambulanta?

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

NZD/DSO in PSZ/4 Kdo je plačnik dekolonizacije in odvzemov ter laboratorijskih preiskav brisov za MRSA pri stanovalcih, ki so bili sprejeti z MRSA?

Odgovor: Preiskave nadzornih kužnin se obračuna kot LZM v dejavnosti 302002 Splošna ambulanta v SVZ v primerih, kadar so opravljene skladno s strokovnimi usmeritvami za odvzem brisov na večkratno

odporne bakterije (dostopno na spletni strani MZ, 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, se za dneve dekolonizacije 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/5 Kdo zagotavlja obvezilni in ostali material, kadar so potrebne preveze nepokretnega oskrbovanca v postelji? Ali ima to DSO priznано 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 ustreza kriterijem zdravstvene nege, je izvajalec SVZ. Če gre za ambulantno oskrbo rane, je izvajalec splošna ambulanta v SVZ, in pri tem ni odločilno, ali je oskrbovanec pokreten ali nepokreten.

NZD/DSO in PSZ/6 Kaj zajema zdravstvena storitev odvzem materiala za laboratorijske preiskave in kdo jo plača?

Odgovor: Odvzem materiala za laboratorijske preiskave, ki jih naroči domski 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 dnevni odvzem 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 ZZS.

NZD/DSO in PSZ/7 Hospitalizirana bolnica želi čez vikend potovati domov, v SVZ, z reševalnim vozilom. Ali je utemeljena izdaja naloga za prevoz? Ali lahko SVZ beleži storitve nege preko vikenda, čeprav bolnišnično zdravljenje ni prekinjeno?

Odgovor: Skladno z določili Dogovora lahko izvajalec med potekom bolnišnične obravnave pacientu predlaga začasen odpust iz bolnišnice, če sta hkrati izpolnjena naslednja pogoja:

- začasni odpust ne bo vplival na poslabšanje pacientovega zdravstvenega stanja;
- izvajalec bo pacientu (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.

NZD/DSO in PSZ/8 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 SVZ, 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/9 Ali je zdravstvena nega od vstopa v socialnovarstveno ustanovo dosmrtna?

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

NZD/DSO in PSZ/10 Katero kategorijo zdravstvene nege lahko obračunamo pri urejenih sladkornih pacientih, ki jim dajemo inzulin trikrat dnevno?

Odgovor: Glede na veljavna Merila lahko obračunate storitev zdravstvene nege I.

NZD/DSO in PSZ/11 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.

NZD/DSO in PSZ/12 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 zdravstvene dokumentacije oskrbovancev, ki so bili premeščeni v drug dom ali so se vrnili domov, ni potrebno. Nadzornik 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 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 Ali je možno pri enokanalni analgetični terapiji z diadinamskimi tokovi šifro 86040 obračunati aplikacijo dvakrat na dveh različnih mestih (npr. rama in kolk ali vrat in križ)? Kako izvesti in obračunati terapijo z diadinamskimi tokovi obeh ramen, vratu in križa desetkrat?

Odgovor: V skladu z metodologijo SNO se storitev terapija z diadinamičnimi in IF (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 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 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 Kako lahko obračunamo t. i. rusko stimulacijo, ki jo uporabljamo za jačanje atrofične mišične mase?

Odgovor: Stimulacija za krepitev atrofične mišične mase se obračuna s šifro električna stimulacija, nedoločena (86690), pri čemer je treba upoštevati kadrovske norme, ki zahteva prisotnost specialista in višjega zdravstvenega delavca. Če opravlja storitev višji zdravstveni delavec, se obračuna s šifro električna stimulacija, nedoločena (86689).

SPEC/REH/6 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 IF se pravilno obračuna s šifro terapija z diadinamičnimi in IF (86040). Obračuna se lahko le enkrat, ne glede na to, ali se uporablja v kombinaciji z vakuumsko elektromasažo ali z navadnimi elektrodami.

SPEC/REH/7 Magnetoterapija traja pri nekaterih diagnozah 15 minut, pri nekaterih pa kar 30 minut. Ali lahko pri slednjih obračunamo dve storitvi?

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

SPEC/REH/8 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/9 Pod katero šifro je možno obračunavati relaksacijsko elektromasažo REM (miza)?

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

SPEC/REH/10 Kako obračunamo storitve lokalnega ohlajevanja z ledenimi oblogami in hladno vodo?

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

SPEC/REH/11 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 ZZS za enega pacienta le enkrat dnevno, ne glede na trajanje storitve.

FIZIOTERAPIJA

NZD/FT/1 Kako se obračunava fizio terapevtska 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 fizio terapevtskih obravnav razvojno motenega otroka.

NZD/FT/2 Kaj storiti, če pride k zdravniku pacient z diagnozo kronične lumboishialgije in želi napotitev na fizioterapijo?

Odgovor: Skladno s Pravili OZZ lahko pacienti s kroničnimi kostno-mišičnimi boleznimi uveljavljajo storitve fizioterapije le v primeru akutnega poslabšanja kroničnih zdravstvenih stanj. Za spoštovanje omenjenih določil Pravil OZZ je odgovoren zdravnik, ki pacienta napotuje na fizioterapijo.

UMAKNJENO

NZD/FT/3 Kolikokrat lahko pacient obiše fizioterapijo pri različnih poškodbah? Ali so omejitve glede na vrsto poškodbe?

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

NZD/FT/4 Ali smo dolžni opravljati več fizio terapevtskih 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/5 Ali ima pacient z daljšo nepokretnostjo, ki nima nobene možnosti, da bi mu nudili potrebne fizio terapevtske storitve v zdravstvenem domu, pravico do fizio terapevtskih storitev na domu?

Odgovor: Fizioterapija na domu po veljavni zakonodaji ni pravica iz OZZ.

NZD/FT/6 Ali mora zdravnik na delovni nalog nujno izpolniti »CILJ FIZIOTERAPEVTSKE OBRAVNAVE«?

Odgovor: Da, cilj mora biti opredeljen.

NZD/FT/7 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.

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.

Zahtevne 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/8 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 fizioterapije 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/9 Pri vsakem novem pacientu 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/10 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.

NZD/FT/11 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/12 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 in FT049. 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 ZZSZ na svoji spletni strani, in sicer za postopek, ki je naveden na tem seznamu.

NZD/FT/13 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/14 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 obravnavi zdravniku, ki je pacienta 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/15 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/16 Kako ravnati v primeru, če šifra MKB na delovnem nalogu ni navedena, razvidna pa je iz priložene zdravstvene dokumentacije?

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

PATRONAŽA IN NEGA NA DOMU

NZD/PATR/1 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 (delovnega naloga), ki ga praviloma predpiše IOZ, izjemoma lahko tudi nadomestni ali odpustni zdravnik (npr. paliativa). Delovni nalog 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 MS na delovnem nalogu, 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 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 dopoljnjeni 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.

UMAKNJENO

NZD/PATR/3 Ali obiske patronažne MS pri otročnici in novorojenčku financira ZZS tudi na dela proste dni?

Odgovor: Patronažni obiski oziroma nega se izvajajo tudi ob dela prostih dneh. V skladu z določili Dogovora lahko izvajalec vse storitve iz veljavnih šifrantov patronaže in nege na domu, ob dela prostih dneh obračuna ZZS po osnovni ceni storitve, povečani za 30 %. Navedeno ne velja za obračun šifer PZN1113 in PZN1213-

NZD/PATR/4 Ali lahko patronažna MS obiše pacienta 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 ZZS.

POPRAVLJENO

NZD/PATR/5 Delovni nalog osebnega zdravnika predpisuje dolgotrajno izvajanje storitev (vsakodnevno povijanje nog oz. dolgotrajno merjenje VF oz. dolgotrajno aplikacijo inzulina ali antikoagulantne terapije, kontrolo splošnega stanja), čeprav so ob pacientu svojci. Zdravnik in svojci vztrajajo, da patronažna MS izvaja naročene storitve. 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.

Kadar patronažna MS ugotovi, da so bile naročene storitve, ki niso pravica glede na veljavna Pravila OZZ (npr. predpisovanje dolgotrajnega merjenja vitalnih funkcij ob stabilnem zdravstvenem stanju, dolgotrajno predpisovanje aplikacije inzulina, antikoagulantne terapije), je o tem dolžna obvestiti predpisovalca delovnega naloga in to zabeležiti v zdravstveni dokumentaciji. Če s strani predpisovalca ni odziva, o tem obvesti pristojno območno enoto.

NZD/PATR/6 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 nadomeščanja?

Odgovor: V času nadomeščanja ima izvajalec, ki nadomešča odsotnega izvajalca, vsa enaka pooblastila za izvajanje dejavnosti, pacientu 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/7 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 obdobj, ko svojci začasno ne morejo skrbeti za pacienta. Če je na delovnem nalogu izrecno navedena aplikacija 2-krat dnevno, se obračunata dva obiska. Za neprekinjeno oziroma dolgotrajno aplikacijo inzulina ali antikoagulantne terapije morajo poskrbeti svojci.

NZD/PATR/8 Ali ZZS 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: ZZS plača obisk ene patronažne MS in ne dveh. Storitve se praviloma obračuna po kadrovskem normativu iz SNO.

NADZ/PATR/9 Ali ZZS financira patronažne obiske pacienta, ki zdravil zaradi bolezni (npr. psihičnega stanja) ni zmožen jemati sam, z namenom, da se mu izročijo oziroma pripravijo zdravila in jih ta zaužije pred patronažno MS?

Odgovor: Na delovni nalog za nego na domu ni mogoče predpisovati priprave zdravil po shemi in kontrole jemanja zdravil. Naloga sodi na področje Centrov za socialno delo in organiziranja laične pomoči na domu ali domske oskrbe.

NZD/PATR/10 Ali je utemeljeno, da opravljajo patronažne MS iz ZD odvzeme krvi za laboratorijske preiskave v DSO in ga obračunajo ZZS kot patronažni obisk?

Odgovor: Patronažnega obiska v DSO ni mogoče obračunati ZZZS.

NZD/PATR/11 Ali je stanovalec SVZ (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 delovni 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/12 Pri katerih pacientih lahko patronažna MS obračuna preventivne obiske?

Odgovor: Patronažna MS obračuna preventivne obiske v skladu z obračunskim modelom in glede na določila Pravidnika.

PEDIATRIJA

NZD/PED PRIM/1 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 zdravstvene dokumentacije. Enako določilo velja za ločeno zaračunljive materiale (npr. TSH).

NZD/PED PRIM/2 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: Storitve K0011 se beleži tako pri izvedbi Mantouxovega testa kot tudi pri odčitavanju rezultatov tega testa – torej dvakrat.

NZD/PED PRIM/3 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 SNO.

NZD/PED PRIM/4 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 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 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/7 Pri sedemletni pacientki z mukoviscidozo je bil v izpljunku izoliran *Pseudomonas aeruginosa*. Pulmolog je odredil terapijo z ampulami Garamycina (Gentamycin) po 80 mg, ki jih bo prejela 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/8 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).

NZD/PED PRIM/9 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 OZZ, 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 OZZ.

Izvedba samoplačniških storitev je, skladno z določili Dogovora in Pravili OZZ 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 ZZS.

NZD/PED SEK/10 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 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 pacienta 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 ZZS, če zdravnik izda potrdilo, da je bil prevoz nujen.

NZD/REŠ/2 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 zdravstveni dokumentaciji.

NZD/REŠ/3 Ali cena SPP vključuje tudi nenujne reševalne prevoze hospitaliziranega pacienta na katerokoli preiskavo (tudi MR, CT, ERCP (endoskopska retrogradna holangiopankreatikografija), EPT (endoskopska papilotomija)) v drugo bolnišnico?

Odgovor: V primerih, ko izvajalec zdravstvenih storitev hospitalizirano zavarovano osebo 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 zavarovana oseba 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 ali 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 ZZS le ustrezen SPP.

NZD/REŠ/4 Ali ima pacient pravico do spremstva zdravstvenega delavca tudi, če ne potrebuje neposredne zdravstvene oskrbe, in sicer v primeru vrtoglavice, krhkosti starostnikov, motenj spomina brez diagnoze demenca, slabovidnosti?

Odgovor: Gre za strokovno presojo zdravnika ob predpisu naloga za prevoz, ki pa mora biti ustrezno utemeljena in zabeležena v zdravstveni dokumentaciji.

OSNOVNO ZDRAVSTVO

UMAKNJENO

NZD/SPL/1 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. Kratak 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 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 zdravstveni 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 zdravstveni dokumentaciji ni minimalnega podatka, se obračunani pregled ne prizna. Če je v zdravstveni dokumentaciji navedeno le status b. p., pregleda ni možno obračunati. V primeru, da je v zdravstveni 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 Čeprav je osebni zdravnik napotnemu specialistu izdal napotnico 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 Prosimo vas za obrazložitev obračuna inhalacije zdravil. Zanima nas, ali se po navodilih ZZS 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 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 Kdo je plačnik storitve ocena stopnje invalidnosti? V primeru, da je plačnik ZZS, kako jo obračunamo?

Odgovor: Stopnjo invalidnosti zavarovane osebe ocenjuje invalidska komisija kot izvedenski organ ZPIZ. 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 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 ZZS?

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 ZZS. Plačnik storitve je zavarovana oseba.

NZD/SPL/8 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 OZZ različen glede na status pacienta, ki jih navajate. Te pravice so opredeljene v ZZVZZ in razčlenjene v Pravilih OZZ.

NZD/SPL/9 Ali se pri opravljanju preventivnega pregleda lahko uporabijo predhodno opravljene preiskave in analize, ki so bile slučajno ali iz drugega razloga opravljene 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 (nobena predpisana preiskava). Vsaka od teh ugotovitev mora biti dosegljiva 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.

UMAKNJENO

NZD/SPL/10 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 zdravstveni dokumentaciji o opravljeni storitvi.

NZD/SPL/11 Sem izbrani zdravnik pacienta, pri katerem revmatolog in dermatolog sumita, da ima poklicno bolezen. V postopku rehabilitacije bi nujno potreboval mnenje Inštituta za medicino dela, prometa in športa. Sprašujem, ali navedeno storitev plača ZZS in prosim za tako možnost, ker mi je namreč poznano načelo naročnik je 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/12 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 IOZ, je neutemeljena. IOZ lahko izda napotnico za obravnavo pri zdravniku specialistu, ko opravi vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven. V Prilogi Dogovora je naveden seznam preiskav, ki naj jih opravi IOZ pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu specialistu, in med njimi ni naštet test HLA B27. Napotni specialist je dolžan pacientu zagotoviti vse utemeljene in potrebne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave ter vse terapijske storitve, za katere ga je z napotnico pooblastil IOZ.

NZD/SPL/13 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 pacienta naroči, je tudi plačnik te storitve. IOZ pred prvo napotitvijo opravi preiskave, ki so predvidene v določilih Dogovora, napotni specialist v antikoagulantni ambulanti pa dodatne preiskave, ki jih potrebuje za obravnavo ob prvem in kontrolnih pregledih.

NZD/SPL/14 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 ZZS. 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 ZZS. V zdravstveni dokumentaciji je treba zabeležiti razloge za upravičenost cepljenja v breme ZZS.

NZD/SPL/15 Kako beležiti spirometrijo in EKG v referenčnih ambulantah, kadar DMS te preiskave opravijo v sklopu protokolov za arterijsko hipertenzijo, astmo in KOPB (šifre RA127K, RA128K, RA129K). Zanima nas, ali storitve RA127K do RA129K 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 (RA127K, RA128K, RA129K) 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.

UMAKNJENO

NZD/SPL/16 Pri katerih zdravstvenih stanjih se zavarovane osebe napoti samo na UZ srca?

Odgovor: Napotitev samo na UZ srca prihaja najpogosteje v poštev pri:

- bolnikih, ki imajo predviden ne-kardiološki operativni pregled in indikacijo postavi anesteziolog, kirurg ali drug specialist nekardiološke stroke;
- nezapletenih onkoloških bolnikih, pod pogojem, da izvajalec zagotovi izvedbo preiskave; skladno z evropskimi smernicami (vsi standardizirani ultrazvočni posnetki in meritve, ki jih je potrebno opraviti pri onkoloških bolnikih, in ki omogočajo tudi meritev globalne longitudinalne deformacije – GLS);
- nezapletenih bolnikih z arterijsko hipertenzijo, kjer je UZ srca presejalna preiskava za oceno prizadetosti tarčnih organov;
- bolnikih z napotno diagnozo dispneja in normalno vrednostjo NTproBNP glede na starost bolnika;
- bolnikih s palpitacijami in normalnim 12-kanalnim EKG posnetkom;
- bolnikih s sinkopo in normalnim kliničnim pregledom in normalnim 12-kanalnim EKG posnetkom;
- asimptomatskih bolnikih z novoodkritim šumom.

Pri večini ostalih indikacij delovna skupina za slikovne preiskave v kardiologiji pri Združenju kardiologov Slovenije predlaga napotitev najprej na kardiološki pregled. Predloge delovne skupine v zvezi z napotovanjem je potrdil tudi Razširjeni strokovni kolegij za družinsko medicino.

