

N A V O D I L O št. 30

za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev

*Spoštovani izvajalci in nadzorni zdravniki Zavoda!*

*Pripravljeno Navodilo vsebuje vsa vprašanja in odgovore, sicer že objavljena v navodilih ZAE. Tudi v tem Navodilu so vprašanja in odgovori razvrščeni po časovnem terminu objave, združena na področja posameznih specialnosti, ter posodobljena in usklajena z veljavnimi pravnimi akti.* ***Z Navodilom št. 30 smo posodobili oziroma uskladili področja dermatologije, zdravil, natančno pojasnili pravilen način obračunavanja NBO ter zaradi različnega razumevanja že objavljenih odgovorov glede pravic do ortodontskega zdravljenja podali dodatne obrazložitve za ta del zobozdravstvene specialnosti.***

*Gradivo je precej obsežno, vendar ustvarjalci verjamemo, da bo s pomočjo kazala v uvodu omogočen lažji in hitrejši dostop do nekaterih vam manj poznanih detajlov, kar bo omogočalo dosleden način beleženja ter posledično tudi pravilnega obračunavanja opravljenih storitev.*

*Posamezne specialnosti so združene v okvir nadzornih skupin (uvodna oznaka pri posameznem vprašanju in odgovoru), zato v kazalu niso razporejene po abecednem vrstnem redu.*

*Kot smo vas ustvarjalci pripravljenega celostnega Navodila že opozorili, da so Navodila vsebina, ki mora slediti spremembam veljavnih pravnih podlag za beleženje, evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev (ZZVZZ, Pravila OZZ, Splošni dogovor, veljavni šifranti za obračun). Obveznost tako izvajalcev kot tudi nadzornih zdravnikov je spremljanje in upoštevanje spreminjanja pravnih podlag. Tako se posledično vsebina vprašanj in odgovorov dopolnjuje in spreminja v enem Navodilu za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev.*

***Opozorilo!*** *Način številčenja vprašanj in odgovorov je sledeči: prva oznaka je oznaka nadzorne skupine, druga oznaka je zaporedna številka vprašanja in odgovora v posamezni specialnosti ter specialnost, tretja oznaka v oklepaju je zgodovinsko sledenje objave vprašanja in odgovora (zaporedna številka Navodila/zaporedna številka vprašanja in odgovora).*

Vsebina

[SPLOŠNI DEL (smiselno veljaven za vsa področja nadzora) 4](#_Toc375139170)

[SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV (SPP) 8](#_Toc375139171)

[NEAKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA (NBO) 11](#_Toc375139172)

[CENTER ZA MENTALNO ZDRAVJE 13](#_Toc375139173)

[DELOVNI NALOG 17](#_Toc375139174)

[SOCIALNO VARSTVENI ZAVODI (Domovi starejših občanov - DSO, Posebni socialni zavodi - PSZ, Varstveno delovni centri - VDC) 20](#_Toc375139175)

[FIZIOTERAPIJA 25](#_Toc375139176)

[NAPOTNICE 40](#_Toc375139177)

[PATRONAŽA 49](#_Toc375139178)

[PEDIATRIJA (osnovno zdravstvo in specialistika) 55](#_Toc375139179)

[REŠEVALNI PREVOZI 59](#_Toc375139180)

[OSNOVNO ZDRAVSTVO - SPLOŠNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST 61](#_Toc375139181)

[ANESTEZIJA 67](#_Toc375139182)

[DERMATOLOGIJA 68](#_Toc375139183)

[DIALIZA 71](#_Toc375139184)

[ENDOKRINOLOGIJA 71](#_Toc375139185)

[FIZIATRIJA 73](#_Toc375139186)

[GASTROENTEROLOGIJA 75](#_Toc375139187)

[GINEKOLOGIJA (osnovno zdravstvo in specialistika) 78](#_Toc375139188)

[INTERNA MEDICINA - SPLOŠNO 90](#_Toc375139189)

[KARDIOLOGIJA 92](#_Toc375139190)

[NEVROLOGIJA 94](#_Toc375139191)

[PSIHIATRIJA 95](#_Toc375139192)

[PULMOLOGIJA 97](#_Toc375139193)

[ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE 99](#_Toc375139194)

[RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA (CT) IN MAGNETNA RESONANCA (MR) 101](#_Toc375139195)

[KIRURGIJA 105](#_Toc375139196)

[OKULISTIKA 109](#_Toc375139197)

[OTORINOLARINGOLOGIJA (ORL) 112](#_Toc375139198)

[RENTGEN (RTG) 113](#_Toc375139199)

[ULTRAZVOK (UZ) 117](#_Toc375139200)

[ZDRAVILA 122](#_Toc375139201)

[ZOBOZDRAVSTVO 125](#_Toc375139202)

# SPLOŠNI DEL (smiselno veljaven za vsa področja nadzora)

**VSE NADZORNE SKUPINE/1 (24/1) Nova definicija prvih in kontrolnih (ponovnih) pregledov velja tudi za obračun Zavodu**:

**Odgovor:** »PRVI PREGLED je namenjen opredelitvi novo nastalega zdravstvenega problema oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja ter načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja. Prvi pregled pri izvajalcu na primarni ravni zdravstvene dejavnosti se opravi zaradi novo nastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja pacienta. Na prvi pregled pri specialistu je pacient napoten zaradi novo nastalega zdravstvenega problema ali akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja. Prvi pregled se na čakalnem seznamu označi s črko "P".

»KONTROLNI PREGLED je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki jo je sprožil prvi pregled in ni vezan na posamezno koledarsko leto. Kontrolni pregled se na čakalnem seznamu označi s črko "K". »

Pri obračunavanju prvega obiska v tekočem letu v specialističnih ambulantah se s tem navodilom ne obračunava več začetna oskrba, temveč nadaljnja. Začetna ambulantna oskrba se obračunava ob prvem prihodu (obisku) bolnika z akutno boleznijo oziroma ob njenem poslabšanju. Enako se spremeni definicija prvega in ponovnega pregleda na primarni ravni.

Z novim načinom evidentiranja in obračunavanja prvega pregleda ni več mogoče obračunati ob prvem obisku urejenega in stabilnega kroničnega bolnika v tekočem letu. Prvi obisk v tekočem letu ostaja le za statistične namene.

**VSE NADZORNE SKUPINE/2 (24/3) Pripombe na ugotovitve finančno medicinskega nadzora:**

**Odgovor:** *Začasni zapis je listina nadzornega postopka, ki jo prejme predstavnik nadzorovanega izvajalca ob zaključku finančno medicinskega nadzora, navadno na samem mestu nadzora. Na podlagi Začasnega zapisa nadzornik pripravi Osnutek zapisnika. Če izvajalec ne soglaša z ugotovitvami nadzora, poda pisne in z dejstvi podprte pripombe na Osnutek zapisnika in jih v 5 dneh od prevzema Osnutka zapisnika pošlje na OE, ki vodi nadzorni postopek. Nadzornik pripombe pregleda in jih predstavi nadzorni skupini, ki presodi njihovo utemeljenost. V skladu z odločitvijo nadzorne skupine nadzornik izda Zapisnik o nadzoru, v katerem obrazloži ugotovljene napake in razloge za upoštevanje ali neupoštevanje pripomb izvajalca. Na Zapisnik ni pritožbe, za nadzornega zdravnika je nadzorni postopek končan. Sledi obračun finančnih posledic nadzora ter obvestilo izvajalcu.*

**VSE NADZORNE SKUPINE/3 (1/1) Kako se obračuna zdravstvena storitev, ki ni vpisana v zdravstveni dokumentaciji?**

**Odgovor:** Vse opravljene storitve morajo biti vpisane v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe. Če obračunane storitve niso zabeležene v zdravstveni dokumentaciji, ob nadzoru šteje, da niso bile opravljene, zato njihov obračun ni utemeljen.

**VSE NADZORNE SKUPINE/4 (1/2) Ali je za obračun zdravstvene storitve dovolj zapis na elektronskem mediju?**

**Odgovor:** Potrebno je upoštevati veljavne predpise o vodenju in shranjevanju medicinske dokumentacije. V primeru finančno medicinskega nadzora mora biti na mestu nadzora tudi za primere elektronskega vodenja medicinske dokumentacije zagotovljen izpis evidence zdravstvenih storitev na papirju.

**VSE NADZORNE SKUPINE/5 (1/6) Kdaj lahko član tima zaračuna zdravstveno storitev, za katero je določeno, da jo opravlja tim?**

**Odgovor:** Posamezni člani timov (ali posamezni profili), ki so predvideni za opravljanje storitev, ne morejo opravljati in zaračunati storitev, za katere je predviden tim. Storitev obračuna vodja timske obravnave.

**VSE NADZORNE SKUPINE/6 (24 INT/1 – 2011) Kdaj lahko obračunamo storitve, ki imajo šifro v zeleni knjigi označeno z zvezdico (-ami)?**

**Odgovor:** Nekatere storitve so v Enotnem seznamu označene z zvezdicami. Pri tem pomenijo:

·ena zvezdica, da je ta storitev že zajeta v ambulantno oskrbo in je zato ni mogoče še posebej zaračunati;

·dve zvezdici, da je ta storitev sestavni del bolnišnične oskrbe in je ni mogoče še posebej zaračunati;

·tri zvezdice, da je ta storitev že zajeta v ambulantno oziroma bolnišnično oskrbo in je zato ni mogoče še posebej zaračunati.

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

**VSE NADZORNE SKUPINE/7 (7/128) Kakšen jenajmanjši obseg podatkov v kartoteki, ki utemeljujejo opravljen pregled, kaj pomeni navedba “status bp”, kaj pomeni navedba “status idem?**

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

- V primeru, da je v medicinski dokumentaciji naveden le najmanjši obseg podatkov - opisna diagnoza - se prizna kratek, lokalni pregled s šifro 00002, ne glede na to, kateri pregled je bil obračunan.

- V primeru, da je v medicinski dokumentaciji naveden klinični status, se na njegovi osnovi prizna vrsta pregleda v skladu z definicijami posameznih pregledov iz Zelene knjige.

- V primeru, da v medicinski dokumentaciji ni niti najmanjšega obsega podatkov - opisne diagnoze, se obračunani pregled ne prizna.

- V primeru, da je v medicinski dokumentaciji zabeleženo “status bp”, se šteje, da ni naveden najmanjši potreben obseg podatkov - opisna diagnoza, zato se obračunani pregled ne prizna.

- V primeru, da je v medicinski dokumentaciji navedeno “status idem”, se šteje, da je naveden najmanjši obseg podatkov (lokalni status) in se prizna kratek, lokalni pregled s šifro 00002, ne glede na obseg predhodnega pregleda, na katerega se status idem nanaša. V primeru, da predhodni obračunani pregled ni bil priznan, se tudi “status idem” ne prizna.

**VSE NADZORNE SKUPINE/8 (7/124) Ali je mogoče v specialistični ambulantni dejavnosti obračunavati storitve, ki so v “Zeleni knjigi” označene z dvema zvezdicama?**

**Odgovor:** Odgovor: V specialistični ambulantni dejavnosti je možno obračunavati vse storitve iz Zelene knjige, ki so bile dejansko opravljene in ustrezno evidentirane v medicinski dokumentaciji - torej tudi storitve označene z dvema zvezdicama. Te storitve (z dvema zvezdicama) se lahko evidentirajo samostojno, poleg pregleda, oskrbe ali drugih storitev, glede na dejansko opravljeno delo.

**VSE NADZORNE SKUPINE/9 (24 INT/2 – 2011) V ambulanti specialista smo nepravilno obračunavali/beležili šifre storitev. Kaj storiti v takšnem primeru?**

**Odgovor:** Izvajalec lahko zaračuna le obseg pregleda, kot ga dokazuje zapis v medicinski dokumentaciji. V primeru, da izvajalec sam ugotovi napako, je o njej dolžan obvestiti finančno računovodski oddelek Zavoda in poslati popravek obračuna.

**VSE NADZORNE SKUPINE/10 (14/290) Ali je možno pri kroničnih bolnikih obračunati samo storitev 91100\*\*\* - izstavitev recepta (brez obračuna pregleda in oskrbe), ko zavarovana oseba ali zanj svojec pride v ambulanto samo po recept za zdravila?**

**Odgovor:** Ločimo :

-obisk ambulante zaradi administrativnih opravil (izdaja recepta, listine za bolniški stalež). Take storitve obveznemu zdravstvenemu zavarovanju ni mogoče posebej beležiti (ker je zajeta v oskrbo);

-obisk pri zdravniku zaradi nasveta ob predpisu zdravila z ustreznim dokumentiranjem v kartonu. Tako storitev je obveznemu zdravstvenemu zavarovanju mogoče beležiti s šifro 91100 za vsak izdan recept;

-obisk pri zdravniku s kliničnim pregledom in predpisom zdravil. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju je mogoče beležiti pregled v dokumentiranem obsegu in šifro 91100 za vsak izdan recept;

-obisk pri zdravniku s kliničnim pregledom in večino tipičnih opravil, ki jih stanje oziroma diagnoza zahteva, vštevši predpis terapije. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju je mogoče beležiti klinični pregled v dokumentiranem obsegu, oskrbo in eventuelno druge storitve, ki niso označene z eno ali tremi zvezdicami. Storitve 91100\*\*\* v tem primeru ni mogoče beležiti.

**VSE NADZORNE SKUPINE/11 (1/4) Kdaj je možno obračunavanje storitev ambulantne zdravstvene oskrbe?**

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

**VSE NADZORNE SKUPINE/12 (1/8) Ali je mogoče hkrati zaračunati “zdravstveno oskrbo”, “svetovanje”, oziroma “konzultacijo”?**

**Odgovor:** Hkratno zaračunavanje navedenih storitev je v nasprotju z opredelitvami iz “zelene knjige”. Ta namreč določa, da so svetovanja in konzultacije že vključene v zdravstveno oskrbo, čeprav niso označene z zvezdicami.

**VSE NADZORNE SKUPINE/13 (1/14) Kolikokrat dnevno je mogoče obračunati storitvi pregled in oskrba?**

**Odgovor:** V posameznem dnevu se pri posamezni zavarovani osebi praviloma le enkrat obračunata storitvi pregled in oskrba.

**VSE NADZORNE SKUPINE/14 (3/68) Ali se lahko izdaja napotnice brez opravljenega pregleda računa kot kratek pregled?**

**Odgovor:** Izdaje napotnic ni mogoče evidentirati posebej, ker je le-ta del že prej opravljenih in zaračunanih pregledov in oskrb, ki so določile potrebo po izdaji napotnice.

**VSE NADZORNE SKUPINE/15 (3/80) Kako se evidentira nova diagnoza pri kontrolnem pregledu? Kot prvi pregled?**

**Odgovor:** Dokler gre za isto bolezen oz. poslabšanje iste bolezni prvega pregleda ni možno evidentirati. Kot prvi pregled se lahko beleži nova bolezen (glavna), ugotovljena na kontrolnem pregledu.

**VSE NADZORNE SKUPINE/16 (6/116) Kako se pravilno evidentira prvi specialistični pregled v ambulanti - po predhodni hospitalizaciji: kot prvi pregled ali kot ponovni pregled.**

**Odgovor:** Prvi specialistični pregled v ambulanti po predhodni hospitalizaciji se obračuna kot specialistični pregled v obsegu kot je dejansko opravljen in dokumentiran v medicinski dokumentaciji (delni, srednji, razširjen in celoten pregled - po Zeleni knjigi). V kolikor je pacient sprejet v oskrbo, se zraven obračuna še storitev s šifro 11004 - začetna ali celotna specialistična ambulantna oskrba, če je zavarovanec prvič na pregledu pri tem zdravniku oz. ambulanti, sicer pa storitev s šifro 11303 - nadaljnja ali delna specialistična ambulantna oskrba.

**VSE NADZORNE SKUPINE/17 (12/258) Ali se v triažnih ambulantah lahko obračunavajo zdravstveni pregledi glede na obseg opravljenega dela in začetna oz. nadaljnja oskrba?**

**Odgovor:** Obračunavanje storitev v triažnih ambulantah je enako kot v ostalih ambulantah. Ob pregledu je možno zaračunavati ustrezen pregled in oskrbe (začetna in nadaljnja), če niso istočasno obračunane druge opravljene storitve, ki so v Zeleni knjigi označene z zvezdicami.

**VSE NADZORNE SKUPINE/18 (1/9) Kdaj je mogoče evidentirati storitev “razna individualna navodila in svetovanja občanom”?**

**Odgovor:** Storitev “razna individualna navodila in svetovanja občanom” (šifra: 97401) se lahko evidentira le pri zahtevnejših stanjih in svetovanjih ter mora biti utemeljena in zabeležena v zdravstvenem kartonu zavarovane osebe. Svetovanja pa ni mogoče evidentirati namesto oskrbe.

**VSE NADZORNE SKUPINE/19 (2/041) Kako se evidentira odčitavanje izvidov preiskav opravljenih na drugem mestu (osebno predstavljenih, prispelih po pošti)?**

**Odgovor:** Praviloma storitev preiskave evidentira izvajalec preiskave, odčitavanje in obrazložitev izvida je sestavni del šifre za to preiskavo.

**VSE NADZORNE SKUPINE/20 (10/201) Ko se zavarovanec zglasi na pregled z nepopolno napotnico in se iz ambulante kliče zdravnika, ki je napotnico izstavil, je ta pogosto nedosegljiv. Vendar se tudi v primeru, ko je zdravnik dosegljiv, pogosto dogajajo neprijetnosti tako za zavarovanca kot tudi za zdravstvene delavce, tako da kljub pripravljenosti ni vedno mogoče doseči, da nam izbrani zdravnik pošlje novo napotnico. Velja pa, da v kolikor od izbranega zdravnika ni mogoče dobiti obsega pooblastil in trajanja le teh, naj bi se v taki napotnici upošteval najmanjši obseg pooblastil in enako trajanje pooblastila, zavarovanec pa bi za morebitne nadaljnje obravnave moral predložiti novo napotnico. Prosimo vas, da z vaše strani dosežete, da izbrani zdravniki izpolnjujejo napotnice pravilno, saj je v skladu s Pravili obveznega zavarovanja to njihova dolžnost.**

**Odgovor:** Nadzorni zdravniki Zavoda dokaj pogosto srečujejo pomanjkljivo izpolnjene napotnice (velja tudi za delovni nalog).

Izvajalci naj ravanjo takole:

1.) Izvajalec naj poskuša pridobiti dopolnjeno ali novo pravilno izpolnjeno napotnico kot predvideva 192 člen Pravil in se pri tem sklicuje na obveznosti izbranega osebnega zdravnika, ki jih narekuje 175. in 176 člen Pravil.

2.) V kolikor ne uspe napotnice ustrezno dopolniti v kontaktu z izdajateljem, je upravičen na osnovi nepopolne napotnice obračunati le najmanjši obseg pooblastil (pooblastilo št. 1) in enkratno pooblastilo oz. enkratno obravnavo. To pa velja le za specialistični pregled in ne za hospitalizacijo. Obračun pa ni možen niti v minimalnem obsegu, če iz napotnice ni razvidno vsaj leto napotitve k specialistu. Obračun storitev brez vsakršne napotnice na ta način ni možen. Napotnica se hrani v medicinski dokumentaciji še leto po uporabi in je na razpolago za vpogled ob nadzoru. Za priznavanje obračuna ob nadzoru ima izvajalec od datuma opravljenih storitev čas poskrbeti za dopolnitev pomanjkljive napotnice do zaključka obračuna tekočega meseca, to je do 10. v naslednjem mesecu, ali najkasneje v roku dveh mesecev od opravljenih storitev.

3.) V kolikor napotni specialist argumentira, da je izdajatelj odklonil dopolnitev nepravilno izpolnjene napotnice, se mu obračun prizna, Zavod pa proti izdajatelju sproži regresni zahtevek na osnovi vrednosti storitev, ki jih je (bi jih) po ugotovitvah nadzornega zdravnika nadzirani izvajalec obračunal Zavodu na osnovi take pomanjkljive napotnice.

Poudarjamo pa, da so nujni primeri vedno izvzeti glede obveznosti za napotnico.

**VSE NADZORNE SKUPINE/21 (14/280) Pri pooblastilu na napotnici 2 in 3 je zajeto tudi zdravljenje. Pomeni to tudi pisanje receptov ali ne? Če je odgovor da, me zanima, za koliko časa: do naročene kontrole pri specialistu ali le po eno originalno pakiranje?**

**Odgovor:** V kolikor napotni specialist prevzame bolnika v zdravljenje, to pomeni, da lahko napiše tudi recepte in beleži oskrbo. Čas, za katerega napotni specialist prevzame pacienta v oskrbo in zdravljenje, je odvisen od trajanja pooblastila na napotnici oziroma od vrste obolenja. Pri akutni infekcijski bolezni, na primer, napiše antibiotik za predvideno dobo zdravljenja ali do kontrole. Pri diabetesu, na primer, piše zdravila ves čas, če je stalno pod njegovim nadzorom. Napotni specialist lahko napiše tudi recept za eno originalno pakiranje, če je smiselno, da bolnika takoj nato preda njegovemu osebnemu zdravniku v nadaljnje zdravljenje.

Upoštevajoč vse predpisane omejitve pri predpisovanju zdravil, bolniku zdravila predpisuje osebni zdravnik in napotni specialist. Pri tem se medsebojno dopolnjujeta in si bolnika ne podajata.

**VSE NADZORNE SKUPINE/22 (14/286) Kakšne storitve je mogoče zaračunati ZZZS v posameznih primerih: a) v kartoteki specialista je zabeležena anamneza v parih besedah, teža pacienta, RR in laboratorijski izvidi; b) bolnik pri specialistu dobi nasvet glede problema v zvezi z njegovo osnovno boleznijo. Dobi tudi recepte za manjkajoča zdravila, ki jih redno prejema; c) lečeči specialist predstavi bolnika vsaj trem specialistom, ki podajo pisno mnenje o nadaljni diagnostiki in/ali zdravljenju bolnika (kdo in kakšno storitev); d) ob prvem pregledu bolnika s kronično boleznijo v tekočem letu se sme obračunati začetna ali nadaljna ambulantna oskrba.**

**Odgovor:** a) V tem primeru obveznemu zdravstvenemu zavarovanju praviloma ni mogoče beležiti nobene storitve. Za beleženje pregleda je potreben minimalni opis statusa (poleg anamneze), kar je obrazloženo v odgovoru SPL-VSE 2. V kolikor ni pogojev za beleženje pregleda, tudi ni možno beleženje oskrbe;

b) V tem primeru je možno beležiti šifro 91100 – predpisovanje zdravila na recept (za vsak recept posebej) in nič drugega;

c) Ustrezna šifra za navedeno storitev je 11612. Velja načelo naročnik – plačnik. V kolikor to storitev naročite samoiniciativno, pričakujte, da vas bo izvajalec terjal za plačilo. Beleži se nadaljnja ambulantna specialistična oskrba (šifra storitve 11303).

d) Pri bolnikih s kroničnimi boleznimi se začetna ambulantna oskrba lahko obračuna le takrat, ko je bolnik prvič pregledan pri zdravniku oz. v ambulanti. Pri vseh nadaljnih pregledih, ne glede na novo koledarsko leto se obračuna nadaljna ambulantna oskrba.

**VSE NADZORNE SKUPINE/23 (14/287) Ali se oznaka nujno na napotnici napiše lahko le, kadar gre za stanja kot so opredeljena v 103. členu Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Pravila OZZ)? Ali mora biti pacient pregledan še isti dan ali najkasneje naslednji dan?**

**Odgovor:** Pravila OZZ v 103. členu naštevajo okoliščine nujnega zdravljenja. Po presoji zdravnika je izjemoma (potrebna pa je utemeljitev) možna nujna situacija tudi izven navedenih okoliščin. Za nujna stanja napotnica ni obvezna. V skladu s Pravilnikom o najdaljših čakalnih dobah (Uradni list RS št. 63/2010) se zdravstvena storitev, ki je označena s stopnjo nujnosti "nujno" izvede takoj, vendar najpozneje v 24 urah in ni predmet čakalne dobe.

**VSE NADZORNE SKUPINE/24 (26) Kdaj lahko izvajalec obračuna konzultacijo s šifro 11604?**

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

1. Na napotnici je izrecno in nedvoumno označeno pooblastilo z enkratno veljavnostjo (številka 1), z obsegom pooblastila zgolj 1 in zapisano naročilo zdravnika (predpisovalca napotnice) »za konzultacijo«.

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

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

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

# SKUPINE PRIMERLJIVIH PRIMEROV (SPP)

**SPP in NBO/SPP/1 (21 SPP/1) Kdaj se sprejme zavarovano osebo v bolnišnico in posledično obračuna opravljene storitve?**

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

**SPP in NBO/SPP/2 (21 SPP/2) Kdaj se lahko evidentira in obračuna SPP šifra A06Z?**

**Odgovor:** SPP šifra A06Z se lahko obračuna le v primeru, ko je bolnik umetno ventiliran 96 ur ali več in je v gruper vnešena šifra 1388202. V gruper za obračun ni dovoljeno vnašati nobenega posega (kot so 4188100, 4188101, 4188400 in 9017906), ki v kombinaciji z diagnozo oblikujejo SPP s šifro A06Z. Posegi se lahko evidentirajo le za statistične potrebe.

**SPP in NBO/SPP/3 (21 SPP/3) Kdaj se lahko evidentira in obračuna šifra SPP B40Z?**

**Odgovor:** Šifra B40Z se lahko evidentira in obračuna le v primeru, če pri bolniku dejansko izvajamo plazmaferezo; šifra 1375000.

Kadar kodiramo akutno obravnavo s področja nevrologije, v gruper ne smemo vnašati posega 1383900. Če vnašamo poseg neselektivno, dobimo vedno isto šifro B40Z, ustrezna pa bi bila šifra z nižjo ali višjo utežjo.

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

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

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

**Odgovor:** V primeru, da je bolnik v času hospitalizacije napoten na dodatne preiskave ali posege v drugo ustanovo, ker jih prva ne opravlja in akutna bolnišnična obravnava še ni končana, mora bolnišnica, ki bolnika napoti na tovrstno preiskavo, dodeliti poleg glavne diagnoze kodo Z75.3 (pomanjkanje in nedostopnost zdravstvenih zmogljivosti) kot oznako, s katero evidentira bolnikovo premestitev oziroma napotitev zaradi suma na določeno bolezensko stanje. V takem primeru lahko vsaka bolnišnica za bolnika obračuna le 1 SPP (razlog akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja bolnika za sprejem v bolnišnico).

V primeru premestitve nazaj v prvo bolnišnico je nepravilno obračunavati nov SPP oziroma neakutno obravnavo in SPP, v kolikor akutna obravnava ni končana, ne glede na premestitev zavarovanca iz ene ustanove v drugo in nazaj. V kolikor druga ustanova, kamor je bil zavarovanec napoten na dodatne preiskave in posege, smatra, da je akutna obravnava končana, mora zavarovanca odpustiti. Neakutna obravnava se sme zaračunati, če so izpolnjeni kriteriji za sprejem v neakutno obravnavo.

**SPP in NBO/SPP/6 (21 SPP/6) Kdaj se lahko evidentira oziroma vnese v razvrščevalnik diagnoza npr. možganski infarkt?**

**Odgovor:** Diagnozo možganski infarkt vnesemo v razvrščevalnik le v primeru, ko je bila omenjena diagnoza razlog akutne bolnišnične obravnave.

Diagnoze I63 ni dovoljeno vnašati za že preboleli ICV. V primeru potrebe po dodatni negi zaradi posledic starega ICV mora izvajalec obvezno navesti kodo, ki definira pozno manifestacijo npr.: hemiplegija, afazija ipd. in šele nato kodo I69.

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

**Odgovor:** Za beleženje »dodatne diagnoze« v procesu kodiranja je potrebno opredeliti bolezensko stanje, ki je prisotno poleg glavne diagnoze ali pa se pojavi med bolnišnično obravnavo in vpliva na vodenje oziroma zdravljenje bolnika (dodatno zdravljenje, dodatni diagnostični postopki, povečan obseg nege in / ali spremljanje bolnika). Če se zaradi dodatne diagnoze (pridružene bolezni) spremeni standardni način zdravljenja pri določenem posegu, je potrebno to diagnozo kodirati kot dodatno diagnozo.

Pri enodnevnih hospitalizacijah je dodatna diagnoza opravičljiva le v primeru, če znotraj enodnevne obravnave bistveno vpliva na potek enodnevnega zdravljenja.

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

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

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

**Odgovor:** Glavna diagnoza je gastroenterokolitis, dodatna diagnoza je dehidracija.

**SPP in NBO/SPP/10 (21 SPP/10) Kdaj se lahko evidentira šifra C07Z? Katera šifra se lahko obračuna pri operaciji katarakte?**

**Odgovor:** Šifra C07Z (0,80) ima pomembno višjo utež kot C08Z (0,51) in jo je moč evidentirati le v primeru, ko je ob sočasni operaciji glaukoma in katarakte vodilna diagnoza glavkom in je operater naredil tudi poseg 4274300 (irigacija sprednjega prekata) ali 4274002 (injekcija zdravila v sprednji prekat).

Ob operaciji katarakte v razvrščevalnik ni dovoljeno vnašati posega 4274300 (irigacija sprednjega prekata očesa) in/ali posega 4274002 (injekcija zdravila v sprednji prekat), saj sta oba posega pri okulističnih diagnozah po algoritmu dominantna - o šifri ne odloča diagnoza, ampak poseg. Pri operaciji katarakte je dovoljen le obračun šifre C08Z, čeprav sta bila posega opravljena.

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

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

- če je nosečnica sprejeta z napotnico s pooblastilom za vodenje poroda (izjema so urgentni sprejemi, ki obsegajo neodložljive storitve in ukrepe).

- epizode zdravljenja, ki so vsebinsko in namensko povezane s porodom (prenesena nosečnost, lažni porod, predporodne težave, ki se umirijo, ipd.)

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

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

**Odgovor:** Akutne obravnave ni mogoče obračunati:

- ko gre za ambulantne storitve,

- ko bi moral storitve opraviti osebni ginekolog, pa jih je izvajalec brez utemeljitve opravil hospitalno (mali posegi v lokalni anesteziji, i.v. aplikacija zdravil, HSG, ipd.),

- ko ni šlo za neodložljive storitve ali posege in se je hospitalizacija opravila brez pooblastila osebnega zdravnika ali dežurnega zdravnika na primarni ravni,

- ko ni bilo trijaže sprejema v sprejemni ambulanti (zlasti ponoči) in se je zavarovano osebo hospitaliziralo čez noč - do dnevne ambulante,

- ko gre za zdravljenje na željo zavarovane osebe.

**SPP in NBO/SPP/13 (24 SPP/1 - 2011) Kaj določa odstotek doplačila v primeru zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnični dejavnosti?**

**Odgovor:** Odstotek plačila zdravstvenih storitev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja določa Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju v 23. členu. Obračun zdravstvene storitve mora biti predvsem v skladu z določili tega zakona. V praksi je odstotek doplačila zdravljenja zavarovane osebe v bolnišnični dejavnosti odvisen od glavne diagnoze oziroma bolezni, ki jo zdravimo (primer obračuna SPP R63Z Kemoterapija). Upoštevati je potrebno tudi tip zavarovane osebe.

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

**Odgovor:** Kemoterapija je praviloma enodnevna obravnava. V tem primeru se kot glavno diagnozo šifrira Z51.1. Dvodnevna hospitalizacija zaradi kemoterapije ni strokovno utemeljena in z vidika plačnika ni dopustna. Če izvajalec potrebuje podatke o zdravstvenem stanju zavarovanca, lahko te pridobi na ambulanti način in podaljševanje hospitalizacije zaradi tega v okviru dajanja kemoterapije ni potrebno.

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

**Odgovor:** V primeru stentiranja centralnih (možganskih) aterij je pravilna glavna diagnoza bolezni Okluzija in stenoza možganskih arterij, ki ne povzročita infarkta (I66). Tako dobimo SPP 901Z. V primeru stentiranja periferne (npr. karotidne) arterije je potrebno v razvrščevalnik vnesti glavno diagnozo Ateroskleroza drugih arterij (I70.8) in s tem dobimo SPP F14 B ali C. Za stentiranje koronarnih arterij ostane kodiranje enako kot do sedaj.

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

**Odgovor:** Splošno veljavna pravila kodiranja so dodatno pojasnjena v odgovoru SPP 7.

V primeru sprejema (ob pogoju, da so izpolnjeni kriteriji za sprejem – Priloga BOL II/b Splošnega dogovora) zavarovane osebe v ABO zaradi kreiranja A-V fistule za potrebe dialize se kot glavna diagnoza vnese Priprava na dializo (Z49.0). V primeru, da je to sprejem zaradi komplikacije pri že konstruirani A-V fistuli, je glavna diagnoza Mehanični zaplet drugih srčnih in žilnih sredstev in implantatov (T82.5) in v primeru zapiranja ali odstranitve A-V fistule Druge vrste opredeljena kirurška nadaljnja oskrba (Z48.8). Vnesejo se tudi posegi, ki so bili opravljeni.

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

**Odgovor:** Sladkorno bolezen se v razvrščevalnik lahko vnese le takrat, kadar so izpolnjeni pogoji za glavno (standard 0001) ali dodatno diagnozo (standard 0002).

# NEAKUTNA BOLNIŠNIČNA OBRAVNAVA (NBO)

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

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

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

**Odgovor:** Ne, na ta oddelek se ne sprejemajo bolniki iz socialno varstvenih ustanov. Sprejem mora biti zagotovljen za tiste bolnike, ki ustrezajo določilom iz Priloge BOL II/b Splošnega dogovora.

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

**Odgovor:** Ne, čakanje na nek diagnostični poseg ni navedeno kot razlog za sprejem na oddelek za NBO.

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

**Odgovor:** Listina odpusta (odpustnica) mora vsebovati:

- zaključek ABO (zapisano zdravstveno stanje zavarovane osebe ob zaključku ABO);

- datum zaključka ABO;

- medicinska indikacija oziroma razlog za premestitev na oddelek NBO;

- zdravstvene storitve, ki se izvajajo na oddelku NBO po dnevih (fizioterapija, rehabilitacija, prevezi ran, terapija z zdravili kroničnih obolenj, ipd.);

- datuma začetka in zaključka NBO;

- v primerih ponovnega poslabšanja obstoječega zdravstvenega stanja se ne obračunavajo BOD neakutne obravnave, pač pa se označi in beleži ponovno ABO.

V primeru, da se v eni hospitalizaciji menjavajo epizode akutne in neakutne obravnave, se vse epizode akutne obravnave ob odpustu obračunajo kot en primer SPP. Neakutna obravnava pa se obračuna kot skupno število BOD posameznih epizod, če je nepretrgoma trajala šest dni ali več – v teh primerih se BODi epizod neakutne obravnave seštejejo.

BODi neakutnih epizod, ki so nepretrgoma trajale manj kot 6 dni, obračunsko sodijo v okvir akutne obravnave, tako se ob obračunu SPP ne obračunavajo posebej.

V primerih izvajanja samo neakutne obravnave, se ob odpustu ne glede na dolžino trajanja lahko obračuna dejansko število BOD (SD, Priloga BOLII/b in odgovor na vprašanje SPP in NBO/NBO/1).

**SPP in NBO/NBO/5 (21 NBO/16) Ali je čakanje za sprejem v socialno varstveno ustanovo razlog za bivanje na oddelku NBO?**

**Odgovor:** Ne, to je socialna indikacija. V teh primerih se plačuje iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja le zdravstveno nego kot za socialno varstvene ustanove, stroške bivanja pa mora plačati zavarovana oseba sama, njeni svojci ali občina (določilo opredeljeno v Pravilniku o zagotavljanju zdravstvene in socialno varstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma, podpisano s strani obeh pristojnih ministrstev, objavljeno na spletni strani Ministrstva za delo, družino in socialne zadeve).

**SPP in NBO/NBO/6 (21 NBO/17) Kaj obračunati v primeru, da ne obstoja medicinska indikacija za premestitev na oddelek za NBO?**

**Odgovor:** V primeru, ko se na oddelek za NBO premesti zavarovana oseba, pri kateri ni medicinske indikacije za premestitev v NBO, se iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja obračuna stroške zdravstvene nege kot je to v skladu z določili Pravilnika o zagotavljanju zdravstvene in socialno varstvene obravnave v primerih odpusta iz bolnic ter v primerih, ko upravičenec živi doma.

**SPP in NBO/NBO/7 (24 NBO/1 - 2011) Ali je pri premestitvi iz ABO v NBO potrebno pridobiti napotnico od bolnikovega izbranega zdravnika?**

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

**SPP in NBO/NBO/8 (24 NBO/2 - 2011) V kakšnem času Oddelek za NBO lahko izvede aktivnosti za premestitev pri njih obravnavane osebe v eno izmed bolnišnic, ki izvaja podaljšano bolnišnično zdravljenje?**

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

**SPP in NBO/NBO/9 (24 NBO/3 - 2011) Glede na dejstvo, da so v bolnišnicah poleg samostojnega Oddelka za NBO hkrati zavarovanci, ki se jih obravnava na enotah akutne obravnave, sprašujemo ali le te do nadaljnjega obračunavamo na enak način kot doslej (obračun BOD, če je NBO trajala 6 dni in več)?**

**Odgovor:** Praviloma ne. Potrebna je premestitev na oddelek NBO. V kolikor osebe ne premestite na oddelek NBO, od 1.4.2011 velja naslednje: »Cena BOD znaša 70% kalkulacije PBZ oziroma bolnišnične zdravstvene nege in paliativne oskrbe« ( Priloga BOL II/b Splošnega dogovora).

Glede obračunavanja števila dni NBO prav tako veljajo pravila, navedena v Prilogi BOL II/b Splošnega dogovora.

# CENTER ZA MENTALNO ZDRAVJE

**NZD/CMZ/1 (10/214) Zelo pogosto k nam prihajajo otroci, mladostniki in tudi odrasli z duševnimi težavami ali po poškodbah možganov, ki so potrebni celostnega oz. timskega obravnavanja, pri tem da so področja dela posameznih strokovnjakov relativno jasno opredeljena. Vendar je prva dolžnost vsakega strokovnjaka, da prepozna težave, ki ne spadajo v njegovo pristojnost in je pacienta dolžan takoj usmeriti k ustreznemu strokovnjaku, kar omogoča le dobra notranja pretočnost v timu. Delovni nalogi vnašajo novo dimenzijo dela. Kakšne možnosti racionalizacije administracije vidite še v tem okviru?**

**Odgovor:** Temeljna metoda dispanzerskega dela je timska obravnava, za katero je zadolžen nosilec (vodja) tima, ki si jo tudi obračuna.

**NZD/CMZ/2 (10/216) V primeru diferencialne diagnostike nastajajoče psihoze ali po organskih poškodbah možganov lahko uporabimo psihološke diagnostične inštrumente, ki lahko iz različnih vidikov opredelijo izpraševančevo osebnostno strukturo in dinamiko, so pa časovno enako zahtevni in vsi spadajo pod šifro 19215. Ali je možno beleženje npr. storitve 19215 tudi dvakrat (in ne samo enkrat), za kar obstajajo jasni strokovni indikatorji? Menimo, da je tovrsten izbor in kombinacija predvsem vprašanje strokovne utemeljenosti ne pa administrativnega evidentiranja.**

**Odgovor:** Govorite o strokovni utemeljenosti (strokovne evidence), navodila Zavoda pa govorijo o evidencah za potrebe obračuna storitev obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. Z vidika strokovnih evidenc so nekatere storitve Zavodu zaračunljive, nekatere pogojno zaračunljive, nekatere pa nezaračunljive. Strokovno utemeljene storitve, ki Zavodu niso zaračunljive, so upoštevane v povprečni ceni zaračunljivih storitev. Zaračunljive so tiste storitve, ki jih vsebuje veljavni seznam storitev (za specialistične ambulante - Zelena knjiga).