Vsaka napotnica na UZ srca naj vsebuje tudi jasno klinično vprašanje, saj to utemelji stopnjo nujnosti napotitve, hkrati pa omogoča izvajanje ustrezne triaže. Navajamo primer dobre prakse izpolnjene rubrike Kratka opredelitev problema in specifično vprašanje na zadnji strani napotnice za UZ srca: Holosistolni šum, širjenje v vrat. Srčno popuščanje. Aortna stenoza?

ANESTEZIJA, PROTIBOLEČINSKA AMBULANTA

SP2/ANEST/1 Kakšne so možnosti za obračun storitev predanestezijsko svetovanje (pregled), šifra 88901, če nimamo ambulate za predoperativno pripravo pacientov?

Odgovor: Izvajalec ne more obračunavati storitev za dejavnost, za katero z ZZS nima sklenjene pogodbe.

UMAKNJENO

SP2/ANEST/2 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 ZZS, lahko za ambulantno opravljene storitve (na katere so bili pacienti napoteni z napotnico), ki jih ustrezno beležite v zdravstveni dokumentaciji, obračunate šifre, ki so po posameznih dejavnostih razvidne iz SNO. Preanestezijsko ocenjevanje se obračuna s šifro 88901.

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

Odgovor: Storitve 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 pacientov uporabi splošno anestezijo?

Odgovor: V urgentni kirurški ambulanti, ki ni del UC, se dajanje splošne anestezije obračunava skladno s časovnimi normativi s šiframi 88921 (Opoj), 88922 (Splošna anestezija), 88926 (Vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije), 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. Napisano ne velja za UC.

POPRAVLJENO

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

Odgovor: Storitve s šifro 88901 (preanestezijsko ocenjevanje) se obračuna v skladu z določili dolgega opisa šifre. Obračun storitve 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.

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

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 zavarovane osebe.

DIALIZA

UMAKNJENO

SP1/DIALIZA/1 Pacient je napoten iz enega dializnega centra v drugega z napotnico za vstavitev subklavija katetra. Ali lahko na podlagi te napotnice opravimo dializo?

Odgovor: Velja splošno pravilo eno zdravstveno stanje = en napotni zdravnik iste vrste specialnosti = ena napotnica. Napotni zdravnik na podlagi ene napotnice lahko izvede več zdravstvenih storitev, če strokovno presodi, da so te storitve potrebne v povezavi z zdravstvenim stanjem, za katerega je izdana napotna listina.

Iz napotnice je razvidno, da se napotitev nanaša izključno na vstavitev subklavija katetra. Izvajalec lahko obračuna le storitev, na katero je bil bolnik napoten, druge storitve (npr. dializo) lahko obračuna le v primeru, če presodi, da je to strokovno potrebno in je v povezavi z zdravstvenim stanjem za katerega je bila izdana napotnica.

UMAKNJENO

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 ambulantno na podlagi napotnice? Ali za storitev v nefrološki ambulanti potrebujemo drugo napotnico?

Odgovor: Če je po presoji IOZ potreben pregled v nefrološki ambulanti, je potrebna nova napotnica.

ENDOKRINOLOGIJA

POPRAVLJENO

SP1/ENDOKRINO/1 Ali se v diabetoloških ambulantah lahko obračuna storitev glikozilirani hemoglobin?

Odgovor: V diabetoloških ambulantah se lahko obračunava storitev glikozilirani hemoglobin s šifro 28492. Velja do uveljavitve novega modela plačevanja storitev zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti diabetologije (249 216).

POPRAVLJENO

SP1/ENDOKRINO/2 Kako obračunamo storitev kontinuiranega monitoringa krvnega sladkorja po metodi CGMS (Continous glucose monitoring system) 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.

Velja do uveljavitve novega modela plačevanja storitev zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti diabetologije (249 216).

POPRAVLJENO

SP1/ENDOKRINO/3 Kako obračunamo naslednja hormonska/metabolna testiranja: parathormon, dexametasonski test, kateholamini v 24 urnem urinu, aldosteron 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);

Velja do uveljavitve spremenjenih dolgih opisov šifer za obračun teh storitev.

POPRAVLJENO

SP1/ENDOKRINO/4 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.
5. Velja do uveljavitve spremenjenih dolgih opisov šifer za obračun teh storitev.

FIZIATRIJA

SP1/FIZIAT/1 V času izvajanja fizioterapije zdravnik v enoti za fizioterapijo pacienta 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.

UMAKNJENO

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

Odgovor: Izvedba vseh opisanih storitev se obračuna s šifro 13601 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 zdravstvene 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 zdravstvene 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 napoti bolnika 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 Katero šifro iz SNO smemo uporabiti pri citološkem krtačenju požiralnika zaradi *Candida albicans* pri gastrokopiji?

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

POPRAVLJENO

SP1/GASTRO/3 Ali so endoskopske preiskave pregled, pri katerem morajo izvajalci opredeliti, ali gre za prvi ali kontrolni?

Odgovor: Endoskopska diagnostika ni pregled v ožjem pomenu besede (anamneza in klinični pregled pacienta). V tem primeru se ne obračunajo prvi in kontrolni pregledi. Če je bila storitev izvedena samostojno (napisano velja, kadar pacient pred preiskavo ali po njej ni bil sprejet v obravnavo), se doda evidenčna šifra E0759 (samostojno opravljena diagnostika).

SP1/GASTRO/4 Kako pravilno obračunati storitev abdominalna izpraznitvena punkcija?

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

SP1/GASTRO/5 Ali sme izvajalec poleg storitve totalna koloskopija (16344) obračunati tudi storitve v zvezi z aplikacijo infuzije in anestetika in morda še katere druge storitve?

Odgovor: Poleg storitve totalna koloskopija (16344) se lahko obračunajo storitve iz SNO, ki so bile dejansko opravljene in beležene v zdravstveni dokumentaciji. Obračunavajo se v skladu s splošno veljavno metodologijo SNO in niso navedene kot storitve, ki se s to šifro ne morejo obračunati oz. so sestavni del obračunane storitve.

POPRAVLJENO

SP1/GASTRO/6 Kakšen je obračun splošne anestezije, če gastrokopijo ali kolonoskopijo opravimo v narkozi?

Odgovor:

Splošno anestezijo pri gastrokopiji je mogoče obračunati ZZS le v redkih primerih, ko je zanjo medicinska indikacija (npr. psihoorgansko spremenjeni pacienti, predhodno neuspela izvedba). Za obračun storitev anestezije se lahko uporabi šifre 88921 (Opoj), 88926 (Vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije), 88927

(Splošna anestezija – polurna), skladno s porabljenim časom trajanja anestezije. Premedikacija (sedacija brez anesteziologa z npr. benzodiazepini in opioidi) je vključena v ceno storitve in je ni mogoče še posebej obračunati. V zdravstveni dokumentaciji mora biti zabeležena indikacija za izvedbo te storitve ter ime, količina in čas aplikacije za vsako uporabljeno zdravilo in rezultati merjenja vitalnih funkcij med preiskavo (v času izvajanja splošne anestezije) in med nadzorom po posegu.

Sedacijo pri kolonoskopiji (88931) ali globoko sedacijo pri kolonoskopiji (88932) je mogoče obračunati ZZS le v redkih primerih, ko je zanjo medicinska indikacija (huda do neznosna bolečina pri kolonoskopiji ali predhodni kolonoskopiji in drugi zdravstveni problemi, kot so duševne motnje, večje poškodbe ali večje operacije na trebuhu). V primeru, da je splošna anestezija, sedacija ali globoka sedacija opravljena na željo pacienta, je storitev samoplačniška.

Storitev sedacije in globoke sedacije lahko obračuna izvajalec, ki izpolnjuje pogoje:

- za sedacijo je to prisotnost dodatne diplomirane medicinske sestre s specialnimi znanji in vzpostavljen monitoring nad pacientom med in po kolonoskopiji,
- za globoko sedacijo je to prisotnost anesteziologa in vzpostavljen monitoring nad pacientom med kolonoskopijo in po njej.

V zdravstveni dokumentaciji mora biti zabeležena indikacija za izvedbo te storitve ter ime, količina in čas aplikacije za vsako uporabljeno zdravilo in rezultati merjenja vitalnih funkcij med preiskavo (v času izvajanja sedacije oziroma globoke sedacije) in med nadzorom po posegu.

Kriteriji za sedacijo in globoko sedacijo so usklajeni s kriteriji, ki veljajo v programu SVIT.

SP1/GASTRO/7 Kaj je treba zabeležiti v kartoteko, če je glede na indikacijo beležena in obračunana le preiskava (endoskopija ...)?

Odgovor: Po priporočilu Slovenskega združenja za gastroenterologijo in hepatologijo (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/8 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 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 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/3 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, 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/4 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/5 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/6 Kdo izda napotnico za spermogram?

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 – spermogram, 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 za njih napotnico izda izbrani zdravnik.

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/7 Kako se obračuna meritev krvnega tlaka pri nadaljnjem svetovanju v zvezi s kontracepcijo?

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

SP1/GIN PRIM/8 Ali zasebnik s koncesijo potrebuje dodatno pogodbo z ZZS za opravljanje CTG (kardiogram)?

Odgovor: Posebne pogodbe z ZZS ni treba imeti.

SP1/GIN PRIM/9 Ali ZZS plača HPV testiranja?

Odgovor: ZZS financira HPV testiranje v skladu s smernicami za celotno obravnavo žensk s predrakavimi spremembami materničnega vratu.

SP1/GIN PRIM/10 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/11 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 v primeru indikacije obračuna kurativni PAP bris.

SP1/GIN PRIM/12 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/13 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/14 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 evidentirane in niso sestavni del pregleda oz. druge že obračunane storitve. Obračun storitve utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/15 Katero storitev je možno obračunati ZZS 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/16 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 zdravstveno dokumentacijo na novo izbranemu ginekologu. V skladu z Navodilom za izpolnjevanje seznama nosečnic izvajalci mesečno pošiljajo poimenski seznam nosečnic po posameznih izbranih ginekologih ZZS. 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/17 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/18 Ali se beleži storitev K1015 (sistematični pregled nosečnice), ko pride nosečnica na pregled in želi prekinitve nosečnosti. Ali se ta nosečnica vpiše na seznam nosečnic za glavarino?

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

SP1/GIN PRIM/19 Ali so ginekologi dolžni opraviti predoperativne priprave pred ginekološko operacijo?

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

SP1/GIN PRIM/20 Izbrani ginekolog pošlje pacientko z napotnico na preglede in nadaljnjo obravnavo zaradi neplodnosti v ustreznih 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, HBS antigen, PROLAKTIN, FSH, LH).

Odgovor: Upoštevati je potrebno določila iz Dogovora (Obravnava bolnika pri izbranem zdravniku pred prvo nenujno napotitvijo k napotnemu zdravniku). Ostale storitve mora opraviti (ali plačati kot tujo storitev) izvajalec, ki izvaja zdravljenje.

SP1/GIN PRIM/21 Kako se obračuna UZ po umetni prekinitvi nosečnosti?

Odgovor: Kontrolni pregled po umetni prekinitvi nosečnosti obračunamo kot K1005 ali K1006. Kadar ob pregledu opravimo tudi UZ, ga obračunamo s količnikom K1022.

SP1/GIN PRIM/22 Kako se obračuna ponavljajoče se vnetje nožnice?

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

SP1/GIN PRIM/23 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 materničnega vratu pri posamezni ženski prvič in drugič opravita 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 materničnega vratu, ki sta bila opravljena v razmiku 12 mesecev, ocenjena kot negativna, se nadaljnje zdravstvene storitve opravljajo vsaka tri leta.

SP1/GIN PRIM/24 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 utemljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/25 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/26 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/27 Ali lahko obračunamo UZ-preiskavo ob preventivnih pregledih pri ženskah po menopavzi?

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

SP1/GIN PRIM/28 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/29 Kdaj se ob odvzemu PAP brisa obračuna K1012, kdaj pa K1020?

Odgovor: Ob odvzemu preventivnega PAP brisa se skupaj s pregledom (preventivnim ali kurativnim) obračunata tudi LZM Q0024 in šifra K1012, ob odvzemu kurativnega brisa se ob LZM Q0024 obračuna šifra K1020. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/30 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 zdravstveni dokumentaciji. Možem je obračun tako preventivnih kot kurativnih pregledov.

SP1/GIN PRIM/31 Ali je treba pri ponovnih odvzemih brisov na tri leta strogo upoštevati dejanski triletni interval in letnice?

Odgovor: Upošteva se do 6 mesecev razlike.

SP1/GIN PRIM/32 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/33 Ali lahko obračunamo preventivni pregled za preprečevanje raka materničnega vratu z odvzemom PAP brisa pri dekletu, ki je spolno aktivno že tri leta, a še nima 20 let?

Odgovor: Ne. V skladu s Pravilnikom o izvajanju državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka to ni mogoče.

SP1/GIN PRIM/34 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 SNO. Upoštevati je potrebno veljavna obračunska pravila. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/35 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/36 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/37 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/38 Ali je možen kratek obisk v nosečnosti?

Odgovor: Da.

SP1/GIN PRIM/39 Ali je možno na isti dan dvakrat 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 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/40 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.

SP1/GIN PRIM/41 Kako obračunamo pregled pri nosečnici, ki je napotena na UPN? Opravljena je UZ-preiskava in pri prvorodkah določena KG in Rh-faktor.

Odgovor: Pregled pri nosečnici, ki jo napotite na splav, obračunate s šiframi K1005 ali K1006 in K1021.

SP1/GIN PRIM/42 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. vabljen od ZORE; in ob tem opravite še UZ zaradi v preteklosti odkritega mioma, je pravilni obračun K1006, K1012, K1022 in Q0024.

SP1/GIN PRIM/43 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 programa ZORA. Storitev je kurativna, se lahko obračuna ob šifri K1006. Obračun storitev utemljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/GIN PRIM/44 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. Preiskave pacientka ne plača.

UZ-pregledi na željo ženske so samoplačniški in morajo biti opravljeni izven rednega delovnega časa ambulate.

SP1/GIN PRIM/45 Ali lahko ginekolog na primarni ravni cepi pacientke proti HPV ter nosečnice proti gripi in oslovskemu 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 (K1045) in Cepljenje v dispanzerju za ženske (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.

SP1/GIN PRIM/46 Kako se obračuna neuspešna vložitev hormonskega materničnega vložka (IUS-intrauterini sistem)?

Odgovor: IUS so uvrščeni na Seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje (Seznam A). Poškodovano ali iz drugih razlogov neuporabno zdravilo (v tem primeru maternični vložek) je strošek izvajalca.

Le v primerih nezmožnosti vstavitve IUS iz objektivnih razlogov (kot npr. zaradi perforacije), se lahko iz sredstev OZZ obračuna zdravilo iz Seznama A in storitev APL, kot da bi bila vstavitev uspešna. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

GINEKOLOGIJA – SEKUNDARNI NIVO

SP1/GIN SEK/1 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 in porodništvo. 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 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).

SP1/GIN SEK/5 Pacientka s krvavitvijo v zgodnji nosečnosti se zgleda 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, 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.

SP1/GIN SEK/6 Kako obračunamo preiskavo spermograma?

Odgovor:

Kadar izbrani zdravnik napoti moškega na pregled, mnenje in spermogram, je pravilni obračun ustrezen pregled (glede na obseg) in ustrezna oskrba (začetna ali nadaljnja, glede na definicijo) ter opravljene in evidentirane preiskave razvidne iz Seznama storitev 15.I48.

Kadar je moški napoten samo na analizo semenskega izliva, se obračunajo opravljene in evidentirane preiskave razvidne iz Seznama storitev 15.I48.

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 Katera šifra storitve se obračuna za ultrazvočni pregled dojk in kolikokrat?

Odgovor: Ultrazvočni pregled dojk se obračuna s šiframa 36142 (UZ dojk obojestransko) in 36143 (UZ dojk enostransko) glede na opravljeno in evidentirano delo skladno s kadrovskim in časovnim normativom.

SP1/ABD/2 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 osebne 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 ZZS 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 skladno s Pravilnikom o izvajanju državnih presejalnih programov za zgodnje odkrivanje predrakavih sprememb in raka, kjer so navedene tudi potrebne storitve, ki se izvajajo kot vsebina preventivnih pregledov po posameznih starostnih skupinah.

INTERNA MEDICINA – SPLOŠNO

SP1/INT SPL/1 Ali se lahko ZZS obračuna storitev Intramuskularna, podkožna injekcija* (91215) v primerih, ko v okviru predpisane terapije pacient hodi v ambulanto samo na injekcije, ki jih aplicira DMS?**

Odgovor: Da. Obračun storitev temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

SP1/INT SPL/2 Kako lahko obračunamo naslednje preiskave: S-nukleotidaza, S-Ca 19-9, S-Ca 15-3, S-Ca 125, S-TROPONIN I, U-mikroalbumin?