Evidenčna enota za obračun (šifra iz Zelene knjige) pogosto ni elementarna storitev, ampak vsebuje skupek strokovno indiciranih opravil, ki so v neki medsebojno smiselni povezavi. Lahko so to različna opravila ali ista, ki se ponavljajo. Še bolj očitna je kompleksnost take storitve, ki nosi eno šifro takrat, ko je razvidno, da jo opravlja tim z definirano sestavo. Vsa opravila članov tima so zajeta v isti evidenčni enoti za obračun. Združevanje več elementarnih opravil v eno evidenčno enoto za obračun je smiselno, ker poenostavlja postopek evidentiranja in obračunavanja dela. Tako združevanje opravil v ničemer ne vpliva na količino denarja, ki je za neko zdravstveno dejavnost na razpolago.

Zelena knjiga je seznam obračunskih enot (storitev), pri čemer so različna opravila združena v kompleksnejše enote za obračun, ki so opredeljene s šifro in opisom glavnega opravila. Enako velja za šifre storitev od 19212 do 19215, ki jih lahko obračunate le enkrat, ne glede na to, kolikokrat pri pacientu ponavljate ista ali sestavljate različna opravila (ki sodijo k tej šifri), kar je odvisno od strokovne indikacije.

**NZD/CMZ/3 (8/141) Skupina vprašanj iz Dispanzerja za psihohigieno otrok in mladine:**

**Katere storitve iz predloženih seznamov lahko beleži posamezen strokovni profil?**

**Odgovor:** Enotni seznam zdravstvenih storitev - Zelena knjiga opredeljuje strokovne time, ki lahko opravljajo posamezne storitve.

**Katere storitve so med seboj nezdružljive oz. nekompatibilne?**

**Odgovor:** Pri istem zavarovancu ni mogoče hkrati obračunati oskrbe in konzultacije, oz. poleg ločeno obračunati storitev z eno ali s tremi zvezdicami. Oskrbe ni možno beležiti, če ni bil opravljen in zabeležen tudi pregled, ki je zapisan v medicinski dokumentaciji (anamneza in status).

**Kakšno kvalifikacijo mora imeti terapevt, da si lahko beleži storitve kot so npr. družinska psihoterapija (96100), psihoterapija zakonskih in drugih parov (96101), vedenjska psihoterapija (96190), skupinska psihoterapija (96400)?**

**Odgovor:** Po sedaj veljavni Zeleni knjigi za storitev:

96100 - družinska psihoterapija; je kadrovski normativ dva zdravnika specialista oz. dva psihologa specialista,

96101 - psihoterapija zakonskih in drugih parov; je kadrovski normativ dva zdravnika specialista oz. dva psihologa specialista,

96190 - vedenjska psihoterapija; je kadrovski normativ en zdravnik specialist oz. en psiholog specialist,

96400 - skupinska psihoterapija; je kadrovski normativ en zdravnik specialist oz. en psiholog specialist.

**Kdo vse lahko beleži storitev začetna ambulanta psihiatrična oskrba (11006) in nadaljnja ambulantna psihiatrična oskrba (11305)? Ali samo psihiater ali tudi psiholog specialist ali še kdo drug?**

**Odgovor:** Začetno ambulanto psihiatrično oskrbo 11006, ki je natančno opredeljena v Zeleni knjigi, lahko beleži samo psihiater. Enako velja za nadaljnjo oskrbo 11305 - beleži jo lahko samo psihiater; psiholog specialist ne more evidentirati oskrbe.

**Kdaj in kdo lahko beleži storitev “Razna individualna navodila in svetovanja bolnikom (97401)”? Kaj lahko beleži poleg te storitve pri enem obisku pacienta?**

**Odgovor**: Po Zeleni knjigi je storitev 97401 označena s tremi zvezdicami, kar pomeni, da je ta storitev vključena že v samo oskrbo. Storitev 97401 lahko evidentira zdravnik.

**Kdo lahko beleži storitev Psihiatrični intervju s svojcem-informatorjem (97420) in kdaj? Ali samo psihiater? Katero storitev naj v tem primeru piše specialist klinične psihologe ali dipl. soc. delavec?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 97420 lahko beleži le zdravnik specialist. Specialist klinične psihologije ali dipl. soc. delavec ne moreta obračunavati oz. evidentirati te storitve.

**Katere storitve pri nekem pregledu lahko še beleži psihiater (ali klin. psiholog), ko je že uporabil šifro 11003 oz. 11305?**

**Odgovor:** Samo psihiater (in ne klinični psiholog) lahko poleg pregleda in oskrbe evidentira storitve, ki niso označene s tremi zvezdicami. Te storitve morajo biti v medicinski dokumentaciji zapisane in vsebinsko razpoznavne, kot to zahteva opis v Zeleni knjigi.

**Kdaj in kdo lahko beleži storitve konzultacija pri psihologu (11603) in konzultacija pri specialistu (11604)?**

**Odgovor**: Konzultacijo pri psihologu (11603) lahko beleži samo psiholog, če ga zanjo zaprosi osebni zdravnik ali psihiater z napotnico z ustreznim pooblastilom. Konzultacijo pri specialistu (11604) lahko beleži samo specialist, kadar zavarovanca ne vzame v oskrbo, ker ima za konzultacijo pooblastilo na napotnici osebnega zdravnika.

**Ali lahko psihiater beleži tudi storitev “Zbiranje podatkov s psihološkimi diagnostičnimi postopki in metodami - kategorija D (usmerjeni diagnostični intervju)" - šifra 19215?**

**Odgovor:** Izvajanje in beleženje storitve s šifro 19215 je v domeni psihologa.

**Ali se lahko pri istem pacientu pri enem obisku beležijo in obračunavajo storitve kot so “Sprostitvene tehnike” (96801), “Vedenjska psihoterapija” (96190) in “Psihoterapevtski ukrep - površinski ” (96090)?**

**Odgovor**: Pri enem obisku se lahko evidentira le ena od naštetih storitev z ustreznim zapisom v medicinski dokumentaciji.

**-Ali se lahko beležijo storitve 19212, 19213, 19214 in 19215 dvakrat ali trikrat pri istem pacientu pri enem obisku?**

**Odgovor:** Naštete storitve se pri enem obisku zavarovane osebe lahko evidentirajo samo enkrat.

**-Kdaj in kdo lahko beleži storitev “Priprava zdravniškega spričevala” (41692)?**

**Odgovor:** Storitev 41692 - priprava zdravniškega spričevala beleži zdravnik in ima oznako s tremi zvezdicami, kar pomeni, da je vključena v samo oskrbo in se ne more evidentirati še posebej. Kadar gre za pripravo zdravniškega potrdila za namen uveljavljanja pravic izven področja zdravstvenega varstva, je zavarovano oseba samoplačnik.

**-Ali lahko psihiater uporablja storitev “Celotni pregled pri specialistu v dispanzerju” (04006)?**

**Odgovor:** Psihiater ne more evidentirati storitve 04006, ker ne opravlja celotnega pregleda - tako kot ga zahteva opis v Zeleni knjigi.

**-Ali lahko storitev socialna obravnava... (97101, 97102, 97103, 97105) uporablja še kdo drug razen socialnega delavca?**

**Odgovor**: Naštete storitve uporablja izključno socialni delavec, tako kot je navedeno v Zeleni knjigi.

**-Kaj lahko beleži terapevt, ko naročeni pacient (za katerega je rezervirana 1 ura časa) brez opravičila izostane?**

**Odgovor:** Zavodu v takem primeru ni mogoče obračunati ničesar.

**-Ali lahko, če ima pacient isti dan več obravnav, beležijo storitve različni terapevti?**

**Odgovor:** Če ima isti dan pacient več obravnav, lahko beležijo storitve različni terapevti, kar mora biti to razvidno iz medicinske dokumentacije.

**-Kako podrobno morajo biti storitve zabeležene v zdravstvenem kartonu?**

**Odgovor**: Tako podrobno, da so opravljene storitve razpoznavne po vrsti in obsegu iz Zelene knjige.

**-Kolikšno število točk in kolikšno število pregledov naj bi posamezen strokovni profil dosegel na leto (da bi izpolnil normo)?**

**Odgovor:** Število točk je zapisano v vsakoletnem Področnem dogovoru za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost.

**NZD/CMZ/4 (9/162) Katere storitve lahko beleži diplomirani defektolog-logoped, ki dela v Mentalno higienskem dispanzerju: a) kadar je nosilec timske obravnave zdravnik, ki ne dela v Mentalno higienskem dispanzerju in diplomirani defektolog-logoped sodeluje pri taki obravnavi, b) kadar sodeluje pri timski obravnavi pri kateri vodja ni zdravnik, ampak so v sestavi tima svetovalni delavec, psiholog, socialna delavka in drugi, c) pri konzultaciji z enim strokovnjakom (zdravnikom, psihologom, svetovalnim delavcem)?**

**Odgovor:** a) in b) V Zeleni knjigi ni storitev timske obravnave zdravnika in defektologa-logopeda v dejavnosti MHO, zato timske obravnave ni možno beležiti. Defektolog - logoped lahko beleži le tiste storitve, ki jih opravi samostojno in je v kadrovskem normativu določen defektolog logoped.

c) Storitev konzultacijo smejo evidentirati in zaračunavati le zdravniki, zobozdravniki in psihologi, če jih je za mnenje z napotnico zaprosil osebni zdravnik zavarovane osebe ali drug zdravnik na podlagi pooblastila osebnega zdravnika.

**NZD/CMZ/5 (9/163) Diplomirani defektologi-logopedi samostojno in neodvisno od ostalih strokovnjakov izvajajo diagnostiko, terapijo in svetovanje. Svetovanje obsega ob koncu vsake ure terapije demonstracijo in razlago vsaj staršem oz. skrbnikom in točna navodila za vadbo doma. Katere storitve lahko beležijo za to delo?**

**Odgovor:** Za potrebe obračuna se ne beležijo posamezna opravila, ampak skupek opravil, ki so združena v storitve navedene v Zeleni knjigi. Za demonstracijo in razlago staršem se posebej ne beleži nobena storitev, ker so ta opravila sestavni del ostalih storitev, ki se lahko evidentirajo.

**NZD/CMZ/6 (10/212) Mnogokrat k logopedu, psihologu,... varovance napotijo svetovalci na osnovnih šolah, srednjih šolah, sami starši. Do sedaj v teh primerih ni bilo potrebno nobenih napotnic. Kako ravnati v takih primerih?**

**Odgovor:** Storitve logopeda, psihologa, defektologa se obračunajo obveznemu zdravstvenemu zavarovanju le, če so izvršene po strokovni presoji in naročilu na delovnem nalogu izbranega osebnega zdravnika ali napotnega specialista. Sicer velja načelo naročnik plačnik.

**NZD/CMZ/7 (10/213) Mentalno zdravje otrok in mladine, ter mentalno zdravje odraslih in ostarelih je do sedaj bilo vedno uvrščeno v zdravstveno dejavnost na primarni ravni, ter je bil s tem omogočen neposredni pristop do pomoči. Je moč sklepati, da se je stališče oz. zdravstvena politika v tej smeri spremenila? Nezaupanje je pogosta temeljna lastnost naših uporabnikov, zato nam neredko ostane možnost za pomoč le pripravljenost v hudih stiskah, ki pa jo administrativni zahtevki in dodatne poti lahko hitro izničijo. Neposredna možnost pristopa v dispanzer je izredno pomembna, saj pomeni večjo efektnost strokovnega dela in zmanjševanje možnosti kronifikacije. Prosimo vas, da nam z vidika delovnega naloga skušate opredeliti tudi vaše videnje tovrstnega sodelovanja zunanjih sicer strokovno komplementarnih ustanov za našo službo.**

**Odgovor:** Dispanzer za mentalno zdravje ima status specialistične dejavnosti, torej sekundarne ravni zdravstvenega varstva. Kljub temu in ravno zaradi razlogov, ki jih navajate, pa je dosegljivost psihiatra izjemoma neposredna - brez napotnice. Za uveljavitev prostega dostopa do specialistične dejavnosti bi bilo najprej potrebno predlagati spremembo zakonodaje.

**NZD/CMZ/8 (10/214) Zelo pogosto k nam prihajajo otroci, mladostniki in tudi odrasli z duševnimi težavami ali po poškodbah možganov, ki so potrebni celostnega oz. timskega obravnavanja, pri tem da so področja dela posameznih strokovnjakov relativno jasno opredeljena. Vendar je prva dolžnost vsakega strokovnjaka, da prepozna težave, ki ne spadajo v njegovo pristojnost in je pacienta dolžan takoj usmeriti k ustreznemu strokovnjaku, kar omogoča le dobra notranja pretočnost v timu. Delovni nalogi vnašajo novo dimenzijo dela. Kakšne možnosti racionalizacije administracije vidite še v tem okviru?**

**Odgovor:** Omenjate potrebo celostne obravnave določenih zavarovancev, obenem pa se vidite v vlogi samostojnih strokovnjakov. Za zagotavljanje celostne obravnave je zadolžen vodja timskega pristopa, ki je v vašem primeru psihiater.

**NZD/CMZ/9 (14/317) Za napotitve pacientov v dispanzer za mentalno zdravje (storitve logopeda, psihologa, defektologa….) je predpisan delovni nalog. Ali se v primeru, da bo pacienta obravnavalo več različnih strokovnjakov (v okviru dispanzerja za mentalno zdravje delajo klinični psiholog – specialist, psiholog, specialni pedagog, logoped, socialni delavec) izpolni en delovni nalog ali za vsakega posebej tudi ločeni delovni nalog? Kaj storiti glede delovnega naloga, če je bil pacient napoten k enemu strokovnjaku v okviru dispanzerja za mentalno zdravje, pa ta ugotovi, da bi pacienta moral obravnavati še drug strokovnjak v okviru istega dispanzerja? V katerih primerih je za napotitev pacienta h kliničnemu psihologu - specialistu potrebna napotnica namesto naloga?**

**Odgovor:** Delovni nalog napiše izbrani osebni zdravnik za vsakega izvajalca posebej, tako kot predvideva rubrika “Napoten k izvajalcu” z njegovim nazivom. Ob morebitni kontroli Zavoda mora namreč biti razvidno, da je izvajalec v resnici dobil naročilo in za katere storitve. Iz druge dokumentacije se v tej povezavi ugotavlja, ali je storitve opravil v naročenem obsegu, v pripadajoči dejavnosti in kako so bile obračunane.

·Za izdajo delovnega naloga je pooblaščen izbrani osebni zdravnik oziroma napotni specialist. Sam odloči, če bo upošteval mnenje sodelavca in bolniku izdal delovni nalog še za priporočeno dodatno obravnavo, ne glede na to, ali bo obravnava v okviru iste organizacijske enote ali drugod.

Za obravnavo pri kliničnem psihologu se vedno (v odnosu na ostale sodelavce) izda napotnica.

**NZD/CMZ/10 (14/318) Želimo dodatno pojasnitev glede napotovanja zavarovanih oseb v dispanzer za mentalno zdravje. Ali ima izbrani osebni zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu obe možnosti – delovni nalog in napotnico (odvisno od tega, kakšne možnosti oziroma pooblastila mu želi dati? Ali je za sistematične preglede 3-letnikov (pri kliničnem psihologu) in 5-letnikov (pri logopedu) potreben delovni nalog oziroma napotnica?**

**Odgovor:** Osebni zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu vedno uporabi napotnico.

Osebni zdravnik napoti otroke na pregled k specialistu z napotnico in ga pooblasti za izvajane obravnave tudi s strani sodelavcev v timu. Specialist napoti otroka v druge vrste obravnave (npr. logoped, defektolog, psiholog) z internim delovnim nalogom. Ob preventivnih pregledih pediater napoti otroke k sodelavcem v timu z delovnim nalogom.

# DELOVNI NALOG

NZD/DN/1 (12/243) Ali se sme uporabiti delovni nalog tudi za druge specialiste (ne le za rentgenologa, fiziatra, logopeda, ….), če pošiljamo pacienta na npr.: RTG p.c., EKG, spirometrijo……

**Odgovor:** Delovni nalog je listina, ki jo je Zavod uvedel za napotitve zavarovanih oseb na predpisane diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve. Z njim se naroča storitve, ki jih ne opravlja zdravnik v neposrednem stiku z bolnikom (v glavnem je to odčitava oziroma interpretacija preiskav npr. RTG slik in podobno). Za primere, ko ima bolnik pri nudenju storitev neposreden stik z zdravnikom specialistom, je obvezna napotnica. Na osnovi napotnice si bolnik v skladu z zakonsko osnovo sam izbere specialista. Za storitve, ki se nudijo na osnovi delovnega naloga, pa bolnik ne more izbirati niti zavoda niti izvajalca, ampak tistega, ki je na delovnem nalogu naveden. Sicer pa svoje storitve na osnovi napotnice opravljajo le zdravniki specialisti (tudi specialist fizikalne medicine in rehabilitacije) in izjemoma še klinični psiholog, za ostale zdravstvene delavce in sodelavce se uporablja delovni nalog.

**NZD/DN/2 (16/23) Delovni nalog za fizioterapijo in nevro FTH storitve; v navadi je, da zdravnik na napotnico napiše diagnozo bolezni, fizioterapevt pa izbere sklop storitev za določeno bolezen. Kako in kdo beleži storitve na napotnici (2. stran obrazca)?**

**Odgovor:** Naročilo obsega in vsebine storitev je pristojnost predpisovalca. Delovni nalog brez naročila storitev je neustrezen s finančno medicinskega in tudi strokovnega vidika.

**NZD/DN/3 (16/35) Če delovni nalog ni pravilno ali popolno izpolnjen, naj bi fizioterapevt obvestil zdravnika in uredil popravke in pri tem naj ne bi obremenjeval pacienta, da gre sam ponovno do zdravnika in uredi pravilno izpolnjen nalog. Glede na obsežnost terena, ki ga pokrivamo fizioterapevti s področja Ljubljane, je to skoraj nemogoče. Pacienti si prosto izbirajo fizioterapijo in tako imamo paciente od 20 ali več zdravnikov iz različnih koncev Ljubljane in okolice (Kamnik, Domžale, Dol, Mengeš, Brezovica….) in do vsakega zdravnika ne moremo. Kdo naj poskrbi za pravilno izpolnjene naloge?**

**Odgovor:** Pacienti si ne izbirajo fizioterapije prosto pa izbirajo lahko izvajalca. Izdajatelj oziroma naročnik terapije je dolžan izpolniti delovni nalog pravilno, njegov prejemnik (fizioterapevt) pa mora preveriti formalno pravilnost izpolnitve delovnega naloga in pa tudi vsebine naročila. Nepravilno izpolnjen delovni nalog vrne izdajatelju z dopisom. Kopijo dopisa zadrži. V primeru, da izdajatelj pomanjkljivosti ne popravi in/ali delovnega naloga ne vrne, ugotovljene napake pa se ne nanašajo na predpisane procedure za izvajanje terapije, katere je fizioterapevt izvedel, se fizioterapevtu storitve priznajo na osnovi kopije dopisa, s katerim je popravek zahteval.

**NZD/DN/4 (16/36) Ali je dovolj, da zdravnik ob napotitvi pacienta na fizioterapijo izpiše delovni nalog pod rubriko “napoten k izvajalcu” le FIZIOTERAPIJA in ne točno specificirano h komu (npr. ZD Bežigrad, ZD Šiška, Zasebna fizioterapija…..), saj pacienta, ki želi v naši ambulanti opraviti fizioterapijo in ima na delovnem nalogu napisano FTH ZD, ga žal ne moremo sprejeti oz. je delovni nalog potrebno popraviti? V kolikor je na delovnem nalogu izpisan izvajalec le “fizioterapija”, pacient lahko predpisane storitve opravi v katerikoli ambulanti.**

**Odgovor:** Vsebinske nejasnosti glede terapije fizioterapevt razjasni neposredno z naročnikom. Pravilno izpolnjen delovni nalog ima vpisano ime konkretnega izvajalca. Če tega ni, je delovni nalog pomanjkljivo izpolnjen. Pacient ne more storitev opravljati na kateremkoli delovišču v Sloveniji, ampak na tistem, kamor je napoten.

**NZD/DN/5 (16/37) Kaj naj storimo, če zdravnik predpiše pri naročenih storitvah “fizioterapija po vaši presoji”?**

**Odgovor:** Na podlagi takšnega naročila storitev ne morete opravljati niti jih obračunati, ker niste pooblaščeni za predpisovanje ampak le za izvajanje fizioterapije. Z naročnikom se boste o predpisu posvetovali, ker se tako izpolnjen delovni nalog ne prizna. Naročnik mora specificirati storitve po vsebini in količini.

**NZD/DN/6 (16/38) Kako točno mora biti delovni nalog izpolnjen? Diagnoza naj bi bila osebna zadeva in zato je nekateri zdravniki ne pišejo več – a za nas je diagnoza tudi pomembna. Terapevt naj bi vedel npr. ali gre za zvin gležnja, frakturo ali samo distorzijo, ali ima pacient osteoporozo, ali gre za kronično ali akutno stanje….**

**Odgovor:** Vse kar mora fizioterapevt vedeti za varno in uspešno izvajanje terapije, je naročnik dolžan sporočiti izvajalcu terapije na delovnem nalogu - še posebej, če ne uporabi diagnoze. Predpis mora biti v vseh primerih izčrpen, razumljiv in nedvoumen – prav tako kot velja za predpisovanje medikamentozne ali katerekoli druge terapije mora opozoriti tudi na kontraindikacije.

**NZD/DN/7 (16/40) Kateri delovni nalog naj bi imel prioriteto: splošnega zdravnika ali zdravnika specialista?**

**Odgovor:** Prioriteto določa zdravstveno stanje bolnika in ne specialnost predpisovalca.

**NZD/DN/8 (16/50) Za napotovanje na fizioterapevtske storitve je določen delovni nalog. Ali to določilo velja tudi za izdelavo ortoz po meri?**

**Odgovor:** Če je potrebna izdelava medicinskega pripomočka (izdelava ortoze), osebni zdravnik z napotnico napoti zavarovano osebo k ustreznemu specialistu.

**NZD/DN/9 (26/1) Pacienti povedo, da so imeli v nekaterih Zdravstvenih domovih za vsako od terapij na Delovni nalog poseben datum. V nekaterih primerih pacienti želijo tudi povrnitev potnih stroškov. Ali je takšen način obravnave v skladu s pravili? Ali so pacienti na Delovni nalog, kjer piše UZ 10x, TENS 10x, individualne vaje 10x upravičeni do povrnitve potnih stroškov za 30 obiskov? Po Pravilih OZZ zavarovani osebi pripada le 10 obravnav na leto.**

**Odgovor:** Pravila OZZ navajajo, da so zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo oziroma pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze ter vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezni edukacijski program, po presoji osebnega zdravnika upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave. Za predpisovanje fizioterapije v skladu s Pravili OZZ je odgovoren zdravnik.

Splošni dogovor za pogodbeno leto opredeljuje, da morajo izvajalci zavarovanim osebam nuditi standardne storitve in standardne materiale opredeljene v Pravilih in drugih predpisih s področja zdravstvenega zavarovanja. Navedeno pomeni, da pri osebah s kroničnimi stanji, ki jih navajajo Pravila OZZ, izvajalci fizioterapevtskih storitev težijo k zagotovitvi obravnave predpisane na delovni nalog v 10-ih dneh, torej čim bolj racionalno ob upoštevanju morebitnih strokovnih omejitev (t.j. hkratnega ali zaporednega izvajanja storitev) in razpoložljivosti aparatur (kjer so potrebne). Pod temi pogoji in skladno s Pravili OZZ zavarovanec izkaže utemeljenost zahteve in je upravičen do povrnitve potnih stroškov do najbližjega izvajalca, ki je usposobljen za izvajanje storitve.

**NZD/DN/10 (15/359) Za napotovanje na fizioterapevtske storitve je določen delovni nalog. Ali to določilo velja tudi za izdelavo ortoz po meri?**

**Odgovor:** Če je potrebna izdelava medicinskega pripomočka (izdelava ortoze), napoti osebni zdravnik zavarovano osebo z napotnico k ustreznemu specialistu (Pravila OZZ).

**NZD/DN/11 (10/196) Ali zavrniti vsak pomanjkljivo izpolnjen delovni nalog (pomanjkljiva registrska številka, šifra dejavnosti, podlaga, prvi ali ponovni obisk, čas veljavnosti naloga, navedba točnega naslova fizioterapije/ npr. Fizioterapija Škofja Loka/ navedba in število terapij na zadnji strani naloga,...)?**

**Odgovor:** Delovni nalog mora biti izpolnjen pravilno in v celoti (enako kot napotnica). Nadzor Zavoda omejuje plačilo storitev, ki so bile opravljene na osnovi pomanjkljivega delovnega naloga. Fizioterapevt, ki mu je nalog namenjen, je dolžan poskrbeti za njegovo dopolnitev pri tistemu, ki ga je izdal. Pacienta v ta postopek ni dovoljeno vmešavati in mora storitve dobiti nemoteno.

**NZD/DN/12 (10/197) Zaradi varovanja osebnih podatkov pacienta delovni nalog ne vsebuje navedbe diagnoze. Naveden je samo razlog obravnave (npr. bolezen) in opis obolenja (npr. poškodba). Za fizioterapevtsko obdelavo je pomembno vedeti: za kakšno poškodbo gre, kje in kdaj je nastala, kakšen je bil dotedanji potek zdravljenja, mnenje lečečega zdravnika in specialista, itd. Pri vpisu na fizioterapevtsko obdelavo zato potrebujemo izvide o dotedanjem zdravljenju.**

**Odgovor:** Za medicinsko dokumentacijo zavarovanca je odgovoren zdravnik, ki tudi hrani dokumentacijo. Na delovnem nalogu mora fizioterapevtu posredovati toliko podatkov o pacientu, da ni strokovnih nejasnosti, kljub morebitni odsotnosti diagnoze oziroma medicinske dokumentacije.

**NZD/DN/13 (10/209) Ali pomeni uvajanje novih listin, kot je na primer delovni nalog, dokončno ukinitev dispanzerskega principa dela, ki je opredeljen z neposrednim, svobodnim pristopom naših uporabnikov do strokovnjakov, ki delajo v okviru mentalno higienske dejavnosti?**

**Odgovor:** Dispanzerski način dela je dejansko pogojen z možnostjo svobodnega, neposrednega pristopa zavarovanih oseb do zdravstvenih delavcev in sodelavcev oziroma njihovih storitev. Kadar gre torej za storitve, ki jih pacientu neposredno nudi zdravnik specialist (izjemoma še klinični psiholog), zavarovana oseba potrebuje napotnico izbranega osebnega zdravnika, da si lahko izbere tako specialista kot zavod.

Listina “delovni nalog” ne uvaja novosti, ampak se prilagaja veljavni zdravstveni zakonodaji. V skladu s Pravili OZZ zavarovana oseba poleg zdravnika izbere tudi zdravstveni zavod. S tem se odloči, da bo diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve koristila v tem istem zavodu (kjer je njen izbrani osebni zdravnik oz. drugje, če ta zavod naštetih storitev ne izvaja. Listina za uveljavljanje teh storitev je delovni nalog, ki ga praviloma izdaja izbrani osebni zdravnik, izjemoma pa napotni specialist, ki ima ustrezna pooblastila.

**NZD/DN/14 (10/215) Kakšne konkretne strokovne prednosti vidite v uvedbi naloga za napotitev na storitve s področja diagnostike in terapije?**

**Odgovor:** Delovni nalog prevzema vlogo listine za uveljavljanje pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja tako, kot uresničevanje pravic predvideva veljavna zakonodaja.

**NZD/DN/15 (12/243) Ali se sme uporabiti delovni nalog tudi za druge specialiste (ne le za rentgenologa, fiziatra, logopeda, ….) če pošiljamo pacienta na npr.: RTG p.c., EKG, spirometrijo……**

**Odgovor:** Delovni nalog je listina, ki jo je Zavod uvedel za napotitve zavarovanih oseb na predpisane diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve. Z njim se naroča storitve, ki jih ne opravlja zdravnik v neposrednem stiku z bolnikom (v glavnem je to odčitava oziroma interpretacija preiskav npr. RTG slik in podobno). Za primere, ko ima bolnik pri nudenju storitev neposreden stik z zdravnikom specialistom, je obvezna napotnica. Na osnovi napotnice si bolnik v skladu z zakonsko osnovo sam izbere specialista. Za storitve, ki se nudijo na osnovi delovnega naloga, pa bolnik ne more izbirati niti zavoda niti izvajalca, ampak tista, ki sta navedena na delovnem nalogu. Sicer pa svoje storitve na osnovi napotnice opravljajo le zdravniki specialisti (tudi specialist fizikalne medicine in rehabilitacije) in izjemoma še klinični psiholog, med tem ko se za ostale zdravstvene delavce in sodelavce uporablja delovni nalog.

**NZD/DN/16 (17/500) Želimo pojasnilo glede napotovanja zavarovanih oseb v dispanzer za mentalno zdravje. Ali ima izbrani zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu obe možnosti – delovni nalog in napotnico (odvisno od tega, kakšno možnosti oziroma pooblastila mu želi dati)? In ali je za sistematične preglede 3-letnikov (pri kliničnem psihologu) in 5-letnikov (pri logopedu) potreben delovni nalog oziroma napotnica?**

**Odgovor:** Osebni zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu vedno uporabi napotnico. Za obravnavo 3-letnikov pri kliničnem psihologu in 5-letnikov pri logopedu je potreben delovni nalog, saj mora izvajalec v primeru kontrole utemeljiti beleženje svojih storitev.

**NZD/DN/17 (20,18/505) Bolnik je dobil napotnico za dermatologa s pooblastili 1, 2 in 3 za obdobje enkratno. Po obravnavi na dermatološki ambulanti je napotni zdravnik ugotovil, da zavarovanec potrebuje fizioterapijo. Kdo bolniku izstavi napotnico za fizioterapijo oz. ali lahko na podlagi navedenih pooblastil izstavi napotnico zdravnik, dermatolog?**

**Odgovor:** Enkratna napotnica s pooblastili 1, 2, 3 napotnemu zdravniku daje enkratno pooblastilo za preglede, diagnostiko, terapijo (z delovnim nalogom lahko tudi na fizioterapijo v UKC LJ), napotitve k drugim specialistom in v bolnišnico. Napotnica se uporablja za napotitve k specialistom (npr.: napotnica dermatologa za fiziatra), za napotitev na fizioterapijo se uporablja delovni nalog.

**NZD/DN/18 (18/506) Obstajajo primeri, ko zavarovana oseba ima napotnico s pooblastili 1, 2 in 3 za obdobje enega leta oz. dlje časa kot je trajalo zdravljenje. V tem primeru napotni zdravnik po končanem zdravljenju napiše, da naj se zavarovana oseba v primeru poslabšanja zglasi na kontrolni pregled. Glede na navedeno sprašujemo ali je v tem primeru potrebno, da bolnik obišče izbranega zdravnika in ga zaprosi za novo napotnico (čeprav prejšnja časovno še velja) oz. se lahko v primeru poslabšanja sam zglasi v specialistični ambulanti, brez predhodnega oz. vmesnega obiska izbranega zdravnika in nove napotnice?**

**Odgovor:** Napotnica velja samo za obolenje, ki je na njej navedeno. Napotni specialist to obolenje lahko obravnava eno leto oziroma v obdobju, ki je navedeno na napotnici. Napotnica v tem obdobju velja tudi za kontrolne preglede, ki jih opredeli napotni specilaist in ni ovire za ponovni kontrolni pregled v času veljavnosti pooblastila. Po preteku te dobe mora zavarovana oseba dobiti in prinesti k specialistu novo napotnico od svojega osebnega zdravnika, sicer ZZZS ne krije stroškov storitev, opravljenih brez ustrezne napotnice.

# SOCIALNO VARSTVENI ZAVODI (Domovi starejših občanov - DSO, Posebni socialni zavodi - PSZ, Varstveno delovni centri - VDC)

**NZD/DSO in PSZ/1 (20,8/153) Pri sicer pokretnih zavarovanih osebah v domovih za starejše občane (v nadaljevanju DSO) je vsakodnevno zabeležena storitev “pomoč pri vstajanju in hoji ob akutnih poslabšanjih zdravstvenega stanja “ (storitev II/9). V dokumentaciji v večini primerov ni bilo zabeleženo, da je šlo za akutno poslabšanje zdravstvenega stanja, vodja zdravstveno negovalne službe pa je pojasnila, da to storitev zabeležijo pri vsakem zavarovancu, ki težje vstaja, ne glede na to ali gre za akutno obolenje ali pa je onemoglost posledica oslabelosti zaradi starosti ali kroničnega obolenja. Ali je tudi to storitev zdravstvene nege?**

**Odgovor:** Zgoraj navedeno storitev NI moč obračunavati obveznemu zdravstvenemu zavarovanju kot storitev II/9. Zdravstveno negovalne storitve, ki se plačujejo iz sredstev OZZ, so dopustne le v primerih aktualnega poslabšanja obstoječega zdravstvenega stanja stanovalcev DSO. Zdravnik mora v takem primeru v rubriki status zabeležiti zdravstveno stanje stanovalca (ne le posamezne diagnoze!) ter naročiti zdravstvene ukrepe za ugotovljena stanja (dajanje inhalacij v vseh oblikah na določene ure, dodatno dajanje zdravil, pomoč pri vstajanju in hoji pri obolelih ipd.).

Na osnovi tega zapisa in zdravnikovih naročil vodja zdravstvene nege opravlja zdravstveno negovalne ukrepe, ter posledično obračunava opravljene zdravstvene storitve iz sredstev OZZ le, če ustrezajo kriterijem iz Meril za razvrščanje oskrbovancev v kategorije neg I, II,III in IV (medicinsko tehnični ukrepi za izboljšanje stanja, ustrezen standard zdravstveno negovalnih ukrepov glede na navedbe standarda oziroma definicijo iz Meril). Utemeljenost kategorije zdravstvene nege mora torej biti razvidna iz navedene zdravstvene dokumentacije.

**NZD/DSO in PSZ/2 (8/154) Pri večini varovancev v DSO je vsakodnevno zabeležena in zaračunana storitev “opazovanje in merjenje vitalnih funkcij” (I/2). V dokumentaciji ni podatkov o ugotovitvah (z izjemo enkrat mesečno izmerjenega krvnega pritiska pri nekaterih varovancih). Vodja zdravstveno negovalne službe je pojasnila, da pod to storitev razumejo vsakodnevni stik negovalnega osebja z varovanci, ob tem pa dobi to osebje določen vtis o trenutnem zdravstvenem stanju posameznega varovanca. Raznih ugotovitev v dokumentacijo ne beležijo. Ali se tudi to šteje kot storitev zdravstvene nege?**

**Odgovor:** Stik z varovancem ob splošni negi in sprotno ocenjevanje njegovega stanja se ne šteje kot zdravstvena nega in se zato ne more zaračunavati Zavodu. V zdravstveno nego (I/2) pa sodi opazovanje in merjenje vitalnih funkcij, ki predstavlja zdravstveno negovalni postopek. Ta se lahko zaračuna Zavodu, če ima utemeljitev v zdravstvenem kartonu (pojav obolenja, poslabšanje oz. sprememba zdravstvenega stanja).

**NZD/DSO in PSZ/3 (8/155) Storitev “kontrola odvajanja, aplikacija odvajala in opazovanje izločkov” se pojavlja pri večini opazovanih varovancev, s pojasnilom, da gre pravzaprav za lažje, srednje ali težje inkontinentne varovance, ki potrebujejo za svojo higieno razne predloge (plenice, vložke...).**

**Odgovor:** Negovalno storitev II/11 - kontrola odvajanja, aplikacija odvajal in opazovanje izločkov je mogoče evidentirati, če je iz zdravstvenega kartona razvidno, da je pri oskrbovancu prisotno (izraženo trenutno, občasno, trajno) zdravstveno stanje, ki to storitev utemeljuje.

**NZD/DSO in PSZ/4 (8/156) Vodja zdravstveno negovalne službe je zastavila vprašanje, kam naj uvrstijo “glukohematest”.**

**Odgovor:** Glukohematest je laboratorijska storitev, ki ne sodi v nego, temveč jo naroča zdravnik, ki zavarovano osebo pregleda. Zato se glukohematest ne evidentira v okviru nege. Finančna sredstva za kritje stroškov laboratorija so vključena v materialne stroške izvajalca, ki opravlja osnvno zdravstveno dejavnost v DSO in storitev naroči.

**NZD/DSO in PSZ/5 (8/157) Povsem naključno (ob pogovoru o nekem varovancu) je predstavnica doma za starejše občane omenila, da varovanec nekaj dni ni bil v ustanovi ampak doma. Iz izpisa faktur in dnevne evidence storitev to ni bilo razvidno (tudi za te dni je bila nega obračunana). Ali bi bilo smiselno ob nadzoru poleg druge dokumentacije zahtevati tudi seznam začasnih “izpisov” varovancev? Ker ugotavljamo utemeljenost storitev zdravstvene nege za vsak dan posebej, bi bili ti podatki nadvse koristni.**

**Odgovor:** Nadzorni zdravnik lahko za potrebe nadzora pri obračunu nege za določeno obdobje zaprosi tudi za začasne izpise oskrbovancev v tem obdobju.

**NZD/DSO in PSZ/6 (17/499) V domovih za ostarele zahtevajo, da ima oseba, ki naj bi bila sprejeta v dom za ostarele, opravljeno preiskavo na MRSA. Kdo je plačnik te storitve?**

**Odgovor:** Preiskave na MRSA med Zavodom in ostalimi partnerji niso dogovorjene kot posebej plačljive. Stroške torej nosi izvajalec zdravstvenega varstva, ki zavarovano osebo obravnava in so vključeni v ceno zdravstvenih storitev. Če nekdo naroči storitve za ugotavljanje zdravstvenega stanja, je za naročeno storitev tudi plačnik.

**NZD/DSO in PSZ/7 (18/501) Ob izvajanju bolnišničnega zdravljenja lahko pride zaradi različnih okoliščin in dejavnikov do kolonizacije bolnika z MRSA. Po odpustu bolnika v domače okolje je potrebno v določenih primerih izvajati nadaljnje ukrepe (zaščitni ukrepi ob negovanju bolnika, dekolonizacija in podobno). Prosimo vas za navodila, kdo je dolžan zavarovancu oz. svojcem priskrbeti materiale, pripomočke, osebna zaščitna sredstva, ki so potrebna za izvajanje teh ukrepov (razkužilno milo, razkužila, rokavice, zaščitni plašči/predpasniki, maske, itd.). Ali naj naročilnico za navedene materiale napiše odpustni zdravnik v bolnišnici, ali zavarovančev izbrani, ali je te materiale dolžna zagotavljati klinika, kjer je prišlo do kolonizacije z MRSA (kar je včasih težko opredeliti!)? Menimo, da je zaradi nejasnosti na tem področju potrebno to zadevo sistemsko urediti. V Kliničnem centru že imamo primer, ko se svojci takšnega zavarovanca obračajo na ustanovo in od nje zahtevajo potrebna sredstva, kjer jih nabava le-teh spravlja v ekonomsko stisko in grozijo celo s tožbo.**

**Odgovor:** Naročilnico za medicinske pripomočke predpisujejo za to pooblaščeni zdravniki. Če gre za pripomočke, potrebne za zdravljenje in nego na domu je za njihovo predpisovanje pooblaščen osebni zdravnik zavarovane osebe. Predpisuje pa lahko le tiste pripomočke, ki jih oseba zna uporabljati sama oziroma je za njihovo uporabo usposobljena sama ali njeni svojci. Pripomočke in materiale, ki jih ob zdravljenju na domu uporabljajo zdravniki ali drugo zdravstveno osebje, morajo zagotoviti izvajalci (zdravstveni domovi, zdravniki zasebniki, medicinske sestre, zasebnice ) iz svojih materialnih stroškov. Teh ni mogoče predpisati na naročilnico in v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pri predpisovanju pripomočkov morajo zdravniki spoštovati določila Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja in predpisovati le tiste, ki so v tem dokumentu opredeljeni kot pravice. Nekateri med njimi, ki jih navajate v vprašanju (maske, zaščitni plašči, rokavice, razkužila ) niso pravica iz obveznega zavarovanja in si jih mora priskrbeti zavarovana oseba sama, ki pa lahko zahteva od bolnišnice regresni zahtevek, če meni, da je do okužbe v bolnišnici prišlo zaradi nespoštovanja ali zanemarjanja higienskih in drugih ukrepov za preprečevanje bolnišničnih okužb. Materiale, ki jih opisujete (razkužilno milo, razkužila, rokavice, zaščitni plašči/predpasniki, maske, itd.), mora kupiti zavarovana oseba sama.