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

SP1/INT SPL/3 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 zdravstveno dokumentacijo, se obračunata ustrezni pregled in oskrba. Če pacienta ni pregledal zdravnik, se za izvedbo storitve lahko obračuna šifra intramuskularna, podkožna injekcija*** (91215) iz SNO, porabljeni material pa je del materialnih stroškov bolnišnice.

SP1/INT SPL/4 S katero šifro se evidentira test absorpcije železa, ki ga izvajamo v hematološki ambulanti?

Odgovor: Test absorpcije železa je del materialnih stroškov izvajalca.

SP1/INT SPL/5 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).

Oskrbo venske valvule hkrati z aplikacijo zdravila s seznama A in B, obračunano z eno od storitev APL001-APL007, se beleži kot intramuskularno, podkožno injekcijo (91215) in material za oskrbo podkožne valvule (Q0239).

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

SP1/INT SPL/6 Kako se v specialistični ambulanti obračuna test za ugotavljanje okužbe z bacilom TBC (Quantiferon TB), naročen v zunanji laboratorij?

Odgovor: Quantiferon TB se praviloma opravlja v dveh primerih:

1. Kadar je zavarovana oseba 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

Velja do 30. 6. 2025.

UMAKNJENO

SP1/KARDIO/1 Katere šifre storitev se obračunajo pri cikloergometriji?

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

UMAKNJENO

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

Odgovor: Obračuna se lahko Holter monitoring (12602).

UMAKNJENO

SP1/KARDIO/3 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/5). Samo laboratorijska vrednost protrombinskega časa oziroma izkaznica o vodenju antikoagulantne terapije ni dovolj. Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

UMAKNJENO

SP1/KARDIO/4 Kako naj zdravnik internist obračuna izpraznitveno abdominalno punkcijo?

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

UMAKNJENO

SP1/KARDIO/5 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: Storitve 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.

UMAKNJENO

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

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

PSIHATRIJA, PEDOPSIHIATRIJA

SP1/PSIH/1 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP1/PSIH/2 Kdo lahko obračuna storitev začetna ambulanta psihiatrična oskrba (11006) in nadaljnja ambulanta psihiatrična oskrba (11305)?

Odgovor: Le psihiater.

SP1/PSIH/3 Kdo lahko obračuna storitev psihiatrični intervju s svojcem informatorjem (97420)?

Odgovor: Le psihiater.

POPRAVLJENO

SP1/PSIH/4 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 zapisano »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 konzultantsko mnenje s povzetkom celotne dotedanje bolezni in obravnave, morebitnimi lastnimi podrobnimi izsledki pregleda in preiskav ter natančnimi in podrobnimi odgovori in priporočili.

Storitve ni mogoče obračunati, če konzultirani psiholog sprejme bolnika v obravnavo, saj konzultacija vsebinsko pomeni enkratno obravnavo s podajo mnenja.

SP1/PSIH/5 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.

RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA IN MAGNETNA REZONANCA

POPRAVLJENO

SP2/CT in MR/1 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/VZS). 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. 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/VZS). Izjema je opredeljena v odgovoru SP2/CT in MR/2.

SP2/CT in MR/2 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/VZS). 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). Obračune storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/CT in MR/3 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/VZS s kontrastnim sredstvom. V primeru, da se radiolog odloči, da bo opravil samo slikanje s kontrastnim sredstvom (brez nativne serije), se uporabi šifra RDP/VZS s kontrastnim sredstvom.

SP2/CT in MR/4 Ali lahko izvajalec za obračun uporabi drugačno šifro RDP/VZS, kot je na napotnici?

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

SP2/CT in MR/5 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 ustrežneje odraža obravnavo pacienta. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/CT in MR/6 Ali določitev datuma oziroma datumov preiskav lahko vpliva na obračun opravljenih preiskav?

Odgovor: Da. Izvajalec preiskav mora pacientu v primeru, da mu 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 Kje na napotnici se navedejo predeli telesa, kadar je pacient z napotnico naročen na CT z anestezijo (CT 70001) oziroma MR z anestezijo (MR 70001)?

Odgovor: Napotnica mora biti izpolnjena skladno z Navodilom za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (SP2/CT in MR/17). Regije telesa, ki morajo biti pregledane, so navedene na zadnji strani napotnice pod rubriko 1 - kratka opredelitev problema oziroma specifično vprašanje.

Pri obračunu teh dveh storitev predel telesa, ki se ga pregleduje, nima vpliva na obračun.

V primeru izvedbe CT oziroma MR z anestezijo se na podlagi ene napotnice obračuna samo en RDP/VZS, in sicer CT z anestezijo (storitev s šifro 70001) oziroma MR z anestezijo (storitev s šifro 70001), ne glede na število pregledanih regij.

UMAKNJENO

SP2/CT in MR/8 Ali se lahko zavarovano osebo sprejme na bolnišnični oddelek (dnevna obravnava, hospitalizacija) izključno zaradi izvedbe CT oziroma MR preiskave, ki se izvaja z anestezijo (npr. RDP/VZS 70001) ter 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/VZS na podlagi ustrezno izpolnjene napotnice ZZS. V primeru, ki ga navajate, se lahko na podlagi napotnice obračuna samo en RDP/VZS, in sicer CT oziroma MR z anestezijo (storitev s šifro 70001).

V storitvi so zajeti postopki za izvedbo preiskave in vse storitve povezane z anestezijo: priprava, izvedba in opazovanje po zaključeni anesteziji. Sprejem v ABO in obračun dodatne storitve bolnišnične obravnave z metodo uteži SPP samo zaradi izvedbe storitve slikovne diagnostike CT/MR z anestezijo ni dovoljen.

SP2/CT in MR/9 Ali lahko izvajalec 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/VZS?

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

SP2/CT in MR/10 Ali ZZS 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, ZZS 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, ZZS naknadno opravljene preiskave praviloma ne bo plačal. Pri tem bo ZZS 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 ZZS 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 Kdaj lahko izvajalec obračuna RDP/VZS MR difuzijsko perfuzijsko slikanje (iz SRDP MR Specialna slikanja z oznako v šifrantu MR90901-08) - storitev s šifro MR 61009?

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

SP2/CT in MR/12 Ali lahko izvajalec na podlagi napotnice za CT-preiskavo RDP/VZS CTA srca – prikaz kalcinacij (iz SRDP CT Angiografija z oznako CT57350-00) obračuna še dodatne RDP/VZS iz iste SRDP?

Odgovor: V navedenem primeru se lahko obračuna le storitev, ki je navedena na napotnici, CTA srca – prikaz kalcinacij (storitev s šifro CT50001).

SP2/CT in MR/13 Ali lahko izvajalec, ki opravi CT-preiskavo trebušnih organov s kontrastom, obračuna CT zgornjega abdomna s kontrastom (iz SRDP z oznako v CT šifrantu 56407-00) in dodatno še CT medeničnih organov s kontrastnim sredstvom (iz iste SRDP)?

Odgovor: V primeru, da izvajalec opravi CT-preiskavo trebušnih organov s kontrastom, lahko obračuna samo storitev s šifro CT trebušnih organov s kontrastnim sredstvom (storitev s šifro CT31003). Enako velja za preiskave, opravljene brez kontrasta.

SP2/CT in MR/14 Ali obračun CTA pelvičnih arterij in arterij spodnjih udov (iz SRDP CT Angiografija z oznako v šifrantu CT57350-00) vključuje tudi plačilo za opravljeni CTA pelvičnih žil?

Odgovor: Če izvajalec opravi in obračuna CTA pelvičnih arterij in arterij spodnjih udov (storitev s šifro CT41010), ne more dodatno hkrati obračunati še CTA pelvičnih žil.

SP2/CT in MR/15 Kdaj lahko izvajalec obračuna MR skeleta artrografija – vsak sklep (iz SRDP Specialna MR slikanja z oznako v šifrantu MR90901-07 oziroma storitev iz te SRDP MR20012)?

Odgovor: Storitve iz te SRDP/VZS lahko izvajalec obračuna v primeru, da je navedena na napotnici, pri čemer izpostavimo tudi opredelitev ustrezne napotne diagnoze MKB in kliničnega vprašanja. Izvajalec mora pred izpostavljenostjo MR-preiskavo obvezno opraviti preiskavo TV-skopija, pri kateri se uporabi paramagnetno intraartikularno sredstvo.

SP2/CT in MR/16 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 v skladu z določilom Dogovora. V primerih dogovorjenega oziroma predvidljivega sprejema obračun CT/MR pred sprejemom v bolnišnico ni dovoljen.

SP2/CT in MR/17 Katere podatke mora vsebovati napotnica, da se lahko opravljena preiskava slikovne diagnostike obračunava ZZS?

Odgovor: Minimalni nabor podatkov, ki jih mora vsebovati napotnica za CT in MR preiskavo je: zdravniška številka zdravnika, ki je napotil pacienta na slikovno diagnostiko, številka napotne ustanove; podatki o pacientu: številka ZZS, 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 (VZS), klinično vprašanje v tekstovni obliki, označena stopnja nujnosti, podatek o alergijah na kontrastna sredstva, podatek o glomerulni filtraciji.

SP2/CT in MR/18 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/19 Koliko CT- oziroma MR-preiskav lahko izvajalec obračuna v primeru, da opravi preiskavo 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 kolena). V takem primeru lahko izvajalec obračuna le eno preiskavo (en RDP), in sicer ne glede na število izdanih napotnic.

V primeru CT preiskave obeh ramen ali obeh komolcev, se na osnovi dveh napotnic lahko obračunata dve preiskavi. V primeru CT preiskav ostalih parnih organov (kolen, zapestij, kolkov, gležnjev, ledvic, oči...), se lahko obračuna le ena preiskava (en RDP) v isti obravnavi, ne glede na število izdanih napotnic.

SP2/CT in MR/20 Koliko in katere storitve se lahko obračuna v primerih diagnostike obolenja prostate s preiskavo MR s KS?

Odgovor: Pri diagnostiki obolenja prostate z slikovno diagnostiko MR s KS se lahko obračunata največ dve storitvi - MR male medenice s KS (MR 30010) in MR dinamično slikanje (MR 60013). Odgovor je skladen s sklepom RSK za radiologijo (9. seja 2023). V primeru zavarovalniško medicinskega nadzora morata biti v dokumentaciji dve napotnici.

KIRURGIJA

SP2/KRG/1 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).

SP2/KRG/2 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 kirurgijo, 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 obračuna Ekscizija gangliona (58220).

Obračune vseh navedenih primerov utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

****POPRAVLJENO****

SP2/KRG/3 Kakšen je pravilen način obračunavanja proktoloških ambulantnih posegov?

Odgovor: Obračuna se opravljeni poseg proktoskopije, rektoskopije ali rektoskopije in proktoskopije ter dodatno ligatura ali sklerozacija, če je bila izvedena. Izvajalec lahko poleg posega oziroma posegov dodatno obračuna največ še razširjen pregled pri zdravniku v specialistični dejavnosti v primeru prvega pregleda (03004) oziroma delni pregled v specialistični dejavnosti v primeru kontrolnega pregleda (01003), zapis v zdravstveni dokumentaciji mora zadostiti kriterijem iz dolgega opisa šifre. 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.

Storitev s šifro E0693 (Rektoskopija in proktoskopija) se vedno obračuna v primeru, ko izvajalec ob istem pregledu hkrati opravi rektoskopijo in proktoskopijo. Prvi oziroma kontrolni pregled se določa v skladu z definicijama iz ZPacP.

SP2/KRG/4 Ali sodi rutinski poseg menjave urinskega katetra na primarni nivo (podobno kot redna preveza pri osebem 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 ZZS, 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/5 Ali je zdravstvena ustanova dolžna opraviti laparoskopski operativni poseg kile brez doplačila pacienta?

Odgovor: Da, zdravstvena ustanova oziroma zdravnik koncesionar je dolžan laparoskopsko operacijo kile opraviti brez doplačila (če ima sklenjeno ustrezno pogodbo za opravljanje zdravstvene storitve). Praviloma se operativni poseg obračuna s šifro celostne obravnave E0261.

SP2/KRG/6 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 ZZS z naslednjima šiframa: ekscizija gangliona (58220) ter sinovektomija ekstenzornih tetiv (58234).

SP2/KRG/7 Ali se lahko obračuna storitev kirurška oskrba ostalih malih ran (58834) v primerih, ko se soočamo z zahtevnimi prevezami pooperativnih ran (stanja po operaciji fistul, obsežne nekrektomije ...), 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 pregled (00002) oziroma delni pregled (01003)) ter nadaljnjo ali delno ambulantno zdravstveno oskrbo (11304).

Storitev kirurška oskrba ostalih majhnih ran (šifra 58834) se lahko uporabi, kadar so poleg preveze opravljeni dodatni kirurški posegi.

OKULISTIKA

SP2/OKUL/1 Katero šifro lahko uporabimo pri odstranjevanju ksantelazme na vekah očesa?

Odgovor: Storitev ni pravica iz sredstev OZZ, kadar gre za estetsko operacijo.

SP2/OKUL/2 Pravila OZZ v 1. točki 196. člena določajo, da med drugim »napotnica za specialistični pregled ni potrebna pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja MP 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: Obe navedeni storitvi po mnenju stroke sodita med standardne storitve, kadar se opravlja pregled vida pred predpisom MP za izboljšanje vida. Zahteva za izdajo napotnice zaradi teh dveh storitev ni utemeljena.

SP2/OKUL/3 Ali lahko osebo, pri kateri ugotovimo neko okulistično nujno stanje, 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 zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/4 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 mreže 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.

Nadaljnji pregledi po operativnem posegu ob stabilnem zdravstvenem stanju pacienta (tudi pregled zaradi kontrole spremembe dioptrije po operaciji katarakte) so kontrolni pregledi (E0274).

SP2/OKUL/5 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.

Če je kolega okulist že postavil indikacijo za operacijo katarakte, pregleda pred operacijo in po njej ni mogoče posebej obračunati.

SP2/OKUL/6 Ali se pri prebrizgavanju solzevodov posebej zaračuna anestezija?

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

SP2/OKUL/7 Ali je zavarovana oseba, ki ne izpolnjuje pogojev za predpis kontaktnih leč v breme OZZ, samoplačnik storitve predpisa kontaktnih leč?

Odgovor: Če ima zavarovana oseba 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/8 Katero šifro storitve lahko obračunamo za odstranitev tujka iz roženice?

Odgovor: Za odstranitev tujka iz roženice se obračuna storitev s šifro 51101 (odstranitev tujka iz veznice).

SP2/OKUL/9 Ali lahko obračunamo nekontaktno tonometrijo in aplanacijsko tonometrijo v eni obravnavi?

Odgovor: Teh dveh preiskav ne morete obračunati istočasno.

SP2/OKUL/12 Kdaj lahko obračunamo nekontaktno tonometrijo, refraktometrijo 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). Refraktometrijo, elektronsko refraktometrijo enkrat letno, razen če so ugotovitve sumljive, nejasne. Obračun storitev utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/10 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, obračuna se le ena meritev na dan.

SP2/OKUL/11 Ali je laserska operacija dioptrije pri pacientu z visoko dioptrijo plačljiva iz sredstev OZZ?

Odgovor: Lasersko zmanjševanje dioptrije ni možno obračunati iz sredstev OZZ.

SP2/OKUL/12 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/13 Pred operacijo sive mreže pacienti sami kupijo nadstandardno intraokularno lečo (IOL). Kaj lahko v tem primeru obračunamo ZZS?

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. 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.

SP2/OKUL/14 Pri pregledu vida, za katerega napotnica ni potrebna, se odkrije patologija. Ali mora zavarovana oseba prinesiti napotnico »za nazaj« ali prinese napotnico za nadaljnje kontrole?

Odgovor: Napotnica je potrebna za nadaljnje kontrole.

SP2/OKUL/15 Kako pogosto se pri pregledu v okulistični specialistični ambulanti lahko zaračunava storitev foto fundi?

Odgovor: Foto fundi se lahko obračuna pri diabetesu, hipertenziji, 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 utemljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO

SP2/OKUL/16 Pri dg. Blepharochalasis in Ptosys so pacienti samoplačniki za operativni poseg. Kadar stanji pomenita funkcionalno motnjo, se operativni poseg obračuna ZZS. Kako dokažemo to stanje?

Odgovor: Pred napotitvijo na poseg mora biti opravljena preiskava vidnega polja. Preiskava mora potrditi izpad v vidnem polju in funkcionalno motnjo, povezano z blefarohalazo ali ptozo. V dokumentaciji morata biti slika in pisni izvid opravljene preiskave.

SP2/OKUL/17 Pri operaciji katarakte je pregled pred operacijo in po njej všteti 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/18 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 SNO in so potrebne za diagnostiko in zdravljenje pacienta.

SP2/OKUL/19 Kdaj se lahko obračuna elektronska refraktometrija po operaciji sive mreže?

Odgovor: Elektronska refraktometrija se lahko obračuna pri predpisu očal.

SP2/OKUL/20 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 zavarovane osebe.

Storitve ni možno obračunati v breme OZZ:

- Če pripomoček ne pripada zavarovani osebi (pred potekom trajnostne dobe, presbiopa očala pred 63 letom, premajhna dioptrija za kontaktne leče);
- Če se pripomoček predpiše na bel recept.

SP2/OKUL/21 Ali je možno pri pacientu v eni obravnavi (različni napotni diagnozi, npr. OCT 34410, opravimo zaradi degenerativne makule, foto fundi 12222 pa zaradi nevusa žilnice) narediti in obračunati dve preiskavi hkrati?

Odgovor: Hkraten obračun obeh storitev (34410 in 12222) ni dovoljen.

SP2/OKUL/22 Kateri obseg pregleda se lahko obračuna, kadar se opravi pregled in storitve, označene s *?**

Odgovor: V zgoraj opisanem primeru se obračuna kratek lokalni pregled (00002) in opravljene storitve označene s ***, vendar brez obračuna ambulantne oskrbe.

SP2/OKUL/23 Kaj se obračuna v primeru kontrolnega pregleda?

Odgovor: V primeru kontrolnega pregleda se lahko obračuna:

- kratek lokalni pregled (00002) in tista storitev označena s ***, ki je predmet kontrole. Ni mogoče ponovno obračunati tistih preiskav, označenih s ***, ki niso predmet kontrolnega pregleda;
 - ali pa se obračuna kratek lokalni pregled (00002) in nadaljnja ambulantna oskrba (11304).
- Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/24 Kdaj se obračunata ortoptični preiskavi (šifra 12242 - Merjenje in ugotavljanje škilnega kota s testom pokrivanja - odkrivanja (cover - uncover test)), šifra 12243 - Ocena gibljivosti zrkel)?

Odgovor: Ortoptični preiskavi (šifra 12442, šifra 12443) se obračunata le ob indikacijah za njuno izvajanje, ki so usklajene z RSK za oftalmologijo: slab vid pri otrocih, sum na motnjo gibljivosti z ali brez dvojnih slik pri otrocih in odraslih, sum na latentni strabizem pri otrocih in odraslih. Indikacija mora biti utemeljena z verodostojnim zapisom v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/25 Kako se obračuna storitev s šifro 94001 (Pleoptične ali ortoptične vaje)?

Odgovor: Obračun storitve s šifro 94001 (Pleoptične in ortoptične vaje) vključuje vse opravljene vaje na vseh aparatih v času ene obravnave. Storitve se lahko obračuna dvakrat na obravnavo. V veljavi od 1.1.2023.

SP2/OKUL/26 Kdaj se lahko obračuna zadnja biomikroskopija?

Odgovor: Obračun zadnje biomikroskopije je mogoč, kadar je dokazana patologija očesnega ozadja ali če obstaja sum na patologijo. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/27 Kdaj se lahko obračuna meritev očesnega pritiska?

Odgovor: Rutinsko se meri pritisk nekontaktno (Tonometrija po Shiotzu, storitev s šifro 12251) enkrat letno. Aplanacijska tonometrija (storitev s šifro 12252) se lahko obračuna pri glavkomu oziroma sumu na glavkom. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/28 Kdaj se obračuna storitev OCT?

Odgovor: Storitev OCT (34410) se lahko obračuna, kadar je pri pregledu s kontaktnim steklom oziroma pri zadajšnji biomikroskopiji opredeljen sum na patologijo ali je vidna patologija. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/OKUL/29 Kakšno je priporočeno stopenjsko izvajanje preiskav OCT, NIR in red free (RF)?

Odgovor: Prva slikovna diagnostična preiskava je OCT, saj v veliki večini primerov pokaže patološke spremembe v makuli, če so prisotne, oziroma jih izključi, če jih ni. V primeru, da OCT pokaže patološke spremembe v makuli, se nadaljuje diagnostika s slikovnimi metodama NIR in RF, ki sta del nadaljevanja diagnostike multimodalnega slikovnega prikaza očesnega ozadja. Odgovor je skladen s priporočilom RSK za oftalmologijo.

SP2/OKUL/30 Zavarovana oseba pride na pregled h okulistu brez napotnice za predpis MP za izboljšanje vida. Katere zdravstvene storitve so , glede na določila 105. člena Pravil OZZ, v opisanem primeru standard in se jih lahko obračuna?

Odgovor: Pri pregledu odrasle zavarovane osebe za predpis MP za izboljšanje vida brez napotnice so standard naslednje storitve:

- Refraktometrija (12240),
- Elektronska refraktometrija (12241),
- Sprednja biomikroskopija (12255),
- Fundoskopija (12220),
- Nkontaktna (odbojna) tonometrija (12251).

Skladno z ugotovljenim zdravstvenim stanjem zavarovane osebe in spoštovanjem Pravil OZZ se posledično lahko predpiše in obračuna MP za izboljšanje vida (12134 - RP. za predpis MP za izboljšanje vida). Odgovor je skladen z mnenjem RSK za oftalmologijo (sklep RSK 2-16/23).

POPRAVLJENO

SP2/OKUL/31 Ali je za napotitev otroka na pregled vida pri oftalmologu potrebna napotnica?

Odgovor: Standard za napotitev otroka na pregled vida k oftalmologu je ena napotnica. Dodatna napotnica za skiaskopijo ni potrebna. Odgovor je skladen z mnenjem RSK za oftalmologijo (sklep RSK 2-16/23).

RENTGEN

SP2/RTG/1 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 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 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 je utemeljen z verodostojnim zapisom v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/RTG/4 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 kolena 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 slikanj skeleta je mogoče uporabiti dve šifri iz SNO, 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 SNO (31011, 31012, 31060) predstavljajo posebna slikanja, ki so redkost.

POPRAVLJENO

SP2/RTG/5 Kako se obračuna storitev denzitometrija – merjenje mineralne gostote kosti (DEXA)?

Odgovor: Denzitometrija se beleži s šifro 36195 (denzitometrija), dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom pa s šifro 36196 »dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom). Meritev mineralne gostote kosti na drugih mestih ni mogoče obračunati ZZZS.

Preiskavo indicira izbrani osebni zdravnik oz. specialisti drugih strok (npr. internisti, ortopedi, fiziatri, ginekologi, kirurgi ...) na napotnico izbranega osebnega zdravnika. Obračun obeh storitev je možen v breme OZZ, kadar so upoštewane veljavne slovenske smernice za odkrivanje in zdravljenje osteoporoze (objavljene na spletni strani Združenja endokrinologov Slovenije).

Kadar specialist obravnava bolnika z boleznijo, ki se ji kot zaplet pogosto pridruži osteoporoza, napoti zavarovano osebo na denzitometrijo v breme OZZ.

Presejalno opravljanje teh storitev ali na željo pacientov ni pravica iz OZZ.

SP2/RTG/6 V katerih primerih se pri zavarovani osebi 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.

SP2/RTG/7 Ali se za izvedbo RTG slikovne diagnostike parnih organov oziroma za potrebe izvedbe RTG slikanj več regij telesa izda 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 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/2 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.

SP2/UZ/3 Kako obračunamo UZ pregled kolkov pri otroku v primeru, da ga opravimo kot del preventivnega pregleda? Kako se obračuna UZ kolkov pri otroku na sekundarnem nivoju?

Odgovor: UZ kolkov pri novorojenčku se obračuna s šifro K0024 (UZ kolkov pri dojenčku) enkrat v eni obravnavi. Praviloma se storitev, skladno s Pravilnikom, v ambulanti za predšolske otroke obračuna v starosti 3 mesecev.

Preventivne preiskave se skladno s Pravilnikom praviloma izvedejo na primarnem nivoju.

Če je otrok napoten na sekundarni nivo, se lahko opravljeni preventivni pregled obeh UZ obračuna s šifro 36 190 (Ehoskopija) dvakrat.

Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/UZ/4 Kako se obračuna UZ diagnostika lokomotornega aparata?

Odgovor: Za UZ-diagnostiko sklepov se uporablja storitev UZ sklepa (36192). Storitve se lahko obračuna dvakrat v primerih, kadar je hkrati opravljen podroben 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 (natančen opis vseh sklepnih struktur).

SP2/UZ/5 Katero šifro storitve naj uporabimo za obračunavanje storitve dopplerska preiskava ledvic?

Odgovor: Šifra dopplerska preiskava ledvic v SNO ni navedena. Za pregled ledvic se uporabi storitev Usmerjeni UZ abdomna (36134) enkrat.

Za ambulate s koncesijo za nefrologijo (VZD 216 264) velja do 30.6.2024.

SP2/UZ/6 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. Za ambulante s koncesijo za nefrologijo (VZD 216 264)) velja do 30.6.2024.

SP2/UZ/7 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). Uporaba te šifre za obračun v primerih intraartikularne aplikacije zdravila z uporabo UZ tehnologije ni dovoljena.

SP2/UZ/8 S katerimi šiframi se obračuna obravnava pacientov, ki so napoteni na transrektalni UZ prostate?

Odgovor: UZ prostate se obračuna kot Usmerjeni UZ abdomna (36134). Obračun utemeljuje naročilo za izvedbo storitev na napotnici in verodostojni zapis o opravljenih storitvah v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/UZ/9 V katerih primerih se lahko obračuna storitev endoskopski UZ z rigidnim instrumentom?

Odgovor: Storitve 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/10 Katerim izvajalcem ZZS plačuje UZ ščitnice?

Odgovor: ZZS plačuje UZ ščitnice izvajalcem, ki so navedeni v gradivu Dogovor oziroma na spodnji elektronski povezavi:

Dogovor, 92. člen, (18), spletna stran ZZS na povezavi <https://www.zzs.si/zzs-api/e-gradiva/vsa-gradiva/?vrsta=BR39YG226&cHash=5f4a5a05a80acdc92f131e53fe711160>, Vsa gradiva, Dogovor – Pogodbe, Seznam izvajalcev, katerim ZZS plačuje UZ ščitnice.

SP2/UZ/11 Kako se lahko obračunavajo UZ pregledi manjših regij telesa?

Odgovor: Za UZ preglede manjših regij telesa se uporabi storitev Ehoskopija (36190).

SP2/UZ/12 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.

SP2/UZ/13 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?

Odgovor: Storitve 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 bezgavk obeh ingvinalnih regij se obračuna Ehoskopija (36190) dvakrat.

Podlaga za obračun je verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

SP2/UZ/14 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.

POPRAVLJENO

SP2/UZ/15 Izvajalec ima z ZZS sklenjeno pogodbo za izvajanje storitev ene VZD (npr. ortopedije). Ali se v okviru teh VZD lahko izvajajo storitve UZ slikovne diagnostike?

Odgovor: UZ preiskave se praviloma lahko opravijo in obračunajo, kadar gre za dodatno diagnostiko obolenja, zaradi katerega je pacient na osnovi veljavne napotnice z ustreznimi pooblastili v obravnavi v specialistični ambulanti. Storitve UZ, ki se opravi, mora biti navedena v šifrantu VZD, za katerega ima izvajalec sklenjeno pogodbo z ZZS.

V nadzorih obračuna zdravstvenih storitev je bilo ugotovljeno, da tudi izvajalci, ki imajo z ZZS sklenjeno pogodbo samo za izvajanje specialistične zunajbolnišnične zdravstvene dejavnosti sprejemajo zavarovane osebe napotene samo na slikovno diagnostiko, čeprav z ZZS nimajo sklenjene pogodbe za izvajanje samostojne slikovne diagnostike.

Glede na zatečeno stanje ZZS daje usmeritev, da izvajalci lahko sprejemajo tudi napotnice za samostojno UZ diagnostiko, pri tem pa naj izvajalci s koncesijami in pogodbami z ZZS, ki niso slikovna diagnostika, izvajajo pretežno svoj osnovni program – tistega za katerega imajo koncesijo.

SP/UZ/16 Kaj stori izvajalec, ki sprejme v obravnavo pacienta z napotnico za UZ srca, pri preiskavi pa ugotovi patološke spremembe?

Odgovor: Izvajalci na sekundarni oziroma terciarni ravni naj napotnice za UZ srca zaradi dolgih čakalnih dob triažirajo. Taka triaža vsake prispele napotnice za UZ srca na VZD 211 220 (Kardiologija in vaskularna medicina) pred umestitvijo bolnika v čakalni seznam, brez prisotnosti bolnika, se obračuna s šifro 91102 Triažiranje napotnice, Manchesterska triaža***. Zdravnik specialist izvede triažiranje napotnice in napiše mnenje oziroma izvid te triaže, kar zabeleži v specialistično zdravstveno dokumentacijo. Veljavnost napotnice z obračunom šifre 91102 še ni začela teči, saj časovna veljavnost napotnice začne teči z dnem, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo na prvo zdravstveno storitev.

Na napotnico za UZ srca se lahko izvedejo tudi druge kardiološke storitve, če se med ultrazvočno preiskavo ugotovijo patološke spremembe, ki jih narekujejo in so z napotnico pridobljena ustrezna pooblastila (priporočilo ob napotitvi na UZ srca je pooblastilo na napotnici 1,2,3 do vzpostavitve tehničnih možnosti v sistemu eZdravje).

SP/UZ/17 Kakšen je standard izvedbe UZ preiskave srca in izvida te preiskave?

Odgovor: Priporočilo delovne skupine za slikovne preiskave v kardiologiji pri Združenju kardiologov Slovenije je, da naj bodo vse UZ preiskave srca opravljene in izvidi napisani v skladu z evropskimi in slovenskimi priporočili (povzetimi po knjigi Ehokardiografija v številkah, ki je dostopna na spletni strani Združenja kardiologov Slovenije – www.sicardio.org).

V skladu s temi smernicami napisani izvidi UZ srca bodo od 1. 1. 2025 dalje tudi obvezna podlaga za obračun teh storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Nadalje je priporočilo delovne skupine, da naj izvajalci posnetke hranijo tudi v digitalni obliki, kar omogoča naknadni pregled in obdelavo posnetkov, v kolikor se to pri nadaljnjem spremljanju bolnikov izkaže za potrebno.

MAMOGRAFIJA

UMAKNJENO

SP2/MAMOGRAFIJA/1 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.

SP2/MAMOGRAFIJA/2 Kako se obravnava zavarovano osebo v primerih, ko je pri presejalnem pregledu ugotovljena patologija?

Odgovor: V primeru ugotovljene patologije se nadaljnja obravnava izvede skladno z določili Dogovora (obrnava in obračunavanje storitev v programu DORA).

SP2/MAMOGRAFIJA/3 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

ZDRAVILA/1 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.

ZDRAVILA/2 Kako se v javni zdravstveni mreži obračunava elektrolitska mešanica PEG (Polyethylene glycol), 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.

ZDRAVILA/3 Ali lahko zdravniki kliničnega oddelka za reprodukcijo osebi, ki je predvidena za OBMP (oploditev z biomedicinsko pomočjo) predpisujejo zdravila na recept?

Odgovor: Zdravila, ki so indicirana za OBMP in so razvrščena na listo, se lahko predpisujejo na recept, ostala zdravila pa zagotovi izvajalec.

ZDRAVILA/4 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 ZZS in je navedena v CBZ.

ZDRAVILA/5 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 pacientih, vključenih v substitucijske programe zdravljenja odvisnosti od opioidov v RS, določajo, da se osebam, ki se zdravijo v centrih, tam predpisujejo tudi vsa potrebna psihotropna zdravila.

ZDRAVILA/6 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: Dogovor in Pravila OZZ določata, da imajo zavarovane osebe pravico do bolnišničnega zdravljenja, ki obsega tudi zagotavljanje zdravil in MP. Zavarovani osebi ni mogoče predpisati na recept v breme ZZS 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 zagotavljenega obsega bolnišničnega zdravljenja v OZZ.

ZDRAVILA/7 Ali se 5-odstotni benzil alkoholni losjon za odstranjevanje uši in gnid sme predpisovati na recept v breme ZZS?

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.

Na listo razvrščeno galensko zdravilo ima omejitve predpisovanja »le za zdravljenje garij«.

ZDRAVILA/8 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 ZZS niti zavarovani osebi.

ZDRAVILA/9 Kateri izvajalec sme aplicirati in obračunati zdravilo z železom?

Odgovor: Aplikacija železa lahko poteka pri izvajalcih na vseh ravneh zdravstvenega varstva. Stališče ZZS je, da se zdravilo aplicira tam, kjer je za zavarovano osebo najbližje in najprimernejše. Zdravilo z učinkovino železa je uvrščeno na Seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje (seznam A). V skladu z Dogovorom se zdravilo financira v okviru specialistične zunajbolnišnične dejavnosti ter v okviru splošne in družinske medicine kot LZM. 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.

ZDRAVILA/10 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 ZZS?

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.

ZDRAVILA/11 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.

POPRAVLJENO

ZDRAVILA/12 Kako se obračunajo zdravila s seznamov A in B?

Odgovor: Zdravilom s seznamov A in B so v CBZ določene vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti, v okviru katerih se obračunavajo, izvajalci, ki z njimi zdravijo, ter storitve za pripravo in aplikacijo zdravila (APL); vse to v skladu z omejitvijo predpisovanja.

Zdravila s seznamom A (seznam ampuliranih zdravil in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje) se lahko obračunavajo v specialistični zunajbolnišnični obravnavi, splošni zunajbolnišnični obravnavi ter v SVZ.