**NZD/DSO in PSZ/8 (20/561) S 1. 2. 2008 je naš zdravstveni dom v skladu z aneksom št. 3 k pogodbi o izvajanju zdravstvenih storitev odprl ambulanto splošne medicine v socialno varstvenem zavodu – domu za starejše občane v Gornji Radgoni. Zaradi lažjega dogovarjanja in usklajevanja dela predmetne ambulante vas prosimo za odgovor na naslednje vprašanje:   
Kaj vse zajemajo zdravstvene storitve »odvzem materiala za laboratorijske preiskave«, ki so opredeljene v merilih za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti nege – v kategoriji zdravstvena nega II?**

**Odgovor:** Odvzem materiala za laboratorijske preiskave je strošek splošne ambulante, v kateri je zdravstveno delo tima kot celote (zdravnik in sestra) plačano pavšalno 5ur/ oskrbovanca v socialno varstveni ustanovi na leto.

V ta odvzem materiala za laboratorijske preiskave sodijo vse tiste laboratorijske storitve, ki jih ob pregledu oskrbovanca naroči zdravnik, ki opravlja vlogo izbranega zdravnika oskrbovancev socialno varstvene ustanove.

Odvzem materiala kot zdravstveno nego (nega II/3) je moč obračunati le v primeru (in to je izjema in ne pravilo), kadar po naročilu zdravnika jemlje material za laboratorijske preiskave zdravstveno negovalni tim preko celega dneva (tudi v času, ko splošna ambulanta ne dela), torej odvzemi ustrezajo kriterijem oziroma standardom, ki so določeni v Merilih (ob poslabšanju zdravstvenega stanja - kar je beleženo v zdravstvenem kartonu oskrbovanca, storitev odvzema pa se opravi trikrat ali še večkrat dnevno).

**NZD/DSO in PSZ/9 (20/562) V domu starejših G. Radgona je nekaj pacientov, ki jemljejo zdravila proti strjevanju krvi. Tem pacientom je potrebno občasno pregledati kri oz. narediti kontrolo protrombinskega časa. V domu dela zdravnik ZD G.Radgona, ZD G.Radgona naroča kontrolo v Zdravilišču Radenci, ki je najbližji izvajalec, ki izvaja kontrolo protrombinskega časa.  
Pojavlja se vprašanje, ali lahko zdravnik oz. ZD G.Radgona zahteva, da za paciente, za katere obračunajo nego, domsko osebje odvzema material za kontrolo PTČ? Kdo naj organizira prevoz v laboratorij v Radence? Vse bolj se mi nakazuje odgovor, da bi moral prevoz v laboratorij zagotoviti ZD G.Radgona (saj oni naročajo kontrolo PTČ in ne socialni zavod), odvzem materiala pa bi moral biti najbrž po dogovoru oz. bi ga najbrž lahko izvajalo domsko osebje.**

**Odgovor:** Kontrola PTČ je laboratorijska preiskava, za katero je v celoti zadolžena splošna ambulanta doma (torej ZD G. Radgona). Njihova odločitev je kam kri pošiljajo, njihov je strošek pošiljanja, njihov je strošek odvzema. Po medsebojnem dogovoru odvzeme krvi lahko vrši osebje DSO, vendar ga mora ZD G. Radgona za to plačati. Odvzem krvi za namen kontrole PTČ ne sodi v zdravstveno nego.

**NZD/DSO in PSZ/10 (20/564) Kdo je dolžan plačati stroške prevoza odvzetega materiala za laboratorijsko diagnostiko (celotna krvna slika oziroma le posameznega periodna testiranja patoloških parametrov v primeru posameznega obolenja) v primeru, če se odvzame v DSO oziroma se obračuna zdravstvena nega? Zdravstveno negovalni tim DSO (kateremu pripada sestra, ki odvzame material za preiskavo) verjetno ni dolžan sam prevažati odvzete laboratorijske materiale?**

**Odgovor:** Vsak odvzem krvi zaradi laboratorijske preiskave je strošek splošne ambulante. Enkraten odvzem krvi ni in ne more biti zdravstvena nega, saj ne ustreza kriterijem iz Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege. Prevoz materiala je strošek zdravstvenega doma, ker nima laboratorija v svoji ambulanti v DSO.Splošna ambulanta v DSO spada v območni zdravstveni dom in je tudi s pavšalom plačana ZD. Organizacijo dela v splošni ambulanti DSO mora ZD prilagoditi oziroma organizirati v skladu s Splošnim dogovorom in zakonskimi določili, Pravili OZZ ter pogodbenimi obveznostmi.

**NZD/DSO in PSZ/11 (20/565) ZD Novo mesto in DSO Trebnje pripravljata poseben medsebojni dogovor o zagotavljanju osnovne zdravstvene dejavnosti v DSO Trebnje, natančneje gre za enoto Šmarjeta s kapaciteto 36 postelj. Pri tem je ostalo odprto naslednje vprašanje:  
Kdo je dolžan zagotoviti - nabaviti opremo in nato jeklenke za zdravljenje zavarovancev s kisikom: DSO ali pristojni ZD, ki zagotavlja tudi delovanje splošne ambulante?**

**Odgovor:** Iz vašega vprašanja je razumeti, da sprašujete za nabavo opreme v socialno varstveni ustanovi. Za opremo prostorov je po veljavni zakonodaji odgovoren ustanovitelj. Zavod ne zagotavlja opremljanja prostorov oziroma stavb in za to tudi ni pristojen, zagotavlja le plačilo opravljenih zdravstvenih storitev in individualno pravico zavarovane osebe v skladu z določili Pravil OZZ do trajnega zdravljenja s kisikom na domu, kadar zdravstveno stanje zavarovane osebe zahteva takšno zdravljenje.

**NZD/DSO in PSZ/12 (20/569) Vljudno prosim, če mi lahko odgovorite, kdo je plačnik dekolonizacije in odvzemov ter laboratorijskih preiskav brisov za MRSO, če vse to izvajamo pri stanovalcih, katere smo sprejeli iz bolnišnice in so k nam že prišli z MRSO.**

**Odgovor:** V delu, ki se nanaša na medicinsko obravnavo (izvidi, morebitni antibiotiki,… ) je postopek dekolonizacije v breme sredstev OZZ in splošne ambulante doma. V delu, ki se nanaša na specifično negovalno obravnavo na osnovi Meril, dekolonizacija ni podlaga za obračunavanje zdravstvene nege izrecno v ta namen. Velja načelo naročnik je plačnik.

**NZD/DSO in PSZ/13 (20/570) Kdo zagotavlja obvezilni in ostali material, kadar so potrebne preveze nepokretnega oskrbovanca v postelji? Ali ima to dom starejših občanov priznano v negi ali ga mora zagotavljati ZD?**

**Odgovor:** Materialne stroške nosi izvajalec, ki izvaja in obračuna zdravstveno obravnavo varovanca. Če obravnava po Merilih ustreza kriterijem zdravstvene nege (prevezovanje 3x dnevno) je izvajalec socialno varstveni zavod. V kolikor gre za ambulantno oskrbo rane (1x dnevno ali v presledkih več dni), je izvajalec ambulanta socialno varstvene ustanove in pri tem ni odločilno, da je bolnik pokreten ali nepokreten.

**NZD/DSO in PSZ/14 (20/571) Kdo zagotavlja urinske katetre in vrečke ter drugi material za pacienta, ki ima stalni urinski kateter?**

**Odgovor:** Urinski kateter je individualna pravica, ki se v primeru samokateterizacije ali če se s tem obvladuje urinska inkontinenca, predpiše na naročilnico. Pri kateterizaciji ženske v DSO kateter zagotavlja DSO, ker storitev šteje v zdravstveno nego (II/4). Pri kateterizaciji moškega (ali če kateterizira žensko) kateter zagotavlja izvajalec kateterizacije in šteje v stroške opravljene storitve.

**NZD/DSO in PSZ/15 (24 DSO IN PSZ/1 – 2011) Kaj vse zajemajo zdravstvene storitve »odvzem materiala za laboratorijske preiskave?«**

**Odgovor:** Odvzem materiala za laboratorijske preiskave je strošek splošne ambulante, v kateri je plačano zdravstveno delo tima kot celote (zdravnik, sestra). V ta odvzem sodijo tiste laboratorijske storitve, ki jih ob pregledu stanovalca naroči zdravnik z enkratnim odvzemom.

V primeru, da osebje doma opravi odvzem krvi po naročilu zdravnika za potrebe zdravstvene obravnave, mora te odvzeme plačati pristojni ZD (zadolžen za ambulanto).

Kadar so odvzemi potrebni za laboratorijski izvid, ki ga potrebuje negovalna ekipa pri izvajanju zdravstvene nege, pa ti odvzemi štejejo v strošek in posledično obračun zdravstvene nege. Tak primer je več dnevnih odvzemov za krvni sladkor pri vodenju diabetesa, ki je neurejen in labilen ter je po naročilu zdravnika na skrbi negovalne ekipe doma.

Izključno zaradi enkratnega odvzema materiala za laboratorij se nikoli ne obračuna zdravstvena nega iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZD/DSO in PSZ/16 (24 DSO IN PSZ/2 – 2011) Onkološka bolnica, hospitalizirana na OI LJ, prejema terapijo od ponedeljka do petka. Čez vikend želi potovati domov, v socialno varstveno ustanovo, vsakokrat z reševalnim vozilom. OI ne želi izdati Naloga za prevoz z reševalnim vozilom, izdaja ga domski zdravnik, ki je sicer zaposlen v pristojnem ZD. Vprašanji sta sledeči: Ali lahko socialno varstvena ustanova beleži storitve nege preko vikenda (uradno je stanovalka hospitalizirana, bolnišnično zdravljenje ni prekinjeno); Domski zdravnik dvomi o utemeljenosti izdaje Naloga za prevoz. Ali je to ob nadzoru ocenjeno kot nepravilnost – napaka?**

**Odgovor:** V primeru obračuna zdravstvene nege in uporabe domskih plenic iz OZZ preko vikenda, mora biti v zdravstveni dokumentaciji dokazilo – zapis o začasnem odpustu zavarovane osebe iz bolnišnice. Začasni odpust na željo zavarovane osebe ni pravica iz OZZ in domski zdravnik ne more izdati Naloga za prevoz.

**NZD/DSO in PSZ/17 (24 DSO IN PSZ/3 – 2011) Ali je v primeru navedenih diagnoz v zdravstvenem kartonu stanovalca socialno varstvene ustanove (npr. demenca, nepokretnost) moč obračunati zdravstveno nego III (Merila za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege)? Kakšen je pravilen način uvajanja in obračunavanja storitev zdravstvene nege iz OZZ?**

**Odgovor:** Same diagnoze niso razlog za uvedbo storitev iz sredstev OZZ – v omenjenem primeru zdravstvene nege III. Ne glede na število diagnoz, ki jih ima v primeru staranja večina starostnikov kar precej, mora biti v zdravstvenem kartonu zabeleženo aktualno poslabšanje obstoječega zdravstvenega stanja ter posledično temu tudi zabeleženo naročilo zdravnika po medicinsko tehničnih postopkih večkrat dnevno - npr.: merjenje vitalnih funkcij, dajanje zdravil, opazovanje učinkov ob spremembi terapije, ipd. Kadar izvajanje medicinsko tehničnih postopkov ustreza kriterijem iz Meril za razvrščanje oskrbovancev po zahtevnosti zdravstvene nege, je lahko obračunana storitev zdravstvene nege iz sredstev OZZ.

**NZD/DSO in PSZ/18 (24 DSO IN PSZ/4 – 2011) Ali lahko zdravstveno negovalni kader v socialno varstvenih ustanovah sam določi kategorijo zdravstvene nege?**

**Odgovor:** Zdravstveno negovalni kader razvrsti zavarovanca v zdravstveno nego na osnovi zabeleženega zdravstvenega stanja pod rubriko »klinični status« v zdravstvenem kartonu stanovalca in na podlagi naročila zdravnika za medicinsko tehnične posege »predpisana terapija«. Pravila OZZ določajo zdravnika kot vstopno kodo v sistem zdravstvenega zavarovanja in storitve brez naročila zdravnika niso pravica iz OZZ.

**NZD/DSO in PSZ/19 (24 DSO IN PSZ/6 – 2011) Kakšna je vloga zdravnika oziroma zdravstveno negovalnega kadra v DSO?**

**Odgovor:** Izbrani zdravnik stanovalcev v socialno varstveni ustanovi ob aktualnih poslabšanjih obstoječega zdravstvenega stanja stanovalcev beleži zdravstveno stanje, predpisuje terapijo, naroča diagnostiko, medicinsko tehnične ukrepe, postopke, posege,… in s tem določi tudi začetek zdravstvenih storitev zdravstvene nege, ki se lahko plačujejo iz sredstev OZZ.

Zdravstveno negovalni kader na osnovi naročil zdravnika izvaja, beleži v svoji dokumentaciji opravljene naročene medicinsko tehnične ukrepe, poroča redno zdravniku o izvajanjih in spremembah obstoječega stanja in v skladu z Merili tudi vodja zdravstvene nege določi kategorijo zdravstvene nege.

**NZD/DSO in PSZ/20 (24 DSO IN PSZ/7 – 2011) Ali je zdravstvena nega od vstopa v socialno varstveno ustanovo - doživljenjska?**

**Odgovor:** Zdravstvena nega iz sredstev OZZ ni doživljenjska - kot je recimo DPP ob ugotovljenih zaključenih stanjih (kot je npr. nepokretnost, slepota, demenca, ipd.), ampak ima svoj začetek in svoj zaključek. Uvede se ob aktualnih poslabšanjih obstoječega zdravstvenega stanja – kot je pojav nekega novega obolenja, kar zabeleži zdravnik v zdravstveni karton stanovalcev. Zdravstveno nego je mogoče obračunavati le v primeru, ko je to novo bolezensko dogajanje in so posledični naročeni ukrepi razvidni iz zdravstvenega kartona stanovalcev. Navedba same diagnoze brez utemeljenih naročil po medicinsko tehničnih ukrepih ni razlog za zdravstveno nego. Ob zaključku oziroma ob izboljšanju obstoječega poslabšanja zdravstvenega stanja se zdravstvena nega iz OZZ tudi zaključi.

**NZD/DSO in PSZ/21 (24 DSO IN PSZ/8 – 2011) V primeru redne kontrole krvnega sladkorja pri urejenih sladkornih bolnikih in stabilnih revmatoidnih bolnikih na redni terapiji, ki so stanovalci socialno varstvene ustanove – katero kategorije zdravstvene nege lahko obračunamo (dajanje inzulina trikrat dnevno, prejemanje peroralne terapije za revmatoidni artritis)?**

**Odgovor:** V takem primeru ste glede na veljavna določila Meril za razvrščanje upravičeni do obračunavanja zdravstvenih storitev zdravstvene nege I.

**NZD/DSO in PSZ/22 (24 DSO IN PSZ/9 – 2011) Ali se lahko obračunava zdravstvena nega pri stanovalcih, ki začasno bivajo v DSO?**

**Odgovor:** Pri stanovalcih, ki začasno bivajo v DSO, se lahko obračunavajo storitve zdravstvene nege, če ustrezajo veljavnim določilom za obračun storitev (kriteriji iz Priloge Splošnega dogovora). Za stanovalce, ki se preselijo oziroma prekinejo začasno bivanje v DSO, mora imeti ustanova kopirane dokumente zdravnikovih naročil po medicinsko tehničnih ukrepih iz zdravstvenih kartonov za mesece bivanja v SVZ.

**NZD/DSO in PSZ/23 (24 DSO IN PSZ/10 – 2011) Ali SVZ lahko predpisuje na naročilnico stalni urinski kateter za stanovalce doma, ki so sicer razvrščeni v kategorijo zdravstvene nege?**

**Odgovor:** Po določilih Pravil OZZ morajo SVZ-ji zavarovani osebi – stanovalcu SVZ zagotoviti - omenjene pripomočke iz svojih materialnih stroškov, ki so zajeti v kategoriji zdravstvene nege.

# FIZIOTERAPIJA

**NZD/FTH/1 (14/293) Kakšni naj bodo vzroki za nujno napotitev na FTH?**

**Odgovor:** Vzroki za nujno napotitev so v pristojnosti presoje zdravnika. S stališča stroke velja naslednji vrstni red stanj: 1) posttravmatska stanja z izgledi za hitro popravo funkcije, 2) bolečinska stanja, 3) storitve, ki pripomorejo h krajšanju bolniškega staleža.

**NZD/FTH/2 (24/1) Kdo krije stroške zdravil, ki se uporabljajo pri izvajanju fizioterapije npr. ampulirana zdravila ali geli za podlago pri ultrazvočnem obsevanju?**

**Odgovor:** Stroške gela, ki je potreben za izvedbo naročene terapije npr. gela za izvedbo UZ obsevanja, krije izvajalec - fizioterapija. Ampulirana zdravila so v takšnem primeru pristojnost in strošek zdravnika.

**NZD/FTH/3 (24/2) Ali zdravilišče zavarovancu, ki je napoten v zdravilišče z nalogom osebnega zdravnika na ambulantno fizioterapijo, zaračuna vstop v bazen?**

**Odgovor:** Hidroterapija – vaje v bazenu (individualne ali skupinske) so ambulantna terapija, če jih je osebni zdravnik označil kot sestavni del terapije na delovnem nalogu (terapija je določena časovno in vsebinsko). Zdravilišče skladno Pravili OZZ v tem primeru zavarovancu ne sme zaračunati vstopa oziroma doplačila za bazen.

**NZD/FTH/4 (15/360) V teh dneh smo prejeli Navodila št. 14 za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev. V odgovoru na vprašanje št. 342 je dopolnilo k Navodilu št 13, kjer šifra 86214 ni omenjena. Ali je izpuščena pomotoma?**

**Odgovor:** Žal je bila pri izdaji Navodila št. 14 za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev šifra 86214 pomotoma izpuščena. Ta šifra je že bila objavljena v Navodilu št. 5 za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev, kot del odgovora na vprašanje 107. To šifro lahko obračunavate obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Norm. v min. | Točke |
| 86214 | Daljša biostimulacija z laserjem majhne moči (indikacija nadalnja aplikacija pri zdravljenju rane) | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |

**NZD/FTH/5 (15/361 in 16/51) Na vprašanje glede edukacije uporabe tensa se je v naši fiziatrično fizioterapevtski službi odprl velik problem iz sledečega razloga: v ordinaciji veliko bolečinskih sindromov rešujemo mnogokrat tudi z izvajanjem terapije na domu, s tem, da educiramo kriomasažo, uporabo protibolečinskega aparata tensa (na izposojo) ter terapevtskih vaj. Terapijo izvaja bolnik na domu 10 do 14 dni. Na kontrolnem pregledu pride mnogokrat do izboljšanja, tako da se za nadaljnji fiziatrično-fizioterapevtski tretman ne odločimo več. Do sedaj smo te edukativne programe beležili kot 1x terapijo (ne edukacijo, ker za to v Zeleni knjigi ni ustrezne šifre). Z ozirom na problem, ki nastaja predlagam sledečo rešitev: Kriomasažo beležimo pod šifro 26120, edukacijo kriomasaže bi lahko beležili npr. pod šifro 26119. Enako pri tensu, ki ga beležimo pod šifro 86689, edukacijo tensa bi lahko beležili npr. pod šifro 86688. V kolikor se ne bomo dogovorili za ustrezno rešitev problema, bomo primorani to vrsto bolnikov napotiti na fizikalno terapijo, ki je že tako preobremenjena, s tem bomo daljšali čakalno dobo, stalež…**

**Odgovor:** Edukacije fizioterapije kot storitev obveznemu zdravstvenemu zavarovanju ni mogoče posebej beležiti. Edukacija je sestavni del fizioterapevtske obravnave. Edukacije za uporabo protibolečinskega aparata TENS (na izposojo) ni mogoče beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju kot protibolečinsko fizioterapevtsko storitev, ker ta storitev ne obstoja v Zeleni knjigi.

Nove šifre, ki jih predlagate, in vaš pristop pri protibolečinskemu zdravljenju, bo mogoče na Zavodu obravnavati, ko jih boste verificirali na Zdravstvenem svetu, ki bo ocenil strokovno medicinsko utemeljenost in ekonomsko sprejemljivost izvajanja in uvajanja takšne metode v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZD/FTH/6 (15/362 in 16/52) Kolikokrat naj beležimo šifro 86022 (vroči ovitki, obkladki) aplikacijo le-teh na različnih delih telesa? (Npr. ramena, kolk, stopala)**

**Odgovor:** Glede na to, da se vroči ovitki, obkladki lahko dajejo na različna mesta hkrati, se storitev s šifro 86022 lahko obračuna le enkrat na dan.

**NZD/FTH/7 (15/363 in 16/53) Ali je možno pri enokanalni analgetični terapiji (DD) s šifro 86040 pisati aplikacijo na dveh različnih mestih 2x (npr. rama, kolk, ali vrat-križ), s časovnim normativom po 15 min.? In ali je možno pri dvokanalni analgetični terapiji-pri dveh različnih diagnozah (npr. nihajna poškodba vratne hrbtenice in lumbago, različni programi aplikacij (parametri+čas obravnave). Kako izvesti in obračunati DD obeh ramen, vratu in križa 10x?**

**Odgovor:** V skladu z metodologijo Zelene knjige je tako storitev mogoče obračunati le enkrat. DD je elektroterapija, ki je glede na diagnozo in klinične znake lahko sestavljena zelo različno. V eni DD seansi so lahko poljubno prepletene različne kombinacije tokov DD, LP, CP, RS,…, različne postavitve elektrod in čas obravnave. Metodologija Zelen knjige določa tudi časovni termin obravnave 15 min. V tem času je mogoče narediti le eno vrsto DD terapije. Vsak pacient potrebuje za vsako anatomsko strukturo, ki jo obravnavamo, specifično pripravo na izvedbo, edukacijo in sprotno evaluacijo našega dela. Vse to je nemogoče strpati v obstoječe, kaj šele v zahtevane časovne termine. Ker gre v zgoraj navedenem primeru za štiri različne terapije, predlagamo, da pišejo posamezne storitve ločeno, z natančno opredelitvijo vrste, mesta in količine aplikacije. S tem bi se izognili nesporazumom pri izvedbi in obračunavanju.

Če je zdravnik na delovnem nalogu napisal dve ali več lokacij, na katere naj se aplicira, in predvidel samo deset terapij, se na omenjena mesta aplicira DD izmenično in se šifra 86040 (terapija z diadinamičnimi in interfernčnimi tokovi) lahko zabeleži le enkrat dnevno.

**NZD/FTH/8 (15/364 in 16/54) Ali je možno ročno limfno drenažo, če se obravnava na obeh udih, beležiti 2x (časovni normativ 20 min x 2)?**

**Odgovor:** Ročna limfna drenaža s šifro 94740 se ne glede na število udov in časovni normativ lahko beleži in obračuna le enkrat.

**NZD/FTH/9 (15/365 in 16/55) Kako beležimo izvajanje UZ ali laserske terapije na obeh ramenih, kolkih, ramenih…, če je trajanje obravnave po sklepu 15 min. z ozirom na večje število bolečih točk (ali lahko obračunamo 2x)? Pacient je upravičen do deset terapij na obeh kolenih, zaračuna pa se samo deset terapij. Parnost organov ne zmanjšuje dejstva, da gre za dva organa, resda anatomsko in funkcionalno istovetna, možno tudi istočasno afektirana (z isto, nekoliko širšo diagnozo npr. gonarthrosis bill.), vendar nikoli z istimi kliničnimi znaki, kar pomeni, da zahteva vsak različno obravnavo znotraj predpisane terapije. Pod šifro za UZ 94780 ni navedena multiplikacija, torej se šifra nanaša na eno terapevtsko področje. Dejstvo parnosti, ki ga navajate kot argument za obračunavanje le ene storitve, čeprav sta realno izvedeni dve samostojni storitvi, ne prenese organizacijske in strokovne kritike. UZ obeh kolen 10x. Kako pravilno obračunamo v takem primeru?**

**Odgovor:** Če je zdravnik na delovnem nalogu navedel dve ali več lokacij za izvajanje UZ in v rubriki "količina" navedel desetkrat, se izmenično izvajajo storitve na teh lokacijah in se šifra 94780 - terapija UZ lahko zaračuna le enkrat dnevno in skupaj 10x na delovni nalog.

**NZD/FTH/10 (15/366 in 16/56) Za nas kot strokovnjake je absolutno nedopusten primer evidentiranja in obračunavanja obravnave po vaše imenovanih "parnih organov", saj lahko znanstveno podpremo popolno neučinkovitost zdravljenja bolnikovih težav s takšno metodo obravnave.**

**Odgovor:** Če zdravnik za izvajanje neke storitve navede dve ali več lokacij in opredeli, da se bodo izvedle samo desetkrat, potem se ta storitev izvaja izmenično na teh lokacijah in se obračuna enkrat na dan.

**NZD/FTH/11 (15/367 in 16/57) Ali je možno pri kombinirani terapiji pod šifro 94701 dodatno beležiti meritve sklepov, če jih predpiše specialist fiziater?**

**Odgovor:** Da, pri kombinirani terapiji s šifro 94701 se lahko dodatno beležijo in obračunajo meritve sklepov, če jih je predpisal zdravnik in so bile opravljene.

**NZD/FTH/12 (15/368 in 16/58) Ali lahko fizioterapevt beleži kot svojo storitev šifre 12051, 12052, 12053 (merjenje miš. moči), 13621, 13622 – meritve sklepov ter šifro 13610 (merjenje obsega in dolžine ekstremitet), če jih predpiše specialist fiziater?**

**Odgovor:** Fizioterapevt lahko obračuna te storitve, če jih je naročil zdravnik in so bile opravljene ter evidentirane v fizioterapevtski dokumentaciji.

**NZD/FTH/13 (15/370 in 16/60) Meritve dolžin in obsege ekstremitet beležimo s šifro 13610, medtem ko Klinični center beleži to storitev s šifro 13622. Katera šifra je pravilna?**

**Odgovor:** Pravilna šifra za merjenje dolžine in obsega okončin je 13610. Šifra 13622 se nanaša na merjenje obsega gibov.

**NZD/FTH/14 (15/371 in 16/61) RLD, VACUUM, PRESSO beležimo s šifro 94740. Klinični center beleži RLD s šifro 94740 in VACUUM, PRESSO pa s šifro 94790. Ali je možno iste šifre uvesti tudi pri nas? Katera šifra je pravilna?**

**Odgovor:** Prava šifra storitev za zmanjšanje edema, ne glede na metodo izvajanja, je 94740.

**NZD/FTH/15 (15/372 in 16/62) Zdravnik predpiše na delovni nalog vaje za hrbtenico. Zanima nas, pod katero šifro jih lahko obračunamo: 94512 ali 94502? Prostora imamo za izvajanje vaj z največ tremi pacienti istočasno? Zelena knjiga pod šifro skupinske vaje natančno opredeljuje tudi število ljudi 8-12 oseb in časovni normativ 3 min na osebo. Objektivni čas terapevtskih vaj je 25 min, kar je v skladu s številčnim in minutnim normativom. Pri teh pacientih postane dobljeni čas, za izvedbo vaj mnogo prekratek (9 min). Glede na organizacijske, strokovne in koncesionarske pogoje dela, so tako velike skupine neprimerne za delo v zasebnih fizioterapijah. Prepričani smo, da je namen zasebnih fizioterapij ravno v kvalitetni individualni obravnavni in edukaciji bolnika.**

**Odgovor:** Storitvi 94521 in 94502 ni možno beležiti in obračunati, če na delovnem nalogu ni specificirano, da gre za individualne vaje. Če zdravnik predpiše vaje za hrbtenico, se namreč šteje, da je predpisal skupinske vaje in ne individualne vaje. V kolikor izvajalec nima pogojev za izvajanje katerokoli od navedenih storitev zapisanih na nalogu, je dolžan na to opozoriti zavarovanca in zdravnika. Zdravnik mora nato preusmeriti zavarovanca k izvajalcu, ki ima pogoje za izvajanje te storitve ali spremeniti opredelitev storitve na delovnem nalogu.

Vaje za hrbtenico lahko evidentirate in obračunate s šifro 94501. Pri tem ni bistveno, kako velika je skupina, če je v okviru dopustnega števila pacientov.

**NZD/FTH/16 (15/373 in 16/63) Kako ravnati v primeru, ko na delovnem nalogu piše na primer:  
 edukacija vaj 10x; - edukacija uporabe aparata TENS?**

**Odgovor:** Če zdravnik napiše na delovni nalog edukacija vaj 10x, je potrebno izvajati vaje in med tem hkrati zavarovani osebi pokazati, kako se vaje pravilno izvajajo, da jih bo le-ta lahko samostojno izvajala doma. Obračuna se ustrezna storitev iz Zelene knjige. Edukacija uporabe aparata TENS ni pravica iz obveznega zavarovanja.

**NZD/FTH/17 (16/1) Ali je limfna drenaža storitev s področja fizioterapije?**

**Odgovor:** Limfna drenaža je fizioterapevtska storitev. Možno jo je evidentirati s šifro 94740 in sicer le ob odpravljanju patoloških edemov.

**NZD/FTH/18 (16/2)) Ali se SUP - selektivna ultravioletna fototerapija (86211) obračunava po številu obsevanih polj ali po številu seans?**

**Odgovor:** SUP se obračunava po seansah, ne pa po številu obsevanih polj. Zaračunava se le ena storitev na seanso.

**NZD/FTH/19 (16/3) Katere šifre se uporabljajo za ambulantno evidentiranje magnetoterapije in laserske terapije?**

**Odgovor:** Člani razširjenega strokovnega kolegija za medicinsko rehabilitacijo so dne 15.12.1997 predlagali ločene šifre za ambulantno evidentiranje magnetoterapije in laserske terapije.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| NOVA Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Norm. v min. | Točke |
| 86213 | Kratka biostimulacija z laserjem majhne moči (indikacija bolečina) | 1 fizioterapevt | 5 | 0,75 |
| 86214 | Daljša biostimulacija z laserjem majhne moči (indikacija nadaljnja aplikacija pri zdravljenju rane) | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86215 | Magnetoterapija s pulzirajočim magnetnim poljem (FMF) | 1 fizioterapevt | 5 | 2,25 |

**NZD/FTH/20 (16/4) Kako se obračunava fizioterapevtska storitev “hendling – pestovanje dojenčka” (pravilno pestovanje majhnih novorojencev).**

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

**NZD/FTH/21 (16/5) Kako evidentiramo v fizioterapiji vnašanje zdravil preko kože s pomočjo galvanskega toka - iontoforezo?**

**Odgovor:** Iontoforezo, ki jo po določilih Zelene knjige običajno izvajata zdravnik specialist in višja medicinska sestra (višji zdravstveni delavec), lahko evidentiramo s šifro 59330\*\*\*, vendar le, če ni istočasno obračunana tudi ena izmed oskrb.

**NZD/FTH/22 (16/6) Kako lahko evidentiramo t.i. “rusko stimulacijo”, ki jo uporabljamo za jačanje atrofične muskulature?**

**Odgovor:** Stimulacija za krepitev atrofične muskulature se evidentira s šifro 86690, pri čemer je potrebno upoštevati kadrovski normativ, ki zahteva prisotnost specialista in višjega zdravstvenega delavca. V kolikor opravlja storitev le višji zdravstveni delavec, se beleži z novo šifro 86689 in je le ta ovrednotena z 2,25 točke in ne 3,40 točke.

**NZD/FTH/23 (16/7) Ob zadnji kontroli s strani zavarovalnice, je bila nadzorna zdravnica mnenja, da bi lahko uporabljali hidroterapijo za ambulantno fizioterapijo v bazenu, ki ima navadno ogrevano vodo in ne termalno vodo, kajti navadna voda ni naravni faktor! Vsekakor bi bila pridobitev zelo koristna za ambulantno fizioterapijo (enake bazene imajo v IRRS, bolnici Maribor, domu upokojencev Izlake in še kje!).**

**Odgovor:** Hidroterapijo z navadno vodo je možno uporabiti tudi pri ambulantni fizioterapiji.

**NZD/FTH/24 (16/8) V fizioterapiji uporabljamo za zdravljenje tudi WKV kot eno izmed možnih terapij. Izvajamo jo z najnovejšim aparatom Curaplus 670, s katerim je možno izbirati med že določenimi diagnozami, katerim so po preizkusih določeni optimalni parametri, ki pa močno presegajo časovni normativ za diatermijo (šifra 86050), ki je v Zeleni knjigi določena še z 7 minutami. Kako je z vrednotenjem konkretne terapije? Ali pacientu glede na Zeleno knjigo skrajšujemo čas terapije?**

**Odgovor:** Vrsta in čas terapije je v domeni stroke. Praviloma je časovno vrednotenje storitve naravnano na povprečno porabo časa. Edina šifra v Zeleni knjigi, ki je na razpolago je 86050. Po našem mnenju je strokovno neprimerno uporabljati čase, ki niso v skladu s priporočili na novih aparaturah. Po predvidenem postopku je mogoče podati predlog za novo storitev.

**NZD/FTH/25 (16/9) Ali lahko za obračun interferenčne elektroterapije, ki jo izvedemo v kombinaciji z vakuumsko elektromasažo, pri čemer se uporabljata dve aparaturi, uporabimo šifro 94701 - kombinirana fizikalna terapija, oz. dvakrat beležimo šifro 86040?**

**Odgovor:** Fizioterapevtsko storitev - terapija z interferenčnimi tokovi se pravilno evidentira s šifro 86040. Obračuna se lahko le enkrat, ne glede na to ali se uporablja v kombinaciji z vakuumsko elektromasažo ali z navadnimi elektrodami.

**NZD/FTH/26 (16/10) Pri magnetoterapiji - šifra 86215 traja terapija pri nekaterih diagnozah 15 minut, pri nekaterih pa kar 30 minut. Ali lahko pri slednjih obračunamo dve storitvi?**

**Odgovor:** Storitve magnetoterapije s pulzirajočim magnetnim poljem (FMF) se beleži s šifro 86215 in z opredeljenim povprečnim časovnim normativom 15 minut. Beleži se lahko samo enkrat ne glede na trajanje terapije.

**NZD/FTH/27 (16/11) Kaj storiti, če pride pacient z isto diagnozo dvakrat ali večkrat v letu, vendar na različne terapije? Navajamo primer kronične lumboishialgije: 1. terapija: IF, TT, vaje; 2. terapija: UZ, DD ali TENS vaje; 3. terapija: UKW, Pearl, vaje**

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

**NZD/FTH/28 (16/12) Ali lahko delamo in vpisujemo več terapij hkrati? Navajamo primer periarthritis humeroscapularis: - terapije: TT, TENS, KRIO, UZ, razgibavanje.**

**Odgovor:** Pri enem pacientu je možno opravljati in beležiti več terapij. Za strokovno utemeljenost izbora in kombinacije terapij je odgovoren predpisovalec oziroma izdajatelj delovnega naloga.

**NZD/FTH/29 (16/13) Kolikokrat lahko pacient obišče fizioterapijo pri različnih poškodbah? Ali so omejitve glede na vrsto poškodbe?**

**Odgovor:** Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja ne omejujejo fizioterapevtske obravnave po vrstah poškodbe. Vrsta, obseg in trajanje obravnave je prepuščena strokovni presoji in naročilu - specialista fizikalne medicine, izbranega osebnega zdravnika ali drugega pooblaščenega specialista. V sodelovanju in ob poročanju fizioterapevta ter kontroliranju poškodovane zavarovane osebe mora naročnik fizioterapije upoštevati, da je smiselna zgornja meja izvajanja terapije tista, ki še prinaša bistveno funkcionalno izboljšanje in da je zavarovana oseba dolžna z naučenimi vajami nadaljevati sama.

**NZD/FTH/30 (16/14) Ali lahko pri poškodbah beležimo protibolečinsko terapijo več kot 10 krat?**

**Odgovor:** Fizioterapevt ne določa števila obravnav, dolžan pa je naročnika opozoriti na potek in rezultat terapije.

**NZD/FTH/31 (16/15) Kaj storiti, če pacienta v istem letu pošlje na terapijo splošni zdravnik, kasneje pa še specialist, vendar z drugo diagnozo in približno enako terapijo? Kdo izda delovni nalog?**

**Odgovor:** Delovni nalog je listina za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja. Izda ga osebni zdravnik ali na njegovo pooblastilo preko napotnice specialist. Za fizioterapevta je na listini tudi strokovni napotek za njegovo delo. V primeru, da gre za enako diagnozo, je potrebno naročnika (specialista) opozoriti, da je bila zavarovana oseba že deležna enake terapije v tekočem letu. Kadar pa gre za drugo diagnozo, se lahko izvaja ponovna terapija.

**NZD/FTH/32 (16/16) Kako naj beležimo elektrostimulacijo, npr. preoneus pareza, kjer v praksi stimuliramo tri različne mišice (dorzifleksija, everzija, extenzija prstov), enako tudi pareza deltoideusa (prednja, srednja, zadnja vlakna,...)?**

**Odgovor:** Elektrostimulacijo ene funkcionalne skupine beležite s šifro 86310 in sicer enkrat.

**NZD/FTH/33 (16/17) Kako beležiti terapijo, če pride pacient z diagnozo (npr. fract. col. humeri), pa ima zaradi dolgotrajne imobilizacije, velikosti poškodbe ali nepredvidenih zapletov omejeno gibanje v vseh sklepih roke (prsti, zapestje, komolec,...)?**

**Odgovor:** Po Zeleni knjigi je za telesne vaje podanih več šifer (94500 - 94630) in možnost individualne obravnave posameznika, kjer so časovni normativi daljši in ustrezajo kompleksni obravnavi bolnika. Opravljene, evidentirane in obračunane storitve morajo biti skladne z naročilom na delovnem nalogu, zato je pomembno, da je delovni nalog strokovno izpolnjen.

**NZD/FTH/34 (16/18) Kdo je plačnik storitev oz. sankcij v primeru, ko pride pacient z novim delovnim nalogom na fizioterapijo, pri čemer so storitve opravljene, kasneje pa se izkaže, da je letno število terapij izkoristil že drugje (v drugi fizioterapiji)?**

**Odgovor:** Navedli smo že, da je za uresničevanje pravic zavarovanih oseb iz obveznega zavarovanja za področje fizioterapije odgovoren naročnik obravnave. Če je fizioterapevtu poznano, da so pravice po Pravilih OZZ že izkoriščene, pacienta na to opozori (storitve na zahtevo zavarovane osebe so samoplačniške!), ne sme pa ga samovoljno odklanjati. Prav je, da na to opozori tudi predpisovalca delovnega naloga. V primeru ugotovljene kršitve (nadzor Zavoda) so podani pogoji za uveljavljanje regresnega zahtevka pri kršitelju.

**NZD/FTH/35 (16/19) Kaj storiti s pacientom, ki ima zdravnika drugje (Kranj, Ljubljana), torej ima tam tudi bazo podatkov, z delovnim nalogom pa pride npr. v Škofjo Loko? Število izkoriščenih terapij tako ni poznano.**

**Odgovor:** : Iz predhodnega odgovora sledi, da v takem primeru fizioterapevt opravi storitve, ki so predpisane z nalogom. Dolžan je razčistiti le morebitne strokovne nejasnosti.

**NZD/FTH/36 (16/20) Diagnoza kronična inkontinenca urina zahteva 20 obravnav (elektrostimulacija). Kako beležiti obravnave?**

**Odgovor:** Posamezne storitve elektrostimulacije se beležijo s šifro 86689. Glede na določbe Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja je možno obračunati 10 obravnav.

**NZD/FTH/37 (16/22) Na nevrofizioterapevtsko obravnavo je napoten pacient star 20 let, ki ima cerebralno paralizo s spastično diplegijo ter ataksijo. Posledično ima spremenjeno tudi hrbtenico (skolioza in kifoza). Napoten je enkrat tedensko na nevrofizioterapevtsko obravnavo skozi celo leto, pri čemer starši trdno vztrajajo, kot tudi napotni zdravnik. Ali je to pravica v skladu z zadnjimi merili glede upravičenosti do fizioterapevtske obravnave?**

**Odgovor:** Sprememba Pravil OZZ je prinesla novost, ki omejuje fizioterapevtsko obravnavo zavarovanim osebam z nekaterimi boleznimi in opredeljuje kategorijo kroničnih bolnikov, na katere se omejitve oziroma opredeljen režim obravnave nanaša: “Zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo oziroma pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze ter z vnetnimi revmatičnimi boleznimi,”… Zavarovana oseba oziroma bolnik za katerega sprašujete, ne sodi v navedeno kategorijo in ima pravico do nevrofizioterapevtske obravnave na osnovi ustrezno postavljenih strokovnih indikacij. V sodelovanju in ob poročanju nevrofizioterapevta ter ob kontroliranju zavarovane osebe mora naročnik obravnave upoštevati, da je smiselna zgornja meja izvajanja terapije tista, ki še prinaša bistveno funkcionalno izboljšanje in da so zavarovana oseba oziroma njeni svojci dolžni nadaljevati in vzdrževati naučene vaje sami.

**NZD/FTH/38 (16/24) Zavarovana oseba je dobila delovni nalog za fizioterapevtsko obravnavo v preteklem koledarskem letu. Fizioterapijo je opravljala ravno v prehodu v naslednje leto, torej je obračun za opravljene storitve evidentiran v mesecu januarju. Ali ima pravico do fizioterapevtske obravnave za isto diagnozo ponovno v tekočem letu?**

**Odgovor:** Zavarovana oseba ima pravico do ene fizioterapevtske obravnave na leto za isto diagnozo (Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja). Pravica do fizioterapevtske obravnave se šteje v tisto leto, v katerem je bila obravnava začeta.

**NZD/FTH/39 (16/25) Kako v ambulantni fizioterapiji beležimo storitve lokalnega ohlajevanja z ledenimi oblogami in hladno vodo?**

**Odgovor:** Obe vrsti krioterapije se lahko beležita s šifro 86120 (kriopak, ledene obloge, ohlajevalne kopeli) iz enotnega seznama zdravstvenih storitev v Zeleni knjigi.

**NZD/FTH/40 (16/26) Kako v ambulantni fizioterapiji beležimo storitve, ki jih v Zeleni knjigi ni in nimamo njihove šifre in vrednosti (uporaba 4 celičnih galvanskih kopeli, uporaba lokalnih vodnih kopeli) ?**

**Odgovor:** Za storitve 4 celičnih galvanskih kopeli in lokalnih vodnih kopeli za enkrat nimamo ustrezne šifre v veljavni Zeleni knjigi. Storitve ambulantne fizioterapije, ki nimajo lastne šifre, se lahko obračunajo s šifro iz Zelene knjige 94701, vendar v tem primeru za bolnika v istem dnevu ni dopustno obračunati drugih šifer fizioterapevtskih storitev. Glede na porabljeni čas se lahko storitev pri istem pacientu obračuna največ dvakrat v enem dnevu..

**NZD/FTH/41 (16/27) Ker se v primeru protibolečinske terapije za laser uporablja zgolj šifra 86213, se časovna opredelitev 5 minut pogosto ne sklada s časom potrebnim za izvedbo terapije. 5 minut zadošča le za točkovno aplikacijo, za površino največ 1 kvadratni centimeter, v primerih, ko je treba tretirati večjo površino, pa ta čas ne zadošča. Ali lahko v primeru laserske protibolečinske obravnave predela, velikega npr. 5 kvadratnih centimetrov, v enem dnevu pišemo šifro 86213 5-krat?**

**Odgovor:** Časovni normativ je opredeljen na 5 minut in velja za povprečje. Smisel biostimulacije je v tem, da tkivo oziroma površina prestreže ustrezno dozo žarčenja. Zato časi ne morejo biti poljubni. Pri obravnavi kroničnih stanj, kjer je površina večja od 20 kvadratnih centimetrov, se šifra 86213 lahko obračuna največ 2 do 3 krat na enkratni obravnavi.

**NZD/FTH/42 (16/28) V fizioterapiji se v zadnjem času pojavlja mnogo novih metod (Cyriax, McKanzie,…) in sčasoma jih nameravamo tudi mi vključevati v našo terapijo. Kako bo z beleženjem?**

**Odgovor:** Predlog sprememb seznama, oziroma novih storitev pripravi stroka, običajno ustrezni RSK. Po uskladitvi s plačnikom jih potrdi Ministrstvo za zdravje.

**NZD/FTH/43 (16/29 in 16/30) Ali lahko fizioterapevt beleži storitve po Zeleni knjigi, ki jih opravi samostojno, če je v kadrovskem normativu storitve naveden zdravnik? Katere terapevtske storitve lahko samostojno opravlja in beleži fizioterapevt in kolikokrat na dan?**

**Odgovor:** Po strokovnem mnenju RSK za fizikalno medicino in rehabilitacijo nekatere izmed storitev po Zeleni knjigi lahko fizioterapevti opravljajo samostojno, zato smo obstoječim storitvam prilagodili kadrovski in posledično tudi točkovni normativ in pripravili celotni seznam terapevtskih storitev, ki jih po nalogu zdravnika lahko samostojno opravljajo fizioterapevti ter njihovo priporočeno število na dan:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Prip. štev. storitev na dan | Kadrovski normativ | Norm. v min. | Točke |
| 59331 | Jontoforeza kože z medikamenti | 1 | 1 VMS  (1 fizioterapevt) | 15 | 2,25 |
| 84771 | Intermitentna trakcija. Terapevtska metoda za intermitirajočo vleko cervikalnih ali lumbalnih vretenc in lig. | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 84780 | Trakcija enoosnih sklepov. Terapevtska metoda za vleko kolena, komolca, prstov itd. (konstantna ali intermitrajoča). | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 10 | 1,50 |
| 85501 | Hidroterapija v bazenu z normalno vodo, termalno vodo ali morsko vodo. Metoda fizikalne terapije – skupinska hidrogimnastika za dosego in ohranitev telesne sposobnosti. Skupina šteje najmanj 8-15 oseb. | 1 | 1 fizioterapevt | 5  (po osebi) | 0,75 |
| 85510 | Vaja z asistenco v bazenu. Terapevtska tehnika (individualna) za pridobivanje gibljivosti in/ali mišične moči. Vsebuje tudi ponovno priključitev hoje s pomočjo fizioterapevta. | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 85520 | Proste vaje v bazenu (normalna, termalna ali morska voda). Fizioterapevtska tehnika, individualna ali skupinska, za dosego in/ali ohranitev gibljivosti in mišične moči (8 do 15 oseb). | 1 | 1 diplomiran delovni terapevt  (1 fizioterapevt) | 5  (po osebi) | 0,75 |
| 85531 | Terapija s podvodno masažo. Fizioterapevtska tehnika masaže z vodnim curkom pod pritiskom.  - celega telesa | 1 | 1 fizioterapevt | 30 | 4,5 |
| 85532 | Terapija s podvodno masažo. Fizioterapevtska tehnika masaže z vodnim curkom pod pritiskom.  - posameznih delov telesa | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 85550 | Hidroterapija v Hubardovi kadi. Fizioterapevtska tehnika (individualna) za ponovno vzpostavitev ali pridobivanje gibljivosti sklepov in/ali mišične moči. | 1 | 1 fizioterapevt | 30 | 4,50 |
| 86001 | Lokalno gretje (IR). Terapevtska tehnika površinskega ogrevanja posameznih delov telesa z IR svetilko. | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 86022 | Vroči ovitki, obkladki. Terapevtska tehnika za lokalno ogrevanja telesa z ovitki in obkladki. Jodovi, fango, parafin, termopak. | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 10 | 1,50 |
| 86040 | Terapija z diadinamičnimi in interferenčnimi tokovi: Terapevtska tehnika, ki uporablja frekvenčne tokove za protibolečinski učinek. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86050 | Diatermija. Terapevtska tehnika lokalnega globinskega ogrevanja telesa z visokofrekvenčnimi tokovi (UKW, KV, MV ipd.). | 1 | 1 fizioterapevt | 7 | 1,05 |
| 86120 | Lokalno ohlajevanje. Terapevtska tehnika za lokalno ohlajevanje posameznih delov telesa (kriopak, ledene obloge). | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86210 | Terapija z ultravioletno svetlobo. Terapevtska tehnika za obsevanje telesa (celotnega ali posameznih delov) z ultraviol. žarki. Pred začetkom obsevanja je treba določiti biol.dozo. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86213 | Kratka bio stimulacija z laserjem majhne moči (indikacija – bolečina). | 1  Pri obr. kron. stanj, kjer je površ. večja od 20 kvadr. cm največ trikrat | 1 fizioterapevt | 5 | 0,75 |
| 86214 | Daljša biostimulacija z laserjem majhne moči (indikacija nadaljnja aplikacija pri zdravljenju rane) | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86215 | Magnetoterapija s pulzirajočim magnetnim poljem (FMF). | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86310 | Elektrostimulacija. Terapevtska tehnika za umetno vzbujanje mišične kontrakcije s pomočjo nizko frekvenčnih el. tokov ene funkcionalne skupine. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 86632 | Bio feed back terapija – enokanalna s povratno zanko. Fiz.tehnika za učenje selektivne hotene kontrole paretične muskulature, s pomočjo avdiovizualne povratne zanke. | 1 | 1 višji zdravstveni  delavec  (1 fizioterapevt) | 10 | 1,50 |
| 86689 | Električna stimulacija, nedoločena. Terapevtska tehnika za ohranjanje ali pridobivanje funkcionalne gibljivosti sklepov, krepitev mišične moči ali s protibolečinskimi efekti (TENS, FES enokanalna, večkanalna) z električnim tokom. | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 15 | 2,25 |
| 87120 | Asistirano izkašljevanje.\*\* | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 10 | 1,50 |
| 87501 | Zdravilni aerosoli |  | 1 SMS  (1 fizioterapevt) | 15 | 1,74 |
| 93301 | Fiziološka pomoč za gibanje, učenje hoje z berglami, opornimi longetami in drugimi začasnimi pripomočki | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94301 | Reedukacija nevromuskularnega sistema, fizioterapevtska metoda proprioceptivne in mišične facilitacije - celotna | 1 | 1 fizioterapevt | 60 | 9 |
| 94302 | Reedukacija nevromuskularnega sistema, fizioterapevtska metoda proprioceptivne in mišične facilitacije - delna | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3 |
| 94303 | Specifična nevrofizioterapija (metoda po Bobatu, Vojti itd.) z otrokom s cerebralno paralizo. Vštet je tudi čas, ki je potreben, da se otroka pripravi za sodelovanje in namestitev v izhodiščni položaj | 1 | 1 fizioterapevt | 60 | 9 |
| 94430 | Učenje stoje. Postavljanje na noge in stoja, samostojna in/ali z oporo (bradlja, ipd.). | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94440 | Učenje hoje po stopnicah. Učenje stoje ali hoje čez ovire. Navodila za hojo in trening po stopnicah z držanjem ali brez njega ob ali brez pomoči fizioterapevta. | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 94450 | Učenje usedanja in vstajanja. Navodilo za usedanje in vstajanje ter trening usedanja na različno visoko podlago in vstajanje z nje (stol, klop, postelja, pručka ipd.). | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 94460 | Učenje padanja in vstajanja. Navodila za varen padec in trening varnega padca in vstajanje s protezo in ortezo. | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94501 | Telesne vaje.  Terapevtske vaje. Terapevtska tehnika za izpopolnitev ali izboljšanje gibljivosti, mišične moči ali/in opravljanje mišičnih korektur:  - skupinske | 1 | 1 fizioterapevt | 3  (po osebi) | 0,45 |
| 94502 | Telesne vaje.  Terapevtske vaje. Terapevtska tehnika za izpopolnitev ali izboljšanje gibljivosti, mišične moči ali/in opravljanje mišičnih korektur:  - individualne | 1 | 1 fizioterapevt | 25 | 3,75 |
| 94511 | Aktivne vaje. Terapevtska tehnika za pridobivanje in izboljšanje mišične moči in pridobivanje splošne kondicije:  - skupinske (8-12 bolnikov) | 1 | 1 fizioterapevt | 3  (po osebi) | 0,45 |
| 94512 | Aktivne vaje. Terapevtska tehnika za pridobivanje in izboljšanje mišične moči in pridobivanje splošne kondicije:  - individualne | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 20 | 3,00 |
| 94520 | Asistirane vaje  Fizioterapevtska metoda, pri kateri na različne načine bolniku omogočamo, da izvede aktivni gib. | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94530 | Vaje za krepitev muskulature mišic. Fizioterapevtska tehnika za pridobivanje mišične moči s pomočjo raznih mehaničnih priprav (uteži, ekspanderji). | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 5 | 0,75 |
| 94540 | Vaje za vzdržljivost. Fizioterapevtska tehnika za pridobivanje in krepitev vzdržljivosti mišic z uporabo različnih pripomočkov. | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94551 | Vaje za sprostitev. Fizioterapevtska tehnika za dosego sprostitve celega telesa. | 1 | 1 fizioterapevt | 45 | 6,75 |
| 94552 | Vaje za sprostitev. Fizioterapevtska tehnika za dosego sprostitve posameznih delov telesa. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94601 | Pasivne vaje (za sklep). Fizioterapevtska tehnika za ohranitev gibljivosti sklepov ekstremitet. | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 94610 | Razgibavanje sklepa z elektronskimi in mehanskimi napravami (servosistem). | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 94620 | Razgibavanje sklepa in vaje. Fizioterapevtska tehnika za pridobivanje gibljivosti sklepov z aktivnim sodelovanjem pacienta. | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94630 | Vaje sklepnih gibov. Terapevtska tehnika za ohranitev ali pridobitev gibljivosti sklepov (s pomočjo suspenzije, s tehničnim pripomočkom). | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94640 | Mobilizacija sklepa (manipulacija). Terapevtska tehnika mišičnega pasivnega premikanja sklepa do dopustne meje gibljivosti. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94701 | Kombinirana fizikalna terapija brez omenjanja sestavnih delov. Kombinacija fizioterapevtskih tehnik za dosego izboljšave funkcije določenega organa in/ali za odpravljanje bolečin. | 1  glede na porab. čas največ dvakrat. | 1 fizioterapevt | 30 | 4,50 |
| 94712 | Masaža.  Fizioterapevtska metoda, pri kateri z manualnim pritiskom, ki ga izvajamo na različne načine, vplivamo na delovanje organskih sistemov:  - delna ročna. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94720 | Dihalne vaje. Terapevtska metoda, s katero dosežemo boljšo ventilacijo, enakomerno porazdelitev dihalnih plinov, ekonomičnost in sproščenost dihanja | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 94740 | Fizioterapija za zmanjšanje edema.  Fizioterapevtska metoda, ki z različnimi tehnikami vpliva na zmanjšanje edema (različni položaji, pripomočki). | 1 | 1 fizioterapevt | 20 | 3,00 |
| 94770 | Vibracijska masaža. Fizioterapevtska tehnika sistematičnega in ritmičnega stresanja - manualno ali z vibratorjem. | 1 | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 94780 | Terapija UZ.  Fizioterapevtska metoda, ki izkorišča UZ valove ustrezne frekvence za notranjo masažo tkiva. | 1 | 1 fizioterapevt | 15 | 2,25 |
| 95421 | Okupacijska delovna terapija. Metode dela, katerih cilj je izboljševanje kongitivnih sposobnosti, koniativnih lastnosti, socialnih sposobnosti  – individualna. | 1 | 1višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 20 | 3,00 |
| 95422 | Okupacijska delovna terapija. Metode dela, katerih cilj je izboljševanje kongitivnih sposobnosti, koniativnih lastnosti, socialnih sposobnosti  – skupinska. | 1 | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 8  (po osebi) | 1,20 |

**NZD/FTH/44 (16/31) Kaj storiti, če zdravnik predpiše 15 ali 20 obiskov za posamezno terapijo in koliko terapij dnevno lahko maksimalno beležimo pri posameznem pacientu?**

**Odgovor:** Za predpisovanje fizioterapije je odgovoren zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali specialist). V kolikor zavarovani osebi s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, degenerativnimi revmatskimi spremembami, osteoporozo in vnetnimi revmatičnimi boleznimi zdravnik predpiše več obravnav, kot ji po Pravilih OZZ pripada, je za to tudi odgovoren. Fizioterapevt je dolžan na tako situacijo opozoriti, ne sme pa samovoljno zmanjšati števila naročenih obravnav. Glede na Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja ima zavarovana oseba pravico le do 10-ih obravnav v koledarskem letu.

**NZD/FTH/45 (16/32) Kaj naj storimo v primeru, ko pacient pride na terapijo z diagnozo LUMBOISCHIALGIA AC. (sum na HD), iz naše evidence pa je razvidno, da je v tekočem letu že opravil terapijo, vendar pod diagnozo LUMBOISCHIALGIA CHR.? Ali npr.: pacient pride z diagnozo OMALGIA DEX., naslednjič – čez nekaj mesecev (vendar v istem letu) pa z diagnozo PAHS AC. DEX.?**

**Odgovor:** Omejitev števila fizioterapevtskih obravnav se nanaša na kronična stanja, ki so navedena v Pravilih OZZ in ne na akutna.

**NZD/FTH/46 (16/33) Ali pacient za različna stanja (diagnoze) lahko opravlja fizioterapijo večkrat letno? Npr.: jan.: dg: - cervialgia, maj: dg – arthralgia gen. sin., okt.: dg. – lumboischialgia.**

**Odgovor:** Za različna stanja (diagnoze) pacient lahko opravlja fizioterapijo večkrat letno, za vsako kronično stanje oziroma diagnozo pa do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave v koledarskem letu npr.: za Cervicalgia chr. - 10 dni obravnave letno in za Lumboishialgia chr. - 10 dni obravnave letno.

**NZD/FTH/47 (16/34) Koliko terapij lahko obračunamo, če zdravnik napiše dve različni diagnozi (npr. cervicalgia in lumbalgia), nato pa predpiše th. DD CTH prehod in L/S prehod 10x? Ali je pacient upravičen do 10 terapij za vrat in 10 terapij za križ ali 5 terapij za vrat in 5 terapij za križ?**

**Odgovor:** Naročilo (obračun) je za deset terapij, bolnik je upravičen do skupaj deset terapij na obeh segmentih hrbtenice.

**NZD/FTH/48 (16/39) Ali smo dolžni sprejeti podaljšanje terapije pri fizioterapevtski obravnavi zavarovane osebe za posamezno diagnozo?**

**Odgovor:** Za daljšanje terapije nad obsegom, ki ga opredeljujejo Pravila OZZ, je odgovoren zdravnik predpisovalec. Vi ste naročilo dolžni izpolniti, predpisovalca opozoriti na preseganje, v skrajnem primeru pa opozoriti tudi Zavod.

**NZD/FTH/49 (16/41) Ali smo dolžni opravljati realizacijo preko plana predvidenih fizioterapevtskih storitev?**

**Odgovor:** Paciente ste dolžni sprejemati po vrstnem redu glede na nujnost zdravstvenega stanja in spoštovati pogodbeno dogovorjeno čakalno dobo ter svoj letni program dela enakomerno razporediti na 12 mesecev.

**NZD/FTH/50 (16/42) Pri naši polni zasedenosti: ali smo dolžni sprejeti bolnika, ki je že opravljal terapijo v javnem zavodu (podaljšanje) in ali smo dolžni sprejeti bolnika, poslanega od fiziatra pod nujno, zaradi njihove prezasedenosti?**

**Odgovor:** Za ustreznost predpisovanja terapije je pristojen in odgovoren naročnik oziroma predpisovalec naročila. Napotene bolnike ste dolžni sprejemati in obravnavati glede na stopnjo nujnosti takoj ali preko naročanja. Po navedenih načelih ima fizioterapevt dolžnost in pravico pri svojih bolnikih izvajati triažo.

**NZD/FTH/51 (16/43) V času izvajanja fizioterapije zdravnik v enoti za fizioterapijo zavarovano osebo tudi pregleda. Ali se lahko v tem primeru (poleg fizioterapevtskih storitev) obračuna pregled in oskrbo, glede na zdravniški zapis v zdravstveni dokumentaciji?**

**Odgovor:** Enota za ambulantno fizioterapijo opravlja storitve po delovnem nalogu in nekaj teh storitev se izvaja v timskem sodelovanju z zdravnikom specialistom. Zdravniški pregled ne sodi v dejavnost fizioterapije in ga ni mogoče beležiti in obračunati obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. To je možno na primer v specialistični ambulanti za fizikalno medicino in rehabilitacijo, če ima specialist ustrezno pooblastilo izbranega osebnega zdravnika.

**NZD/FTH/52 (16/44) Kako izvesti in obračunati naročene storitve, da bo zadoščeno stroki in plačniku (npr. DD obeh ramen, vratu in križa – 10X)?**

**Odgovor:** Za ustreznost predpisovanja terapije je pristojen in odgovoren naročnik oziroma predpisovalec naročila, za strokovnost izvedbe terapije pa fizioterapevt. Naročilo (obračun) je za deset terapij, bolnik je upravičen do skupaj deset terapij za vse tri lokacije.

**NZD/FTH/53 (16/45) Kdaj in v katerih primerih je bolnik v tekočem letu upravičen do več kot 10 fizioterapevtskih terapij za določeno diagnozo in po katerih diagnozah?**

**Odgovor:** Napotovanje zavarovancev na fizioterapijo je v domeni zdravnika. Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja opredeljujejo kategorijo kroničnih bolnikov za fizioterapevtske obravnave in njih pravice do teh storitev: »Zavarovane osebe s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, z degenerativnimi revmatskimi spremembami velikih sklepov spodnjih udov, z osteoporozo oziroma pri katerih je pričakovati nastanek in slabšanje osteoporoze ter z vnetnimi revmatičnimi boleznimi, ki so bile vključene v ustrezni edukacijski program, so po presoji osebnega zdravnika v koledarskem letu upravičene do največ 10 dni fizioterapevtske obravnave;«

Edukacijski program je potreben, da se pacient nauči obvladovati težave, zaradi katerih je bila fizioterapevtska obravnava uvedena. Omogoči naj boljše obvladovanje težav, ki so posledica obolenja in odpravi morebitne neugodne posledice omejitve števila fizioterapevtskih obravnav oziroma vzpostavi boljše stanje brez ponavljanja fizioterapije. Osnovni kriterij za upravičenost do nadaljnjih obravnav pa je stanje, ki zahteva nov edukacijski program (drugačen od tistega, ki ga je bolnik v tem letu že osvojil), bodisi da to terjajo težave zaradi druge bolezni (druga diagnoza) ali pa gre za težave na drugem delu telesa ob isti diagnozi in je zaradi lokacije upravičena drugačna obravnava oziroma bistveno različen edukacijski program (kar pa npr. ne velja v celoti za različne segmente hrbtenice, kjer sta možni le dve obravnavi: za področje cervikalnega in lumbalnega predela). Korektno uveljavljanje pravice do fizioterapevtske obravnave za te bolnike je torej vezano na opredelitev edukacijskih programov.

Za vse druge bolezni, poškodbe, akutna stanja…, ki niso vezana na določila Pravil OZZ, zdravnik predpiše število terapij po svoji strokovni presoji.

**NZD/FTH/54 (16/46) Ali ima nepokreten bolnik, kadar gre za daljšo nepokretnost in nima nobene možnosti, da bi mu nudili potrebne fizioterapevtske storitve v Zdravstvenem domu, pravico do fizioterapevtskih storitev na domu?**

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

**NZD/FTH/55 (16/47) Pod katero šifro je možno pravilno evidentirati in obračunavati REM - relaksacijsko elektro masažo (miza)? Je pravilna šifra 94770?**

**Odgovor:** Relaksacijsko elektro masažo (REM) s pomočjo vibracijske mize ni mogoče beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

**NZD/FTH/56 (16/48) Zdravnik na delovni nalog napiše vaje za hrbtenico. Zanima nas, pod katero šifro jih lahko obračunavamo – 94512 ali 94502? Prostora imamo za izvajanje vaj z največ tremi pacienti istočasno?**

**Odgovor:** Vaje za hrbtenico lahko evidentirate in obračunate s šifro 94501. Pri tem ni bistveno, kako velika je skupina, če je le v okviru dopustnega števila pacientov.

**NZD/FTH/57 (16/49) Diatermija, šifra 86050, ima normativ 7 minut. Ali lahko pri diagnozah, ki zahtevajo 15 minutno ogrevanje (po navodilih proizvajalca aparata), beležimo dve storitvi dnevno?**

**Odgovor:** Diatermijo, ki se evidentira s šifro 86050, lahko Zavodu za enega pacienta zaračunate le enkrat dnevno, ne glede na trajanje storitve.

**NZD/FTH/58 (17/474) Ali lahko bolnik izsili nov termin fizikalne terapije, če so bili datumi za tega pacienta že rezervirani in v tem času ni bilo mogoče vzeti v obravnavo drugega pacienta, s čimer se ustvarjajo tudi daljše čakalne dobe?**

**Odgovor:** Fizioterapevt v nobenem primeru ne sme sam prekiniti terapije. Prav tako pa je potrebno poudariti, da po Pravilih OZZ »rezervacija časa« ni storitev, za katero bi lahko zahtevali doplačilo. Stališče, da ima izvajalec izpad dohodka, v kolikor zavarovana oseba ne pride na obravnavo v določenem času, ne opravičuje vnaprejšnjega zahtevka plačila za rezervacijo časa. Pravno bi bilo kvečjemu sprejemljivo zahtevati škodo zaradi izpada dohodka le od tistih oseb, ki ne pridejo na pregled oziroma terapijo ob dogovorjenem času, zaradi česar zdravnik oziroma fizioterapevt ne bi mogel opraviti storitev iz programa, dogovorjenega z Zavodom. Natančna organizacija dela oziroma dogovarjanje z bolniki je seveda naloga posamezne ustanove.

**NZD/FTH/59 (17/475) Zdravnik, ki izpolni delovni nalog, ne more vnaprej vedeti v kateri zasebni ali javni fizioterapiji bo lahko bolnik opravil predpisani program fizioterapije. Pričakovali bi, da bi tudi v tem primeru veljalo pravilo, da bolnik opravi fizioterapijo v svojem kraju (enako kot velja za druge storitve npr: pregled pri specialistu). Zdravnik se ne more dogovarjati za izvedbo fizioterapije za vsakega bolnika , ki mu izda delovni nalog.**

**Odgovor:** Razlika med napotnico in delovnim nalogom je, da se pri izstavitvi napotnice pacient lahko sam odloči, h kateremu izvajalcu bo šel, pri izstavitvi delovnega naloga pa je pacient napoten k točno določenemu izvajalcu (praviloma najbližjemu), ki mora biti napisan na delovnem nalogu. Pravilno izpolnjen delovni nalog ima torej vpisano ime konkretnega izvajalca. V primeru nepravilno izpolnjenega delovnega naloga je dolžnost fizioterapevta, da opozori zdravnika, dopiše naziv dejanskega izvajalca fizioterapije, navede datum spremembe in se podpiše.

**NZD/FTH/60 (17/476) Fizioterapevtsko obravnavo spremlja edukacijski program, vendar v Nomenklaturi storitev (Zeleni knjigi) edukacijski program ni naveden kot posebna storitev. Kako lahko to storitev obračunamo?**

**Odgovor:** Če zdravnik napiše na delovni nalog edukacija vaj 10x, je potrebno izvajati vaje in med tem hkrati zavarovani osebi pokazati (naučiti), kako se vaje pravilno izvajajo, da jih bo le-ta lahko samostojno izvajala doma. Obračuna se ustrezna storitev iz Zelene knjige. Sama edukacija se posebej ne more obračunavati, ker je že všteta v šifri iz Zelene knjige.

# NAPOTNICE

**NZD/NAP/1 (4/95) Po navodilu za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju je navedeno, da se NAPOTNICA ne uporablja za napotitev k pristojnemu zdravniku specialistu zaradi uveljavljanja tehničnega pripomočka, temveč NAROČILNICA**.

**Odgovor:** Kadar osebni zdravnik oceni, da je zavarovana oseba upravičena do ortopedskega pripomočka ter da specialistični pregled ni potreben, lahko izpolni NAROČILNICO, s katero zavarovanca napoti k pristojnemu specialistu, če je potreben pregled, pa izda napotnico.

**NZD/NAP/2 (12/242) V specialističnih ambulantah se pojavljajo primeri, ko se zavarovana oseba ne naroči na specialistični pregled takoj, ko ji izbrani osebni zdravnik ali pa napotni zdravnik izda napotnico, temveč mesec ali več dni kasneje. Poteče lahko več mesecev, preden se zavarovana oseba pride naročit na specialistični pregled oziroma preden je pregledana pri napotnem specialistu. Od kdaj traja veljavnost napotnice? Ali je v takih primerih pomemben datum izstavitve napotnice?**

**Odgovor:** V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) in Navodilih za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju velja, da “časovna omejitev začne teči z dnem, ko specialist sprejme zavarovano osebo na pregled, zdravljenje ali obravnavo”. Datum izstavitve napotnice je potreben in obvezen (Pravila za izpolnjevanje listin v obveznem zdravstvenem zavarovanju), sicer je napotnica pomanjkljivo izpolnjena.

**NZD/NAP/3 (10/210) Ali pomeni, da obstajata dve vrsti napotnic: specialistične (kadar osebni zdravnik želi izvid specialista rentgenologa) ter delovni nalog (kadar osebni zdravnik želi le RTG sliko)? Kako to šifrirati?**

**Odgovor:** Kadar izbrani osebni zdravnik naroča storitve z delovnim nalogom, si zavarovana oseba ne more izbirati niti izvajalca (ker to ni zdravnik v neposrednem stiku s pacientom) niti zdravstvenega zavoda. Zavarovana oseba napotnico za rtg potrebuje takrat, ko ima rentgenolog z zavarovano osebo neposredno opravka (diaskopija, večina kontrastnih preiskav) in si v tem primeru lahko izbira tako rentgenologa kot ustanovo. Odčitavanje rtg slik ne vpliva na to ali se uporablja napotnica ali delovni nalog. Slika se vedno odčita, sicer bi bila nesmiselna njena izdelava. Zavodu se obračuna z ustrezno šifro storitve, ki vsebuje tako slikanje kot odčitavo.

**NZD/NAP/4 (14/271) Zavarovanec je bil obravnavan v Urgentnem kirurškem bloku. Narejen je bil pregled, oskrba in mavčenje roke. Primer je bil nujen, zato napotnica za obravnavo ni bila potrebna. Zaradi težav z mavcem (tiščanje, mravljinčenje) se je zavarovanec naslednji dan zglasil pri zdravniku v Urgentnem kirurškem bloku, ki je poškodovano roko zavarovanca in mavec ponovno pregledal, ter opravil popravek mavca. Ali zavarovanec v navedenem primeru oziroma pri obisku zdravnika zaradi težav z mavcem potrebuje napotnico osebnega zdravnika?**

**Odgovor:** Pri ponovnem obisku zavarovane osebe v Urgentnem kirurškem bloku, ko ne gre za nujno stanje (gre za kontrolo), zavarovana oseba potrebuje napotnico izbranega osebnega zdravnika.

**NZD/NAP/5 (14/273) Dogaja se, da zdravniki v polje “dejavnost” vpisujejo imena zdravnikov, h katerim napotujejo zavarovane osebe. Zaradi tega se v nekaterih dejavnostih pri določenih zdravnikih pojavljajo težave. Navadno na napotnici navedeni zdravnik obravnava več zavarovanih oseb kot drugi zdravniki in ima primerno temu tudi daljšo čakalno dobo. Če ima zavarovana oseba na napotnici že navedenega zdravnika, se težko odločijo za pregled pri drugem “ponujenem” zdravniku, čeprav ima slednji krajšo čakalno dobo. Kako naj ravnamo v navedenih primerih?**

**Odgovor:** Pri izdaji napotnice zdravnik napiše v ustrezno rubriko le specialistično dejavnost in ne piše imena zdravnika. Zavarovana oseba ima pravico izbrati določenega napotnega specialista pri napotnem izvajalcu. Pred vpisom v čakalni seznam mora napotni izvajalec zavarovani osebi ponuditi pregled pri zdravniku z najkrajšo čakalno dobo. Če zavarovana oseba kljub temu vztraja pri izbiri določenega napotnega zdravnika, jo vpiše v čakalni seznam želenega zdravnika in pod opombo »zahteva zavarovane osebe« - ni odveč tudi izjava in podpis zavarovane osebe.

**NZD/NAP/6 (14/279) Ali je zdravnik osnovne zdravstvene dejavnosti dolžan naročati preiskave po navodilu specialistov, če je na napotnici obseg pooblastila 2 in 3, še posebej, če Zavod take preiskave plačuje le bolnici?**

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

**NZD/NAP/7 (14/280) Pri pooblastilu na napotnici 2 in 3 je zajeto tudi zdravljenje. Pomeni to tudi pisanje receptov ali ne? Če je odgovor da, me zanima, za koliko časa: do naročene kontrole pri specialistu ali le po eno originalno pakiranje?**

**Odgovor:** Prevzeti bolnika v zdravljenje - to pomeni, da napotni specialist napiše tudi recepte za novo uvedena zdravila in beleži oskrbo. Čas, za katerega napotni specialist prevzame pacienta v oskrbo in zdravljenje, je odvisen od trajanja pooblastila na napotnici oziroma od vrste obolenja. Pri akutni infekcijski bolezni, na primer, napiše antibiotik za predvideno dobo zdravljenja ali do kontrole. Pri diabetesu, na primer, napotni specialist piše zdravila ves čas trajanja pooblastila, če je zaradi zapletenosti bolezni res potrebno, da je bolnik stalno pod njegovim nadzorom. Napotni specialist mora v skladu s Pravili OZZ zaključiti zdravljenje na sekundarnem nivoju takoj, ko je to mogoče, zato lahko napiše tudi recept samo za eno originalno pakiranje, če oceni, da bolnika lahko varno prepusti v nadaljnje zdravljenje njegovemu osebnemu zdravniku - kar pomeni, da lahko zaključi specialistično obravnavo tudi pred potekom časovnega pooblastila na napotnici. Upoštevajoč vse predpisane omejitve pri predpisovanju zdravil, bolniku lahko zdravila predpisujeta osebni zdravnik in napotni specialist. Pri tem se medsebojno dopolnjujeta in si bolnika ne podajata.

**NZD/NAP/8 (14/287) Ali se oznaka nujno na napotnici napiše lahko le, kadar gre za stanja kot so opredeljena v Pravilih OZZ? Ali mora biti pacient pregledan še isti dan ali najkasneje naslednji dan?**

**Odgovor:** Za nujna stanja napotnica ni obvezna. Nujni pregled je potrebno opraviti takoj oziroma najpozneje v 24 urah.

**NZD/NAP/9 (14/298) Prosimo za podrobnejšo obrazložitev beleženja K0019 – napotitev na sekundarno raven.   
Ne vemo, ali se štejejo napotitve urgentnih pacientov, ker mi nimamo posebej organizirane urgentne službe. Ni jasno, kateri sploh so urgentni primeri, ali so samo življenjsko ogroženi, ali pa so to pacienti, ki morajo biti še isti dan pregledani in zdravljeni na sekundarnem nivoju.  
Ko izdamo napotnemu specialistu pooblastilo 3 – napotitev k drugemu specialistu v zvezi z napotno diagnozo in specialist priporoča pregled še pri drugem specialistu, vendar ne izda napotnice, ali se ta druga evidentira ali ne.**

**Odgovor:** Storitev K0019 se beleži:

- ob prvi napotitvi na specialistično obravnavo na sekundarno ali terciarno raven, ki je bila indicirana po presoji osebnega zdravnika, ker je izčrpal možnosti diagnostike, obravnave in terapije akutne ali kronične bolezni na primarnem nivoju.

Storitev K0019 se ne beleži v naslednjih primerih:

- urgentna napotitev (v času 1b in 1a NMP),

- napotitev zaradi poškodbe (za svežo poškodbo v večini primerov sploh ni potrebna),

- napotitev na zahtevo ali predlog specialista

- napotitev na funkcionalno diagnostiko po presoji osebnega zdravnika (npr.: RTG, UZ, gastroskopija, rektoskopija, ipd.), kjer bo izvid v pomoč splošnemu zdravniku pri odločitvi o terapiji in bo tako prihranil napotitev k specialistu na sekundarni nivo.

- ob prvi izdaji napotnice pri nadomestnem zdravniku, ko je bila Napotnica izdana v času uradnega nadomeščanja osebnega zdravnika zavarovane osebe (velja tudi za primere, kjer ni organizirane urgentne službe in napotnico za urgentnega pacienta pripravi nadomestni zdravniki).

K0019 se ne uporablja za napotitve, ki jih je indiciral napotni specialist - saj bi jih moral napisati napotni specialist sam, če ste mu za to dali ustrezno pooblastilo.

**NZD/NAP/10 (14/299) Ali je potrebno na napotnico navesti, h kateremu izvajalcu je napotena zavarovana oseba?**

**Odgovor:** Na napotnico se ne vpisuje ustanove niti imena konkretnega specialista, ker ima zavarovana oseba pravico, da si zavod in specialista izbere sama. Mora pa biti jasno navedena dejavnost oziroma vrsta specialista. Povračilo potnih stroškov velja le do najbližjega izvajalca.

**NZD/NAP/11 (18/509) Prosimo za natančna navodila za beleženje napotitev na sekundarni nivo in »ukinitev kaznovanja« zaradi prevelikega napotovanja. Menim, da mnogi kolegi K0019 sploh ne beležijo napotitev in s tem nižjo povprečje. Zdravniki (zlasti otroški in šolski), ki to bolj skrbno beležijo, pa zato odstopajo. Naj beleženje služi res prikazu resničnega stanja, v kolikšni meri je potrebno paciente napotiti na dodatne preiskave ali preglede.**

**Odgovor:** Strinjamo se z vašim stališčem, da je potrebno napotitve beležiti korektno. Zavod je tematiko napotitev pojasnjeval že večkrat in to precej podrobno. Napotitev na diagnostične preiskave predstavlja K0019, če je potrebna napotnica, v kolikor zadostuje delovni nalog, pa ne.

Storitev K0019 se beleži: ob prvi napotitvi na specialistično obravnavo na sekundarno ali terciarno raven, ki je bila indicirana po presoji osebnega zdravnika, ker je izčrpal možnosti diagnostike, obravnave in terapije akutne ali kronične bolezni na primarnem nivoju.

Storitev K0019 se ne beleži: urgentna napotitev (v času 1b in 1a NMP); napotitev zaradi poškodbe (za svežo poškodbo v večini primerov sploh ni potrebna); napotitev na zahtevo ali predlog specialista; napotitev na funkcionalno diagnostiko po presoji osebnega zdravnika (npr.: RTG, UZ, gastroskopija, rektoskopija, ipd.), kjer bo izvid v pomoč splošnemu zdravniku pri odločitvi o terapiji in bo tako prihranil napotitev k specialistu na sekundarni nivo; ob prvi izdaji napotnice pri nadomestnem zdravniku, ko je bila Napotnica izdana v času uradnega nadomeščanja osebnega zdravnika zavarovane osebe.

Za preprečevanje nedoslednega in nekorektnega evidentiranja napotovanj na sekundarni nivo izvaja ZZZS ustrezne nadzore, vendar z njimi ne more zajeti vseh primerov in pojavov nespoštovanja njegovih aktov. Prav pa bi bilo, da se v urejanje tega vprašanja vključijo tudi ustrezni organi Zdravniške zbornice Slovenije.