Zdravila s seznamom B (seznam bolnišničnih zdravil) se lahko obračunavajo v specialistični bolnišnični obravnavi, specialistični zunajbolnišnični obravnavi in določena zdravila v splošni zunajbolnišnični obravnavi.

Zdravila s seznamov A in B, ki imajo dodeljeno storitev APL, se praviloma obračunavajo v specialistični in splošni zunajbolnišnični dejavnosti. Storitve APL zajema vse storitve, kot so opredeljene v dolgih opisih. Materialni stroški in amortizacija sta v skladu z Dogovorom vračunani v ceno točke.

Zdravila s seznamov A in B se lahko obračunavajo skupaj s storitvijo APL ali drugo storitvijo, v okviru katere poteka zdravljenje z zdravilom (nadrejena storitev). Ob aplikaciji zdravila se sme obračunati le ena storitev priprave in aplikacije zdravila iz Seznama storitev 15.117 (APL001-APL007). Storitve APL se ne more obračunati samostojno, brez zdravila. V primeru, da se isti osebi na isti obravnavi aplicira dve ali več zdravil, ki jim pripadajo različne storitve APL, se obračuna samo dražja storitev.

Če zdravilo s seznamom A nima dodeljene storitve APL, se obračuna poleg druge storitve, v okviru katere se aplicira. To so npr. zdravila, ki se uporabljajo v SVZ. Če zdravilo s seznamom B nima dodeljene storitve APL, se aplicira le v okviru ABO in obračuna poleg ABO.

Če je v omejitvi predpisovanja navedena le zdravstvena dejavnost, ne pa tudi izvajalci, se lahko zdravilo obračuna pri vseh izvajalcih, ki opravljajo v omejitvi navedeno dejavnost.

Obračun ABO je v primeru aplikacij zdravil s seznamov A in B upravičen le, kadar v poteku aplikacije pride do zapletov oziroma je do njih prišlo ob predhodni aplikaciji, zaradi česar je potreben dodatni nadzor, oziroma zdravstveno stanje pacienta zahteva podaljšano obravnavo (določila Dogovora). To mora biti dokumentirano v zdravstveni dokumentaciji. Če je bila hospitalizacija potrebna zaradi zapletov aplikacije zdravila s seznamom B, se poleg ABO obračuna le zdravilo. Če je bila hospitalizacija potrebna zaradi zapleta aplikacije zdravila s seznamom A, se zdravilo in pripadajoča aplikacija ne obračunata, obračuna se le ABO.

Zdravila s seznamov A in B se obračunajo po nabavni ceni z vsemi popusti, ki ne sme biti višja od cene za obračun, povečane za DDV. Izvajalci v svoje delovno okolje dnevno uvažajo CBZ v XML obliki in na ta način pridobivajo podatke o zdravilih, med katerimi so tudi cene zdravil za obračun, vrste in podvrste zdravstvene dejavnosti, izvajalci in storitve APL, ki pripadajo določenemu zdravilu. Informacije o prevzemu CBZ v XML obliki so v Tehničnih navodilih za prevzemanje podatkov baze zdravil, objavljenih na spletni strani ZZS.

V skladu z Dogovorom se zdravila z enako učinkovino, farmacevtsko obliko in jakostjo obračunajo ne glede na ceno dejansko apliciranega zdravila, in sicer na naslednji način:

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

Podrobnejša pravila zaračunavanja so v Navodilu o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov.

Kadar se zavarovani osebi aplicira le zdravilo in se pred tem opravi rutinska kontrola zdravstvenega stanja, se obračunata le zdravilo in storitev APL brez drugih storitev.

Kadar pa pregled zadosti kriterijem prvega pregleda (poslabšanje stanja, novo stanje,...) je poleg zdravila in storitve aplikacije možno obračunati tudi prvi pregled in začetno oskrbo.

Kadar 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 tudi dodatne storitve, ki se nanašajo na ta razlog (pregled, LZM...).

Če je bila hkrati z APL zdravila iz seznama A izvedena tudi hospitalizacija, se zdravilo in pripadajoča aplikacija ne obračunata; obračuna se le ABO. Kadar mora hospitalizirana zavarovana oseba v času hospitalizacije prejeti zdravilo s seznama B, ki je bilo predhodno uvedeno zaradi zdravljenja bolezenskega stanja, ki ni enako tistemu, zaradi katerega je trenutno hospitalizirana, se poleg obračuna ABO po pravilu »zdravilo sledi bolniku« zaračuna tudi to zdravilo, kljub temu, da izvajalcu ni določena vrsta zdravstvene dejavnosti, v okviru katere se aplicira. Za obračun so potrebni dodatni podatki, iz katerih je razvidno, da je zdravilo že bilo uvedeno in da je zdravnik, ki zdravljenje vodi, s tem seznanjen.

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).

Ginekologija (seznam A):

Na primarni ravni se v primeru vstavitve materničnega vložka (IUD) poleg zdravila zaračuna APL004, ki pokriva storitve s šifro K1005 (preventivni ginekološki pregled), K1010 (svetovanje-kontracepcija, hor.nad.zdrav), K1022 (posegi III krat 2 - vstavev IUD, morebitni UZ), K1021 (posegi II- morebitna odstranitev predhodnega IUD) 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 (kurativni 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 vstavev mehničnega vložka brez zdravila, se zaračunajo storitve iz šifranta 15.21.

Poleg storitve medikamentozni splav (E0301) se lahko ob izvedbi storitve zaračuna še zdravilo humani imunoglobulin anti-D (Rh), ki je razvrščeno na Seznam A, in sicer v skladu z njegovo omejitvijo predpisovanja.

V primeru vstavitve IUD se 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 mehničnega vložka brez hormonskega zdravila, se zaračunajo storitve iz šifranta 15.62.

POPRAVLJENO

ZDRAVILA/13 Kakšno je pravilno obračunavanje zdravila iz seznama A ali B, ki ga je aplicirala patronažna sestra?

Odgovor: Splošna ambulanta patronažni službi izda delovni nalog in vroči zdravilo za aplikacijo na domu. V ambulanti se izjemoma obračuna le zdravilo (Npr. Q0235), ki je bilo vročeno patronažni sestri brez nadrejene storitve.

Patronažna služba si nato obračuna eno od kurativnih storitev (PZN2108, PZN2109, PZN1108 ali PZN1109) ter zabeleži še evidenčno storitev za aplikacijo zdravila (EPZN110804).

ZDRAVILA/14 Ali sme zdravnik v breme OZZ obračunati aplikacijo zdravila, ki ni v skladu s terapevtskimi smernicami? Ali sme v takem primeru obračunati hišni obisk oziroma naročiti aplikacijo takšnega zdravila patronažni službi?

Odgovor: Zdravilo, ki ni v skladu z omejitvijo predpisovanja in 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 delovni nalog patronažni službi. Samoplačniške storitve se lahko opravijo le izven ordinacijskega časa, ki je določen v pogodbi z ZZS.

POPRAVLJENO

ZDRAVILA/15 Kako se obračuna zdravljenje z litijem v zunajbolnišnični psihiatrični dejavnosti (psihiatrični ambulantni)?

Odgovor: V primerih bipolarni motnje, ki se zdravi z litijem, se obračunajo pregled (01003 ali 02003), oskrba (11006 ali 11305) in zdravljenje manično depresivne psihoze (91992).

ZDRAVILA/16 Kdaj so kapljice za oči (umetne solze) pravica iz sredstev OZZ?

Odgovor: Kapljice za oči (umetne solze) so pravica iz sredstev OZZ pri stanjih, ki so navedena v omejitvah predpisovanja v CBZ:

1. keratoconjunctivitis sicca s Schirmerjevim testom 5mm/5min ali manj in hkrati keratitisom (H19.3);
2. razjede/ulkusa roženice zaradi suhega očesa ali drugega vzroka (H16.0);
3. nevrotrofičnega keratokonjunktivitisa zaradi bolezni in po operacijah (H16.2);
4. po poškodbi ali operaciji roženice ali očesne površine (H16.0) do zacelitve.

ZDRAVILA/17 Kako se evidentira aplikacija zdravila Evusheld (tiksagevimab/cilgavimab)?

Odgovor: Kritje stroškov nabave zdravila Evusheld (tiksagevimab/cilgavimab), ki se uporablja za profilakso bolezni covid-19, je zagotovljeno iz proračunskih sredstev. Opravljene storitve pa se obračunajo v okviru redne realizacije programa specialistične zunajbolnišnične dejavnosti revmatologije, onkologije, hematologije ali infektologije:

- v okviru dejavnosti revmatologije se obračunata storitvi kratki pregled in triaža (REV003) in vbrizganje zdravila v mišico (REV007);
- v okviru dejavnosti onkologije, hematologije in infektologije se obračunata storitvi delni pregled v specialistični dejavnosti (01003) ali delni pregled otroka do 14. leta v specialistični dejavnosti (01004) in začetna oskrba v neoperativnih strokah (11004);
- ob aplikaciji zdravila se v vseh dejavnostih zabeleži glavna diagnoza pasivna imunizacija z imunoglobulinom (Z29.1).

ZDRAVILA/18 Katere storitve se lahko obračunajo v dežurni službi, oziroma nujni medicinski pomoči, pri zavarovani osebi, ki pride preko vikenda ali na praznični dan na i. v. terapijo z zdravilom s seznama A.

Odgovor: Zavod izvajalcem dežurno službo in NMP v splošni zunajbolnišnični zdravstveni dejavnosti plačuje v pavšalu, zato si izvajalci dodatnih storitev ne morejo zaračunati posebej.

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 (šifra 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. ZZS 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 opravljene in pravilno zabeležene storitve priznajo, vendar je novo izbrani osebni zobozdravnik dolžan od prejšnjega zahtevati zdravstveno dokumentacijo. Če pa je bila dokumentacija zahtevana, a je prejšnji 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.

UMAKNJENO

NZZD/DG/2 Kdaj se sme obračunati kratek stomatološki pregled (šifra 00003)?

Odgovor: V SNO 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 boleznih in poškodbah ali tudi kratek kontrolni pregled po izvajanju terapiji ali za odredanje njenega nadaljevanja in beleženje ugotovitev v zdravstveni dokumentaciji. Zaračuna se le ob prvem kontaktu s 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. *Velja do 30. 6. 2024.*

UMAKNJENO

NZZD/DG/3 Kakšen je obseg stomatološkega pregleda oziroma storitve pod šifro 01007?

Odgovor: Stomatološki pregled (01007) je v SNO opredeljen kot pregled, ki vključuje kratko ali ciljano anamnezo boleznih ali poškodb, pregled glave, obraza in vratu, zlasti regionalnih bezgavk, pregled zob in registracijo KEP (število Karioznih, Ekstrahiranih in Plombiranih zob), 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. *Velja do 30. 6. 2024.*

NZZD/DG/4 Kdaj se sme obračunati konzultacija (storitev s šifro 11602)? Ali je to drugo mnenje?

Odgovor: Konzultacija pomeni pisno mnenje ali pisni nasvet o oceni stanja pacienta ali nadaljevanju zdravljenja, ki ga izda zobozdravnik (oziroma specialist) na zahtevo drugega zdravnika na podlagi ustrezne napotnice.

Obračuna jo napotni zdravnik oziroma zobozdravnik, ki je takšno pisno mnenje podal.

Če konzultirani zobozdravnik opravi 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 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/6 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.

NZZD/DG/7 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/terapevstki načrt (postopki/storitve narejene z namenom zdravljenja).

NZZD/DG/8 Kakšen pregled smemo pisati pri zavarovanih osebah, ki so bili pred enim mesecem sistematsko pregledani 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/9 Ali je 3D-slikanje zob in obraznih struktur s CBCT aparatom pravica iz OZZ?

Odgovor: CBCT 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/10 Katere storitve potrebujejo predhodno rentgensko diagnostiko?

Odgovor: Šifre in opisi storitev, ki potrebujejo predhodno RTG 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)
- 52306 (endodontsko zdravljenje – 1 kanal)
- 52307 (endodontsko zdravljenje – 2 kanala)
- 52308 (endodontsko zdravljenje – 3 kanali)
- 52309 (endodontsko zdravljenje – 4 ali več kanalov)
- 52402 (trepanacija pulpnega kanala)
- 52483 (načrt protetične rehabilitacije)
- 45221 (kiretaža žepkov po zobu)
- 52333 (inlay na 1 ploskvi, fiksno protetični 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.

UMAKNJENO

NZZD/DG/11 S katero šifro obračunamo »bite-wing« ali posnetek zobnih kron po 31.12.2022?

Odgovor: Posnetek zobnih kron, »bite-wing«, obračunate s šifro 31013.

UMAKNJENO

NZZD/DG/12 S katero šifro obračunamo periapikalni posnetek po 31.12.2022?

Odgovor: Periapikalni posnetek obračunate s šifro 31015.

POPRAVLJENO

NZZD/DG/13 Kako po 31.12.2022 obračunavamo odčitavanje RTG posnetkov?

Odgovor: Po 31.12.2022 odčitavanje RTG posnetkov obračunavate posebej. Pri tem je potrebno opozoriti, da sta slikanje in njihovo odčitavanje praviloma vezani storitvi (se praviloma obračunavata obe).

Samo slikanje je možno obračunati le v primerih, ko ga je naročil specialist (npr. ortodonsko zdravljenje), izvedel pa izbrani osebni zobozdravnik. Naročilo mora biti ustrezno zabeleženo v zdravstveni dokumentaciji.

Samo odčitavanje je možno v primerih, ko zavarovana oseba s seboj prinese drugje opravljen RTG posnetek (v fizični ali digitalni obliki), izbrani osebni zobozdravnik pa opravi njegov odčitek za potrebe nadaljnje obravnave. Opis mora biti ustrezno evidentiran, posamezen RTG posnetek se praviloma odčita enkrat. Odčitavanje RTG posnetka, ki je bil opravljen samoplačniško, ni mogoče obračunati v breme ZZS.

NZZSPEC/DG/14 Kdo je dolžan zagotoviti ortopanski in telerentgenski posnetek za potrebe ortodonskega zdravljenja, izbrani osebni zobozdravnik ali specialist čeljustne in zobne ortopedije?

Odgovor: Vse napotnice za ortodonta so napotnice s trajnim pooblastilom.

1. Izbrani osebni zobozdravnik ob izdaji napotnice napoti zavarovano osebo na ortopantomogramski posnetek, da lahko napiše napotnico in utemelji napotitev Ortodonski pregled (prvi). Čakalna doba za specialistični ortodonski pregled je pri večini ortodontov več let, zato je ta ortopan takrat, ko je otrok poklican na pregled na podlagi predhodnega vpisa v čakalno evidenco, zastarel in ne odraža dejanskega stanja. Ortodonti vabijo zavarovane osebe na pregled nekaj mesecev pred dejanskim datumom pregleda.

2. Zavarovane osebe dobijo hkrati z vabilom navodilo, da pri izbranem osebnem zobozdravniku dobijo delovni nalog za ortopan in slikanje opravijo pred pregledom.

3. Vse napotitve na RTG diagnostiko po pregledu pa opravi spec. ortodont.

*Od 1.1. 2023 se posebej obračunavata RTG slikanje in odčitavanje posnetkov.

UMAKNJENO

NZZD/DG/15 S katero šifro obračunamo panoramsko slikanje zob, ortopantomogram po 31.12.2022?

Odgovor: Panoramsko slikanje zob, ortopantomogram obračunate s šifro 31062.

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 enkrat 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 Kolikokrat letno se lahko ZZS 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/3 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 3 let. Zato se obračun storitve zalitje fisur (45390) praviloma prizna na istem zobu enkrat na 3 leta.

NZZD/PREV/4 V kombinaciji s katerimi storitvami se lahko ZZS obračunata storitvi topikalna aplikacija fluoridov (45320) in zalitje fisur (45390)?

Odgovor: Storitvi topikalna aplikacija fluoridov (45320) in zalitje fisur (45390) že vključujeta storitev odstranitev mehkih in trdih zobnih oblog (45201) oziroma čiščenje zobnih lokov (45210). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/5 Katera storitev se obračuna pri stekleničnem kariesu in kako pogosto?

Odgovor: Obračuna se lahko storitev impregnacija ali zaščita zoba (45394). Zapis temelji na oceni tveganja.

NZZD/PREV/6 Kdaj se lahko ZZS obračuna predpisovanje zdravil na recept (91100), zdravniško potrdilo (41691) ter individualno navodilo (97401)?

Odgovor: Individualno navodilo (97401) 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, napotnico ali Predlog ZPR.

Pisanje zdravniškega potrdila (41691) se lahko obračuna ZZS le, če je namenjeno za zagotavljanje pravic OZZ. Obračun utemeljuje verodostojen zapis v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PREV/7 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/8 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.

POPRAVLJENO

NZZD/PREV/9 Do katere starosti pacienta lahko opravljamo preventivne storitve zalivanja fisur (45390) in topikalno aplikacijo fluora (45320)?