**NZD/NAP/12 (24 OSNZDR/1 - 2011) Bolnik je bil napoten iz NMP z napotnico za enkratni pregled zaradi poškodbe kolena. Na prvem pregledu pri kirurgu (13.03.2011) je dobil datum kontrole (22.03.2011) in se po naročilu kirurga takoj oglasil k izbranemu osebnemu zdravniku po novo napotnico. Praviloma bolnika z izlivom krvi v koleno pošiljamo na kontrolo in bolnik bi v vsakem primeru prišel k izbranemu osebnemu zdravniku npr. čez 2 tedna z izvidom in bi takrat lahko dobil napotnico ali pa ob naslednjih kontrolnih pregledih pri izbranem osebnem zdravniku.  
Ali gre vodenje čakalnih knjig res v take skrajnosti, da morajo bolniki za ponovni pregled takoj dobiti napotnico in jo poslati v 5 dneh, da potrdijo rezervacijo termina? Ali je bil postopek sekundarnega nivoja pravilen?**

**Odgovor:** Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju je obvezujoče za zdravnike na primarnem in sekundarnem nivoju. Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Pravilnik) je pripravilo Ministrstvo za zdravje (MZ) in dileme iz določil Pravilnika lahko interpretira le MZ.

Osnovni problem predstavljenega bolnika je v napotnici z enkratno veljavnostjo, ki je bila v konkretnem primeru neustrezna, saj je bilo že ob prvem pregledu razumljivo, da bo bolnica z veliko verjetnostjo potrebovala kontrolni pregled.

Odločitev o časovnem in vsebinskem pooblastilu na napotnici mora biti v skladu s strokovnimi smernicami in v skladu z zakonsko opredeljeno vlogo primarnega zdravnika »vratarja« in koordinatorja obravnave bolnika v zdravstvenem sistemu.

Bolnik je uvrščen v čakalni seznam šele, ko predloži izvirnik napotnice v papirnati (ali v prihodnosti - v elektronski) obliki in to stori v 5 delovnih dneh od rezervacije termina v čakalni knjigi. Kirurg je torej ravnal v skladu z določili, postopek sekundarnega nivoja je bil v skladu s Pravilnikom.

**NZD/NAP/13 (20/573) Ali se za urgentne preglede potrebuje napotnica?**

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

**NZD/NAP/14 (20/574) Kako naj bo izpolnjena napotnica za napotitev na sekundarni ambulantni nivo, da bo izpolnjena v skladu s pravili OZZ?**

**Odgovor:** je podan v Pravilih OZZ (176.člen) in v Okrožnici št. 17, odgovor na vprašanje 463. »Napotitev se lahko nanaša le na tiste bolezni ali poškodbe oziroma njene posledice, zaradi katerih je osebni zdravnik izdal napotnico« (Okrožnica Zavoda št. 17 z dne 17.11.1999, točka 5.5.6.)

Napotnica mora biti izpolnjena v skladu z določili Pravil OZZ in Navodilom za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v OZZ (7.2.1996, uporaba 1.4.1996, zadnja posodobitev 13.5.2004 in objava 18.6.2007).

**NZD/NAP/15 (20/575) Ali je vedno potrebna napotnica po zaključeni hospitalizaciji?**

**Odgovor:** Nadaljevanje zdravljenja v specialistični ambulanti po odpustu osebe iz bolnišnice je možno, če je bilo na izdani napotnici pooblastilo za zdravljenje določene bolezni za določeno obdobje, oziroma stanja nasploh in ne le za bolnišnično zdravljenje. V teh primerih se namreč pooblastilo nanaša na zdravljenje in ne na način obravnave osebe (ambulantni oziroma stacionarni) – Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v OZZ.

**NZD/NAP/16 (20/576) Bolnišnica dr. Petra Držaja izvaja študijo ASPEKT (Asimptomatska pljučna embolija – Klinični pomen pri bolnikih z vensko Trombozo). Ali lahko izbrani zdravnik predpiše napotnico zavarovani osebi, ki se želi udeležiti omenjene raziskave?**

**Odgovor:** Napotitev k revmatologu je utemeljena v skladu s strokovno presojo osebnega zdravnika, ne pa za namene izvajanja študij. V opisanem primeru izdaja napotnice ni utemeljena.

**NZD/NAP/17 (20/577) Kako naj izpolnim (s kakšnimi pooblastili) napotnico za operacijo katarakte (enkratno ali za določeno obdobje), da bo vključen tudi prvi okulistični pregled po operaciji pri operaterju)?**

**Odgovor:** Za operacijo katarakte zadošča enkratna napotnica oziroma kratkotrajna npr.: 1 mesec, saj je plačilo prvega pregleda po operaciji pri operaterju že vključeno v sam operativni poseg.

**NZD/NAP/18 (8/95) Po navodilu za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju je navedeno, da se NAPOTNICA ne uporablja za napotitev k pristojnemu zdravniku specialistu zaradi uveljavljanja tehničnega pripomočka, temveč NAROČILNICA. Katere storitve se v primeru izdaje le NAROČILNICE za tehnične pripomočke lahko izvajajo in fakturirajo kot specialistične storitve? Ali se lahko v tem primeru zaračunavajo storitve: pregleda specialista, ambulantno oskrbo, konzultacijo specialista in tudi več-krat storitev 19702 (evalvacija za aplikacijo ortopedskih pripomočkov)?**

**Odgovor:** Če izbrani zdravnik pozna ortopedski pripomoček, ki je zavarovancu potreben, takrat zavarovanca napoti z NAROČILNICO k pristojnemu specialistu. V tem primeru specialistični pregled ni potreben in ga zdravnik specialist ne evidentira oz. zaračunava. Evidentira se lahko storitev “Predpisovanje zdravila na recept” s šifro 91100. Storitve “Evalvacija možnosti za aplikacijo ortopedskega pripomočka” s šifro 19702 ni mogoče uporabljati za ta namen. To storitev lahko evidentirajo le tisti izvajalci, ki imajo ustrezno timsko zasedbo, kot jo predvideva kadrovski normativ te storitve:1 zdravnik specialist, 2 višja zdravstvena delavca in 1 protetik.

V kolikor pa izbranemu zdravniku ni popolnoma jasno ali zavarovanec potrebuje ortopedski pripomoček ali ne in kakšen ortopedski pripomoček potrebuje, takrat lahko zavarovanca napoti z napotnico k ustreznemu specialistu. V tem primeru bo zdravnik specialist, če mu je bilo predano ustrezno pooblastilo, zavarovanca pregledal in tudi evidentiral specialistični pregled. Pri tem lahko zdravnik specialist napiše naročilnico za ustrezen ortopedski pripomoček.

**NZD/NAP/19 (10/201) Ko se zavarovanec zglasi na pregled z nepopolno napotnico in se iz ambulante kliče zdravnika, ki je napotnico izstavil, je ta pogosto nedosegljiv. Vendar se tudi v primeru, ko je zdravnik dosegljiv, pogosto dogajajo neprijetnosti tako za zavarovanca kot tudi za zdravstvene delavce, tako da kljub pripravljenosti ni vedno mogoče doseči, da nam izbrani zdravnik pošlje novo napotnico. Velja pa, da v kolikor od izbranega zdravnika ni mogoče dobiti obsega pooblastil in trajanja le teh, naj bi se v taki napotnici upošteval najmanjši obseg pooblastil in enako trajanje pooblastila, zavarovanec pa bi za morebitne nadaljnje obravnave moral predložiti novo napotnico. Prosimo vas, da z vaše strani dosežete, da izbrani zdravniki izpolnjujejo napotnice pravilno, saj je v skladu s Pravili obveznega zavarovanja to njihova dolžnost.**

**Odgovor:** Nujni primeri so izvzeti glede obveznosti za napotnico. Nadzorni zdravniki Zavoda dokaj pogosto srečujejo pomanjkljivo izpolnjene napotnice (velja tudi za delovni nalog):

1.) Izvajalec naj poskuša pridobiti dopolnjeno ali novo pravilno izpolnjeno napotnico kot predvidevajo Pravila OZZ in se pri tem sklicuje na obveznosti izbranega osebnega zdravnika, ki jih prav tako narekujejo Pravila OZZ.

2.) V kolikor ne uspe napotnice ustrezno dopolniti v kontaktu z izdajateljem, je upravičen na osnovi nepopolne napotnice obračunati le najmanjši obseg pooblastil (pooblastilo št. 1) in enkratno pooblastilo oz. enkratno obravnavo. To pa velja le za specialistični pregled in ne za hospitalizacijo. Obračun pa ni možen niti v minimalnem obsegu, če iz napotnice ni razvidno vsaj leto napotitve k specialistu. Obračun storitev brez vsakršne napotnice na ta način ni možen. Napotnica se hrani v medicinski dokumentaciji še leto po uporabi in je na razpolago za vpogled ob nadzoru. Za priznavanje obračuna ob nadzoru ima izvajalec od datuma opravljenih storitev čas poskrbeti za dopolnitev pomanjkljive napotnice do zaključka obračuna tekočega meseca, to je do 10. v naslednjem mesecu, ali najkasneje v roku dveh mesecev od opravljenih storitev.

3.) V kolikor napotni specialist argumentira, da je izdajatelj odklonil dopolnitev nepravilno izpolnjene napotnice, se mu obračun prizna, Zavod pa proti izdajatelju sproži regresni zahtevek na osnovi vrednosti storitev, ki jih je (bi jih) po ugotovitvah nadzornega zdravnika nadzirani izvajalec obračunal Zavodu na osnovi take pomanjkljive napotnice.

**NZD/NAP/20 (10/210) Ali pomeni, da obstajata dve vrsti napotnic: specialistične (kadar osebni zdravnik želi izvid specialista rentgenologa) ter delovni nalog (kadar osebni zdravnik želi le RTG sliko)? Kako to šifrirati?**

**Odgovor:** Kadar izbrani osebni zdravnik naroča storitve z delovnim nalogom, si zavarovana oseba ne more izbirati niti izvajalca (ker to ni zdravnik v neposrednem stiku s pacientom) niti zdravstvenega zavoda. Zavarovana oseba napotnico za rtg potrebuje takrat, ko ima rentgenolog z zavarovano osebo neposredno opravka (diaskopija, večina kontrastnih preiskav) in si v tem primeru lahko izbira tako rentgenologa kot ustanovo. Odčitavanje rtg slik ne vpliva na to ali se uporablja napotnica ali delovni nalog. Slika se vedno odčita, sicer bi bila nesmiselna njena izdelava. Zavodu se obračuna z ustrezno šifro storitve, ki vsebuje tako slikanje kot odčitavo.

**NZD/NAP/21 (12/242) V specialističnih ambulantah se pojavljajo primeri, ko se zavarovana oseba ne naroči na specialistični pregled takoj, ko ji izbrani osebni zdravnik ali pa napotni zdravnik izda napotnico, temveč mesec ali več dni kasneje. Poteče lahko več mesecev, preden se zavarovana oseba pride naročit na specialistični pregled oziroma preden je pregledana pri napotnem specialistu. Od kdaj traja veljavnost napotnice? Ali je v takih primerih pomemben datum izstavitve napotnice?**

**Odgovor:** V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (OZZ) in Navodilih za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju je navedeno: “Časovna omejitev začne teči z dnem, ko specialist sprejme zavarovano osebo na pregled, zdravljenje ali obravnavo”. Datum izstavitve napotnice je potreben in obvezen (Pravila za izpolnjevanje listin v obveznem zdravstvenem zavarovanju), saj obračun storitev na podlagi takšne napotnice ni mogoč.

**NZD/NAP/22 (14/346) Ali se specialist kljub časovnemu pooblastilu za 3 mesece in obsegu pooblastila 1, 2 sme odločiti, da bolnika ne sprejme v zdravljenje ampak le poda mnenje o stanju in zdravljenju in mu predpiše recept za predlagana zdravila, nadaljnje vodenje pa prepusti lečečemu zdravniku. Verjetno za ponovni pregled potrebuje novo napotnico, zlasti če specialist niti ne svetuje kontrole v posebnih pogojih? Ali je ponovni obisk pri specialistu možen kadarkoli v času, za katerega je izdana napotnica ali le, ko je naročen na ponovni pregled?**

**Odgovor:** Kljub pooblastilu številka 2 na napotnici se specialist lahko odloči, da poda samo mnenje o stanju in navodila za zdravljenje. Daljša časovna veljavnost napotnice je potrebna, ko specialist pacienta prevzame v zdravljenje in ga naroča na kontrole za obdobje veljavnosti napotnice. Ponovni obiski po presoji bolnika na tako napotnico niso možni.

**NZD/NAP/23 (14/347) Ali sme oziroma mora specialist splošne medicine, ki dela tudi v diabetološkem dispanzerju, pisati napotnico za pregled v diabetološkem dispanzerju pacientom, katerim je izbrani osebni zdravnik in diabetolog hkrati?**

**Odgovor:** V ambulanti za diabetike, ki ima status specialistične ambulante, se za beleženje in obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju priznajo samo opravljene storitve bolnikom na osnovi veljavne napotnice (z izjemo nujnih primerov). Pričakovali pa bi, da zdravnik ne bo sam sebi pisal napotnic, temveč bo “svoje paciente”, ki imajo diabetes, obravnaval v okviru splošne ambulante.

**NZD/NAP/24 (15/387) Ali je potrebno na napotnico navesti h kateremu izvajalcu je zavarovana oseba napotena?**

**Odgovor:** Na napotnico se ne vpisuje niti ustanove niti imena konkretnega specialista, ker ima zavarovana oseba pravico, da si zavod in specialista izbere sama. Mora pa biti jasno navedena vrsta specialista. V kolikor si ne izbere specialista, ki je najbljižji, zavarovana oseba nima pravice do povračila potnih stroškov.

**NZD/NAP/25 (15/388) Ali lahko napotni zdravnik (po pregledu zavarovane osebe) na podlagi napotnice izbranega zdravnika, ki velja enkratno, izstavi obravnavani osebi napotnico za UZ oz. drugo potrebno preiskavo, ki bo opravljena na drugi datum, v isti ali v drugi organizacijski enoti?**

**Odgovor:** Napotni zdravnik lahko napoti zavarovano osebo na UZ oziroma druge potrebne preiskave v primeru, če ima na napotnici označen obseg pooblastila 3 (napotovanje zavarovane osebe na nadaljnje specialistične preglede oziroma preiskave in zdravljenja). Če je pooblastilo številka 3 izdano za enkratni pregled, mora nova napotitev biti izvedena ob opravljenem pregledu, ne glede na to, če bo pregled opravljen na drugi datum, v isti ali drugi organizacijski enoti.

**NZD/NAP/26 (15/389) Za pošiljanje na diagnostične preiskave (laboratorij, ultrazvok, EEG laboratorij, elektrofiziološke preiskave) naj bi uporabljali obrazec delovni nalog, ki pa nima ustreznih rubrik. Ali lahko uporabljamo napotnico in označimo 1 – pregled in mnenje ali 4 – preventivni pregledi, preiskave in ne beležimo K0019.**

**Odgovor:** Kdaj uporabljamo napotnico in kdaj delovni nalog je opredeljeno v Pravilih OZZ, Navodilih za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju ter v okrožnicah Zavoda. Za zgoraj navedene namene se ne beleži K0019.

**NZD/NAP/27 (15/390) Ob prvi napotitvi poškodovanca k travmatologu na urgenco izstavimo napotnico s pooblastilom za dobo treh mesecev. Travmatolog naroči pacienta na kontrolo v travmatološko ambulanto Poliklinike in zahteva novo napotnico. Ali ne velja napotnica, ki je bila izdana za prvi pregled na urgenci? S tem se nam število napotnic podvoji.**

**Odgovor:** Napotnica velja za obdobje, ki je na njej označeno. Ob ponovnih pregledih iste zavarovane osebe za isto stanje in v okviru iste specializacije, ni potrebno izdajati nove napotnice.

Napotitve beležite s K0019 takrat, ko napotujete po lastni presoji, tudi ponovno, ne pa takrat, ko vam specialist sekundarne ravni naroči, da čez določen čas napotite bolnika na kontrolni pregled. Torej se vam v zgoraj navedenemu primeru ne podvoji število napotnic.

**NZD/NAP/28 (15/392) V našem otroškem in šolskem dispanzerju izvajamo preventivo za predšolske in šolske otroke, ki so registrirani pri družinskih zdravnikih v zdravstvenih postajah. Doslej smo izstavljali napotnice za specialistične preglede za te otroke, če je to zahteval izid preventivnega pregleda. Poslej jih bomo napotili k izbranemu zdravniku. Ne moremo pa zagotavljati, da bo le ta izstavil ustrezno napotnico za pregled pri specialistu, ki ga je indiciral pediater.**

**Odgovor:** Izbrani osebni zdravnik bo po vaših napotkih, glede na izvid preventivnega pregleda, otroke napotoval na ustrezne specialistične preglede, če bo za to ugotovil zadostno utemeljitev. Za to je zadolžen in odgovoren.

**NZD/NAP/29 (17/458) Kako beležiti storitve, če je npr. bolnik napoten s pooblastilom 2 za določen čas, specialist pa ga ne sprejme v oskrbo oz. zdravljenje, ampak zahteva določen diagnostični postopek več zaporednih obiskov v ambulanti. Bolnika specialist ne zdravi, le na koncu diagnostičnega postopka poda pisno mnenje osebnemu zdravniku?**

**Odgovor:** Vprašanje se nanaša na prenos pooblastil osebnega zdravnika na specialista. Obseg pooblastila se prenese z napotnico. Pooblastilo 2 pooblašča specialista za prevzem bolnika v zdravljenje za določeno bolezen, pri čemer mora specialist zagotoviti vso potrebno diagnostiko, terapijo in rehabilitacijo, kakor tudi predpisati novo uvedena zdravila.

V primeru, da specialist oceni, da gre za zdravstveno stanje zavarovane osebe, za katero ni potrebna specialistična obravnava, pač pa lahko te storitve opravi osebni zdravnik, to na ustrezen način sporoči osebnemu zdravniku in mu pacienta vrne v nadaljnjo obravnavo.

**NZD/NAP/30 (17/459) Ali obračunati in opraviti pregled, če ima pacient napotnico z obsegom pooblastil 1, želi se pa RTG in/ali EKG? Smiselno se zdi, da se opravi le želena storitev brez pregleda in da bi moral napotni zdravnik označiti obseg pooblastila le 4 in ne 1.**

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

**NZD/NAP/31 (17/460) Ali je osebni zdravnik dolžan naknadno izdati napotnico z ustreznimi pooblastili potem, ko je bolnik že bil sprejet v specialistično obravnavo oziroma hospitaliziran brez napotnice zaradi nujnega zdravljenja?**

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

**NZD/NAP/32 (17/461) Ali je nadomestni zdravnik v dežurni ambulanti dolžan izdati napotnico z ustreznimi pooblastili za bolnika, ki je bil isti dan že obravnavan v specialistični triažni ambulanti (ali hospitaliziran) brez napotnice zaradi nujnega zdravljenja? Če ni, ali potem svetuje, da napotnico izda osebni zdravnik?**

**Odgovor:** Nadomestni zdravnik ni dolžan izdati napotnice za bolnika, ki je bil obravnavan v specialistični triažni ambulanti (ali hospitaliziran) brez napotnice zaradi nujnega zdravljenja. Napotni specialist ne more zahtevati naknadne izdaje napotnice za ta primer. Napotnica je potrebna le v primeru nadaljnjega kontrolnega pregleda.

**NZD/NAP/33 (17/462) Ali sme dežurni zdravnik izdajati napotnice za pregled na sekundarnem nivoju le z enkratnim trajanjem pooblastila? Je mogoče pooblastilo izdati za več dni, predvsem ob vikendih in praznikih? (problem vračanja bolnikov v dežurno ambulanto po napotnico za kontrolni pregled naslednji dan po odstranitvi tujka iz očesa, čeprav je z napotnico prejšnji dan za prvi pregled že dobil, a je bilo pooblastilo enkratno…).**

**Odgovor:** Dežurni zdravnik ni omejen na izdajo napotnice z enkratnim pooblastilom. Časovno opredelitev določi tako kot je to smotrno in potrebno za zavarovano osebo. V ustreznem okencu se opredeli kot zdravnik, ki napotuje. Kadar je to nadomestni zdravnik, je potrebno izpolniti okence št. 2. V času veljavnosti napotnice lahko zavarovana oseba obišče pooblaščenega specialista, ko jo je ta naročil na pregled.

**NZD/NAP/34 (17/463) Pri prenosu pooblastil na napotnega zdravnika s strani dežurnega zdravnika se znova in znova porajajo dileme: -je pooblastilo 2 mišljeno za zdravljenje kot daljši proces in rezervirano za osebnega zdravnika, ki da pooblastilo za več mesecev, ali pa ga sme izdati tudi dežurni zdravnik kot enkratno pooblastilo? - če obkrožim pooblastilo 3, ali potem zajema hkrati tudi obseg pooblastila 1 in 2? (v primeru pritrdilnega odgovora je posledično zadostno obkrožiti le pooblastilo 3 in ne kot zahtevajo nekateri specialisti v bolnišnici 1, 2, 3)?**

**Odgovor:** Dežurni oziroma nadomestni zdravnik lahko na napotnici opredeli pooblastilo št. 2 tudi takrat, ko je njeno veljavnost označil za enkratno. Pooblastilo namreč opredeljuje, kaj napotni specialist pri bolniku sme izvajati.

- Vsako pooblastilo po vrstnem redu predstavlja širšo stopnjo, kar pomeni, da naslednja stopnja vključuje predhodno. Izdajatelj napotnice obkroža oziroma označi le eno pooblastilo. Le tako prihaja do izraza namen, da osebni (nadomestni) zdravnik odreja postopek obravnave zavarovane osebe. Napotni specialist določenega pooblastila ne sme prekoračiti. V kolikor v izjemnih primerih to stori zaradi medicinske indikacije, mora to v medicinskem kartonu dokumentirati. Če iz podobnega razloga uveljavi pooblastilo nižje stopnje kot mu je bilo dano, to enako dokumentira v medicinskem kartonu. Obseg pooblastila, ki se zaradi medicinske situacije ni skladal z dejansko opravljenimi storitvami, se naknadno uskladi tako, da izdajatelj napotnice le-to avtorizirano popravi oziroma izda novo.

**NZD/NAP/35 (17/464) Ali velja protokol nujne medicinske pomoči, ki ga izda napotnemu zdravniku ob predaji bolnika terenski zdravnik NMP, kot napotnica z enkratnim pooblastilom 3 (1, 2, 3)?**

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

**NZD/NAP/36 (18/502) Ko moški pride k andrologu z napotnico urologa. Skladno s pravili bi moral imeti napotnico od izbranega ginekologa žene ali od svojega izbranega zdravnika. Kako naj ravnamo v navedenem primeru oz. ali napotnico napotnega zdravnika urologa, ki je izstavljena za androloga smatramo za veljavno?**

**Odgovor:** Napotni specialist lahko napotuje pacienta k drugim specialistom, če ga osebni zdravnik pooblasti s pooblastilom št. 3. Omejitvena je dodatna opredelitev: napotitev se lahko nanaša le na zdravljenje (obravnavo) tiste bolezni in poškodbe oziroma njenih posledic, zaradi katere je osebni zdravnik izdal napotnico. Napotnica napotnega specialista je veljavna takrat, ko bolnika pošlje k drugemu specialistu v okviru obravnave diagnoze ali stanja, zaradi katerega je bil napoten tudi k njemu.

**NZD/NAP/37 (18/503) Žena, ki sicer ima izbranega ginekologa pride na specialistični ginekološki pregled z napotnico napotnega abdominalnega kirurga. Kako naj ravnamo v navedenem primeru oz. ali napotnico napotnega zdravnika abdominalnega kirurga, ki je izstavljena za specialistični ginekološki pregled smatramo za veljavno?**

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

**NZD/NAP/38 (18/504) Imamo primere, ko mladostnice pred dopolnjenim 18 letom starosti prihajajo z napotnicami različnih specialistov (npr. od dermatologa), ker še nimajo izbranega ginekologa, čeprav si ga lahko izberejo s 13. letom starosti. Kako naj ravnamo v navedenem primeru oz. ali napotnico napotnega zdravnika dermatologa oz. drugih specialnosti, ki je izstavljena za ginekologa smatramo za veljavno?**

**Odgovor:** Za pregled in sprejem pri specialistu je nujna napotnica osebnega zdravnika, ki je lahko tudi splošni ali družinski zdravnik, šolski zdravnik itd. Napotnica ginekologa je potrebna, kadar gre za zdravstveno stanje v zvezi z ginekološko problematiko. Če pride zavarovana oseba zaradi takega stanja brez napotnice ginekologa šteje da je ravnala v nasprotju s predpisi obveznega zdravstvenega zavarovanja in je za specialistične zdravstvene storitve, opravljene brez ustrezne napotnice, samoplačnica.

**NZD/NAP/39 (18/536) Vse pogosteje se pojavljajo zahteve sekundarnega nivoja po dodatnih napotnicah. Bolnik je bil zavrnjen z razlogom, da mora imeti novo napotnico, kar je neprijetno predvsem za bolnika, posledično pa se pri nas povečuje število napotnic, saj upoštevamo na prvem mestu stisko bolnika**

**Odgovor:** Osebni zdravnik naj smiselno (z ozirom na stanje) oceni trajanje izdanega pooblastila, da do takšnih problemov ne bi prihajalo pogosto. Če je bila zavarovani osebi izdana napotnica s trajanjem pooblastila za dalj časa (do enega leta), pomeni, da bo napotni specialist zavarovano osebo prevzel v dolgotrajnejšo obravnavo. Napotnica velja do izteka njene trajnosti, ki šteje od datuma, ko je specialist zavarovano osebo prevzel v obravnavo (mora pa biti v tistem trenutku glede na datum izdaje veljavna).

Napotni zdravnik lahko zaključi obravnavo na sekundarnem nivoju tudi pred iztekom pooblastila na napotnici, če oceni, da lahko bolnika varno prepusti v obravnavo osebnemu zdravniku na primarnem nivoju in to tudi nedvoumno sporoči bolniku in osebnemu zdravniku. V primeru nove bolezni oziroma akutnega poslabšanja že znane bolezni bo potrebno novo sporočilo (napotnica) napotnemu specialistu o poslabšanju in naročilo za obravnavo.

Po izteku veljavnosti napotnice bo osebni zdravnik izdal novo, če še obstaja potreba za (dolgotrajno) obravnavo pri specialistu.

# PATRONAŽA

**NZD/PATR/1 (1/18) Kdaj se obračuna zdravstvena oskrba bolnika na domu?**

**Odgovor:** Storitve, ki jih zdravnik naroči patronažni sestri na Delovni nalog in jih le-ta opravi na bolnikovem domu, nato pa evidentira in obračuna s šiframi od 92101 do 92104.

**NZD/PATR/2 (2/27) Katere obiske smatramo kot sestrsko nego na domu in kako jih evidentiramo?**

**Odgovor:** Storitve, ki jih zdravnik naroči patronažni sestri na Delovni nalog in jih le-ta opravi na bolnikovem domu, nato pa evidentira in obračuna s šiframi od 92101 do 92104. Odvisno od zahtevnosti naročenih storitev obiske izvede srednja ali višja (diplomirana) medicinska sestra po pisnem navodilu zdravnika na Delovnem nalogu. Na nalogu mora biti označen datum začetka nege, vsebina in število potrebnih opravil in časovna opredelitev opravil po datumih ali dnevih v tednu.

**NZD/PATR/3 (2/28) Katere obiske smatramo za patronažne in kako jih evidentiramo?**

**Odgovor:** Za patronažne obiske smatramo tiste, ki so navedeni med preventivnimi storitvami po Pravilih OZZ, ki jih zavarovane osebe uveljavljajo pri izvajalcih osnovne dejavnosti.

Patronažne obiske evidentiramo s šifro 92102 in s šifro 92104, če gre za obisk v oddaljenem kraju.

Za oddaljen kraj se smatra isti kriterij kot se uporablja pri zdravniških obiskih na domu, torej, če je izguba časa na poti večja od 15 minut v eno smer. To predstavlja na ravninskem terenu cca 15 km oddaljenosti. Izgubo časa štejemo od sedeža najbližjega zdravstvenega doma, ali zdravstvene postaje. Pri več obiskih v takem kraju istočasno (isti dan, brez vrnitve v zdravstveno ustanovo), je mogoče evidentirati obisk v oddaljenem kraju le pri prvem pacientu (pri drugih pa le šifro 92101 oziroma 92102). Izguba časa šteje od sedeža najbližjega zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali izvajalca zasebnika in je pri neugodnem terenu ustrezno večja.

**NZD/PATR/4 (4/99) Po sklepu arbitraže za Aneks št.1 k Področnemu dogovoru za zdravstvene domove za leto 1996, je bil s 1. 5. 1997 uveden nov način evidentiranja dela patronažne službe in nege na domu.**

**Odgovor:** Črtale so se šifre storitev od 92091 do 92099, ki jih je uporabljala patronažna dejavnost in nega na domu in uvedle 4 nove šifre:

šifra naziv vrednost

92101 patronažni obisk in nega na domu višje medicinske sestre 13,70 tčk. na obisk

92102 patronažni obisk in nega na domu medicinskega tehnika 10,60 tčk. na obisk

92103 patronažni obisk in nega na domu višje medicinske 18,20 tčk. na obisk

sestre v oddaljenem kraju (nad 15 km ali več kot 15 min. vožnje v eni smeri)

92104 patronažni obisk in nega na domu medicinskega tehnika 14,10 tčk. na obisk

v oddaljenem kraju (nad 15 km ali več kot 15 min. vožnje v eni smeri)

Posamezni obisk zajema vse storitve patronažne sestre, tako tudi nego in vse storitve, ki so se doslej evidentirale posebej, kot tudi pravila, ki sledijo patronažnemu obisku (intervencije, poročila itd.). Tako se pri patronaži in negi na domu ne evidentira nobenih drugih storitev kot zgoraj navedene štiri storitve. V eni družini je možno evidentirati le en obisk.

Morebitne prekoračitve realizacije točk v patronažni dejavnosti ni mogoče prenašati v druge dejavnosti.

Za oddaljen obisk velja obisk, pri katerem je oddaljenost od sedeža patronažne službe najmanj 15 kilometrov ali izguba časa na poti več kot 15 minut. Izgubo časa štejemo od sedeža najbližjega zdravstvenega doma ali zdravstvene postaje oziroma ambulante ali stanovanja zdravnika zasebnika. Če je bilo v takem kraju opravljenih več obiskov v enem dnevu, je možno zaračunati točkovno vrednost storitve za oddaljeni kraj le enkrat v tem dnevu.

**NZD/PATR/5 (8/142) Kako naj patronažna služba evidentira storitev, ki jo je naročil izbrani zdravnik, nanaša pa se na i.v. aplikacijo glukoze in vitaminov onkološkemu pacientu na domu. Aplikacija zdravila zahteva prisotnost patronažne sestre cca 2-3 ure.**

**Odgovor:** Storitve se izvajajo in obračunajo v skladu z nalogom izbranega osebnega zdravnika, o njih pa mora biti na razpolago tudi ustrezen zapis. Intravenozna aplikacija zdravil na domu in podobne storitve, ki terjajo prisotnost patronažne sestre ob bolniku dalj časa, se lahko beležijo z dodatnim obiskom. Nadaljnja dopolnjena ura prisotnosti namreč šteje kot dodatni obisk, ni pa možno obračunati več kot dveh obiskov pri istem zavarovancu (ne glede na morebitno daljše trajanje prisotnosti medicinske sestre pri tem zavarovancu), torej ne več kot dveh ur prisotnosti na dan.

**NZD/PATR/6 (14/320) Prosim za pojasnilo , ali so obiski patronažne sestre pri otročnici in novorojenčku predvideni s strani ZZZS tudi v soboto, nedeljo in praznike in tako financirani ali ne. Nekateri ZD imajo to službo tako organizirano drugi pa ne, ker baje ni patronažna služba plačana ob nedeljah in praznikih. Novorojenček pa nego potrebuje, tudi ob daljših praznikih. Zdravniki neonatologi želijo, da poizkušamo pridobiti to informacijo. Problem so tudi zgodnje kontrole novorojenčkov, par dni po odpustih v domačo nego, ko matere včasih še nimajo izbranega otrokovega zdravnika ali pa le ta ni dosegljiv (prazniki, dopusti). Nekateri neonatologi želijo, da bi bile nujne kontrole, ki jih ni možno odložiti (bilirubin, hemogram,…..) možne brez napotnice izbranega osebnega zdravnika (in tudi se opravljajo, kajpak neplačano). Ti problemi so po navadi časovno vezani na praznike, podaljšanje praznikov z dopusti in časovno na približno do 7-10 dni po otrokovem odpustu in ne dalj.**

**Odgovor:** Patronažne obiske pri otročnici in novorojenčku, ki so opredeljeni v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja in v Navodilih Ministrstva za zdravje, izvaja patronažna služba bodisi v okviru zdravstvenih domov ali kot posamezniki s koncesijo. Patronažna služba in nega na domu je na osnovi pogodbe z izvajalcem financirana v obliki programa. Plačuje se zabeležene in obračunane storitve izvajalca. Iz navedenega sledi, da je patronažna služba z nego na domu dolžna opravljati svoj program kontinuirano, na podlagi delovnih nalogov, ki jih prejema od naročnikov za te storitve. Iz delovnega naloga pa mora biti razviden tudi čas in zaporedje, v katerem je storitve potrebno opraviti. Vsekakor je možno, da se patronažni obiski oziroma nega izvajajo ob sobotah, nedeljah ali praznikih. Na kakšen način patronažna služba to izvede, je notranje organizacijska zadeva posameznega pogodbenega partnerja. Lahko poteka v obliki rednega dela, ki se izvaja tudi na praznik ali nedeljo, lahko v obliki dežurstva oziroma stalne pripravljenosti itd. Pri različnih izvajalcih so rešitve različne, vsem pa je enako plačan redni program: 10151 – Nega na domu in 10107 – Patronažna služba. Splošni dogovor v Prilogi ZD ZAS II/a določa, da izvajalec lahko storitve patronaže in nege na domu, ki jih v skladu z delovnim nalogom opravi ob nedeljah in praznikih, Zavodu obračuna v točkovnem normativu povečanem za 30%.

Vse zavarovane osebe imajo svoje izbrane osebne zdravnike - za novorojenčke so to praviloma pediatri v otroškem dispanzerju. Ti jih neposredno zdravijo in v primeru potrebe napotujejo na sekundarno raven v specialistične ambulante ali v bolnišnico.

**NZD/PATR/7 (17/482,483) Do sedaj je bil v obravnavi patronažne službe tudi starostnik; vsi starejši od 65 let so imeli pravico do dveh obiskov letno. Ali sedaj to še velja? Kdo definira kroničnega bolnika? Kje patronažna medicinska sestra lahko dobi podatke o bivališču kroničnih bolnikov starejših od 25 let, da jih obišče dvakrat letno. Kaj je z otroci, ki so kronični bolniki?**

**Odgovor:** Prvotni tekst v Pravilih OZZ se je glasil:” dva patronažna obiska na leto bolnika z mišičnimi in živčno-mišičnimi boleznimi, paraplegijo, tetraplegijo, multiplo sklerozo, cerebralno paralizo, pri težkih invalidih, kronično bolnih osebah, osebah, ki so stare več kot 65 let, osamele in socialno ogrožene ter osebah z motnjami v razvoju”.

Novo besedilo Pravil OZZ pa navaja, da med pravice sodita “dva patronažna obiska na leto pri kronično bolnih osebah in težkih invalidih, ki so osameli in socialno ogroženi ter pri osebah z motnjami v razvoju;” Iz navedenega sledi, da patronažna obiska pripadata zavarovani osebi stari 25 let in več - ko gre za kronično bolne osebe, težke invalide, ki so ob enem socialno ogroženi in osameli in osebe z motnjami v razvoju.

Medicinska sestra samostojno opravlja storitve patronažne službe, podatke za opisane primere pa bo dobila podatke pri osebnem zdravniku v tistem delu, ki se nanaša na zdravstveno stanje ter na Centru za socialno delo z vidika, ki se nanaša na gmotno stanje in socialne okoliščine. V širšem smislu gre torej za poznavanje svojega “terena” in sodelovanje z drugimi službami z zdravstvenega in socialnega področja.

Pravila OZZ dopuščajo dva patronažna obiska na leto pri slepih in slabovidnih z dodatnimi motnjami v starosti od 7 do 25 let, ki so v domači oskrbi in se ne šolajo.

**NZD/PATR/8 (17/484) Kaj lahko naredi patronažna medicinska sestra, če svojci prosijo za obisk, porabljena pa ima že oba preventivna obiska? Delovnega naloga osebnega zdravnika za obisk pa nima.**

**Odgovor:** Pravic za preventivne storitve patronažne dejavnosti ni mogoče širiti z delovnim nalogom. Zavarovani osebi (oziroma svojcem) je sestra dolžna razložiti, do kod segajo pravice iz obveznega zavarovanja, za večji obseg (na zahtevo zavarovane osebe ali njihovih svojcev) je samoplačnik. Govora je ravno o socialno ogroženih, zato je to področje delovanja Centra za socialno delo, ki naj išče ustrezne rešitve. Sicer pa je iz odgovora pod zaporedno številko 483 razvidno, da kroničnim bolnikom in invalidom, ki niso osamljeni in socialno ogroženi, dva obiska patronažne sestre ne pripadata.

**NZD/PATR/9 (17/485) Delovni nalog osebnega zdravnika določa vsakodnevno povijanje nog. Kljub temu, da patronažna medicinska sestra opozori osebnega zdravnika, da so ob bolniku svojci. Le-ti vztrajajo na povijanju nog s strani patronažne medicinske sestre. Zdravnik tudi vztraja na vsakodnevnem povijanju nog. V primeru, da Zavod ugotovi, da patronažni obiski niso bili upravičeni, kdo nosi kazensko odgovornost, kdo plača kazen.**

**Odgovor:** Za strokovno ustreznost naročila in usklajenost predpisovanja s Pravili OZZ za izvajanje zdravstvene nege na domu je odgovoren zdravnik. V primeru, ki ga navajate je odgovornost na strani osebnega zdravnika, patronažna sestra pa je njegov timski sodelavec in zato dolžna zdravniku poročati o poteku nege, ki mora biti tudi zabeležena. O poteku in izvajanju nege na domu se mora tim (zdravnik in patronažna sestra) medsebojno usklajevati in zaključiti nego na domu takoj, ko je mogoče.

**NZD/PATR/10 (17/486) Gospe je bila predpisana protibolečinska terapija po epiduralnem katetru. Svojci so usposobljeni za apliciranje analgetične mešanice iz pripravljene 10 ml brizgalke. Patronažna medicinska sestra napolni brizgalke približno dvakrat tedensko za nekaj dni vnaprej. Enkrat tedensko pa zamenja tudi filter. Kdo je dolžan zagotoviti brizgalke in filtre (izbrani zdravnik, patronažna služba ali se bolniku predpišejo na naročilnico za tehnični pripomoček)?**

**Odgovor:** V skladu s Pravil OZZ je za predpis elastomerne črpalke pooblaščen osebni zdravnik. Vse materiale, ki se uporabljajo za zdravstveno nego na domu, zagotovi izvajalec – v določilh SD je določeno, kateri del stroškov je na strani izdajatelja Delovnega naloga in kateri del na strani izvajalca nege na domu.

**NZD/PATR/11 (17/487) Kaj lahko zabeleži patronažna sestra ob obisku pri novorojenčkih dvojčkih (trojčkih…). Njeno delo je podvojeno. Ali lahko zato beleži dva obiska?**

**Odgovor:** V eni družini je mogoče evidentirati le en obisk v dnevu. Če je obisk po vsebini in trajanju zahteval dodatno dopolnjeno uro – v tem primeru lahko patronažna sestra evidentira dodaten obisk. V primeru nadzora nad patronažnimi storitvami mora biti porabljen čas (2 uri ali več) in opravljeno delo razvidno iz zapisa v patronažni dokumentaciji.

**NZD/PATR/12 (17/488) Ali sme patronažna sestra v primerih nadomeščanja (nad 15 minut vožnje v eno smer) beležiti oddaljen obisk, čeprav omenjeni kriterij ne velja za sedež patronažne sestre, ki jo nadomešča?**

**Odgovor:** V času nadomeščanja ima izvajalec, ki nadomešča odsotnega izvajalca, vsa enaka pooblastila za izvajanje dejavnosti in zavarovani osebi se storitve zagotavljajo in obračunavajo pod enakimi pogoji - to velja tudi za oddeljene obiske (šteje oddaljenost in čas od lokacije izvajalca, ki je odsoten). Plačnik storitev – Zavod - v času nadomeščanja nima dodatnih finančnih obveznosti do pogodbenega partnerja, ki je odsoten in tudi ne do tistega, ki nadomešča.