Odgovor: Skladno s Pravilnikom se za zavarovane osebe storitve zalivanja fisur (45390) obračunavajo do konca osnovne šole, a topikalna aplikacija fluoridov (45320) v skladu z oceno tveganja.

V skladu z Okrožnico 4/2024 je starostna omejitev za obračun zalitja fisur (45390) od 0 do 18.let. Taka starostna meja je postavljena zaradi večkrat poznega izrasta kočnikov. Storitve se opravi v skladu s stroko, to je eno leto po izrastu kočnika, če je prisotna indikacija npr. globoke fisure in zob ni predviden za ekstrakcijo.

Topikalna aplikacija fluora (45320) pa se izvaja skladno z oceno tveganja, pri čemer se poseg za dijake in študente do 26. leta izvaja, kot je navedeno v Pravilniku, le v okviru individualnih preventivnih posegov.

NZZD/PREV/10 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 MZ s Pravilnikom. Ortodont te storitve ne more obračunati ZZS.

NZZD/PREV/11 Kakšen je minimalen zapis v zdravstveni dokumentaciji za priznavanje obračuna storitve kontrola plaka (13090)?

Odgovor: V primeru obračunane storitve kontrola plaka (13090) mora biti izračunan indeks OH (oralne higiene) in v zdravstveni dokumentaciji zapis metode izračuna in vrsta barvila. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

ZOBOZDRAVSTVO – RESTORATIVNE STORITVE

NZZD/RST/1 Kdaj se lahko ZZS obračuna storitev poliranje zalivke (52329)?

Odgovor: Pri izdelavi kompozitnih zalivk v IKS 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 IKS se prizna le enkrat na trajnostno dobo in se ne sme obračunati po ploskvah, ampak po zalivki.

Poliranje kompozitnih zalivk v TKS se ne obračuna ZZS, ker kompozitna zalivka na ličnikih in kočnikih ni pravica iz OZZ. To storitev v celoti plača zavarovana oseba.

NZZD/RST/2 Ali se lahko pri predšolskih otrocih in mladini obračunata 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 ZZS, če sta ločeni s cristo obliquo in če zobovje ni močno kariozno na stalnih zobeh; na mlečnih zobeh tak obračun ni možen. Prav tako se ZZS 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/3 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 ZZS. Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/RST/4 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 dveh ali več ploskvah (52322) in jo je možno ponovno obračunati po poteku garancijske dobe storitve.

POPRAVLJENO

NZZD/RST/5 Kateri material se uporablja za zalivke pri predšolskih otrocih in mladini do 26. leta starosti kot standardni material (poleg amalgama) v TKS?

Odgovor: Za zalivke v TKS 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 zdravstveni dokumentaciji).

NZZD/RST/6 Kdaj lahko obračunamo storitev provizorična zapora zoba (93002)?

Odgovor: Storitve 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/7 Ali se lahko ZZS 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 ZZS.

NZZD/RST/8 Kakšno zalivko lahko obračunamo ZZS po tako imenovani tunelski preparaciji?

Odgovor: V tem primeru lahko obračunate zalivko na dveh ploskvah (52321).

NZZD/RST/9 Ali je možno ZZS obračunati ob storitvi zalivke še posebej storitev impregnacija (45394)?

Odgovor: ZZS plača storitev zalivko in ne posamične faze njene izdelave. Poseben obračun storitve impregnacija (45394) ob tem ni mogoč.

NZZD/RST/10 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 ZZS.

NZZD/RST/11 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 pacientih, ki so zboleli z rakavimi obolenji glave in vratu ter so zdravljeni tudi z radioterapijo. To je treba zabeležiti v zdravstveni dokumentaciji enako, kot velja za standardni material. Doplačila pri uporabi steklastoionomernih cementov ni.

NZZD/RST/12 Kako se obračuna izdelava zalivk v IKS (izdelava se zalivka MLaP in ločeno DLaP), če se jih izdelava v isti seji ali v dveh sejah?

Odgovor: Če jih izdelate v isti seji, ZZS lahko obračunate 2 zalivki na treh ploskvah. V dveh sejah pa morate obračunati vsako posebej.

NZZD/RST/13 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/14 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 pacienta.

Pri zdravljenju poškodb odlomljenih sekalcev je možno ZZS 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 mora biti naveden razlog obravnave: poškodba. Prav tako je potrebno zapisati: kdaj, kje in kako je poškodba nastala, ali je pacient zgubil zavest, ugotovitve diagnostike (ali je bolečina prisotna, opis poteka frakture, opredeljena klasifikacija poškodb ali enostavno narisani potek frakture, ev. sprememba položaja, sprememba ugriza, ekspozicija dentina, ekspozicija pulpe, majavost, vitaliteta, ev. RTG posnetek (po presoji zobozdravnika),... Prav tako je potrebno opredeliti odnos frakture do sosednjih struktur kosti (npr. fraktura alv. kosti), parodont (npr. luksacija, sublüksacija), dlesen, sluznica (npr. laceracija, kontuzija), in kdaj je naslednja kontrola pri izbranem osebnem zobozdravniku.

POPRAVLJENO

NZZD/RST/15 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 treh ali več ploskvah (52322) ali dograjevanje zobne krone z obročkom oziroma nazidkom, dentinskim vijakom. Šifra 52322 je namenjena tudi izdelavi zalivke na večjih ploskvah (direktni restavraciji krone zoba), pri kateri je zaradi obsežne okvare potrebna dodatna retencija.

Velja do 30. 6. 2025

ZOBOZDRAVSTVO – ENDODONTSKE STORITVE

NZZD/ENDO/1 Ali je točna trditev, da je pri endodontskih storitvah anestezija (kadar je potrebna) že vračunana v storitvi, ali pa se lahko anestezija dodatno zaračuna?

Odgovor: Trditev ni točna. Anestezija se lahko obračunava kot posebna storitev.

NZZD/ENDO/2 V katerem primeru lahko obračunamo storitev trepanacija pulpnega kanala (52402)?

Odgovor: To storitev lahko obračuna zobozdravnik v primeru nujenja medicinske pomoči (zdravljenja) oziroma v primeru, če zavarovana oseba še nima izbranega osebnega zobozdravnika. Storitve ni možno obračunati kot prvo fazo endodontskega zdravljenja. Obračun je utemeljen ob ustreznem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ENDO/3 Ali se endodontsko zdravljenje modrostnega zoba lahko obračuna ZZS?

Odgovor: Endodontsko zdravljenje modrostnega zoba se lahko obračuna ZZS le v primeru, kadar je ta zob strateško pomemben; v drugih primerih se ZZS 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 Kako obračunamo endodontsko zdravljenje koreninskih kanalov po 31.12.2022?

Odgovor: Endodontsko zdravljenje koreninskih kanalov v zobozdravstveni dejavnosti za odrasle - zdravljenje (404 101, 404 119) obračunate s šiframi od 52306 do 52309.

- 52306 Endodontsko zdravljenje – 1 kanal,
- 52307 Endodontsko zdravljenje – 2 kanala,
- 52308 Endodontsko zdravljenje – 3 kanali,
- 52309 Endodontsko zdravljenje – 4 ali več kanalov.

Endodontsko zdravljenje koreninskih kanalov v zobozdravstveni dejavnosti za mladino - zdravljenje (404 103) obračunate s šiframi od 52313 do 52316:

- 52313 Endodontsko zdravljenje – 1 kanal do 15 let,
- 52314 Endodontsko zdravljenje – 2 kanala do 15 let,
- 52315 Endodontsko zdravljenje – 3 kanali do 15 let,
- 52316 Endodontsko zdravljenje – 4 ali več kanalov do 15 let.

*Pri vseh zgoraj navedenih šifrah obračun vključuje izdelavo dostopne kavitete, mehansko (ročno ali strojno) in kemično širjenje in čiščenje koreninskega kanala, aplikacijo medikamenta med dvema sejama, začasno zaporo dostopne kavitete, dokončno polnitev. Prav tako je v obračun vključena uporaba

določevalca apikalne odprtine in uporaba gumijaste opne (koferdama). Storitev se obračuna po zaključenem zdravljenju.

UMAKNJENO

NZZD/ENDO/6 Kako obračunamo odstranitev stare polnitve po 31.12.2022?

Odgovor: V zobozdravstveni dejavnosti za odrasle - zdravljenje (404 101, 404 119) odstranitev stare polnitve po kanalu obračunate s šifro od 52312.

V zobozdravstveni dejavnosti za mladino - zdravljenje (404 103) odstranitev stare polnitve po kanalu obračunate s šifro od 52317.

*Šifri 52312 in 52317 odstranitev stare polnitve po kanalu vključujeta odstranitev stare polnitve (ročno ali strojno) pred ponovnim endodontskim zdravljenjem. Vključujeta uporabo določevalca apikalne odprtine in uporabo koferdama. Storitvi je možno obračunati le enkrat na istem koreninskem kanalu.

NZZD/ENDO/7 Kako obračunamo pulpotomijo po 31.12.2022?

Odgovor: V obeh dejavnostih pulpotomijo obračunate s šifro 52318. Storitev vključuje izdelavo dostopne kavitete, odstranitev koronarnega dela pulpe, zaustavljanje krvavitve, aplikacijo medikamenta in začasno zaporo in uporabo gumijaste opne (koferdama). Storitev se uporablja na stalnih in mlečnih zobeh. Obračuna se 1-krat po zobu. Storitev je možno obračunati v primeru nujenja prve pomoči tudi pri neopredeljenih pacientih ob ustreznem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

ZOBOZDRAVSTVO – PARODONTALNE STORITVE

UMAKNJENO

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 ZZS, ker je sestavni del opravljene storitve. Izjemo predstavljajo zavarovanci, ki zahtevajo več časa za navodila (to so ZO, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja niso sposobne ustrezno akceptirati navodila).

NZZD/PARODONT/2 Kdaj se lahko obračuna storitev zdravljenje dlesni ali zdravljenje ustnih bolezní po seji (45222)?

Odgovor: Storitve se obračuna po opravljeni seji. Storitve se prizna, če so v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe navedeni diagnostični postopki, 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.

NZZSPEC/PARODONT/3 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

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/1 Katere kovine ZZS opredeljuje kot standardne?

Odgovor: Pravila OZZ določajo, da je standardna kovina pri prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeva, oziroma druga polžlahтна zlitina, ki je najcenejša na tržišču. To je standardna kovina, ki jo je možno obračunati ZZS v pavšalu, v količini 2,00 grama po elementu.

Uporaba nadstandardne kovine je stvar dogovora z zavarovano osebo glede nadstandarda in doplačila. ZZS preverja, ali je zavarovani osebi dejansko nudena standardna kovina oziroma ali je soglašal 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. Velja do 30. 6. 2025.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/2 Katere kovine ZZS opredeljuje kot standardne pri dvojnih prevlekah?

Odgovor: Pri dvojnih prevlekah je standardna kovina – žlahтна 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.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/3 Katere kovine ZZS opredeljuje kot standardne pri vlitih zalivkah?

Odgovor: Pri vlitih zalivkah je standardna kovina zlatopaladijeva zlitina, ki je najcenejša na slovenskem trgu.

Velja do 30. 6. 2025.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/4 Kakšna je opredelitev pravic do zobnoproteničnih 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 oseba sama). V času med garancijsko in trajnostno dobo je možno na račun ZZS izdelati le popravila zobnoproteničnih nadomestkov in ne novih zobnoproteničnih nadomestkov, razen če pride do anatomskih in funkcionalnih sprememb, ki jih ni bilo mogoče vnaprej predvideti.

NZZD/PROT/5 Pravila OZZ omogočajo izdelavo zobnoproteničnega nadomestka pred potekom trajnostne dobe, če je prišlo do takšnih sprememb, da je izdelek neuporaben. Kam izvajalci pošljejo Predloge ZPR v takšnih primerih?

Odgovor: V primeru, ko je treba izdelati nov zobnoprotenični nadomestek pred potekom trajnostne dobe, izvajalec izpolni nov Predlog ZPR z obrazložitvijo in utemeljitvijo novih anatomskih funkcionalnih sprememb in ga posreduje imenovanemu zdravniku. Slednji na podlagi predložene dokumentacije presoja o utemeljenosti.

NZZD/PROT/6 Kolikokrat se prizna storitev impregnacija (45394), po brušenju, z vmesnimi večkratnimi preizkusi?

Odgovor: Storitev impregnacija ali zaščita zob (45394) se uporablja za zaščito obrušeni zob. Storitev se prizna po brušenju zob, in to praviloma le trikrat. V primeru, da se ta storitev ZZS obračuna večkrat, mora biti utemeljitev zapisana v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/7 Pri statusu 1/xx3 je prostora za 3 fasetirane člene, ali je ZZS plačnik le dveh?

Odgovor: V skladu s Pravili OZZ se ZZS lahko obračunajo vsi trije fasetirani člani.

NZZD/PROT/8 Kdaj zastara potrjen Predlog ZPR?

Odgovor: Predlog ZPR se izstavi po zaključeni sanaciji zobovja oziroma ustne votline. Ponovni Predlog ZPR je vedno potreben, kadar se spremeni stanje zobovja, oziroma katerakoli druga sprememba načrtovane ZPR.

NZZD/PROT/9 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.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/10 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). Velja do 30. 6. 2025.

UMAKNJENO

NZZD/PROT/11 Ali storitev funkcijski odtis z individualno žlico lahko obračunajo ZZS 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 utemeljena z zapisom v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/12 Kdaj se lahko ZZS obračuna storitev rezkanje prevlek, teleskopskih prevlek ali gredi po členu (93015)?

Odgovor: Storitev se obračuna ZZS, kadar je iz Pravil OZZ podana pravica zavarovane osebe do proteze z VKB.

NZZD/PROT/13 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.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/14 V kakšnem času po izdelavi nove proteze je mogoče ZZS obračunati popravilo ali prilagoditev te proteze v breme OZZ in kolikokrat to lahko naredimo?

Odgovor: Reparaturu proteze je mogoče obračunati ZZS po poteku garancijske dobe. Če po izteku garancijske, a pred iztekom trajnostne dobe postane zoboprotetični pripomoček, ki ga je zavarovana oseba nazadnje prejela kot pravico, funkcionalno neustrezen (zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb pri zavarovani osebi), ima v tem obdobju pravico do popravil in prilagoditev v skupni višini največ 50 % vrednosti prejetega zoboprotetičnega pripomočka, pri čemer se stroški popravil in prilagoditev pripomočka zaradi navedenega razloga v tem obdobju seštevajo.

NZZD/PROT/15 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: ZZS 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 ZZS. 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 je potrebo za to ugotovil 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 ZPR in veljavne predpise. Če oseba ne sprejema obrazložitve in ne soglaša s predlagano izvedbo, ne more dobiti zoboprotetičnega pripomočka na račun OZZ. Zahteva po nadomestkih, ki niso pravica iz OZZ, se sicer lahko uresničuje, vendar na račun lastnih sredstev zavarovane osebe.

NZZD/PROT/16 Koliko Predlogov ZPR mesečno lahko zobozdravnik pošlje na ZZS? 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/17 Ali je zavarovana oseba upravičena do dviga ugriza z zoboprotetičnimi nadomestki?

Odgovor: Pravila OZZ določajo: »Zavarovane osebe so upravičene do prevlek, mostičkov in delnih prevlek 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/18 Ali je treba k Predlogu ZPR 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/19 Kdaj lahko obračunamo ZZZS akrilno individualno žlico in ali ta sodi v Predlog ZPR?

Odgovor: Posamezne faze izdelovanja zobnoprostetičnega izdelka ne sodijo v Predlog ZPR.

NZZD/PROT/20 Ali moram napisati nov Predlog ZPR, če se pacient odloči za nadstandard?

Odgovor: Vsaka sprememba planirane ZPR zahteva predavtorizacijo novega Predloga ZPR.

NZZD/PROT/21 Zakaj mora biti v kartoteki podatek, koliko je bilo zaračunano osebi, saj je ta podatek vnesen že v Predlogu ZPR, nato pa še na računu, ki ga prejme pacient?

Odgovor: V Predlog ZPR se vpisujejo predračunske vrednosti, ki še ne pomenijo dokončne vrednosti storitve.

NZZD/PROT/22 Kako se označijo vezane prevleke v Predlogu ZPR?

Odgovor: V opombah je treba navesti, da gre za vezane prevleke.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/23 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. Nosilec neindiciranega mostu velja za vezano prevleko.

NZZD/PROT/24 Ali je številka šarže materiala označena s kratico LOT?

Odgovor: Da.

NZZD/PROT/25 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/26 Kolikšna je trajnostna doba (konusnih) prevlek (52344)?

Odgovor: Trajnostna doba konusnih oz. teleskopskih prevlek je 7 let.

NZZD/PROT/27 Kakšen je minimalen zapis v zdravstveni dokumentaciji za utemeljen obračun konusnih (teleskopskih) prevlek?

Odgovor: Vsaka konusna konstrukcija mora biti utemeljena z zapisom o parodontalnim statusu, RTG-posnetkom in odčitavanjem posnetka (ter zapisom stanja čeljustnega grebena). Obračun temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/28 Kakšen je minimalen zapis v zdravstveni 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, vitalna ekstirpacija 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 ortopantomogram (OPG) začetnega ter končnega stanja (po protetični oskrbi z dvigom griza), analizo študijskih modelov – navedba položajnih anomalij zob in čeljusti, obstoječe okluzijske stike v IKS, okluzijske interference sprednjega vodenja (po katerih zobeh potekajo zdrsi v propulzijo in lateropulzijo).

NZZD/PROT/29 Katere storitve lahko obračunamo ZZS za utemeljitev pri dvigu griza?

Odgovor: ZZS lahko obračunate opravljene storitve v skladu s SNO. 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/30 Ali modrostniki (8) štejejo kot manjkajoči zobje pri opredelitvi pravice do delne snemne proteze?

Odgovor: Tudi modrostniki štejejo za manjkajoče zobe.

NZZD/PROT/31 Kdaj lahko zavarovani osebi naredimo fiksno konstrukcijo, čeprav ima pravico do DSP s kovinsko bazo?

Odgovor: Zavarovani osebi lahko naredite fiksnoprotetično rehabilitacijo le v primeru, ko ima pravico do DSP s kovinsko bazo in je ta dražja od predlagane fiksnoprotetične rehabilitacije.

NZZD/PROT/32 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/33 Ali je treba hraniti delovni nalog tudi za solo prevleke, ko ni potrebna potrditev Predloga ZPR?

Odgovor: Da, ker je le na ta način zagotovljena obveza sledljivosti protetičnega izdelka.

NZZD/PROT/34 Ali je treba priložiti star Predlog ZPR k novemu?

Odgovor: To je potrebno, ker omogoča sledenje prejšnjim izdelkom in statusu, ki je utemeljeval prejšnjo protetično oskrbo.

NZZD/PROT/35 Ali je treba hraniti delovni nalog?

Odgovor: Da, prav tako kot predlog in je obvezna priloga v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/PROT/36 Ali je nezadostno ali nepravilno izpolnjen delovni nalog razlog za nepriznavanje opravljene storitve?

Odgovor: Da. Dopolnitve delovnega naloga, ki so skladne s potrjenim Predlogom ZPR, so možne le v času izdelave zobnoprotoničnega pripomočka.

NZZD/PROT/37 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/38 Kdaj se lahko obračuna DSP z VKB s šifro 93007?

Odgovor: DSP z VKB 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/39 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/40 Kolikšna je trajnostna doba za nosilce DSP s kovinsko bazo?

Odgovor: Trajnostna doba je 7 let.

NZZD/PROT/41 Kdaj ima pacient pravico do totalne proteze z vlito bazo?

Odgovor: Iz sredstev ZZS pacient ni upravičen do totalne proteze z vlito bazo.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/42 Ali lahko storitev s šifro 93091 (akrilatna individualna žlica) obračunajo samo specialisti ali vsi zobozdravniki?

Odgovor: ZZS ni pristojen za razmejitev del in nalog med primarno in sekundarno dejavnostjo. Iz tega sledi, da jo lahko obračunajo vsi zobozdravniki., če storitev s šifro 93091 (akrilatna individualna žlica) ni že vključena v obračun osnovne storitve.

NZZD/PROT/43 Ali je akrilatna individualna žlica lahko doplačilo za odtis za VKB?

Odgovor: Ne.

NZZD/PROT/44 Kako obračunamo stelitne zlitine?

Odgovor: Stelitne zlitine obračunate po nabavni ceni in dejanski količini.

NZZD/PROT/45 Kaj se lahko obračuna ZZS v primeru skrajšane zobne vrste (manjkajo molarji)?

Odgovor: V tem primeru je pravica do DSP z VKB.

NZZD/PROT/46 Kaj se zgodi s starim, že potrjenim Predlogom ZPR 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 ZD, če se z njim strinja. Če se nadomestni oziroma novoizbrani zobozdravnik s predloženim oz. odobrenim Predlogom ZPR strinja, ga lahko realizira. V primeru, da se z že odobreno ZPR ne strinja, je treba poslati nov Predlog ZPR v potrditev.

NZZD/PROT/47 Ali moramo po odobrenem Predlogu ZPR v obeh čeljustih začeti izvedbo obeh zobnoprotetičnih nadomestkov naenkrat oz. kakšen je lahko časovni razmik med izvedbo enega in drugega zobnoprotetičnega nadomestka?

Odgovor: ZZS za zdaj ni določil časovnega presledka med izvedbo predlaganih zobnoprotetičnih rešitev, vztraja pa pri celoviti rehabilitaciji v obeh čeljustih. ZZS priporoča, da je ZPR v obeh čeljustih končana v enem letu od potrditve Predloga ZPR.

NZZD/PROT/48 Do koliko solo prevlek ni treba pošiljati ZZS v potrditev?

Odgovor: Predloga ZPR ni potrebno pošiljati, če zavarovani osebi v enem 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 ZPR v potrditev. V rubriki 9 (dosedanji nadomestki) je treba navesti tudi vse obračunane prevleke, ki so narejene brez predhodne odobritve.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/49 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 vzeta 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 izdelave v zobotehničnem laboratoriju in posledično ne LZM.

Za obračun konfekcijskega zatička se uporablja šifra 52333. V primeru konfekcijskega z vlakni ojačanega kompozitnega zatička se storitev obračuna s šifro 52331, ker zavarovani osebi ni možno dodatno obračunati konfekcijski zatiček in ne LZM. V tem primeru je nazidek možno dodatno obračunati ZZS s šifro 52322. V skladu s spremembami pravil je možen tudi obračun 52322-02 (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 52322-02.

Velja do 30. 6. 2025.

NZZD/PROT/50 Ali je v Predlogu ZPR 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).

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/51 Kaj se lahko obračuna ZZS na Richmond prevleke, ki so edine prisotne v ustih?

Odgovor: Na Richmond prevleke se ZZS praviloma obračuna totalna proteza, delna proteza z ulito bazo pa le, če je ta dejansko izvedena, kar mora biti razvidno tudi na delovnem nalogu.

NZZD/PROT/52 Ali se lahko naredijo solitarne prevleke na nosilcih kot priprava za parcialno protezo brez Predloga ZPR, pošlje se ga šele za parcialno protezo?

Odgovor: Ne. Potrebna je potrditev Predloga ZPR za izdelavo tako parcialne proteze kot prevlek na nosilnih zobeh. Pravila OZZ pa določajo, da v primeru, ko ni podana pravica do proteze, ni podana tudi pravica do solitarnih prevlek na nosilcih.

NZZD/PROT/53 Ali je možno zavarovani osebi pri izdelavi snemne proteze dodatno obračunati individualno postavitvev zob?

Odgovor: Snemna proteza je po definiciji individualno izdelan zobnoprotenični pripomoček. Izbira in postavitvev zob sta sestavna dela izdelave individualno izdelanega pripomočka, kar pomeni, da sta že vključeni v ceno storitve in ju ni možno dodatno obračunati niti ZZS niti zavarovani osebi.

POPRAVLJENO

NZZD/PROT/54 Ali je ob storitvi izdelava fasetirane prevleke (52343) možen sočasen obračun standardne kovine (Q0001), kljub temu da izvajalec ob izdelavi fasetirane prevleke uporabi nadstandardno kovino?

Odgovor: V navedenem primeru je ZZS možno obračunati standardno kovino (Q0001). Zavarovana oseba mora pred tem podpisati informirani pristanek, da se z nadstandardno storitvijo strinja in samoplačniško izjavo v skladu z odgovorom NZZD/SPL/12 in 13.

Velja do 30. 6. 2025.

NZZD/PROT/55 Ali je možno zavarovani osebi pri izdelavi protetičnih nadomestkov dodatno obračunati uporabo obraznega loka, artikulorja ali digitalen odtis?

Odgovor: Ne, vse to so postopki izdelave. Doplačila so možna le za material.

UMAKNJENO

NZZD/PROT/56 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 ZZS obračunate kot storitev reokluzija/brušenje v artikulacijo ortodontskega aparata (52466), tudi podložitev. Ob tem je treba v zdravstveni dokumentaciji readaptacijo okluzijske opornice ustrezno utemeljiti.

UMAKNJENO

NZZD/PROT/57 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 – ORALNOKIRURŠKE STORITVE

NZZD/ORLMAKS/1 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 ZZS ne more podati odgovora, ker ta vprašanja sodijo v pristojnost RSK in MZ.

UMAKNJENO

NZZD/ORLMAKS/2 Ali obračunavanje storitve lokalna anestezija (šifra 88911) izključuje dodatno zaračunavanje storitve površinska anestezija (šifra 88910)?

Odgovor: Z OZZ 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/3 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. Storitve se lahko obračuna največ trikrat, večkrat samo, če je to posebej utemeljeno. Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/4 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 zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/5 Kdaj ZZS lahko obračunamo komplicirano ekstrakcijo zoba?

Odgovor: ZZS lahko obračunate komplicirano ekstrakcijo zoba (šifra 52303) v primeru, ko je potreben kirurški dostop do zaostale korenine ali zoba, odgrnitev mukoperiostalne krpe, obvtavanje kosti do nekaj mm od alveolarnega grebena ter v primeru, da je potrebna separacija korenin. Storitve vključuje tudi postopek odstranitve vnetnega tkiva v kosti okoli korenine ekstrahiranega zoba, postopek ustavljanja krvavitve in morebitni šiv ter navodila pacientu za čas po posegu. Za obračun sta potrebna pisna utemeljitev in RTG.

Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

POPRAVLJENO

NZZD/ORLMAKS/6 Katere storitve lahko obračunamo ZZS pri ekstrakciji zoba?

Odgovor: Obračun vključuje postopek odstranitve vnetnega tkiva v kosti okoli korenine ekstrahiranega zoba, postopek ustavljanja krvavitve in morebitni šiv, ustrezno kodo postopka za izvedeno anestezijo ter navodila pacientu za čas po posegu. Hkraten obračun storitve s šifro 52304 ni mogoč.

Obračun storitve temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZD/ORLMAKS/7 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.

NZZD/ORLMAKS/8 S katero šifro obračunamo ekstrakcijo majavih stalnih zob ali mlečnih zob z resorbiranimi koreninami?

Odgovor: Ekstrakcijo majavih stalnih zob (stopnja majavosti >2) ali omajanega mlečnega zoba z resorbiranimi koreninami obračunate kot enostavno ekstrakcijo zoba (šifra 52305). 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/9 Kdaj lahko ZZS 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/10 Ali lahko iz sredstev OZZ obračunamo enostavno ekstrakcijo (52305), ekstrakcijo enokoreninskega (52301) in večkoreninskega zoba (52302), oziroma komplicirano ekstrakcijo zoba (52303) v isti seji skupaj z malim pooperativnim posegom (52304)?

Odgovor: Iz sredstev OZZ ne morete hkrati v isti seji obračunati omenjenih ekstrakcij skupaj z malim pooperativnim posegom, kar je skladno s SNO.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ENDODONTSKE STORITVE

UMAKNJENO

NZZSPEC/ENDO/1 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje - 1 kanal (52365)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 1 kanal 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 določevalci 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.

UMAKNJENO

NZZSPEC/ENDO/2 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 2 kanala (52366)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 2 kanala 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 določevalci 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.

UMAKNJENO

NZZSPEC/ENDO/3 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 3 kanali (52367)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 3 kanali 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 določevalci 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.

UMAKNJENO

NZZSPEC/ENDO/4 Kaj vključuje storitev spec. endodontsko zdravljenje – 4 kanali (52368)?

Odgovor: Specialistično endodontsko zdravljenje – 4 kanali 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 določevalci 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, postavitve 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.

UMAKNJENO

NZZSPEC/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.

UMAKNJENO

NZZSPEC/ENDO/6 S katero šifro obračunamo odstranitev zalomljenega instrumenta?

Odgovor: Odstranitev zalomljenega instrumenta obračunate s šifro 52369. Storitve specialistična odstranitev zalomljenega instrumenta(ov) - vključuje izdelavo dostopne kavitete, morebitno odstranitev stare polnitve v koreninskem kanalu, širjenje in čiščenje koreninskih kanalov (mehanično in kemično) do instrumenta, odstranjevanje instrumenta ali vzpostavitve 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.

UMAKNJENO

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, eventualno gingivotomijo za doseg obrobne zapore ter dograditev manjkajočih sten zobne krone za ustrezno namestitev absolutne osušitve ter hermetično zaporo med sejami. Število sej zdravljenja je ena.

UMAKNJENO

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.

UMAKNJENO

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

UMAKNJENO

NZZSPEC/PROT/1 Kaj si lahko izvajalci obračunajo za Richmond prevleke, ki so edine prisotne v ustih?

Odgovor: Za Richmond prevleke se lahko ZZS obračuna totalna proteza.

NZZSPEC/PROT/2 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 ZZS obračunate s šifro 52466 – readaptacija ortodontskega aparata (tudi podložitev). Ob tem je treba v zdravstveni dokumentaciji readaptacijo okluzijske opornice ustrezno utemeljiti.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – ORALNOKIRURŠKE STORITVE

NZZSPEC/ORLMAKS/1 Kakšen pregled obračunava oralni (maksilofacialni) kirurg?

Odgovor: Ker sta na napotnici običajno že napisana tudi delovna diagnoza in razlog napotitve, je pri prvem obisku največkrat dovolj opraviti delni pregled v spec. dejavnosti s šifro 01003 (opis možnih storitev v sklopu 0100(0)) ali po potrebi spec. stom. pregled s šifro 01009. Kontrolni pregled po izvajani terapiji se obračuna kot kratek stom. pregled s šifro 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, toaleta 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 pod 1100(0)) ter nadaljnjo ali delno (11304; opis storitev pod 1130(0)). 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 3a ali več ploskvah (52322). 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 osebnega zdravnika za 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. Pri ortodontu gre za enkratni prenos pooblastil osebnega zobozdravnika, ki časovno ni omejen. Vse napotnice za ortodonta so napotnice brez časovne omejitve.

NZZSPEC/ORTO/2 Kdaj ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja?

Odgovor: ZO ima pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru OZZ, 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 OZZ.

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 ZO pravico do kontrolnih pregledov in ponovne ugotovitve potrebe do dopolnjenega 16. leta na račun OZZ. 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 Ortononija 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 naštet v SNO. 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 ZZS 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 MZ s Pravilnikom. Ortodont te storitve ne more obračunati ZZS.

NZZSPEC/ORTO/14 Kateri ortodontski aparat obračunamo ZZS brez analize študijskega modela?

Odgovor: Brez analize študijskega modela ZZS ne moremo obračunati nobenega ortodontskega aparata.

NZZSPEC/ORTO/15 Ali ZZS 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 ZZS 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 ZZS obračunate pod šifro 52463. Obračun storitev temelji na verodostojnem zapisu v zdravstveni dokumentaciji.

NZZSPEC/ORTO/17 Kako lahko obračunamo ZZS 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: Storitve 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 obračunavamo 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 higijene, 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 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 ZZS lahko obračunamo razbremenilno opornico?

Odgovor: Razbremenilno opornico (tudi akrilno kapico do 4 zob v istem kvadrantu) lahko ZZS 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.

POPRAVLJENO

NZZSPEC/ORTO/28 Koliko časa traja retencijsko obdobje?

Odgovor: Retencijsko obdobje traja 3 leta po končanem aktivnem zdravljenju. V primeru prirojenih razvojnih nepravilnosti kraniofacialnega kompleksa (razcepi, sindromi, boleznimi mišičja) in kombiniranega ortodontskega kirurškega zdravljenja retencijsko obdobje traja 5 let po končanem aktivnem zdravljenju.

POPRAVLJENO

NZZSPEC/ORTO/29 Kdo poravnava 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: Ortodont lahko zahteva plačilo za popravila ali prilagoditve ortodontskega pripomočka, če je bil ta izgubljen, odtujen ali poškodovan zaradi neustreznega ravnanja ali ravnanja v nasprotju z navodili. Če

ne gre za takšne primere, izvajalec ne sme zaračunati popravila ali prilagoditve, prav tako ne more avtomatično zaračunati vseh popravil pacientu. Število popravil, ki se lahko izvedejo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, ni številčno omejeno, vendar je ocena vsakega posameznega primera v pristojnosti lečečega ortodonta, ki na osnovi pregleda ugotovi razloge za poškodbo in posledično popravilo. Če je ortodont ocenil, da se zavarovana oseba ni ravnala po njegovih navodilih in je do okvare aparata prišlo po krivdi zavarovane osebe, nosi stroške popravila ali izdelave novega aparata zavarovana oseba oz. njeni starši ali skrbniki. Ortodont lahko glede na dejstvo, da je do potrebe po popravilih prišlo v določenem časovnem obdobju večkrat zaporedoma (kar se ob ustreznem ravnanju z ortodontskim aparatom, ne bi smelo dogoditi), ugotovi, da ne gre za popravila, ki bi jih krilo obvezno zdravstveno zavarovanje.