**NZD/PATR/13 (15/385) Kdo mora zagotavljati patronažno zdravstveno varstvo, če gre za pacienta, ki ima stalno bivališče npr. v Grosuplju, začasno pa živi v Ljubljani?**

**Odgovor:** Izbrani osebni zdravnik izda nalog patronažni službi. Izvajanje zdravstvene nege na domu pa je dolžna zagotoviti (najbližja) patronažna služba, na območju katere začasno biva zavarovana oseba.

**NZD/PATR/14 (17/489) Bolnica z multiplo sklerozo v zelo težkem stanju, popolnoma odvisna od pomoči druge osebe pri vseh dnevnih aktivnostih kot so hrana, telesna nega, oblačenje, odvajanje itd., inkontinentna, popolnoma vezana na posteljo. Telo je prizadeto zaradi kontraktur. Občasno so prisotne preležanine. Telesno nego ni mogoče izvajati po eni osebi zaradi zahtevnosti same nege in zaradi varnosti bolnice, ker sama ne more sodelovati. Živi z materjo, ki je ostarela in bila operirana na očeh. Prepovedan ji je fizični napor. Za ostale hčerine potrebe lahko poskrbi. Ali pri takšni bolnici ZZZS plača izvajanje zdravstvene nege na domu dvema medicinskima sestrama hkrati?**

**Odgovor:** Zavod plača obisk ene patronažne sestre in ne dveh. Storitev se praviloma obračuna po kadrovskem normativu iz Enotnega seznama zdravstvenih storitev (Zelene knjige) in to enkrat dnevno.

**NZD/PATR/15 (17/490) Varovanec je slep, pred kratkim odpuščen iz bolnišnice. Pri njem je na novo uvedena insulinska terapija 2x dnevno. Žena se je pripravljena naučiti kontrolirati krvni sladkor in aplicirati insulin, hčerka pa vztraja, da to opravljamo mi dvakrat na dan. Ali je ZZZS pripravljen plačevati takšne obiske v nedogled, čeprav so svojci, ki so se pripravljeni usposobiti?**

**Odgovor:** Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja pooblaščajo osebnega zdravnika, da v posebnih primerih odredi zdravljenje oziroma nego na domu. Predpis mora biti racionalen in veljati samo za toliko časa, kot je nujno potrebno. Osebni zdravnik in patronažna sestra sta dolžna motivirati in naučiti bolnika in svojce aplikacije inzulina. Taka prizadevanja so praviloma uspešna. Če svojci neutemeljeno odrekajo sodelovanje, bo moral zdravnik presoditi ali in če so prenehale okoliščine, ki utemeljujejo, da zdravljenje na domu izvaja zdravstveni delavec. Svojci bodo poskrbeli za plačevanje storitve, ki ni pravica iz zdravstvenega zavarovanja ali organizirali namestitev v ustrezno ustanovo, kjer bo pacient imel pravico do zdravstvene nege iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZD/PATR/16 (17/491) Varovanec ima obe nogi od kolen navzdol polni nekroz in obilo izločka. Predlagana je bila že amputacija ene noge. Ob kontrolah pri specialistu so mu predpisane različne (drage) terapevtske obloge. Zaradi obsežnosti razjed in zahtevnosti oskrbe takšnih nog, ki sta »ena sama nekrotična razjeda« je poraba materiala zelo velika. Naj povemo, da obloge opazno pospešujejo celjenje ran in zmanjšujejo bolečine. Kdo je dolžan zagotoviti ves potreben material?**

**Odgovor:** Pri negi na domu, ki jo izvaja sama, je sestra dolžna zagotavljati standardni obvezilni material. Obstajajo seznami materialov za sodobno zdravljenje ran po skupinah učinkovin. Eno od razvrstitev je pripravilo Združenje za zdravljenje ran Slovenije, Komenskega 4, Ljubljana.

Vse materiale, ki se uporabljajo za zdravstveno nego na domu, zagotovi izvajalec – v SD je določeno, kateri del stroškov je na strani izdajatelja Delovnega naloga in kateri del na strani izvajalca nege na domu.

Pravila OZZ določajo, da pri tehničnih pripomočkih, za katere ni določen cenovni standard, šteje za standard funkcionalno ustrezen, najcenejši ter na slovenskem tržišču dosegljiv pripomoček (material). Zavarovana oseba ima pravico do materialov za nego na domu, če jo izvaja sama ali njeni svojci. Isti klasični materiali veljajo, če jih pri zdravstveni negi uporablja sestra, ki pa lahko uporablja tudi druge sodobne materiale in pripomočke.

Z vidika patronažne sestre je primernejši izraz “klasični obvezilni material”, kajti zdravnik in patronažna sestra za zdravstveno nego lahko uporabljata materiale ene ali druge vrste. Zavod pri tem ne postavlja omejitev, v vsakem primeru pa je delež sredstev namenjen za materialne stroške isti. Če bi Zavod izvajalcem priznaval stroške za sodobne materiale, bi delež za materialne stroške verjetno (ne pa zagotovo) bil višji.

**NZD/PATR/17 (17/492) Gospa živi sama, bližnjih svojcev nima. Domsko oskrbo odklanja. Diagnosticirana je bila senilna demenca in predpisana terapija. Zaradi psihičnega stanja sama ni zmožna jemati zdravil. Ali je ZZZS pripravljen plačevati patronažne obiske 1-2 dnevno z namenom, da se varovanki izroči zdravila, ki jih pred nami zaužije?**

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

**NZD/PATR/18 (17/493) Kako Zavod definira laično nego? Razmejitev laične in zdravstvene nege.**

**Odgovor:** Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Zavod) ne definira laične nege, saj se ne plačuje iz sredstev zdravstvenega zavarovanja. Vsekakor pa je zainteresiran za razmejitev med laično in zdravstveno nego. Zdravstvena nega v socialnih zavodih je definirana z Merili, ki so priloga Splošnega dogovora za te ustanove. Diskrecijsko pravico in dolžnost za ugotavljanje potrebe po zdravstveni negi na domu in njeno naročanje ima osebni zdravnik. Naloga medicinske sestre je, da pri postavljanju indikacije za zdravstveno nego z zdravnikom sodeluje in za predpisano zdravstveno nego uporabi ustrezne postopke.

**NZD/PATR/19 (17/494) Oskrba varovanca s kisikom na domu, merjenje krvnega pritiska na domu: so upravičeni do obiskov vsak teden (po delovnem nalogu)?**

**Odgovor:** Za ustreznost predpisovanje trajanja in pogostnosti zdravstveno negovalnih obiskov na domu je pristojen in odgovoren osebni zdravnik. Sestra mu je dolžna poročati in izraziti svoje pomisleke. Za oskrbo zavarovane osebe s kisikom na domu je uveljavljen poseben protokol.

Utemeljenost predpisovanja zdravstvene nege na domu nadzorni zdravniki Zavoda preverjajo pri osebnih zdravnikih, kjer jim je na razpolago medicinska dokumentacija bolnika. Patronažna sestra mora imeti svoje ukrepe dokumentirane tudi za primer, če se osebni zdravnik izgovarja, da ni dobil povratne informacije.

**NZD/PATR/20 (17/495) Bolnik po možganski kapi je nepokreten in inkontinenten za blato in seč. Svojcev nima v bližini. Pri njem je potrebno izvajati telesno nego 1x dnevno z menjavo pleničke dodatno 2-3x dnevno. Ali je Zavod plačnik teh storitev, če je bil izdan Delovni nalog patronažni medicinski sestri s strani izbranega zdravnika?**

**Odgovor:** Pravila OZZ opredeljujejo zdravstveno nego na domu kot pravico. Zavod je plačnik storitev, če je potreba z več obiski v istem dnevu na delovnem nalogu izrecno navedena. Navedeno mora biti tudi obdobje trajanja delovnega naloga. Urejanje dolgotrajne obravnave (npr.: v primeru potrebe po celoletni obravnavi) je skrb Centra za socialno delo - organiziranje laične pomoči na domu ali domske oskrbe.

**NZD/PATR/21 (20,18/532) Patronažna služba ima v obravnavi zavarovanko, zaradi aplikacije insulina in kontrole krvnega sladkorja vsak dan od ponedeljka do petka. Varovanka živi sama, težave ima s tremorjem rok, inkontinenco urina. Ima štiri hčere, ki živijo drugje in skrbijo za aplikacijo urina ob vikendih, med tednom povedo, da ne zmorejo zaradi službe. Varovanki med tednom kontrolira krvni sladkor in aplicira insulin patronažna sestra medicinska sestra od januarja 2005 (eno leto). Delovni nalog za aplikacijo insulina je izdala osebna zdravnica za dobo enega leta in poteče 9. 2. 2006. S tem dopisom se obračamo na vas z naslednjimi vprašanji:  
Ali bo Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije priznal storitve v zgoraj navedenem primeru, če jih bomo izvajali še naprej v primeru, da bi osebni zdravnik izdal nov delovni nalog?  
Za koliko časa in v kakšnih primerih je varovanec upravičen do aplikacije insulina s strani patronažne službe?**

**Odgovor:** Iz opisa stanja bolnice je razvidno, da njeno zdravstveno stanje ne omogoča, da bi si injekcije inzulina dajala sama niti ne more sama kontrolirati ravni krvnega sladkorja. V takih primerih dajanje inzulina in skrb za urejanje bolezni dolžni prevzeti svojci, če jih bolnica ima in če njihove objektivne zmožnosti omogočajo, da se postopka naučijo in ga obvladujejo. Iz vaših podatkov sklepamo, da ima bolnica svojce, ki so sposobni obvladati njeno oskrbo.

Patronažna služba praviloma skrbi za sladkornega bolnika na inzulinu v domačem okolju toliko časa, da se njegove oskrbe nauči eden od svojcev oziroma dokler ni na razpolago druga oseba, ki prevzame skrb za zavarovanko ali je zavarovanki zagotovljena socialno varstvena nastanitev. Dejstvo, da svojci ne morejo (časovno ali krajevno) aplicirati inzulina in drugi socialni faktorji ne morejo biti razlog za časovno neomejeno nego patronažne službe na domu iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Takšnemu ravnanju nista prilagojena niti zmogljivost patronažne službe niti njeno financiranje. Urejanje dolgotrajne obravnave je skrb Centra za socialno delo - organiziranje laične pomoči na domu ali domske oskrbe.

**NZD/PATR/22 (20/560) Na področju naše občine imamo kar veliko število varovancev, diabetikov na inzulinski terapiji. V primerih, kjer si varovanci sami (ali njihovi svojci) niso mogli aplicirati inzulina, so namesto njih aplikacijo izvajale negovalke iz Enote za nego v Občini Krško, ki jih vodi Center za socialno delo (CSD) Krško. V tem tednu so vsi ti zavarovanci dobili pisno obvestilo s strani CSD, da negovalke ne smejo več na domovih varovancev izvajati aplikacije inzulina. To je sprožilo precejšnje razburjanje s strani svojcev teh bolnikov, ki so začeli izvajati pritisk na patronažno službo in zahtevajo, da inzulin apliciramo patronažne medicinske sestre.  
Danes me je klicala hčerka varovanca, ki bo po daljši hospitalizaciji odpuščen domov. Je slabo pomičen, prejema inzulin, živi skupaj s partnerko, ki je trenutno v bolnici. Hčerka živi v nekaj kilometrov oddaljeni vasi, sin živi v sosednjem mestu (13 km). V telefonskem pogovoru je hčerka od mene zahtevala, naj opravljam aplikacijo inzulina, ko bo oče prišel domov iz bolnice. Razumem, da so svojci v težki situaciji, (hodijo v službo, šolo, imajo družine ... itd) vendar se bojim, da bodo take aplikacije sprožile cel plaz tovrstnih storitev, ki bo še povečal neplačan presežek opravljenih storitev v patronažni dejavnosti. Zanima me tudi stališče ZZZS glede plačevanja takšnih patronažnih obiskov.**

**Odgovor:** Aplikacija inzulina na bolnikovem domu ne predstavlja patronažne storitve, ampak storitev zdravljenja oziroma nege na domu. Zdravljenja in nege na domu pa medicinska sestra ne opravlja po lastni presoji ali naročilu svojca, ampak na podlagi delovnega naloga, ki ga izda osebni zdravnik. Ne glede na to velja, da patronažna sestra lahko izvaja zdravstveno nego na domu le za krajša obdobja ob nastopu bolezni ali poslabšanju zdravstvenega stanja, za premostitev kriznih obdobij ko začasno odpade skrb svojcev ali zahtevnost nege preseže njihove zmogljivosti in podobno. Za neprekinjeno oziroma dolgotrajno nego morajo poskrbeti svojci če to zmorejo, sicer pa je potrebno bolnika namestiti v socialno varstveno ustanovo.

Patronažna služba praviloma skrbi za sladkornega bolnika na inzulinu v domačem okolju toliko časa, da se njegove oskrbe nauči eden od svojcev oziroma dokler ni na razpolago druga oseba, ki prevzame skrb za zavarovanko ali je zavarovanki zagotovljena socialno varstvena nastanitev. Dejstvo, da svojci ne morejo (časovno ali krajevno) aplicirati inzulina in drugi socialni faktorji ne morejo biti razlog za časovno neomejeno nego patronažne službe na domu iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja. Takšnemu ravnanju nista prilagojena niti zmogljivost patronažne službe niti njeno financiranje.

Urejanje dolgotrajne obravnave je skrb Centra za socialno delo - organiziranje laične pomoči na domu ali domske oskrbe. Obstoječe zmogljivosti in način njenega financiranja patronažne službe ne omogočata izvajanja zdravstvene nege na domu za poljubno obdobje in poljubno število zavarovanih oseb, ki bi to nego potrebovale.

**NZD/PATR/23 (18/533) Ali je utemeljeno, da opravljajo patronažne sestre JZ Zdravstvenega doma Slovenske Konjice odvzeme krvi za laboratorijske preiskave v domu starejših občanov v Slovenski Konjicah?**

**Odgovor:** Patronažne sestre ZD lahko opravljajo odvzeme krvi za laboratorijske preiskave v domu starejših občanov na osnovi naročila osebnega oziroma domskega zdravnika, vendar si storitve ne morejo obračunati kot patronažni obisk, ker je storitev vključena v plačilo splošne ambulante v DSO.

**NZD/PATR/24 (18/534) Ali se storitve odvzema krvi za laboratorijske preiskave upravičeno beležijo in zaračunavajo ZZZS-ju kot patronažni obiski?**

**Odgovor:** Te storitve se Zavodu ne morejo obračunati, ker so stroški laboratorijskih storitev (in s tem odvzemov) vključeni v ceno dela ambulante v DSO.

**NZD/PATR/25 (18/535) Ali so ti »hitro opravljeni obiski« na istem mestu (domu starješih) sploh dovoljeni?**

**Odgovor:** Če navedene odvzeme krvi v domu starejših občanov opredeljujete kot patronažne obiske, vsekakor drži, da to niso »hitri obiski« in ne morejo biti še posebej obračunani Zavodu.

# PEDIATRIJA (osnovno zdravstvo in specialistika)

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

**Odgovor:** Zaračuna se samo sistematični (preventivni) pregled, istočasno zaračunavanje kurativnega pregleda ni možno.

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

**Odgovor:** Storitev K0011 se beleži tako pri izvedbi Mantoux testa, kot tudi pri odčitavanju rezultatov tega testa - torej dvakrat.

**NZD/PED/3 (1/17) Ob sistematskem pregledu 3-letnega otroka se preverja tudi otrokov duševni razvoj s psihološkim testiranjem in pregled govora. Kakšno je pravilno evidentiranje in obračunavanje teh storitev?**

**Odgovor:** Sistematski pregled 3-letnika izvaja primarna raven in se obračunava s količniki, psiholog in logoped pa storitve obračunata s točkami po “zeleni knjigi”.

**NZD/PED/4 (1/19 in 24/5) Kako lahko obračunamo UZ pregled kolkov pri otroku v primeru, da ga opravimo kot del preventivnega pregleda v predšolskem dispanzerju?**

**Odgovor:** UZ pregled kolkov se v primeru preventivnih pregledov na primarnem nivoju beleži in obračunava s šifro K0022 – velik poseg. Če predšolski dispanzer ne razpolaga z UZ diagnostiko, zagotovi napotnico za UZ pregled kolkov pri ustreznem izvajalcu.

**NZD/PED/5 (6/120) Kako se beleži UZ pregled kolkov otrok v 1. in 3. mesecu starosti v pediatričnih dispanzerjih? Opravi se klinični pregled kolkov, ultrazvočni pregled obeh kolkov z ustreznimi meritvami ter posamezno sliko vsakega kolka za dokumentacijo. Istočasno se tudi dajo navodila glede eventuelnega širokega povijanja. Ali lahko pregledujemo tudi paciente, ki jih je napotil izbrani privatni zdravnik in kdo je plačnik teh storitev?**

**Odgovor:** UZ kolkov se na primarni ravni v pediatričnih dispanzerjih in pri zasebnikih v 1. in 3. mesecu starosti otroka obračunava kot ena storitev - veliki poseg K 0022 - v obsegu 7,0 količnikov. Istočasno se ne morejo evidentirati še pregled kolkov in navodila za široko povijanje, ker je to že vključeno v sam sistematični pregled otroka v 1. in 3. mesecu starosti, ki ga opravi izbrani pediater.

Zavarovance, ki jih napoti izbrani zasebni zdravnik, lahko UZ pregledujete, vendar morate imeti pismeno pooblastilo (napotnico) za opravljanje preventivnih storitev - UZ pregled

**NZD/PED/6 (2/22) Kako se evidentira 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.**

**Odgovor:** V primeru, da cepljenja predvidenega v okviru sistematskega pregleda ni bilo moč izvesti zaradi zdravstvenih razlogov, zdravnik izvede tako cepljenje ob kontrolnem kurativnem pregledu. Takega cepljenja se ne evidentira posebej.

V primeru, da gre za cepljenje ki se opravi med dvema sistematskima pregledoma, se evidentira šifro “pregled pred cepljenjem”.

**NZD/PED/7 (3/79) Kako se evidentirajo “sistematični” pregledi v prvem letu starosti, ki presegajo število zagotovljeno s Pravili? Kot sistematični pregled (kdo jih plačuje?) ali kot patologija?**

**Odgovor:** Pregledi, ki so opravljeni nad številom določenim s Pravilnikom in Navodili Ministrstva za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni in s Pravili OZZ, se ne smejo evidentirati in zaračunavati Zavodu. Če gre za patolologijo se zaračunavajo ustrezne šifre kurative.

**NZD/PED/8 (3/81) Kako se evidentira testiranje šolskih otrok na TBC?**

**Odgovor:** Beleži se kot cepljenje (K0011). Poleg se lahko evidentira še pregled pred cepljenjem (K0004), če je pregled bil dejansko individualno opravljen.

Kot K0004 pa ni možno evidentirati orientacijskih pregledov, ki jih opravi zdravnik za razred učencev, ki se cepijo. Odčitavanje rezultatov se beleži kot kratek pregled.

**NZD/PED/9 (3/82) Kako se evidentira namenski pregled otrok pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje?**

**Odgovor:** Pregled obsega namenski pregled otrok in šolarjev pred odhodom na organizirano zdravstveno letovanje se beleži kot kratek preventivni pregled (K0014). V medicinski dokumentaciji zadošča minimalen zapis anamnestičnih podatkov in kliničnih ugotovitev, ki zadosti zahtevam stroke. Vsebino pregleda določata Pravilnik in Navodila Ministrstva za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

**NZD/PED/10 (3/83) (03/083) Kako se evidentira sistematični pregled otrok pred vstopom v vrtec?**

**Odgovor:** Pregled otroka pred vstopom v VVO se beleži s K0013: storitev vključuje, poleg kliničnega pregleda, tudi zdravstveno vzgojo, pregled cepilne dokumentacije in eventualno manjkajoče cepljenje (po Navodilu Ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnega programa na primarnem nivoju je cepljenje zajeto v 2.2. Namenski pregledi pod (C) Namenski pregled otrok pred vstopom v vrtec) ter obvestilo za VVO. Kadar je vstop v vrtec sočasen s sistematičnim pregledom pri starosti 9, 12 ali 18 mesecev, se ta storitev vključi v sam sistematični pregled in se evidentira samo ena storitev - K0004.

Storitev se lahko pri enem otroku obračuna le enkrat.

**NZD/PED/11 (6/123) Za vpis na določene fakultete rabijo dijaki zdravniško potrdilo še z mnenjem specialistov za preiskave EKG, Okulista in ORL. Kdo je plačnik teh dodatnih preiskav za zdravniško potrdilo o nadaljnjem šolanju na fakulteti?**

**Odgovor:** Za vse preglede in zdravniška potrdila, ki niso opredeljena v republiškem preventivnem programu za zdravstveno varstvo šolskih otrok in mladine do 19. leta starosti je naročnik tudi plačnik naročenih pregledov.

**NZD/PED/12 (8/140) Ministrstvo za zdravstvo je izdalo Navodila za preventivne preglede predšolskih in šolskih otrok. V sistematskem pregledu pred vstopom v šolo in v osnovni šoli je predviden ADG. Preizkus sluha narekujejo tudi strokovna navodila in doktrina. V Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja pa ta storitev ni navedena v sklopu zgoraj navedenega sistematskega pregleda. Ali naj ADG izvajamo ali ne? Če ga naredimo, kako ga beležimo (katero storitev)?**

**Odgovor:** Pravilnik in Navodilo ministrstva pri sistematičnem preventivnem pregledu šolskih novincev pred vstopom v osnovno šolo in pri sistematičnem pregledu učencev strokovno opredeljuje, kaj naj pregled vsebuje. Kadar je v vsebino pregleda vključen tudi ADG, ste dolžni spoštovati strokovna navodila oziroma ravnati v skladu z doktrino. Torej se ADG ne obračunava kot posebna storitev, ker je sestavni del sistematičnih pregledov.

Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja so podzakonski akt, ki opredeljuje pravice zavarovanih oseb, Pravilnik in Navodila ministrstva pa so strokovni napotki o tem, kako naj se preventivna dejavnost izvaja. Po Pravilih je sistematični pregled pravica šolarjev, vsebino teh pregledov pa določa Ministrstva za zdravstvo.

Cena količnika za preventivno dejavnost je oblikovana tako, da v povprečju zajema vse stroške potrebnih oziroma opredeljenih storitev, vštevši laboratorij in funkcionalno oziroma drugo diagnostiko. Posameznih elementov, ki jih razni sistematični pregledi vključujejo, ni mogoče obračunavati posebej.

**NZD/PED/13 (8/150) Zdravniki šolskih ambulant prosijo za razlago, kako naj ravnajo v primeru izdaje zdravniških potrdil za vpis v srednjo šolo pri tistih učencih, ki se prepišejo iz ene srednje ali poklicne šole v drugo šolo in pri tem obakrat potrebujejo zdravniško potrdilo za vpis ter tudi pri tistih, ki potrebujejo zdravniško potrdilo za nadaljnje šolanje na višji stopnji.**

**Odgovor:** Izdaja zdravniškega potrdila za vpis v srednje ali poklicne šole ter za šolanje na višji stopnji se ne evidentira posebej, ker je sestavni del sistematičnega pregleda. Vsebinsko povezavo opredeljujejo Pravilnik in Navodila ministrstva za zdravstvo - Izvajanje preventivnega programa v otroških in šolskih dispanzerjih na primarni ravni in tudi Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pri dijakih, ki se prepisujejo iz ene šole v drugo šolo, lahko enostavno naredijo več fotokopij zdravniškega potrdila za različne šole. Tudi v teh primerih ne morejo evidentirati nobene storitve.

**NZD/PED/14 (8/152) Kratek preventivni pregled učenca (otroka in šolarja) je ovrednoten kot K0014 in ga po navodilih lahko opravi usposobljena medicinska sestra. Naše vprašanje se glasi, kako usposobljena mora biti medicinska sestra?**

**Odgovor:** Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni je izdalo ministrstvo za zdravstvo, zato je to ministrstvo tudi pravi naslov za vprašanje o usposobljenosti medicinske sestre za pregled.

**NZD/PED/15 (9/170) Ali je možno pri otrocih in šolarjih iz naslova obveznega zdravstvenega zavarovanja opravljati zamrzovanje bradavic-krioterapija. Če nam to storitev priznate, prosimo za navodila glede finančnega beleženja storitve (prvi pregled in poseg ter večkratni posegi, ter beleženje večih bradavic na istem udu in različnih udih).**

**Odgovor:** Storitev krioterapije ni uvrščena med posege in se ne beleži posebej.

Krioterapija je tako kot ostala drobna opravila, sestavni del drugih storitev, ki se lahko beležijo in je zato sestavni del povprečne vrednosti količnika.

**NZD/PED/16 (9/171) Pri 7-letni pacientki z mukoviscidozo je bil v izpljunku izoliran Psevdomonas aeruginosa. Pulmolog je odredil terapijo z Garamycin (Gentamycin) ampulami po 80 mg, ki jih bo prejemala v inhalaciji trikrat dnevno z inhalatorjem. Potrebovala bo predvidoma 60 ampul. Prosim vas za navodilo - kako ali če sploh lahko uveljavljamo ali beležimo kakšno storitev?**

**Odgovor:** : Inhalacije z Garamycinom v ambulanti lahko obračunate kot mali poseg (K0020). Odvisno od zdravstvenega stanja 7-letne pacientke in ob upoštevanju Pravil OZZ je možno naročilo inhalacij patronažni službi na delovni nalog in naučiti svojce za izvajanje inhalacij doma. Finančna sredstva za ampulirana zdravila ima izvajalec (zdravnik) vračunana v materialnih stroških.

**NZD/PED/17 (10/200) Učenci so ob sistematskem (preventivnem) pregledu sočasno revakcinirani (Di, Te). Pred samo vakcinacijo mora zdravnik opraviti pregled pred cepljenjem, usposobljena medicinska sestra pa opravi sistematski pregled in aplikacijo cepiva. Kako naj te storitve evidentiramo?**

**Odgovor:** Opravljene storitve se beležijo s količniki za preventivo - odvisno od tega, kdo je opravil pregled: sestra ali zdravnik. Poleg ene od šifer: K0004, K0010, K0012 in K0013 se obračuna storitev K0011 (cepljenje šolskega in predšolskega otroka). Storitev zajema dajanje vseh cepiv ne glede na mesto aplikacije cepljenja in ne glede na število cepljenj po enem pregledu.

**NZD/PED/18 (15/384) (15/384) Katere storitve obsega preventivni pregled šolarja, posebno katere laboratorijske preiskave so potrebne ter točen popis razporeda pregledov v devetletki?**

**Odgovor:** Natančno število, vsebina preventivnih pregledov v osnovnošolskem obdobju in pripadajoče laboratorijske preiskave opredeljujeta Pravilnik in Navodila za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni.

**NZD/PED/19 (17/480) Katere šifre beleži klinični psiholog pri sistematičnem pregledu otroka treh let in katere logoped pri sistematičnem pregledu otroka v starosti petih let?**

**Odgovor:** Za potrebe psihodiagnostike so v Zeleni knjigi na razpolago šifre 19210 do 19215 in za diagnostiko v defektologiji šifre 94101 do 94104. Za dejavnost logopedije je prenovljen seznam storitev od 94111 do 94159, od 94162 do 94200 in od 94202 do 94206.

**NZD/PED/20 (17/481) Za otroke in mladostnike pišemo poročila, mnenja zlasti za šolske otroke napišemo veliko poročil (le na osnovi teh poročil dobi šola sredstva za individualno pomoč otroku). Velikokrat pišemo poročila za nevrologa, avdiologa, foniatra…, ki nas v pisnem izvidu prosijo za poročilo – izvid. Kako naj beležimo navedene storitve?**

**Odgovor:** Zdravstveni delavci in sodelavci, ki delujejo v okviru dejavnosti Centra za mentalno zdravje niso samostojni nosilci dejavnosti in storitve lahko obračunavajo le na osnovi obstoječega seznama njihovih storitev iz Zelene knjige in naročenih storitev na podlagi delovnega naloga oziroma napotnice. Storitev na lastno pobudo torej Zavodu ne morejo obračunati.

Pravila OZZ določajo, katere storitve niso plačljive iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Po drugi strani npr.: katerikoli napotni izvajalec, ki po pooblastilu osebnega zdravnika dolgotrajno vodi kroničnega bolnika, osebnemu zdravniku poroča o poteku zdravljenja in si za to ne more zaračunati nobene storitve.

**NZD/PED/21 (18/531) Predlagam, da se mali poseg (terapevtska inhalacija) sme vrednotiti kot srednje obsežni pri otroku do 3 leta starosti, ker se običajno otroci tega posega zelo bojijo.**

**Odgovor:** Terapevtske inhalacije so bile uvrščene na seznam malih posegov na predlog izvajalcev kasneje in ne ob samem oblikovanju količniškega obračunskega sistema. Ne moremo sprejeti načela, da se dodatek na zahtevnost obravnave glede na starost zavarovane osebe prenese tudi na posege. To načelo velja samo za obiske oziroma preglede.

# REŠEVALNI PREVOZI

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

**Odgovor:** Po določilih Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju zavarovane osebe uveljavljajo pravico do prevoza brez doplačila le v primerih, ko gre za nujni prevoz. Če ima zavarovana oseba epilepsijo, še ne pomeni, da je oproščena doplačil za reševalne prevoze. V vseh ostalih primerih je zavarovana oseba – ne glede na razlog obravnave – dolžna prispevati k ceni prevoza odstotni delež določen z aktom Zavoda, razen če je prostovoljno zavarovana.

**NZD/REŠ/2 (14/344) Po zaključku zdravljenja ene izmed klinik KC zavarovana oseba nadaljuje zdravljenje v Zavodu za rehabilitacijo invalidov (ZRI). Po odpustu s klinike KC, vendar pred sprejemom v ZRI, mora zavarovana oseba opraviti pregled v Bolnici dr. Petra Držaja (BPD). Zavarovana oseba potrebuje prevoz z reševalnim avtomobilom. Ali v navedenem primeru na kliniki, ki bolnika odpušča, lahko izstavijo dva naloga za reševalni prevoz, enega iz KC do BPD, in drugega iz BPD do ZRI?**

**Odgovor:**  Vprašanje glede pravice do prevoza z reševalnim vozilom odpuščenega bolnika iz KC na pregled v BPD in potem naprej v ZRI, je postavljeno nejasno. Če gre za premestitev bolnika iz KC v ZRI, je plačnik prevoza Zavod, skladno s pogodbo s pristojno reševalno službo in se v tem primeru izstavi nalog za reševalni prevoz. Če je pregled v BPD del diagnostičnega postopka na račun hospitalizacije v KC ali nameravane rehabilitacije v ZRI, v obeh primerih prevoza ne plača Zavod, pač pa bolnišnica oziroma ustanova, ki je zahtevala ta pregled.

**NZD/REŠ/3 (14/345) V primerih, ko svojci ali kdo drug naroči reševalni prevoz, ker oseba ima epileptični napad, se dogaja, da se v času do prihoda reševalnega vozila osebi stanje izboljša oziroma ne potrebuje reševalnega prevoza. Kdo je v navedenem primeru plačnik reševalnega vozila?**

**Odgovor:** Pravila OZZ opredeljujejo, da lahko reševalni prevoz naroči izbrani osebni zdravnik ali zdravnik, ki prevzame zavarovano osebo v obravnavo v primeru nujnih stanj. Kadar naročajo reševalne prevoze svojci ali drugi po lastni presoji, poravnajo stroške prevoza sami. Zavarovana oseba lahko zahteva povračilo stroškov od Zavoda, če zdravnik, ki jo je prevzel v zdravljenje ugotovi, da je bil prevoz nujen in ji o tem izda potrdilo.

**NZD/REŠ/4 (15/386) V ZD Ivančna gorica smo imeli nadzor nad izvajanjem neurgentnih reševalnih prevozov. Ker je prišlo do razhajanj med izvajalci nadzora in našimi zdravniki glede izvajanja upravičenosti do neurgentnih prevozov, prosimo, da nam sporočite, kdo je upravičen do teh prevozov. Dosedanja navodila izvajanju zakona o neurgentnih prevozih so skopa in nenatančna, zato prosimo, da izdate točna navodila, kako bomo ocenjevali potrebnost nenujnih prevozov z reševalnimi vozili za:**

**-pljučne bolnike – glede na pljučno analizo arter. krvi ali glede na izvid spirometrije ali glede na klinično prizadetost bolnika ali samo nepokretni pljučni bolnik  
-kardiološke bolnike – glede na klasifikacijo srčnega popuščanja po NYHA ali pa glede na prag obremenitve (če je ta narejena)  
-paciente, ki hodijo na kontrole v antitrombotično ambulanto  
-paciente z motnjami vida  
-psihiatrični pacienti  
-ortopedski in travmatološki bolniki  
-ostali kirurški bolniki  
-nevrološki bolniki  
-rakavi bolniki  
-drugi  
-kdaj je dovoljeno spremstvo svojca ali zdr. tehnika?**

**Odgovor:** V Pravilih OZZ je razloženo o pravicah zavarovanih oseb do prevozov z reševalnim vozilom in spremstvu.

Težava, ki jo v okoliščinah nadzora običajno srečujemo, je v tem, da stanje pacienta (tudi ob upravičeni indikaciji) ni ustrezno dokumentirano. Pri tem imamo v mislih zdravstveno kartoteko bolnika prej kot sam nalog za reševalni prevoz. Diskrecijska pravica in dolžnost zdravnika, da postavlja strokovno indikacijo za reševalni prevoz, je posebej izpostavljena.

Nadzor nad utemeljenostjo predpisovanja reševalnih prevozov vršijo izključno zdravniki. Ti imajo, ne glede na svojo specialnost in obseg izkušenj iz prakse, temeljno medicinsko znanje, na osnovi katerega preverjajo upravičeno predpisovanje potnih nalogov za nenujne reševalne prevoze ter beleženje teh storitev obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, seveda ob ustrezni utemeljitvi (dokumentiranju) v zdravstveni dokumentaciji. Isto načelo velja tudi za določanje spremstva bolniku.

**NZD/REŠ/5 (17/468) Kdo mora poskrbeti za spremstvo bolnika z ene klinike Kliničnega centra na drugo, npr. za spremstvo iz Pediatrične klinike na otroško kirurgijo Kliničnega centra ali iz bolnice dr. Petra Držaja na drugo kliniko Kliničnega centra? Ali je dolžan to spremstvo zagotoviti zdravnik iz SNMP, kjer bi se ob tem zmanjšala ekipa SNMP za predpisane aktivnosti SNMP (nujni obiski na domu, posredovanja ob nesrečah,…)?**

**Odgovor:** Reševalni prevoz s spremstvom je dolžan zagotoviti izvajalec reševalnih prevozov. To vsekakor velja za nenujne reševalne prevoze. Za nujne, interventne reševalne prevoze mora biti na razpolago ustrezna ekipa. Zavod ne narekuje organizacije reševalne službe, ampak jo financira. Pri tem upošteva navedeno načelo.

**NZD/REŠ/6 (20/579) Ali cena SPP vključuje tudi nenujne reševalne prevoze hospitaliziranega bolnika na katerokoli preiskavo (tudi MR, CT, ERCP, EPT) v drugo bolnišnico?**

**Odgovor:** Nenujni reševalni prevozi so v skladu s Pravili pravica iz OZZ, ko je na podlagi presoje zdravnika (osebnega, napotnega) utemeljena uporaba reševalnega vozila. Pravica se lahko uveljavlja na relaciji od kraja bivanja zavarovane osebe (ZO) do zdravnika oziroma zdravstvene ustanove in nazaj domov v primerih, ko se zagotavljajo storitve oziroma obravnave, ki jih izvajalec neposredno zaračunava ZZZS (spec. pregled, hospitalizacija, UZ pregled organa, kemoterapija, dializa itd). Reševalni prevoz je pravica iz OZZ tudi v primeru, ko je ZO premeščena iz ene ustanove v drugo.

V primerih, ko izvajalec zdravstvenih storitev hospitalizirano ZO napoti drugam na izvedbo storitve, ki je potrebna v okviru bolnišnične obravnave te zavarovane osebe (npr. CT, MR, EPT, ERCP,...) za časa ležanja v bolnišnici, ker izvajalec nima ne aparata ne osebja), stroške prevoza in tudi storitve plača izvajalec sam. Zavodu zaračuna ustrezen SPP oziroma primer.

# OSNOVNO ZDRAVSTVO - SPLOŠNA ZDRAVSTVENA DEJAVNOST

**NZD/SPL/1 (3/68) Ali se lahko izdaja napotnice brez opravljenega pregleda računa kot kratek obisk** ?

**Odgovor:** Izdaja napotnice je kratek obisk, če gre za pripravo napotnice za naročeno kontrolo pri specialistu po prvem ali nujnem specialističnem pregledu ali po hospitalizaciji.

**NZD/SPL/2 (3/80) Kako se evidentira nova diagnoza pri kontrolnem pregledu? Kot prvi pregled?**

**Odgovor:** Dokler gre za nadzor (kontroliranje) iste bolezni, gre za kontrolne preglede, ki se tudi obračunajo kot kontrolni pregledi. Ob novi glavni diagnozi ali evidentiranem akutnem poslabšanju iste bolezni pa gre evidenčno in tudi obračunsko za prvi pregled.

**NZD/SPL/3 (5/108) Pri nadzoru je nadzorni zdravnik priznal kratek lokalni in ne celotni pregled pri naslednji situaciji: v kartoteki je bil zapisan datum pregleda, anamneza, diagnoza, terapija in napotitev v laboratorij. Opis kliničnega statusa ni bil zabeležen. V zapisniku nadzora je nadzorni zdravnik zabeležil, da status ni bil evidentiran in je odštel razliko med celotnim in kratkim lokalnim pregledom. Ali je ravnal pravilno? Ali bi moral odšteti celotno storitev, oziroma črtati pregled v celoti?**

**Odgovor:** V primeru, ko iz zapisane anamneze in diagnoze ni možno ugotoviti, da je bil opravljen celoten pregled, se črta celotno storitev oziroma pregled v celoti. Nadomestnega priznavanja kratkega obiska ni.

**NZD/SPL/4 (6/122) Kaj se obračuna v primeru, ko zavarovancu zmanjka zdravil in pride po recept, istočasno pa ima izmerjen krvni pritisk (RR)? Ali je to kontrolni pregled K 0003, ali je to le kratek obisk K 0001?**

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

**NZD/SPL/5 (7/128) Kakšen je minimum podatkov v kartoteki, ki utemeljujejo opravljen pregled, kaj pomeni navedba “status bp”, kaj pomeni navedba “status idem“?**

**Odgovor:** V dejavnostih, ki za obračun svojega dela uporabljajo količniški sistem evidentiranja, je za priznanje obračunanega pregleda (K0002 ali K0003) v medicinski dokumentaciji potreben minimalni podatek o anamnezi in kliničnem statusu, ki zadosti tudi eventualnemu strokovnemu nadzoru. Opisna diagnoza je dopustna le v primerih, ko ustrezno ponazarja lokalni status.

· V primeru, da v medicinski dokumentaciji ni minimalnega podatka, se obračunani pregled ne prizna (izvajalec bi smel obračunati K0001).

· Če je v medicinski dokumentaciji navedeno le “status bp”, velja enako (izvajalec bi smel obračunati K0001).

· V primeru, da je v medicinski dokumentaciji navedeno “status idem”, se lahko prizna ponovni pregled (K0003), vendar le v primeru, če je ustrezno evidentiran predhodni pregled, na katerega se “status idem” nanaša. V primeru, da predhodno obračunani pregled ni ustrezno evidentiran (npr.: tudi status idem), se tudi “status idem” pri ponovnem pregledu ne prizna (izvajalec bi smel obračunati K0001).

**NZD/SPL/6 (8/135) Kako beležiti pregled zavarovane osebe, ki je v enem dnevu (na primer dopoldne) že bila pri svojem izbranem zdravniku, popoldne pa je zaradi poslabšanja zdravstvenega stanja prišla na primer k dežurnem zdravniku - kot prvi ali ponovni pregled.**

**Odgovor:** Beleži se prvi pregled K0002, saj gre za poslabšanje bolezni je pregled vezan na zdravnika in ne na ambulanto. Zdravnik, ki pregleduje bolnika, beleži prvi pregled, ne glede na to, ali je bil ta bolnik v istem dnevu že pri drugem zdravniku, oziroma v dežurni službi (pregled v dežurstvu se ne obračuna).

**NZD/SPL/7 (10/206) Čeprav je osebni zdravnik napotnemu specialistu izdal napotnico z vsemi pooblastili za nadaljnjo obravnavo, ga le ta zadolži za vrsto diagnostičnih postopkov (v konkretnem primeru: laboratorijske preiskave, Doppler vratnega žilja, CT glave,...)  
Pri evidentiranju storitev je zabeležen obsežen pregled (ki se sicer evidentira samo pri pripravi bolnika na operativni poseg), ker osebni zdravnik meni, da so te storitve po obsegu neredko tudi večje in bi morale biti posebej ovrednotene, če se že ne prizna “obsežen pregled” (K0007)**

**Odgovor:** V opisanem primeru osebni zdravnik nima podlage za obračun K0007, ker ne gre za pregled in pripravo bolnika za operacijo v splošni ali področni anesteziji, ampak za diagnostični postopek, ki je bil na primarnem nivoju izčrpan in zato zahteva sekundarno diagnostično obravnavo, ki jo mora izpeljati in zaključiti napotni specialist – vključno s pripravo napotnica za preglede, ki jih je indiciral.

**NZD/SPL/8 (4/100) V skladu s Splošnim dogovorom, je izvajalec, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za poln program in izpolnjuje pogoje za izbranega osebnega zdravnika, dolžan sprejeti vse zavarovane osebe, ki si ga izberejo. To pomeni, da mora izbrani osebni zdravnik sprejeti vse zavarovane osebe, ki so si ga izbrale. Odkloni jih lahko le v primeru, da ima že toliko zanj opredeljenih zavarovanih oseb, da za 10% presega povprečno število količnikov iz glavarine na zdravnika v svoji dejavnosti na področju izpostave Zavoda, kjer ima sedež dejavnosti.**

**Odgovor:** V Prilogi SD je navedeno število količnikov na zdravnika po dejavnostih in po izpostavah, ter število količnikov, ki za 10% presega povprečno število količnikov.

**NZD/SPL/9 (8/134) Prosimo vas, za obrazložitev beleženja inhalacije zdravil. Zanima me ali se po navodilih ZZZS beleži K0020 z vrednostjo 2,0 količnika tudi v primeru dajanja inhalacij zdravil brez kisika.**

**Odgovor:** Količnik 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 količnik K0020 beleži samo enkrat.

**NZD/SPL/10 (8/151) S kakšno dokumentacijo se dokazuje invalidnost (več kot 70%) za uveljavljanje dodatnih količnikov pri glavarini in obiskih glede na zahtevnost obravnave (dodatni količnik 2)? Ali to velja tudi za duševno prizadete otroke? Kateri otroci sodijo v to skupino? Ali sodijo v to skupino učenci posebnih šol?**

**Odgovor:** Invalidnost se izkazuje z običajno dokumentacijo - potrdilom ZPIZ-a. Dodatna 2 količnika se torej lahko beležita le pri pregledih oz. obiskih tistih oseb, ki imajo ustrezno potrdilo.

**NZD/SPL/11 (8/158) Kdo je plačnik storitve “Ocena stopnje invalidnosti”? V primeru, da je plačnik te storitve Zavod, kako to evidentiramo?**

**Odgovor:** Stopnjo invalidnosti zavarovane osebe ocenjuje invalidska komisija I. oz. II. stopnje, kot izvedenski organ Zavoda za pokojninsko in invalidsko zavarovanje.

Storitve, ki so potrebne za ugotavljanje invalidnosti oz. trajne delanezmožnosti zavarovane osebe in služijo za izdelavo Obrazca 3, ter so dogovorjene med Zavodom in Zavodom za pokojninsko in invalidsko zavarovanje, se Zavodu obračunajo s K0006. To storitev je moč zaračunati le pri aktivnih zavarovanih osebah. Storitve za ugotavljanje trajne nezmožnosti za delo, ki po svoji vsebini ali zahtevnosti presegajo zgoraj opredeljeno raven, ne sodijo med pravice iz obveznega zavarovanja se Zavodu ne morejo obračunati.

**NZD/SPL/12 (15/351) Pacient, ki je bil operiran na določenem organu, želi pri splošnem zdravniku dobiti oceno telesne okvare, da jo bo predložil invalidski komisiji. Zdravnik izpolni Obrazec 3 in priloži dokumentacijo iz bolnišnice. Katero storitev lahko zdravnik beleži v breme ZZZS?**

**Odgovor:** Priprave Obrazca 3 (K0006), ki je na zahtevo zavarovane osebe in/ali se nanaša na oceno telesne okvare ali dodatka za pomoč in postrežbo, ni mogoče zaračunati v breme ZZZS, ampak je plačnik storitve zavarovana oseba sama.

**NZD/SPL/13 (8/159) Kdo je plačnik storitve, ki jo opravi zdravnik, da se pacientu zagotovi dodatek za pomoč in postrežbo? Če je plačnik storitve zdravnika Zavod, kako naj to storitev evidentiramo?**

**Odgovor:** Storitve opravljene za uveljavljanje dodatka za pomoč in postrežbo ne sodijo med pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZD/SPL/14 (10/183) Ali oseba, ki je stara 66 let in je invalid, dobi 3 dodatne količnike? Če je nekdo invalid, dobi dodatna 2 količnika (tip 6). Če je oseba stara nad 66 let dobi dodatni količnik na starost.**

**Odgovor:** Ne. Količniki na zahtevnost obravnave se ne seštevajo.

Če je zavarovana oseba invalid nad 70%, se pri obisku oz. pregledih dodaja dva količnika, sicer pa se dodaja število količnikov, ki je predvideno za posamezni starostni razred. To pomeni, da se v primeru invalida nad 70%, ki je hkrati star 66 let pri obisku oziroma pregledu dodajata 2 količnika na zahtevnost obravnave.

**NZD/SPL/15 (10/192) Ali so pravice pacientov pri vseh poškodbah glede na vrsto nastanka enake (izven dela, na delu, otroci, upokojenci, prometne nesreče po tuji krivdi,..)?**

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

**NZD/SPL/16 (10/218) Katere šifre storitev se lahko beležijo pri hišnih obiskih in kakšen je odstotek doplačila zavarovane osebe oz. delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri teh storitvah.**

**Odgovor:** Za beleženje zdravljenja na domu se uporablja K0040 (Hišni obisk). Kadar zdravnik pri hišnem obisku opravi tudi poseg, se ta lahko beleži poleg šifre za hišni obisk. Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je plačilo zdravljenja na domu v celoti zagotovljeno z obveznim zavarovanjem, zato za te storitve ni doplačil zavarovane osebe oz. je delež prostovoljnega zavarovanja 0%.

**NZD/SPL/17 (12/247) Izbrani osebni zdravnik napoti zavarovano osebo na EKG v fiziološki laboratorij, kjer mu EKG posnamejo, pacient pa ga odnese k izbranemu zdravniku. Na posnetku EKG je računalniška interpretacija EKG. Kdo obračuna storitev – fiziološki laboratorij ali izbrani osebni zdravnik? S kakšnim dokumentom mora priti pacient na snemanje EKG?**

**Odgovor:** Zdravnik v splošni ambulanti si storitev lahko obračuna s K0021, če naredi posnetek in ga tudi odčita.

Zdravnik lahko bolnika napoti na EKG preiskavo praviloma z napotnico, na kateri mora biti označena enkratna veljavnost in pooblastilo številka 1, lahko pa tudi z delovnim nalogom.

V primeru, da zdravnik specialist posname in interpretira EKG preiskavo, Zavodu obračuna storitev s šifro 12601.

V primeru, da je tehnična izvedba (snemanje EKG preiskave pri zdravniku specialistu) ločena od strokovne interpretacije EKG preiskave (pri izbranem zdravniku), se morata izvajalca zdravstvene storitve med seboj dogovoriti, kdo od njiju bo storitev obračunal Zavodu. Z vidika Zavoda lahko to stori eden ali drugi, nikakor pa ne oba.

**NZD/SPL/18 (12/252) Terapevtska venepunkcija je relativno redka, vendar lahko pri pacientu traja njeno ponavljanje vse življenje. Strokovno doslej ni bilo opredeljeno, na kateri ravni zdravstvenega varstva naj se izvaja. Zavod je prejel vprašanje izbranega osebnega zdravnika in hospitalne ustanove, kako naj si storitev obračunavata.**

**Odgovor:** Terapevtsko venepunkcijo zdravnik v splošni ambulanti lahko obračuna s K0021 - srednji poseg.

Na sekundarni ravni se terapevtska venepunkcija v okviru specialistične internistične dejavnosti lahko obračuna s šifro iz Zelene knjige 88201 - venesekcija.

**NZD/SPL/19 (12/257) Kako se po uvedbi kartice zaračunajo storitve svetovanja po telefonu (npr. svetovanja staršem)?**

**Odgovor:** Telefonski ali elektronski posvet med zdravnikom in bolnikom se obračuna kot K0001 – Kratek obisk. V medicinski dokumentaciji je zabeležen datum in kratka vsebina posveta z nasvetom v zvezi z bolnikovimi zdravstvenimi težavami.

**NZD/SPL/20 (14/294) Na posnetku ni računalniške interpretacije EKG. Zdravniki s koncesijo zahtevajo, da se jim obračuna samo snemanje, ker naj bi posnetek odčitali sami. Kako ravnati?**

**Odgovor:** Osebni izbrani zdravnik lahko obračuna K0021 (Mali poseg) le v primeru, če je izvedel snemanje in odčitavanje EKG. Med naročnikom in izvajalcem je možen tudi drugačen dogovor, vendar obveznemu zdravstvenemu zavarovanju storitev lahko obračuna le eden v celoti, nikakor pa ne oba v celoti ali po deležih.

**NZD/SPL/21 (14/295) Na posnetku je tudi računalniška interpretacija EKG. Ali v primeru, da je napotni zdravnik zasebni zdravnik s koncesijo, vedno celotno storitev (slikanje in odčitavanje) obračunamo v breme ZZZS? Ali v tem primeru zdravstveni dom lahko sam izbere, na kakšen način bo storitev obračunal (s šifro 12601 oz. s šifro K0021) – glede na dejavnost izvajalca?**

**Odgovor:** Izbrani osebni zdravnik, ki ima aparaturo in EKG dejansko opravi in odčita za svoje bolnike, lahko beleži storitev K0021 – strokovna indikacija za preiskavo mora biti razvidna iz zapisa v medicinski dokumentaciji.

EKG na podlagi napotnice izbranega zdravnika lahko pravi in odčita specialist internist ali kardiolog – le v primeru, če ima ZD v pogodbi dogovorjeno kardiološko oziroma internistično dejavnost.

**NZD/SPL/22 (14/296) Zasebni zdravnik s koncesijo na napotnici označi diagnozo “pred operacijo”. Iz tega lahko sklepamo, da bo obračunal ZZZS-ju K0007 – Obsežni pregled, ki pa že vsebuje EKG. Kako obračunati storitve?**

**Odgovor:** Glede na pogodbo z njim storitev obračunate (delno ali v celoti) naročniku – koncesionarju.

**NZD/SPL/23 (10/202) Ali se storitev PTČ - protrombinski čas lahko izvaja v laboratoriju na primarni ravni ali samo na sekundarni?**

**Odgovor:** Določanje protrombinskega časa (PTČ), izvaja kadrovsko in tehnično primerno opremljen laboratorij. Vezano je na tip laboratorija in ne na raven zdravstvenega varstva. Tudi zdravstveni domovi imajo laboratorije in kadre, ki so usposobljeni za opravljanje te preiskave, ki je glede na težavnost bolezni v rokah usposobljenega zdravnika na primarni ravni ali v rokah zdravnika specialista na sekundarni ravni in je navadno namenjena vodenju antikoagulantne terapije. Na podlagi SD se tudi na primarni ravni obračunava v točkah: kratek lokalni pregled in začetna ali nadaljnja oskrba.

**NZD/SPL/24 (17/465) Prosim za razlago evidentiranja pregledov v splošni ambulanti ob prvem obisku zavarovane osebe in pa ponovnih obiskih.**

**Odgovor:** Prvi kurativni pregled v splošni ambulanti (K0002) se evidentira in obračuna Zavodu takrat, ko bolnika zdravnik prvič pregleda ob novi diagnozi oziroma pri akutnem poslabšanju kronične bolezni. Ponovni kurativni pregled (K0003) se beleži ob vseh nadaljnjih kontrolnih pregledih. Prvi obisk za kronično diagnozo v koledarskem letu ostane le za statistične namene in se ne obračuna kot K0002, ampak kot K0003 oziroma K0001 – odvisno od obsega opravljene in evidentirane storitve.

Zavarovana oseba praviloma obiskuje osebnega zdravnika. V kolikor glede na okoliščine obišče drugega zdravnika, je to pri drugem zdravniku prvi pregled.

V vašem primeru je pregled v dežurni ambulanti za bolnika, ki je bil prejšnji dan pri osebnem zdravniku in prihaja zaradi iste bolezni ponovno zaradi poslabšanja v urgenco, prvi pregled, razen če ga je opravil isti zdravnik kot prvi dan - dežurni zdravnik = osebni zdravnik.

Če drug zdravnik nadomešča osebnega v njegovi ambulanti, so ponovni pregledi tudi pri nadomestnem zdravniku ponovni pregledi.

**NZD/SPL/25 (17/466) Konec leta 2001 oziroma z letom 2002 se je na podlagi sprememb zakonodaje pričelo z uvajanjem preventivnih pregledov odraslih oseb. V zadnjem času pa so se pričeli tudi nadzorni pregledi opravljenega dela. Na tem področju so po našem mnenju nekatere nejasnosti. Ali se pri opravljanju preventivnega pregleda lahko smiselno in strokovno neoporečno uporabijo izvidi in analize, ki so bili slučajno ali iz drugega razloga opravljeni znotraj treh mesecev od datuma opravljanja preventivnega pregleda. Strogo formalno gledano, so v Navodilih za izvajanje preventivnih pregledov našteti pregledi in preiskave - in če gledamo samo skozi ta očala, to gledanje lahko po nepotrebnem obremenjuje zavarovanca in prihaja do podvajanja preiskav. To vprašanje velja tudi za specialistične izvide, ki so po pregledih slučajno na razpolago (spet znotraj treh mesecev).**

**Odgovor:** Vaše vprašanje se nanaša na preventivne preglede odraslih zavarovanih oseb, ki so navedeni v Pravilih OZZ in se zdravstvenemu zavarovanju obračunavajo s šifro K0005.

Strokovni napotki za te preglede so podani v Navodilu Ministrstva za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni - Zdravstveno varstvo odraslih v dejavnosti splošne medicine - Namenski pregledi, kjer je našteta vrsta laboratorijskih preiskav, ki sodijo k tej vrsti preventivnega pregleda.

Nadzorni zdravniki Zavoda so na osnovi dogovorjenega enotnega pristopa dolžni analizirati strukturo storitev oziroma pregledov, ki je podana v Navodilih Ministrstva. To pomeni, da ne priznavajo obračuna pregledov, ki ne vključujejo vseh predpisanih sestavin. Tako stališče ne smatramo za formalizem, ampak za doprinos h kakovosti, enakosti, strokovnosti in transparentnosti obravnave zavarovane osebe.

Zastavljate nam vprašanje, ki ima tudi strokovne komponente, se mu pa zaradi tega ne želimo izogniti, vendar smo pristojni s tega vidika podati kvečjemu naše mnenje, ki je sledeče:

· v strukturi preventivnega pregleda ne sme manjkati nobena sestavina (noben predpisan izvid);

· vsak od teh izvidov mora biti dosegljiv v zdravstvenem kartonu bolnika;

· tri mesece star izvid za potrebe preventivnega pregleda še vedno ustreza, vendar je to relativno; iz anamneze mora biti razvidno, da ni v tem intervalu prišlo do novega bolezenskega dogajanja, ki bi lahko vplivalo na rezultat konkretnega izvida.

Uporabo že obstoječih izvidov sicer podpiramo, ko je razvidno, da gre za strokovno neoporečen pristop in sočasno racionalno izrabo finančnih virov.

**NZD/SPL/26 (17/467) Kakšen oziroma v katerih primerih je pravilen način beleženja in obračunavanja K0001?**

**Odgovor:** Kratek obisk - K0001 - informacija, brez pregleda ali posega:

- telefonski ali elektronski posvet med zdravnikom in bolnikom.

- merjenje krvnega pritiska ali parenteralna aplikacija zdravila, če eno ali drugo opravi medicinska sestra po naročilu osebnega zdravnika

- ponovni predpis recepta/ov urejenim kroničnim bolnikom za dolgotrajno terapijo (obnovljivi recept se obračuna le enkrat v tekočem letu)

- nezmožnost za delo na podlagi odpustnega pisma oziroma izvida zdravnika s kliničnimi ugotovitvami in predpisano terapijo, ki jasno narekuje nezmožnost za delo

- izdaja napotnice, če gre za naročeno kontrolo pri specialistu po prvem, nujnem specialističnem pregledu ali hospitalizaciji

- ponovni predpis medicinsko tehničnega pripomočka (v nadaljevanju MTP), ki je v pristojnosti osebnega zdravnika.

Kratek obisk brez pregleda ali posega se lahko evidentira in obračuna pri izbranem osebnem ali nadomestnem zdravniku, če je opravičljiv iz strokovnega vidika. Ni opravičljiv za prvi predpis terapije in /ali MTP ter za prvo napotitev na specialistični nivo, ki zahtevata pregled in strokovno presojo osebnega zdravnika. Pri predpisovanju kronične medikamentozne terapije ali ponovnem predpisu MTP mora biti iz medicinske dokumentacije razviden vsaj en pregled (s kliničnim statusom in eventualnimi laboratorijskimi izvidi) v tekočem letu.

V medicinski dokumentaciji so zabeleženi:

- datum in kratka vsebina posveta z nasvetom (tudi telefonskega ali elektronskega) v zvezi z bolnikovimi zdravstvenimi težavami

- zdravila s številom originalnih pakiranj/število dni zdravljenja/število odmerkov in predpisano dnevno dozo

- šifra in količina MTP z opredeljenim časovnim obdobjem.

Za posvetovanje med zdravniki, dajanje informacij in svetovanja, ki niso strokovno medicinske narave, ni možno zaračunati K0001. Vsebina informacije ali svetovanja, mora biti na kratko utemeljena v dokumentaciji.

**NZD/SPL/27 (18/507) V Centru za vojne veterane v Bolnišnici dr. Petra Držaja izvajajo poleg specialistično ambulantnega tudi osnovno zdravstveno varstvo, kjer imajo izbrane zdravnike in opredeljene zavarovance, od tega okoli 300 zavarovancev diabetikov. Pri evidenci in obračunu opravljenega dela imajo enake težave in probleme, kot so jih imeli v diabetoloških dispanzerjih. V zvezi z navedenim sprašujejo, ali lahko v Splošni ambulanti v Centru za vojne veterane pri obravnavi navedene skupine bolnikov poleg ostalih storitev zaračunavajo še storitev 28492.**

**Odgovor:** V splošni ambulanti vašega Centra za vojne veterane je v rabi količniški obračunski sistem, v katerem ni možno obračunavanje po šifrah iz Zelene knjige. Storitve ni mogoče posebej obračunavati, ker je vključena v vrednost količnika.

**NZD/SPL/28 (18/508) Doslej v naših ambulantah nismo aplicirali Venoferja in ga tudi nimamo na zalogi. Infuzija traja dalj časa in kot veste ta strošek nam ni posebej priznan. Doslej je veljalo pravilo, da tisti, ki indicira intravenozne terapije, to tudi izpelje. V naših ambulantah imamo s strani ZZZS plačano sestro, ki je hkrati tudi administrator. Ob povprečno 50 obiskov na dan v ambulanti niti ni možno, da bi eno uro ali več sestra oz. zdravnik nadzorovali aplikacijo zdravila v infuziji. Zato smo na vašo zahtevo za apliciranje i.v. terapije Venoferja v naših ambulantah posredovali na ZZZS in Zdravniško zbornico. Do prejetega odgovora pričakujemo, da boste naše skupne bolnike oskrbeli po do sedaj utečeni praksi.**

**Odgovor:** Normativi določajo za splošno ambulanto, da je v timu poleg zdravnika še 1,10 medicinske sestre in 0,36 administrativnega delavca. Torej je v timu v povprečju dovolj kadra za potrebno terapijo. Tega je lahko premalo, če je tim skromnejši od normativa, kar pa ne more urejati ZZZS, ampak je pristojnost vodstva zdravstvenega zavoda oziroma zasebnega izvajalca. Pripominjamo pa, da se preparat železa Venofer, po priročniku lahko aplicira intravenozno ali tudi razredčen oziroma v obliki infuzije. Če se storitev izvaja v splošni ambulanti, si izvajalec lahko beleži storitev srednji poseg s šifro K0021, ki ima 4 količnike. Stroški za ampulirano zdravilo so v skladu z Dogovorom opredeljeni v namenski kvoti za ampulirana zdravila.

**NZD/SPL/29 (18/510) Sem izbrani zdravnik pacienta za katerega sta revmatolog in dermatolog mnenja, da obstaja sum na poklicno bolezen. V postopku rehabilitacije bi nujno potreboval mnenje Inštituta za medicino dela, prometa in športa. Vprašujem in prosim za možnost plačila navedene storitve s strani ZZZS, ker mi je namreč poznano načelo »naročnik je tudi plačnik storitve«.**

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

**NZD/SPL/30 (18/511) Prosimo vas, če nam sporočite, katere šifre se lahko uporabljajo za evidentiranje naslednjih storitev:  
1. učenje pravilnega izvajanja samokontrole,   
2. učenje aplikacije insulina,  
3. učenje prilagajanja doze insulina,  
4. učenje merjene prehrane in štetja OH,  
5. učenje funkcionalne insulinske terapije,  
6. prilagajanja terapevtsko prehrambenega režima v posebnih okoliščinah po navodilu zdravnika (vročinska stanja, preiskave gastroentestinalnega trakta, perioperativna stanja, …)**

**Odgovor:** Opravil, ki jih naštevate, ni mogoče ločeno obračunavati, saj so sestavni del oskrbe in pregleda. Gre za storitve zdravstvene vzgoje, ki so praviloma sestavni del programa, ki ga Zavod že plačuje primarni ravni in so vključene v stroške te dejavnosti.

**NZD/SPL/31 (10/218) Katere šifre storitev se lahko beležijo pri hišnih obiskih in kakšen je odstotek doplačila zavarovane osebe oz. delež prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja pri teh storitvah.**

**Odgovor:** Za beleženje zdravljenja na domu se uporabljata količnika K0040 (Hišni obisk) in K0041 (Paliativni hišni obisk). Če osebni zdravnik na podlagi kliničnega pregleda ugotovi dodatno indikacijo za poseg, izvedljiv na bolnikovem domu, ga evidentira in obračuna poleg hišnega obiska – razlog in opravljeni poseg morata biti razvidna iz medicinske dokumentacije.

Po Zakonu o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju je plačilo zdravljenja na domu v celoti zagotovljeno z obveznim zavarovanjem, zato za te storitve ni doplačil zavarovane osebe oz. je delež prostovoljnega zavarovanja 0%.

**NZD/SPL/32 (15/348) Obstajajo zdravila za parenteralno aplikacijo, ki pri nas še niso registrirana, na razpolago pa so v sosednjih državah: Avstrija, Nemčija, itd. Ne gre za sredstvo iz sklopa alternativnih oblik zdravljenja. Izkušnje z njimi so pozitivne. V zadnjem primeru je povsem lividna noga od kolena navzdol postala rožnata, bolečina znosnejša, dekubitis je v sanaciji. Zdravilo si je nabavil pacient sam in ne zahteva povračila. Pri peroralni terapiji so težave, saj gre za stanje po ICV-ju z odvzetostjo govora, otežkočenim požiranjem in čustveno inkontinenco.  
Ali sme v takem primeru zdravnik zaračunati hišni obisk in prevozne stroške? Gre za minimalni strošek v primerjavi s stroškom, ki bi ga predstavljala amputacija, invalidnost in v primeru preživetja rehabilitacija, izdelava proteze, itd… Ali sme zdravnik naročiti aplikacijo takšnega zdravila patronažni službi? Ali je etično za zdravnika, ki ve za zdravilo, ki utegne pomagati (zaradi narave bolezni z manjšo verjetnostjo kot pri nekaterih drugih zdravilih), pa ga v primeru negativnega odgovora zavarovalnice ne bo več predlagal?**

**Odgovor:** Zdravila, ki niso registrirana v Sloveniji oziroma nimajo izredenega dovoljenja za uvoz, se v Sloveniji ne smejo uporabljati. To pomeni, da jih ni mogoče uporabljati pri zdravljenju. Torej zdravnik ne more za aplikacijo tega zdravila obračunati hišni obisk in ne naročiti aplikacijo takšnega zdravila patronažni službi.

Za opredeljevanje medicinsko etičnih vprašanj ni pristojen Zavod, ampak Zdravstveni svet oziroma medicinsko etična komisija pri Zdravniški zbornici Slovenije.

Hišni obisk oziroma zdravljenje na domu je utemeljeno zaračunati zdravstvenemu zavarovanju takrat, ko za te storitve obstaja medicinska indikacija. Zavod ne postavlja medicinsko doktrinarnih standardov, ampak upošteva tiste, ki jih opredeljujejo Republiški strokovni kolegiji posameznih strok oziroma so v strokovni praksi uveljavljeni. V primeru nadzora mora izvajalec za zaračunano storitev dati na vpogled dokumentacijo o tej storitvi in utemeljevati indikacijo za njeno izvedbo. Parenteralna oblika zdravila je praviloma strošek izvajalca.

# ANESTEZIJA

**SP1/ANEST/1 (14/284) Kakšne so možnosti za obračun storitev predanestezijsko svetovanje (pregled), šifra 88901, če nimamo dogovorjene ambulante za predoperativno pripravo bolnic?**

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

**SP1/ANEST/2 (07/133) Katero šifro lahko izvajalci obračunajo za anestezijo - vsakih pet minut nad 60 oziroma 30 minut.**

**Odgovor:** Zaradi lažje informacijske podpore s šifro 88922 “splošna anestezija” se omenjena storitev razdeli na dve storitvi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Časovni normat. | Točk. normat. |
| 88922 | Splošna anestezija | 1 zdravnik specialist  1 višja medicinska sestra | 30 | 11,40 |
| 88926 | Vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije.  *Storitev se lahko evidentira le skupaj s storitvijo 88922.* | 1 zdravnik specialist  1 višja medicinska sestra | 5 | 1,90 |

**SP1/ANEST/3 Anesteziolog opravi anesteziološki pregled pred operativnimi posegi v ambulantni dejavnosti. Kako evidentiramo opravljeno storitev?**

**Odgovor:** Za ambulantno specialistično dejavnost, za katere imate sklenjeno pogodbo z ZZZS, lahko za opravljene storitve (na katere so bili pacienti napoteni z napotnico), ki jih ustrezno evidentirate v medicinski dokumentaciji, beležite šifre, ki so posameznih dejavnostih razvidne iz Zelene knjige (skladno z metodologijo Zelene Knjige). V primeru hospitalne dejavnosti pa je anesteziološki pregled del akutne obravnave (SPP).

**SP1/ANEST/4 V protibolečinski ambulanti uvajajo kateter za aplikacijo protibolečinskih sredstev. Kako beležimo to storitev?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 88913 je obveznemu zdravstvenemu zavarovanju mogoče zabeležiti pri ambulantnih dejavnostih vseh operativnih strok v širšem smislu in ne samo za porodno analgezijo ob ambulantnih porodih, torej v primerih ambulantne kirurške dejavnosti, kjer je indicirana epiduralna ali druge regionalne blokade z uvajanjem katetra.

# DERMATOLOGIJA

**SP1/DERMA/1 (3/87)** Kako se beleži kožni test glede preobčutljivosti takojšnjega tipa I (metoda skarifikacije ali intradermalna 17021), če se hkrati uporablja več alergenov?

**Odgovor:** Storitev s šifro 17201 se ne glede na število uporabljenih alergenov obračunava kot ena storitev. Stroški za alergene (injekcija, igla, vata, alergeni) so vključeni v materialne stroške, ki so v povprečni vrednosti vključeni v posamezno storitev.

**SP1/DERMA/2 (26 DERMA/ 1 – 2012): Zdravstveno vzgojno delo predstavlja pomemben del obravnave bolnika v dermatološki ambulanti. Kako se lahko evidentira in obračuna?**

**Odgovor:** Pri boleznih, kjer je potrebno zdravstveno vzgojno delo, je primerna oblika dela v manjših skupinah (6 - 9 oseb) in evidentiranje in obračun šifre 95197 iz Enotnega seznama zdravstvenih storitev (Zelene knjige):

- normativi, kot jih določa Zelena knjiga so: višji zdravstveni delavec, 10 min. (po osebi), točkovna vrednost 1,50 točke,

- obvezen je razgovor z bolniki; v dokumentaciji naj bo naveden dan izvedbe, seznam prisotnih, obravnavane teme; dajanje pisnih navodil je dobrodošlo, vendar samo po sebi ne zadostuje za evidentiranje in obračun te storitve,

- storitev je mogoče obračunati ob prvem pregledu bolnika in ob spremembah zdravljenja, pri katerih je takšno izobraževanje potrebno (ne more se obračunati pri npr. menjavi mazilne podlage)

- po mnenju RSK za dermatovenerologijo in Združenja dermatologov Slovenije so dermatološke bolezni, pri katerih je takšno delo potrebno: psoriaza, atopijski dermatitis, spolno prenosljive okužbe, kronična venska insuficienca in limfedemi, maligni kožni tumorji, pigmentne kožne spremembe in zaščita pred UV žarki, kronična koprivnica, glivična okužba kože in/ali nohtov, skabies, rosacea, dermatoze pri katerih se predpiše fototerapija, dermatoze, kjer se predpiše sistemska terapija z retinoidi, imunomodulatorji, citostatiki, biološkimi zdravili, akne (srednje hude in hude oblike), kronični ekcem. Pri ostalih boleznih poteka krajše svetovanje v okviru ambulantne oskrbe in se ne obračuna posebej.

Ponovno veljavno od 1.1.2014.

**SP1/DERMA/3 5/103) Za kožno testiranje pod šifro 17021 je podan predlog, da se pod eno enoto obračuna štiri alergološke teste in pozitivno ter negativno kontrolo.**

**Odgovor:** Še vedno velja, da se storitev s šifro 17021 ne glede na število uporabljenih alergenov obračunava kot ena storitev. Stroški za alergene, injekcije, igle in lanceto so vključeni v materialne stroške, ki so v povprečni vrednosti vključeni v posamezno storitev. Točke so za oceno delovne obremenitve in ne za ceno alergenov, igle, lancete, ki grejo v materialne stroške na celoto.

**SP1/DERMA/4 (26 DERMA/ 3 – 2012): Kako se v dermatologiji evidentira in obračuna terapija z zamrzovanjem?**

**Odgovor:** V dogovoru z RSK za dermatovenerologijo in Združenjem slovenskih dermatovenerologov je bilo sprejeto, da se za evidentiranje in obračunavanje terapije z zamrzovanjem uporablja šifra 59450\*\*\* iz Enotnega seznama zdravstvenih storitev (Zelene knjige) pod naslednjimi pogoji:

- normativi, kot jih določa Enotni seznam zdravstvenih storitev (Zelene knjige) so: 1 zdravnik specialist, 1 višja medicinska sestra, 10 min., točkovna vrednost 3,80 točke,

- te šifre ni mogoče obračunati hkrati z oskrbo (oznaka \*\*\*),

- hkrati se lahko evidentira kratek lokalni pregled (praviloma) ali delni pregled - glede na strokovno utemeljenost,

- kadar je terapija z zamrzovanjem izvedena na podplatih in je potrebna pred tem odstranitev keratoz, se lahko hkrati obračuna šifra 81910\*\*\*,

- pri zdravljenju do 10 kožnih sprememb (vključno z 10 spremembami) se šifra 59450\*\*\* obračuna 1-krat,

- pri zdravljenju več kot 10 kožnih sprememb se šifra 59450\*\*\* obračuna 2-krat,

- obračun šifre 59450\*\*\* več kot 2-krat ni možen.

Ponovno veljavno od 1.1.2014.

**SP1/DERMA/5 (6/113) Kako se pravilno evidentira - obračunava šifra 17024 - krpično testiranje s poklicnimi ali standardnimi alergeni in odčitavanje rezultatov po 48 do 72 urah?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 17024 - krpično testiranje s poklicnimi ali standardnimi alergeni se lahko obračunava samo kot ena storitev, ne glede na število uporabljenih alergenov. Stroški za alergene, injekcije, igle in lancete so vključeni v materialne stroške. Prvo odčitavanje rezultatov je že vključeno v samo storitev, drugo odčitavanje rezultatov po 72 urah se lahko evidentira kot kratek lokalni pregled s šifro - 0002.

**SP1/DERMA/6 (14/305) Zavarovana oseba je napotena k dermatologu na epikutano testiranje. Napotnica ima trajanje enkratno. Zavarovane osebe zaradi epikutanega testiranja pridejo k zdravniku dermatologu 3-krat. Prvi dan opravijo pregled pri zdravniku, ki odredi testiranje. Drugi in tretji dan pa pridejo na odčitanje epikutanih testov. Ali v tem primeru velja napotnica za vse tri obiske zdravnika dermatologa v okviru epikutanega testiranja (čeprav je čas trajanja označen enkratno)?**

**Odgovor:** Epikutano testiranje pri specialistu dermatologu se beleži tako, kot je opredeljeno v Zeleni knjigi. Tudi če mora zavarovana oseba zaradi metodologije testiranja večkrat k specialistu, kot navajate v vašem omenjenem primeru, se preiskava beleži kot ena storitev. Napotnica torej velja za vse tri obiske pri zdravniku oziroma do zaključka diagnostičnega postopka.

**SP1/DERMA/7 (3/86) Ali se selektivna ultravioletna fototerapija (86211) obračunava po številu obsevanih polj ali po številu seans?**

**Odgovor:** SUP se obračunava po seansah, ne pa po številu obsevanih polj. Zaračunava se le ena storitev na seanso.

**SP1/DERMA/8 (3/88) Kako se obračunava hiposenzibilizacija pri pacientih, ki dobijo 2 injekciji z različnima antialergenoma? Ali se za vsako injekcijo zaračunava pregled in oskrba (01003 in 11303)?**

**Odgovor:** Storitvi 01003 in 11303 se lahko zaračunavata le enkrat na dan, in sicer kot pregled ali kot oskrba.

**SP1/DERMA/9 (18/515) Opravljamo storitev površinska mikroskopija kože, za katero ni ustrezne šifre v Zeleni knjigi. Ali lahko za obračun uporabljamo šifro 18120, ki je ovrednotena z 3,46 točk?**

**Odgovor:** Storitev, ki jih ni navedenih v Zeleni knjigi in v Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev, se ne more obračunavati obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. To velja tudi za primer, ki ga navajate v vašem vprašanju.

**SP1/DERMA/10 (18/505) Bolnik je dobil napotnico za dermatologa s pooblastili 1, 2 in 3 za obdobje enkratno. Po obravnavi v dermatološki ambulanti je napotni zdravnik ugotovil, da zavarovanec potrebuje fizioterapijo. Kdo bolniku izstavi napotnico za fizioterapijo oz. ali lahko na podlagi navedenih pooblastil izstavi napotnico zdravnik dermatolog?**

**Odgovor:** Napotnica s temi pooblastili tudi kadar gre za obdobje enkratno, ne zadošča za napotitev zavarovane osebe na fizioterapevtsko obravnavo s strani napotnega specialista. Napotnica se namreč uporablja le za napotitve k specialistom, medtem ko se za napotovanje k fizioterapevtom uporablja delovni nalog. Napotovanje k fizioterapevtom tudi ni predmet pooblastil, ki bi jih osebni zdravnik prenašal na dermatologa ali na druge specialiste. Kvečjemu bi lahko v zvezi s tem konzultiral fiziatra ali drugega specialista in na podlagi njegovega mnenja izdal nalog za ustrezno fizioterapijo.

**SP1/DERMA/11 (26 DERMA/ 2 – 2012): Kdaj se lahko evidentira in obračunava šifra 81910\*\*\*- toaleta in čiščenje rane, odstranitev nekrotičnega kontaminiranega tkiva?**

**Odgovor:** Šifra 81910\*\*\* se lahko evidentira in obračuna pod naslednjimi pogoji:

- normativi, kot jih določa Enotni seznam zdravstvenih storitev (Zelena knjiga) so: 1 zdravnik, 1 srednja medicinska sestra, 10 min., točkovna vrednost 3,16 točke,

- šifra se ne more evidentirati skupaj z oskrbo (oznaka \*\*\*),

- uporabi se lahko, kadar gre za rano sui generis, npr. razjeda goleni, malignom kože z razjedo, rana diabetičnega stopala,

- ne more se uporabiti, kadar gre za prevezo pooperativne rane, ki celi brez posebnosti (v tem primeru se evidentira in obračuna oskrba),

- pri odstranitvi keratoz na podplatu preden se izvede terapija z zamrzovanjem ali pri odstranitvi hiperkeratoz diabetičnega stopala

# DIALIZA

**SP1/DIALIZA/1 (14/303) Zavarovana oseba ima napotnico za dializo za dobo enega leta, vrsta pooblastila je 1, 2 in 3. Zdravnik na dializi ugotovi, da je potrebna hospitalizacija.   
Ali v tem primeru zdravnik na dializi lahko izstavi novo napotnico za bolnišnično zdravljenje ali pa je možno, da se bolnika sprejme s kopijo napotnice osebnega zdravnika (s katero je bil napoten na dializo, s pooblastili 1, 2 in 3)?**

**Odgovor:** Napotni zdravnik s pooblastili 1, 2 in 3 na napotnici je pooblaščen tudi za napotovanje zavarovane osebe na bolnišnično zdravljenje. V navedenem primeru, ko napotni zdravnik na dializi ugotovi, da je za bolnika potrebna hospitalizacija, mora sam izstaviti novo napotnico za sprejem v bolnišnico.

**SP1/DIALIZA/2 (14/304) Drugi dializni center napoti zavarovano osebo v Dializni center KC z napotnico naslednje vsebine: prosim za vstavitev subklavija katetra, pooblastilo je enkratno, vrsta pooblastila je 3. Ali lahko zdravnik v Dializnem centru KC na podlagi take napotnice opravi še dializo?**

**Odgovor:** Iz napotnice je razvidno, da se enkratno pooblastilo 3 na napotnici nanaša izključno na vstavitev subklavija katetra. Napotni zdravnik v KC na podlagi take napotnice ne more opraviti še dialize, prav tako ne more izstaviti bolniku napotnice za sprejem v bolnišnico.

**SP1/DIALIZA/3 (24 INT/3 – 2011): V dializnih centrih se dogaja, da zavarovanec zaprosi zdravnika, da mu izda recept za zdravilo, ki je navadno v zvezi z dializo. Ali lahko v tem primeru poleg dialize zaračunamo izstavitev recepta?**

**Odgovor:** Prvi pogoj za obračun je ustrezno pooblastilo na napotnici – za dializo in predpisovanje terapije. Cena dialize vključuje generično zdravilo eritropoetin v skladu s 17. členom Priloga BOL II/B Splošnega dogovora. Če je bila pri zavarovancu opravljena zgolj samostojna dializa (brez dodatne zdravstvene ali bolnišnične oskrbe – v medicinski dokumentaciji evidentirana in Zavodu obračunana zgolj samostojna dializa), je dovoljeno poleg dialize obračunati še predpis zdravila v zvezi z dializno dejavnostjo (po ZK šifra 91100: Predpisovanje zdravila na recept \*\*\*)

# ENDOKRINOLOGIJA

**SP1/ENDOKRINO/1 (14/289) Koliko preiskav HbA1C letno na 100 pacientov plača zavarovalnica? Ali je potrebno izpolniti kakšne pogoje?**

**Odgovor:** Standard ni določen. Beležiti jo je mogoče tolikokrat in tam, kjer obstoja za izvedbo dokazljiva medicinska indikacija.