NZZSPEC/ORTO/30 Kdo poravn 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 poravn ZZZS. Če zavarovana oseba ne hodi na kontrolne preglede redno, ortodontsko zdravljenje prekinemo in stroške poravn zavarovana oseba oz. njeni skrbniki po ceniku samoplačniških cen.

NZZSPEC/ORTO/31 Ali po prekinitvi ortodontskega zdravljenja poravn 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 poravn 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 nadaljnega 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 OZZ. 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 OZZ. Zavarovana oseba mora prinesiti 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 ZZS 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 ZZS. Nadaljevanje zdravljenja krije ZZS.

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. Upoštevanje 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 OZZ in so v ambulantni opravljenе, 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 prekinitve 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 zapisana v zdravstveni dokumentaciji, ne sodeluje, ne nosi aparata in/ali ne vzdržuje brezhibne ustne higijene. 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 OZZ 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: Vse napotnice za ortodonta so napotnice s trajnim pooblastilom.

1. Izbrani osebni zobozdravnik ob izdaji napotnice napoti zavarovano osebo na ortopantomogramski posnetek, da lahko napiše napotnico in utemelji napotitev. Ortodontski pregled (prvi). Čakalna doba za specialistični ortodontski pregled je pri večini ortodontov več let, zato je ta ortopan takrat, ko je otrok poklican na pregled na podlagi predhodnega vpisa v čakalno evidenco, zastarel in ne odraža dejanskega stanja. Ortodonti vabijo zavarovane osebe na pregled nekaj mesecev pred dejanskim datumom pregleda.
2. Zavarovane osebe hkrati z vabilom dobijo navodilo, da pri izbranem osebnem zobozdravniku dobijo DO za ortopan in slikanje opravijo pred pregledom.
3. Vse napotitve na RTG-diagnostiko po pregledu pa opravi spec. ortodont.

*Od 1.1. 2023 se posebej obračunavata RTG slikanja in odčitave posnetkov.

NZZSPEC/ORTO/40 Kako ravnati v primeru, ko se zavarovana oseba ne zglašuje 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 zglašuje 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.

ZOBOZDRAVSTVO – SPECIALISTIKA – PARODONTOLOŠKE STORITVE

NZZSPEC/PARO/1 Kdaj lahko obračunamo storitev *kontrola plaka (13090)*? Je zajeta v specialističnem prvem pregledu, na kontrolnem pregledu?

Odgovor: Storitve kontrola plaka je zajeta v prvem specialističnem parodontalnim pregledu pacienta. Storitve se lahko obračuna na obiskih pred pritvno parodontoplastiko ter pred globoko parodontoplastiko, prav tako na vseh dodatnih terminih/kontrolah, pri katerih je cilj izboljšanje ustne higijene, saj se rezultat meritev indeksa plaka uporabi pri motivaciji bolnika za izvajanje ustrezne ustne higijene. V primeru obračunane storitve kontrola plaka (13090) mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis in navedba uporabljenega indeksa (primer: IPMP – Interdental Hygiene Index, HGY, Lange,1981).

NZZSPEC/PARO/2 Ali je storitev *Merjenje stopnje majavosti zob – po zobu (52484)* vključena v prvi in kontrolni parodontološki specialistični pregled? V katerem primeru je storitev mogoče obračunati ločeno?

Odgovor: Da, storitev je vključena v prvi in kontrolni parodontološki specialistični pregled. Ločeno jo je mogoče obračunati v primeru izdelave parodontalne opornice oz pred izdelavo le-te, saj služi ta zapis tudi za utemeljitev izvedbe storitve izdelave opornice.

NZZSPEC/PARO/3 Ali lahko ob obravnavi pacientov z ustnimi boleznimi (primer: oralni lichen planus, bulozne spremembe, levkoplakija,...idr.), kjer je indicirano redno spremljanje bolnikov v spec. ambulanti ali pri osebnem zobozdravniku; ob aktivnem zdravljenju, torej kontrolnem pregledu in podaljševanju terapije, obračunamo tudi storitev zdravljenja dlesni ali zdravljenje ustnih bolezni - po seji (45222)?

Odgovor: Ob specialistični obravnavi pacienta zaradi ustnih bolezni (primer: oralni lichen planus, bulozne spremembe, levkoplakija,...idr.), lahko ob zdravljenju po seji obračunate storitev (45222). V zdravstveni dokumentaciji mora biti verodostojen zapis in pripis diagnoze spremembe. V dokumentaciji je potrebno navesti način zdravljenja, navodila in predpisana zdravila. Ob spremljanju sprememb tekom zdravljenja je potrebno v dokumentacijo beležiti tudi ključne najdbe pri isti diagnozi (npr.: lokacija spremembe, površina spremembe(erozija/ulkus), subjektivne težave bolnika,..). V primeru spremljanja spremembe se obračuna kratek kontrolni pregled (00003).

NZZSPEC/PARO/4 Ob parodontalno prizadetih zobeh s patološko povečano majavostjo pred parodontoplastiko običajno o zob povežemo vsaj s sosednjima zobema, saj je tako prognoza zdravljenja boljša. Zanima nas, če spada kompozitna ali žična povezava majavega zoba v storitev imobilizacija z lokom in kompozitom oz. na kakšen način lahko spec. parodontolog obračuna izdelavo parodontalne opornice?

Odgovor: V primeru samostojne povezave majavih zob s kompozitom se na zobe obračuna zalivka na eni ploskvi (torej po zobu v povezavo vključeni ploskvi) tako v IKS kot TKS brez doplačila za kompozitni material. V primeru uporabe retencijske žičke oz. kovinskega loka se dodatno obračuna še Oke-lok okrogli- okrogli lok Q0005 kot LZM.

V primeru uporabe steklenih vlaken po direktni metodi brez laboratorijske priprave se obračuna zalivka na 1 ploskvi za vsak vključen zob z doplačilom za retencijski material. Ob doplačilu je potrebno zdravstveni dokumentaciji priložiti informirano in specificirano soglasje zavarovane osebe, da se z doplačilom strinja.

V primeru izdelave fiksnega retinerja po indirektni metodi se lahko na specialistični ravni obračuna tudi storitev fiksni retiner (52391). Utemeljitev izvedbe parodontalne opornice mora biti zapis majavosti zob (vključen v prvi spec. pregled oz. kasneje ob kontrolah).

Za zapis majavosti po izdelavi opornice se po omenjenih posegih dodatno obračuna še storitev s šifro 52484.

NZZSPEC/PARO/5 Ali lahko v specialistični parodontološki ambulanti poleg storitve globoka parodontoplastika (45293) ob odstranitvi tujka (drobci vraščeni v tkivo), ki ni patološko spremenjeno tkivo, del zoba ali del kostnega tkiva dodatno obračunamo storitev odstranitev tujkov (50802).

Odgovor: Ne. Dodatno lahko obračunate storitev s šifro 81193, pri čemer mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis.

NZZSPEC/PARO/6 Kaj zajema storitev operacija tumorjev dlesni (52423) in kdaj jo lahko obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave?

Odgovor: Storitve operacija tumorjev dlesni (52423) zajema odstranitev vseh tumorskih sprememb na dlesni (primer so fibromi, nevromi, papilomi, lipomi...). V sklopu specialistične parodontološke obravnave je mogoče storitev obračunati ob izpolnjevanju zgornjega kriterija. V primeru obračunane storitve (52423) mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe.

NZZSPEC/PARO/7 Kaj zajema storitev ekstirpacija ali marsupializacija ciste v ustni votlini (52430) in kdaj jo lahko obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave? Ali je mogoče k storitvi ob ekstirpaciji ciste dodatno obračunati tudi apikotomijo (52378 in 52379) v primeru, da je cista povezana z apeksom korenine zoba, ki je endodontsko zdravljen?

Odgovor: Storitve ekstirpacija ali marsupializacija ciste v ustni votlini (52430) zajema odstranitev mehko tkivnih in kostnih cist v ustni votlini. V sklopu specialistične parodontološke obravnave je mogoče storitev obračunati ob izpolnjevanju zgornjega kriterija. Pred posegom mora biti opravljena ustrezna rentgenska diagnostika (ortopan-tomogram ali lok. postero-anteriorni RTG posnetek ali CBCT). V primeru obračunane storitve (52430) mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe. V primeru periapikalnih kostnih cist je k storitvi 52430 mogoče dodano obračunati opravljeno apikotomijo (52378 in 52379) z ali brez retrogradne polnitve, vendar le v primeru, ko je periapikalna cista > 1,3 cm. Po posegu v primeru apikotomije je potreben še kontrolni RTG posnetek (lok. postero-anteriorni).

NZZSPEC/PARO/8 Ali lahko v sklopu specialistične parodontološke obravnave ob ustrezni napotitvi pacinta za fenestracijo v kosti retiniranega zoba poleg globoke parodontoplastike (45293) obračunamo tudi osvoboditev retiniranega zoba z osteotomijo (52354) in ob namestitvi zanke ali kaveljčka storitev (52355)?

Odgovor: Ne. V primeru potrebne osteotomije in namestitvi zanke ali kaveljčka je mogoče obračunati le storitev osvoboditev retiniranega zoba z osteotomijo (52354) ali osvoboditev retiniranega zoba z osteotomijo in namestitvijo zanke ali kaveljčka (52355). Dvig režnja je zajet v obeh storitvah.

NZZSPEC/PARO/9 Katero storitev lahko ob odvzemu tkiva (biopsiji tkiva) za patohistološki pregled obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave?

Odgovor: Specialist parodontolog lahko ob odvzemu tkiva za patohistološki pregled obračuna storitev probatorna ekscizija (15010), po prejemu cito-patohistološkega izvida pa še Q0033 kot LZM. V primeru obračunane storitve 15010 mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe. Izvid patohistološkega pregleda mora biti po prejemu priložen ostali zdravstveni dokumentaciji pacienta. Po prejemu patohistološkega izvida je izvajalec dolžan pacientu telefonsko sporočiti diagnozo glede na odvzeti vzorca ali pacienta naročiti na kontrolni pregled. V primeru telefonskega sporočanja diagnoze in nadaljnjih postopkov zdravljenja ter morebitno predpisovanje zdravila na daljavo lahko specialist obračuna tudi storitev posvet zobozdr. spec. na daljavo – krajši (91107) oz. daljši (91108). V dokumentacijo je potrebno zabeležiti sporočeno diagnozo, načrt, predpisano zdravilo oz. zdravljenje ter zabeležiti čas opravljenega klica. V primeru izdaje recepta se dodatno obračuna tudi storitev s šifro 91100.

NZZSPEC/PARO/10 Kaj zajema storitev ekscizija benignih tumorjev jezika (52501) in kdaj jo lahko obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave?

Odgovor: Storitve ekscizija benignih tumorjev jezika (52501) zajema odstranitev vseh benignih tumorskih sprememb na jeziku (primer so fibromi, nevromi, papilomi, lipomi...). V sklopu specialistične parodontološke obravnave je mogoče storitev obračunati ob izpolnjevanju zgornjega kriterija. V primeru obračunane storitve s šifro 52501 mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe.

NZZSPEC/PARO/11 Kaj zajema storitev ekscizija tumorja ali mehkega neba (52711) in kdaj jo lahko obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave?

Odgovor: Storitve ekscizija tumorja (52711) zajema odstranitev vseh benignih tumorskih sprememb na nebu, mehkosluzničnem delu ustne votline (primer so fibromi, nevromi, papilomi, lipomi...). V sklopu specialistične parodontološke obravnave je mogoče storitev obračunati ob izpolnjevanju zgornjega kriterija. V primeru obračunane storitve s šifro 52711 mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe. Storitve je možno obračunati kot 52711, kadar ta ne ustreza ločeni storitvi odstranitve glede na lokacijo tumorja: tumor iz bukalne stene (58981), benigni tumor jezika (52501), operacija tumorjev dlesni (52423).

NZZSPEC/PARO/12 Kaj zajema storitev resekcija tumorja iz bukalne stene (58981) in kdaj jo lahko obračunamo v sklopu specialistične parodontološke obravnave?

Odgovor: Storitve resekcija tumorja iz bukalne stene (58981) zajema odstranitev vseh tumorskih sprememb na bukalni steni oz. bukalni sluznici (primer so fibromi, nevromi, papilomi, lipomi...). V sklopu specialistične parodontološke obravnave je mogoče storitev obračunati ob izpolnjevanju zgornjega kriterija. V primeru obračunane storitve s šifro 58981 mora biti v zdravstveni dokumentaciji verodostojen zapis posega in pripis diagnoze spremembe.

NZZSPEC/PARO/13 Kako v sklopu specialistične parodontološke obravnave obračunamo poseg podaljšanje klinične krone zoba?

Odgovor: V primeru podaljšanja zobne krone z:

- Gingivektomijo se ZZZS lahko obračuna storitev parodontoplastika, površinska - po kvadrantu, s šifro (45292).

- V primeru reženjske operacije dlesni (apikalni pomik mukoperiostalne krpe) se ZZS obračuna storitev reženjska operacija – po kvadrantu s šifro (45294)
- Kadar je za kirurško podaljšanje klinične krone potrebna še osteotomija, se poseg obračuna kot kombinacija šifre (45294) in storitve osvoboditev retiniranega zoba z osteotomijo s šifro (52354).

SEZNAM KRATIC IN POJMOV

ABO - akutna bolnišnična obravnava
A-V-fistula - arterio-venska fistula
BMV - bris materničnega vratu
BOD - bolnišnični oskrbni dan
CBCT – angl. Cone Beam Computer Tomography
CBZ - Centralna baza zdravil
CT - računalniška tomografija (angl. Computerized Tomography)
CTG - kardiotokografija
DMS - diplomirana medicinska sestra in diplomirani zdravstvenik
Dogovor - dogovor o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto
DSP - delna snemna proteza
DORA - državni presejalni program za zgodnje odkrivanje raka dojk
DSO - dom starejših občanov
EF-indeks - Eismann-Farčnikov indeks
EKG - elektrokardiogram
FO - fizioterapevtska obravnava
FT - fizioterapija
HPV - humani papiloma virus
ICT - indirektni Coombsov test
IF - interferenčni tokovi
INR – angl. international normalized ratio
IKS – interkanini sektor (sprednji vidni sektor zobovja)
IOZ - izbrani osebni zdravnik (skupni izraz za splošnega osebnega zdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s Pravili OZZ)
LZM - ločeno zaračunljiv material in storitve
Merila - merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege
MFO - mala fizioterapevtska obravnava
MKB - mednarodna klasifikacija bolezni
MP – medicinski pripomoček
MR - magnetna resonanca
MRSA - proti meticilinu odporni *Staphylococcus aureus* (angl. Methicillin-resistant *Staphylococcus aureus*)
MS - medicinska sestra
MZ - Ministrstvo za zdravje
Napotni zdravnik - napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice
NBO - neakutna bolnišnična obravnava
NMP - nujna medicinska pomoč
NZD - nadzor zdravstvena dejavnost
NZZD - nadzor splošne zobozdravstvene dejavnosti
NZZSPEC – nadzor specialistične zobozdravstvene dejavnosti
OCT - optična tomografija (angl. Optical Coherence Tomography)
OE - območna enota
OZZ - obvezno zdravstveno zavarovanje
PAP - Papanicolaou test
Pravila OZZ - Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja
Pravilnik - Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni

PTČ - protrombinski čas
RDP - radiološki diagnostični postopek
Rh-faktor - Rhesus faktor
RS - Republika Slovenija
RSK - razširjeni strokovni kolegij
RTG – rentgen; rentgenski
Seznam A – seznam ampuliranih in drugih zdravil za ambulantno zdravljenje
Seznam B – seznam bolnišničnih zdravil
SFO - srednja fizioterapevtska obravnava
SNO - Sklep o načrtovanju in obračunavanju zdravstvenih storitev
Spec FO - specialna fizioterapevtska obravnava
SPP - skupina primerljivih primerov
SRDP - skupina radioloških diagnostičnih postopkov
SVIT - državni program presejanja in zgodnjega odkrivanja predrakavih sprememb in raka na debelem črevesu in danki
SVZ - socialnovarstveni zavod
TBC - tuberkuloza
TSK - transkanini sektor (stranski zobni nevidni sektor zobovja)
UC – urgentni center
UZ - ultrazvok
VFO - velika fizioterapevtska obravnava
VKB - vlita kovinska baza
VZD - vrsta zdravstvene dejavnosti
VZS - vrsta zdravstvene storitve
ZAE - Zdravstvena analitika in ekonomika
ZD - zdravstveni dom
ZPacP - Zakon o pacientovih pravicah
ZPIZ - Zavod za pokojninsko in invalidsko zavarovanje
ZPR - zoboprotetična rehabilitacija
ZUJF - Zakon o uravnoteženju javnih financ
ZZVZZ - Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZVZZ-T - Zakon o spremembah in dopolnitvah Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju
ZZZS - Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

Pripravi:
Oddelek za nadzor

Številka: 0072-1/2026-DI/1

mag. Robert Ljoljo
generalni direktor

Datum: 5. 1. 2026

Ugotovljene nepravilnosti in navodila za pravilni obračun zdravstvenih storitev so veljavna od 15. 1. 2026.