**SP1/ENDOKRINO/2 (7/131) Ali se v diabetoloških ambulantah lahko evidentira in obračuna storitev glikozilirani hemoglobin?**

**Odgovor:** Po dogovoru s predstavniki diabetološke dejavnosti, se v diabetoloških ambulantah lahko evidentira in obračunava storitev glikozilirani hemoglobin s šifro 28492.

**SP1/ENDOKRINO/3 (6/118) Ali se lahko evidentira v diabetološki ambulanti zraven pregleda in oskrbe še dodatno storitev medicinske sestre (individualna svetovanja) - sestavljanje jedilnikov in nadaljnja obravnava diete, edukacija samokontrole, oskrba diabetičnega stopala, dieta ob prehodu na insulinsko terapijo, dieta pri hujšanju, učenje terapije z insulinom - z dvema že obstoječima šiframa iz Zelene knjige iz poglavja dietoterapije: - 91410 in 91411?**

**Odgovor:** V diabetološki ambulanti medicinska sestra ne more uporabljati za beleženje svojega dela storitev s šiframa 91410 in 91411. Omenjeni storitvi sta namenjeni beleženju dela dietetika. Medicinska sestra v diabetološki ambulanti zbere ustrezno število točk za svoje opravljeno delo že kot članica tima pri samem pregledu in oskrbi. Lahko pa uporablja storitev s šifro 91412.

**SP1/ENDOKRINO/4 (2/24) Katere šifre se obračunavajo v Dibetološkem dispanzerju v primeru dajanja pacientom navodil o dieti?**

**Odgovor:** V večini omenjenih dispanzerjev je višja medicinska sestra na posebnem tečaju usposobljena za izvajanje nasvetov o dietoterapiji, zato jim je priznana šifra 91412 - individualno svetovanje o izvajanju dietoterapije. Zdravnikovo svetovanje o tej problematiki sledi pregledu in je sestavni del oskrbe.

**SP1/ENDOKRINO/5 (20/539) V okviru diabetologije izvajamo storitev kontinuiranega monitoringa krvnega sladkorja po metodi CGMS in kontinuiranega monitoringa krvnega sladkorja z aparaturo Guardian. Preko katetra se napravo aplicira bolniku in se na monitorju ali kasneje na računalniku spremlja gibanje krvnega sladkorja in nekateri ostalih vrednosti. To traja 3 – 5 dni. Gre za podobno storitev kot holter monitoring. Storitev trenutno izvajamo ambulantno vendar je ne evidentiramo. Po naših informacijah se storitev ponekod izvaja v okviru hospitala, v nekaterih bolnišnicah pa ambulantno in sicer na sledeči način:  
1.ko pacient pride, se evidentira šifri 01003 (delni pregled) ter 11303 (nadaljnja ali delna specialistična oskrba; 2.ko pacient pride drugič, se evidentira storitvi 17 694 ter 11604?**

**Odgovor:** Izvajalci lahko evidentirajo kontinuirano merjenje krvnega sladkorja s šiframi 01003, 11303 ter 17694. Šifre 11 604, konzultacija, ni možno uporabiti za ta namen.

**SP1/ENDOKRINO/6 (18/511) Katere šifre se lahko uporabljajo za evidentiranje naslednjih storitev:**

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

**Odgovor:** Opravil, ki jih naštevate, ni mogoče ločeno obračunavati. Za dopolnjevanje oziroma spreminjanje seznama obračunljivih storitev je predviden določen postopek, po katerem strokovni organ, običajno razširjen strokovni kolegij (RSK) ali zbornica poda predlog sprememb z utemeljitvijo na Področje za analitiko in razvoj ZZZS.

**SP1/ENDOKRINO/7 (14/277) Bolnik se je zdravil na Kliničnem oddelku za kardiologijo. Pred navedeno hospitalizacijo je bil naročen na redni kontrolni pregled v dispanzerju za diabetes. Kontrolni pregled je imel v času, ko je bil na bolnišničnem zdravljenju, zaradi druge bolezni, na drugem kliničnem oddelku. Glede na to, da je bila zavarovana oseba v času kontrolnega pregleda hospitalizirana (vendar je na ta pregled ni poslal kardiolog) sprašujemo, ali se kontrolni pregled, ki so ga v navedenem primeru opravili v dispanzerju za diabetes, lahko obračuna Zavodu za zdravstveno zavarovanje, kot specialistično ambulantno storitev?**

**Odgovor:** Pregled hospitalizirane zavarovane osebe v diabetološkem dispanzerju ne morete beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

**SP1/ENDOKRINO/8 (10/205) Zakaj pri nadzoru v diabetološkem dispanzerju ni bil priznan celotni pregled pri specialistu v dispanzerju (šifra 04006) s točkovno vrednostjo 5,25 točk, ampak le celotni pregled pri specialistu. V diabetološkem dispanzerju niso bile priznane storitve s šifro 02006, 03007 s tem v zvezi pa tudi 04006 z obrazložitvijo, da nimamo zaposlene dietetičarke. Ker v diabetološkem timu praviloma ni dietetičarjev, opravljajo storitve svetovanja VMS, ki imajo edukacijo iz dietetike.**

**Odgovor:** Delo medicinske sestre v vlogi dietetika je priznano ( glej ENDOKRINO 4 ). Dispanzerji so delovišča, kjer izbrani osebni zdravniki poleg kurativne, zavarovanim osebam nudijo tudi preventivno dejavnost. Tudi na teh deloviščih pa je kurativna dejavnost evidenčno strogo ločena od preventivne (slednjo za vsakega posebej definira Navodilo Ministrstva za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni). Za specialistične ambulante preventivne storitve niso definirane in se jih torej ne more obračunavati ločeno. Enotni seznam storitev - Zelena knjiga je bila izdelana pred uvedbo nove zdravstvene zakonodaje, zato se storitve za takratno diabetološko dispanzersko dejavnost ne uporabljajo več za obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju.

**SP1/ENDOKRINO/9 (5/112) Uvajamo novo šifro za obračunavanje oralnega testa z zaužito hrano.**

**Odgovor:**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Norm.v min. | Točke |
| 17080 | Oralni obremenilni test z zaužito hrano  *Storitev se lahko obračunava le na podlagi pogodbe z Zavodom* | 1 zdravnik specialist  1 višja med. sestra | 30 min.  30 min. | 11,40 |

**SP1/ENDOKRINO/10 (3/90) Kako se beleži denzitometrija?**

**Odgovor:** Denzitometrija se beleži z novo šifro 36195 in je ovrednotena z 9,5 točkami. V sestavi tima sta 1 zdravnik in 1 višja medicinska sestra in traja 25 minut. Na račun Zavoda se te storitve opravljajo, če jih indicira izbrani osebni zdravnik oz. specialisti (npr. internisti, ortopedi, fiziatri, ginekologi, kirurgi...), ki imajo ustrezno pooblastilo izbranega osebnega zdravnika.

Presejalno opravljanje teh storitev, pregledi na željo pacientov in pregledi v okviru preventivnih programov zaenkrat ne sodijo med pravice iz obveznega zavarovanja.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| šifra storitve | naziv storitve | kadrovski  normativ | časovni normativ  v min. | št. točk |
| 36195 | Denzitometrija - merjenje mineralne gostote kosti nad lumbalnimi vretenci | 1 zdravnik specialist  1 VMS | 25 | 9,50 |
| 36196 | Dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom | 1 zdravnik specialist  1 VMS | 17 | 6,56 |

# FIZIATRIJA

**SP1/FIZIAT/1 (16/399) Kako lahko evidentiramo t.i. “rusko stimulacijo”, ki jo uporabljamo za jačanje atrofične muskulature?**

**Odgovor:** Stimulacija za jačanje atrofične muskulature se evidentira s šifro 86690, pri čemer je potrebno upoštevati kadrovski normativ, ki zahteva prisotnost specialista in višjega zdravstvenega delavca. V kolikor opravlja storitev le višji zdravstveni delavec, je le ta ovrednotena z 2,25 točke in ne 3,40 točke in se beleži s šifro 86689.

**SP1/FIZIAT/2 (16/422) Ali lahko fizioterapevt beleži storitve po Zeleni knjigi, ki jih opravi samostojno, če je v kadrovskem normativu storitve naveden zdravnik?**

**Odgovor:** Nekatere storitve po Zeleni knjigi, ki imajo v kadrovskem normativu predvidenega zdravnika in fizioterapevta, v praksi samostojno opravljajo fizioterapevti. Po strokovnem mnenju RSK za fizikalno medicino in rehabilitacijo nekatere izmed teh storitev lahko fizioterapevti opravljajo samostojno, zato smo naslednjim obstoječim storitvam po Zeleni knjigi prilagodili kadrovski in posledično tudi točkovni normativ:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Normativ v min. | Točke |
| 59331 | Jontoforeza kože z medikamenti | 1 višja medicinska  sestra  (1 fizioterapevt) | 15 | 2,25 |
| 84771 | Intermitentna trakcija. Terapevtska metoda za intermitirajočo vleko cervikalnih ali lumbalnih vretenc in lig. | 1 fizioterapevt | 10 | 1,50 |
| 86689 | Električna stimulacija, nedoločena. Terapevtska tehnika za ohranjanje ali pridobivanje funkcionalne gibljivosti sklepov, krepitev mišične moči ali s protibolečinskimi efekti (TENS, FES enokanalna, večkanalna) z električnim tokom. | 1 višji zdravstveni delavec  (1 fizioterapevt) | 15 | 2,25 |

**SP1/FIZIAT/3 (16/424) Kaj storiti, če zdravnik predpiše 15 ali 20 obiskov za posamezno terapijo in koliko terapij dnevno lahko maksimalno beležimo pri posameznem pacientu?**

**Odgovor:** Za predpisovanje fizioterapije je odgovoren zdravnik (izbrani osebni zdravnik ali specialist). V kolikor zavarovani osebi s kroničnimi bolečinami v hrbtenici, degenerativnimi revmatskimi spremembami, osteoporozo in vnetnimi revmatičnimi boleznimi zdravnik predpiše več obravnav, kot ji po 26. členu Pravil OZZ pripada, je za to tudi odgovoren. Fizioterapevt je dolžan na tako situacijo opozoriti, ne sme pa zmanjšati števila naročenih obravnav. Glede na Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja ima zavarovana oseba pravico le do 10-ih obravnav.

**SP1/FIZIAT/4 (16/436) V času izvajanja fizioterapije zdravnik v enoti za fizioterapijo zavarovano osebo tudi pregleda. Ali se lahko v tem primeru (poleg fizioterapevtskih storitev) obračuna pregled in oskrbo, glede na zdravniški zapis v zdravstveni dokumentaciji?**

**Odgovor:** Enota za ambulantno fizioterapijo opravlja storitve po delovnem nalogu in nekaj teh storitev se izvaja v timskem sodelovanju z zdravnikom specialistom. Zdravniški pregled v dejavnost fizioterapije ne sodi in ga ni mogoče beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. To je možno na primer v specialistični ambulanti za fizikalno medicino in rehabilitacijo, če ima specialist ustrezno pooblastilo izbranega osebnega zdravnika

**SP1/FIZIAT/5 (16/452) Ali lahko specialist fiziater beleži šifro 94502-terapevtske vaje - edukacija (1x) meritve sklepov 13621, 13622 in miš. moči (dinamometer) kot svojo storitev (npr. kolena, ramena po blokadi,…)?**

**Odgovor:** V kadrovskem normativu storitev 94502, 13621 in 13622 je predviden fizioterapevt kar pomeni, da iz strokovnega vidika za njihovo izvedbo ni potreben specialist fiziater, zato te storitve praviloma izvaja in beleži fizioterapevt. Če pa bi te storitve izjemoma izvedel zdravnik specialist, bi jih lahko beležil in obračunal. Seveda pa ne sme biti storitev obračunana dvakrat (s strani zdravnika in fizioterapevta hkrati).

**SP1/FIZIAT/6 (24 FIZ/1– 2011): Kdaj se lahko evidentira in obračuna šifro 13601 Klinična preiskava muskuloskeletnega sistema in/ali orientacija za predpis programa rehabilitacije ali izvedbo vaj ali delovnih aktivnosti?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 13601 mora izvesti zdravnik specialist fizikalne medicine in rehabilitacije, ter mora biti v medicinski dokumentaciji posebej evidentirana poleg pregleda. Storitev je vezana na ambulanto in naj bi se redko evidentirala, saj se tako zahtevni pacienti večinoma zdravijo hospitalno. Zahtevnost primera in obsežnost pregleda dokazuje medicinska dokumentacija.

# GASTROENTEROLOGIJA

**SP1/GASTRO/1 (4/101) – V specialistični gastroenterološki dejavnosti se spremenijo točkovne vrednosti nekaterih obstoječih storitev in se uvedejo nekatere nove storitve. Nove definicije in šifre veljajo od 1.11.1997 dalje.**

**Odgovor:** Za specialistično ambulantno gastroenterološko dejavnost se spremenijo definicije in točkovne vrednosti za naslednje obstoječe storitve:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Točke |
| 16305 | ERCP: kombinirana endoskopska in rentgenska preiskava z namenom prikaza žolčnih vodov in vodov trebušne slinavke z rentgenskim kontrastnim sredstvom.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16301, 16302, 16310, 16331 in 16332.* | 1 zdravnik spec  1 vms | 64,26 |
| 16331 | Ezofago-gastro-duodenoskopija: pregled požiralnika, želodca in začetnega dela dvanjsternika s fleksibilnim endoskopom vključno z odvzemom materiala za histološki in citološki pregled, ter ugotavljanje prisotnosti Helicobactra pylori.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16301 in 16302.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 39,06 |
| 16344 | Totalna koloskopija: endoskopska preiskava celotnega širokega črevesja vključno s cekumom. Vključuje tudi biopsijo in odvzem materiala za histološki in citološki pregled.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16401, 16402 in 16333.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 60,03 |
| 16405 | Ileoskopija: endoskopska preiskava širokega črevesja in terminalnega ileuma. Vključuje odvzem materiala za histološki in citološki pregled.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16401, 16402, 16333 in 16344.* | 1 zdravnik spec  2 VMS | 69,84 |

Uvajajo se naslednje nove storitve:

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Točke |
| 16310 | Urgentna ezofago-gastro-duodenoskopija: endoskopija pod urgentnimi pogoji pri življenjsko ogroženem bolniku. Kontrolna ezofago-gastro-duodenoskopija se praviloma evidentira kot običajna (neurgentna) storitev, razen v primeru, ko so potrebni dodatni posegi.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16301, 16302 in 16331.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 47,48 |
| 16323 | 24h Ph-metrija požiralnika: preiskava vključuje predhodno uvajanje sonde v požiralnik.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 27,90 |
| 16325 | Manometrija požiralnikovega sfinktra, anorektalnega sfinktra in drugih sfinktrov - pullthrough tehnika.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 16,74 |
| 16326 | PEG - Perkutana endoskopska gastrostoma: perkutano uvajanje gastrostome pod kontrolo endoskopa.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 75,78 |
| 16380 | Enteroskopija: pregled tankega črevesa z upogljivim instrumentom.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija in storitev s šifro 14451.* | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 104,13 |
| 36153 | Endo ultrazvok z rigidnim instrumentom: ultrazvočni pregled danke s pomočjo rigidnega instrumenta. | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 38,70 |
| 36154 | Endo ultrazvok s fleksibilnim instrumentom: kombinirani endoskopski ultrazvočni pregled votlega organa s pomočjo fleksibilnega instrumenta. | 1 zdravnik spec  1 VMS  1 SMS | 130,59 |

**SP1/GASTRO/2 GASTRO (9/161) Kako obračunavamo sklerozacijo hemeroidov in odstranjevanje analnih bradavic?**

**Odgovor:** 1. Endoskopska sklerozacija hemeroidov: Za obračunavanje sklerozacije hemeroidov lahko uporabite kombinacijo sledečih šifer: 16401 - proktoskopija (1,58 točke) in šifro 59710 - sklerozacija varic (2,66 točke). Pri enem posegu lahko šifro 59710 beležite le enkrat, ne glede na število mest, na katere ste aplicirali sklerozantno sredstvo.

2. Analne bradavice: Za odstranjevanje analnih bradavic lahko uporabite šifro 59220 - elektrokoagulacija, exhohleacija kožnih tumorjev, bradavic (3,80 točke), vendar le v primeru, ko niste opravili in zabeležili oskrbe (storitev je označena s tremi zvezdicami).

**SP1/GASTRO/3 (14/301) Kako evidentiramo storitev 24 - urno pH metrijo, za katero šifra ni navedena v Zeleni knjigi?**

**Odgovor:** Omenjeno storitev je mogoče beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju od 1.11.1997 z uporabo šifre 16323 - “24 - urna pH metrija požiralnika”, število točk je 27,90. Preiskava vključuje predhodno uvajanje sonde v požiralnik. Skupaj s to storitvijo se ne more beležiti pregled ali konzultacija.

**SP1/GASTRO/4 (12/250) Kako lahko obračunamo terapevtske posege, ki jih opravljamo pri ezofagogastroduodenoskopiji in koloskopiji, s souporabo videoendoskopa, vročih kleščic in zanke za elektroresekcijo polipov. Storitve, ki jih opravljamo, so naslednje:  
- Odstranitev polipa z večkratnim ščipanjem s kleščicami za biopsije,  
- Odstranitev polipa z enkratnim odščipom z vročimi (koagulacijskimi) kleščicami**

* **elektroresekcija polipa z elektrokoagulacijsko zanko,**
* **Odstranitev vsakega polipa s posebno prijemalko (ob sočasnem izvlečenju endoskopa in ponovnem uvajanju endoskopa za vsako naslednjo resekcijo polipa); ali se lahko obračuna uporaba lovilca polipov?**

**Odgovor:** Za navedene posege, ki jih opravljate v ambulanti, je možno obračunavati storitve po šifrah, ki so navedene v Zeleni knjigi (16331, 16332, 16333, 16344)

Zavod pričakuje, da so obračunane storitve opravljene na ravni standarda, ki ga narekuje stroka in da se izvajalec pri tem trudi, da izboljšuje kakovost svojih storitev.

**SP1/GASTRO/5 (9/169) Katero šifro iz Zelene knjige uporabiti pri citološkem krtačenju požiralnika na Candido albicans pri gastroskopiji?**

**Odgovor:**  Posamezna opravila, ki se izvajajo pri gastroskopiji, so sestavni del storitve za gastroskopijo.

**SP1/GASTRO/6 (08/143) Ali sme gastroenterolog, ki dobi napotnico s pooblastilom za enkratni pregled in zdravljenje ter zapisom: “Prosim za gastroskopijo”, ob prvem stiku z zavarovancem opraviti pregled (s šifro 02003) in oskrbo (s šifro 11004) ter si zavarovanca ponovno naročiti čez nekaj dni, ko mu opravi panduodenoskopijo (šifra 16331)?**

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

**SP1/GASTRO/7 (24 INT/5– 2011) Ali je šifra iz zelene knjige 1633 ezofagogastroduodenoskopija (EGDS) pregled, kjer morajo izvajalci opredeliti ali je prvi ali kontrolni?**

**Odgovor:** EGDS (16331) je diagnostika in ne pregled v ožjem pomenu besede (anamneza in klinični pregled bolnika). Opredelitev ni potrebna.

**SP1/GASTRO/8 (14/291) Zavarovana oseba je zaradi določenega obolenja napotena v Ambulanto za gastroenterologijo. Na napotnici so označena pooblastila 1, 2 in 3 za dobo enega leta. Pri zdravljenju osnovne bolezni napotni zdravnik ugotovi, da je zavarovana oseba potencialni kandidat za transplantacijo. Ali lahko zdravnik specialist napotuje zavarovano osebo k vsem potrebnim specialistom zaradi obdelave za transplantacijo, na podlagi napotnice za zdravljenje osnovnega obolenja?**

**Odgovor:** Napotni specialist v tem primeru nima pooblastil za postopke, vezane na eventuelno transplantacijo ampak zdravljenja osnovnega obolenja. Poleg tega se medicinska obravnava tako darovalca kot prejemnika šteje v stroške načrtovanega transplantacijskega posega.

**SP1/GASTRO/9 (14/302) Kako pravilno evidentirati storitev abdominalne izpraznitvene punkcije (odvzem proste tekočine iz abdomna v količini 5-6 l)?**

**Odgovor:** Izpraznitveno abdominalno punkcijo beležite s šifro 81570 - aspiracija peritonealne votline. Za razliko od zgornjega primera to šifro lahko beležite obveznemu zdravstvenemu zavarovanju kot edino ali v kombinaciji s kliničnim pregledom in oskrbo (ker nima treh zvezdic), odvisno od situacije oziroma medicinske indikacije za pridruženi klinični pregled in druga opravila.

**SP1/GASTRO/10 Ali sme izvajalec poleg storitve 16344 zaračunati tudi storitve v zvezi z aplikacijo infuzije in anestetika in morda še katere druge storitve?**

**Odgovor:** Poleg storitve 16344 se lahko obračunajo storitve iz Zelene knjige, ki so bile dejansko opravljene in evidentirane v medicinski dokumentaciji, se smejo obračunavati skupaj v skladu s splošno veljavno metodologijo zelene knjige in niso navedene kot storitve, ki se s to šifro ne morejo obračunati.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 16344 | Totalna koloskopija: endoskopska preiskava celotnega širokega črevesja vključno s cekumom. Vključuje tudi biopsijo in odvzem materiala za histološki in citološki pregled.  *Skupaj s to storitvijo se ne more obračunati pregled ali konzultacija. Ta storitev izključije tudi hkratno obračunavanje storitev s šiframi 14451, 16401, 16402 in 16333.* | 1 zdravnik specialist  1 višja medicinska sestra  1 srednja medicinska sestra | 60,03 |

# GINEKOLOGIJA (osnovno zdravstvo in specialistika)

**SP1/GIN/1 (11/227) Ali je v ginekološkem dispanzerju možno zabeležiti UZ storitev (poseg) brez pregleda? Ali je možen obisk pri zdravniku brez opravljenega pregleda?**

**Odgovor:** Beleženje količnika za poseg (UZ) brez količnika za pregled je v ginekoloških dispanzerjih možno in sicer takrat, ko je bil pregled narejen predhodno (na primer prejšnji dan), kasneje pa je bil pacient naročen samo na UZ. Obisk pri zdravniku brez količnika za pregled je torej možen.

**SP1/GIN/2 (11/228) Bolnišnica izvaja tako program ginekološkega dispanzerja na primarni ravni (ki se beleži v količnikih) kot program specialistične ginekološke ambulante na sekundarni ravni (ki se beleži v točkah). Kako naj beležimo storitve UZ, CTG, punkcije dojke in elektrostimulacije, glede na to, da teh storitev ne opravlja neposredno izbrani ginekolog, pač pa t.i. funkcionalna diagnostika v okviru specialistike. Za te storitve je ženska naročena posebej, storitve opravi tisti zdravnik, ki ima takrat ordinacijo, torej ne vedno izbrani ginekolog.**

**Odgovor:** Nekatere storitve so predpisane z Navodili MZ in jih mora opraviti ginekolog na primarni ravni. Glej odgovor gin4 in gin52.

**SP1/GIN/3 (11/231) Ali je v primeru, ko se pri eni pacientki opravi UZ preiskava - morfologija ploda in UZ preiskava - merjenje pretokov, možno zabeležiti poseg IV (K1023) dvakrat in obračunati 11,8 količnikov?**

**Odgovor:** Da, lahko se evidentira oboje, če je bilo opravljeno in strokovno utemeljeno.

**SP1/GIN/4 (11/232) Kako se beležijo UZ storitve v ginekološkem dispanzerju, če ta ima UZ aparat in storitve izvaja sam, ter kako se beležijo UZ storitve, če dispanzer nima UZ aparata in svoje paciente napotuje na UZ k drugemu izvajalcu? Po kakšni ceni se obračunajo UZ storitve med izvajalcema?**

**Odgovor:** UZ storitve, ki jih je predpisalo Ministrstvo za zdravstvo v Navodilu za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni, je ginekološki dispanzer dolžan zagotoviti svojim opredeljenim osebam, ne glede na to, ali jih opravlja sam ali pa jih zanj proti plačilu opravlja drug izvajalec.

V ginekološkem dispanzerju, ki *ima* aparat za UZ, zdravnik-ginekolog sam opravi storitev UZ in jo zabeleži (K1021 ali K1022). Tako se UZ storitve financirajo iz finančnih sredstev za ginekološki dispanzer, količniki iz UZ storitev pa se štejejo v realizacijo plana količnikov.

V ginekološkem dispanzerju, ki *nima* aparata za UZ, zdravnik-ginekolog pošlje zavarovano osebo na UZ k drugemu izvajalcu (v javni zavod ali k zasebniku) in storitev plača iz lastnih finančnih sredstev po načelu naročnik - plačnik. Izvajalec v ginekološkem dispanzerju brez UZ storitev zabeleži, kot bi jo opravil sam (K1021 ali K1022), izvajalec, ki pa je storitev UZ opravil, le te ne zabeleži in ne obračuna Zavodu, temveč jo zaračuna naročniku.

V primeru, da izbrani ginekolog naroči UZ nosečnice v specialistični dejavnosti, ki evidentira storitve v točkah, se za medsebojni obračun teh storitev med izvajalcema uporabi cena specialistične ginekološke točke. V primeru, da tak UZ naroči pri ginekologu, ki dela v dispanzerju za ženske, pa se za medsebojni obračun uporabi polna cena količnika.

**SP1/GIN/5 (11/233) Ali se na primarni ravni pri dispanzerjih, ki nimajo UZ, beležijo le preventivni UZ (za nosečnice) in le za njih velja načelo “naročnik plačnik”?**

**Odgovor:** Načelo “naročnik plačnik”velja pri ginekoloških dispanzerjih brez UZ aparata samo za preventivne UZ storitve, ki so predpisane z navodili Ministrstva za zdravstvo. Na vse ostale UZ preiskave lahko izvajalec brez lastnega UZ pošlje žensko z napotnico na sekundarno raven.

Izvajalec z lastnim UZ aparatom pa ima možnost, da se sam odloči, katero UZ storitev bo izvedel sam in kdaj bo poslal žensko na sekundarno raven.

**SP1/GIN/6 (11/236) Koliko je vreden (dejanska cena) kurativni in koliko preventivni pregled? Kolikšna je cena: - za ginekološki ultra zvok? - za UZ v nosečnosti? - za UZ morfologija?**

**Odgovor:**  Dejanska cena ni določena, ker ne gre za storitveni sistem plačevanja. Ginekolog dobi polovico denarja glede na starostno strukturo in število njegovih pacientk poleg tega pa dobi za opravljeno storitev vrednost, ki je zmnožek števila količnikov in cene količnika. V primeru doplačil prostovoljnega zavarovanja, se za obvezno zavarovanje upošteva nizka cena količnika, za prostovoljno pa visoka cena količnika. Visoka cena količnika se pri prostovoljnem zavarovanju uporablja zato, ker prostovoljno zavarovanje nič ne prispeva h glavarini in mora celotni odstotek doplačila prispevati skozi storitve.

**SP1/GIN/7 (14/307) V dejavnosti Ambulante za bolezni dojk opravljamo tudi ultrazvočne preglede dojk. Katera šifra storitve se lahko beleži za ultrazvočni pregled dojk (36127?) in kolikokrat?**

**Odgovor:** Izvajalec obveznemu zdravstvenemu zavarovanju lahko beleži storitve rentgenološke oziroma ultrazvočne dejavnosti, če ima za to sklenjeno ustrezno pogodbo. Za ultrazvočni pregled dojk je mogoče šifro 36127 beležiti enkrat. Pri ultrazvočnih preiskavah se pregled parnih organov ne beleži dvakrat.

**SP1/GIN/8 (02/044) Ali se pri pregledu nosečnic posebej evidentira vpisovanje v materinsko knjižico?**

**Odgovor:** Vpisovanje v materinsko knjižico se ne evidentira posebej ampak je to sestavni del storitev ob pregledu.

**SP1/GIN/9 (02/052) Kdo je plačnik pregleda, nasvetov in predpisa recepta v primeru,da gre za prestavitev menstruacije na željo pacientke?**

**Odgovor:** V tem primeru je plačnica pacientka sama.

**SP1/GIN/10 (02/053) Ali res ne more ginekolog izdati napotnice za spermiogram?**

**Odgovor:** Napotnico za spermiogram izda osebni zdravnik.

**SP1/GIN/11 (02/056) Ali se evidentira pri ehomamografiji slikanje vsake dojke posebej ali skupaj?**

**Odgovor:** Dojki sta paren organ zato se šifra evidentira le enkrat. V primeru opravljenega pregleda se dodatno evidentira pregled in oskrba.

**SP1/GIN/12 (03/066) Kako se evidentira pregled krvnega pritiska pri nadaljnjem svetovanju v zvezi s kontracepcijo?**

**Odgovor:** Kot kratek obisk (K1001).

**SP1/GIN/13 (03/069) Ali zasebnik potrebuje dodatno pogodbo z Zavodom za opravljanje CTG (kardiogram)?**

**Odgovor:** Posebne pogodbe z Zavodom ni potrebno imeti.

**SP1/GIN/14 03/072) Kdo je odgovoren za bolniški stalež, ki ga odobri splošni zdravnik (po priporočilu ginekologa) v primeru normalne nosečnosti, ko v delovni organizaciji ne morejo zagotoviti spremembe delovnega mesta? Po izteku odobrene bolniške se zdravstvena komisija obrne na ginekologa, ki je splošnemu zdravniku izdal samo potrdilo o potrebi spremembe delovnega mesta. Ali so v tem primeru neustrezni pogoji na delovnem mestu lahko indikacija za nastop boniškega staleža? Če so, kdo napiše ustrezne dokumente (splošni zdravnika ali ginekolog)?**

**Odgovor:** Neupoštevanje delovnih pogojev, ki jih zakon predpisuje za čas nosečnosti, je kršitev zakona. Neobstoj “ustreznega dela” ne more biti vzrok za bolniški stalež v času normalno potekajoče nosečnosti. Potrdilo o spremembi delovnega mesta ne more izdati ginekolog. Lahko poda samo svoje mnenje. Splošni zdravnik na podlagi mnenja ginekologa odloča sam o potrebi bolniškega staleža.

**SP1/GIN/15 (17/479) Kako se pravilno izvaja postopek uveljavljanja začasne zadržanosti od dela v procesu, pri katerem sta udeležena izbrani osebni ginekolog, ki predlaga in utemeljuje le- to in izbrani osebni zdravnik, ki vodi administrativni postopek in realizacije začasne nezmožnosti za delo?**

**Odgovor:** Skladno z 2. alineo 175 člena Pravil OZZ, osebni ginekolog poda osebnemu zdravniku mnenje o začasni zadržanosti od dela, za bolezni ali stanja, ki jih ugotovi na svojem delovnem področju. Pri tem osebni ginekolog mora podati utemeljitev potrebe po začasni nezmožnosti za delo, predlagati trajanje le te, skladno z zdravstvenim stanjem in vodenjem zdravljenja. Osebni zdravnik izvaja realizacijo začasne nezmožnosti za delo praviloma v skladu s predlogom in utemeljitvijo osebnega ginekologa, če pa se odloči za drugačno rešitev, mora le to utemeljiti s objektivnimi izvidi in ugotovitvami.

**SP1/GIN/16 (03/074) Ali ultrazvočna preiskava, šifra 36131, ustrezno nadomešča fizikalni pregled? Ali se lahko hkrati z ultrazvokom zaračunava tudi oskrba oz. individualna navodila in svetovanje (97401)?**

**Odgovor:** O tem ali UZ ustrezno nadomešča fizikalni pregleda bo določila stroka oz. RSK za ginekologijo. Po sedaj veljavnih opredelitvah stroke to ni možno. Hkrati z UZ se ne more evidentirati oskrbe, v kolikor ni bil opravljen ginekološki pregled.

Individualna navodila in svetovanje ni možno evidentirati ob UZ pregledu.

**SP1/GIN/17 (03/089) Ali je Zavod pripravljen plačevati presejalne (screening) preiskave za odkrivanje bolnic okuženih z visokorizičnimi humanimi papiloma virusi (HPV)?**

**Odgovor:** Da. Ustrezno beleženje je K1025 in LZM skladno s Smernicami ZORE.

**SP1/GIN/18 (09/173) CTG - v navodilih Ministrstva za zdravstvo v Uradnem listu št.19.str.1255, Nadaljnji pregledi nosečnice, se omenja prisotnost plodovih srčnih utripov (ali CTG). Stroka zahteva, poleg ponovnega pregleda zdrave nosečnice (3,70 K) tudi CTG nadzor od 37. do zaključno 41. tedna. Ali lahko v tem primeru beležimo dodatno CTG (3,90K)?**

**Odgovor:** - CTG je možno beležiti poleg pregledov:

- pri preventivi v skladu z Navodili - je CTG sestavni del preventive in se ne more zaračunati posebej;

- pri kurativi po presoji zdravnika - se CTG v skladu s strokovnimi ugotovitvami zdravnika in zapisom le-teh v medicinski dokumentaciji lahko zaračuna posebej kot K1022.

**SP1/GIN/19 (09/175) Količniki glede na starostni strukturo žensk od 40. do 64. leta starosti (0,26). Ocenjujem, da je vrednost količnika prenizka. V tem starostnem razredu je skupina žensk na HNZ zahtevna glede časa porabljenega za obravnavo.**

**Odgovor:** Količnike glede na starostno strukturo žensk je določila stroka - selektivno razmerje.

**SP1/GIN/20 (09/176) Kako beležiti PAP bris, ki ga naredimo dekletu, ki jemlje hormonsko kontracepcijo in je spolno aktivno (lahko ima tudi tvegano spolno vedenje) in je mlajše od 20 let?**

**Odgovor:** Dokler te mladostnice niso v okviru preventivnega programa, ki ga predpisuje MZ, lahko izvajalec beleži kurativni PAP bris.

**SP1/GIN/21 (09/182) Kako bomo evidentirali datum zaključka nosečnosti, če dobimo podatek o koncu nosečnosti v kasnejšem mesecu, kot je dejansko bil. Primer “v 6. mesecu sporočimo za nosečnost, ki se je končala v 3. mesecu, ker prej nismo dobili podatka o koncu nosečnosti”. Po porodu pride pacientka na pregled od 6 do 8 tednov po porodu (izjemoma tudi kasneje). Po spontanem splavu pa se kljub navodilom zgodi, da sploh ne pride na “kontrolni” pregled.**

**Odgovor:** Dokler ženska ne pride k svojemu izbranemu ginekologu, ta tudi ne more vedeti, da je šlo za spontano prekinitev nosečnosti in bo žensko vodil v svojih evidencah kot običajno nosečnico, glavarina pa se bo izračunavala v skladu s predvidenim datumom poroda. Ko pa bo izbrani ginekolog ugotovil, da je šlo za predčasno spontano prekinitev nosečnosti, bo sporočil datum zaključka nosečnosti. Izračun glavarine se bo naknadno popravil. Enako velja za druge primere, ko izbrani ginekolog naknadno izve dejanski datum zaključka nosečnosti.

**SP1/GIN/22 Ali se od 1.7.2000 dalje poleg beleženja storitve K1012 - preventivni ginekološki pregled lahko zaračuna tudi bris cerviksa (PAP) kot ločeno zaračunljiv material ali pa je ta že vključen v storitvi K1012?**

**Odgovor:** PAP se še vedno lahko zaračunava kot ločeno zaračunljiv material. Zaračunavanje ločeno zaračunljivega materiala se zaradi uvedbe količnikov ni v ničemer spremenilo. Posamezne storitve ne vključujejo posebej zaračunljivega materiala.

**SP1/GIN/23 (11/222) Če je bil ženski napravljen preventivni pregled, vendar se je PAP izgubil, posušil, razbil..., ženska pride na ponovni odvzem, kako se obveznemu zdravstvenemu zavarovanju zaračuna ta ponovni odvzet PAP?**

**Odgovor:** PAP se zaračuna kot ločeno zaračunljiv material. To, da je PAP del opisa vsebine pregleda, pomeni, da pregled vključuje vsa opravila v zvezi s PAP (odvzem), ne pa tudi stroška materialov, ki so ločeno zaračunljivi. Če se steklenica razbije, se obveznemu zdravstvenemu zavarovanju zaračuna še en PAP (material) ter opravi še en pregled ali obisk (odvisno od opravljenega dela), ko ženska pride ponovno.

**SP1/GIN/24 (11/225) Katero storitev naj zabeleži 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 zabeleži storitev K 1015 - prvi sistematični pregled nosečnice. Sama vsebina opravljenega pregleda se v tem primeru lahko razlikuje od opisa storitve K1015 v skladu z doktrino. Posledično se dopolnijo tudi Navodila o beleženju pregledov in posegov v ginekologiji na primarni ravni - potrebni podatki v zdravstvenem kartonu zavarovane osebe, kot sledi:

K1015 Prvi sistematični pregled nosečnice

V medicinski dokumentaciji mora biti opisana kratka anamneza, opisan ginekološki status (maternični vrat, maternica in adneksa), PAP, laboratorijske preiskave ali vložen izvid, RR, TT in v primeru rizične nosečnosti kratka utemeljitev. Odvzem PAP brisa v skladu s smernicami državnega programa ZORA.

V primeru, ko je bil pregled opravljen v pozni nosečnosti, mora biti iz medicinske dokumentacije razvidno vse, kar je bilo opravljeno, v skladu z medicinsko doktrino.

**SP1/GIN/25 (11/230) V primeru, da sta opravljena dva ali več posegov (navedenih v K1020, K1021, K1022 in K1023), ali se lahko obračuna število količnikov glede na število posegov?**

**Odgovor:** Da, kadar so storitve dejansko opravljene in niso sestavni del pregleda oz. druge že zabeležene storitve.

**SP1/GIN/26 (11/238) Ginekolog ima za njega opredeljene zavarovane osebe, podatek o tem pa je na kartici zdravstvenega zavarovanja. Ginekolog pri svojem delu od 1.7.2000 dalje izpolnjuje tudi seznam nosečnic. Kako izpolnjevati seznam nosečnic v primeru, ko ginekolog odide iz ZD na primer za 1 leto in ga v tem času nadomešča drug ginekolog. Zavarovane osebe pa so še vedno opredeljene za odsotnega ginekologa.**

**Odgovor:** Seznam nosečnic zdravnika - ginekologa, ki je za eno leto odšel, ostane in vse nosečnice, ki so opredeljene za njega, se navedejo na njegovem seznamu. Nadomestni ginekolog mora imeti možnost sestavljanja seznama tudi za ginekologa, ki ga nadomešča. Nadomestni ginekolog bo na seznam nosečnic ginekologa, ki ga nadomešča, uvrščal ženske, opredeljene za tega ginekologa, svoje nosečnice pa bo uvrščal na svoj seznam nosečnic. Seznam nosečnic se tako vedno glasi na ginekologa, za katerega so nosečnice iz seznama opredeljene.

**SP1/GIN/27 (11/240) V OE Zavoda imamo sklenjeno pogodbo z izvajalcem za dejavnost dispanzerja za ženske. V okviru tega programa izvajalec opravlja tudi nekaj storitev, ki spadajo v ambulanto za bolezni dojk. Te storitve opravlja tudi za pacientke, ki jim ni izbrani osebni ginekolog. Kako lahko izvajalec beleži 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 beleženje dela v ginekologiji na primarni ravni.

Izvajalec si mora urediti koncesijo za opravljanje storitev ambulante za bolezni dojk (sekundarna raven), v pogodbi z Zavodom pa mora opredeliti dve dejavnosti. Omenjene storitve bo izvajalec lahko beležil na enak način, kot velja za ostale ambulante za bolezni dojk.

**SP1/GIN/28 (11/241) Če je opravljen prvi sistematični pregled nosečnice (K1015), ki se kot preventivna storitev v celoti krije iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, ali so posledično oproščeni doplačila tudi vsi posegi, ki bi se opravili ob tem pregledu?**

**Odgovor:** Odgovor na to vprašanje ni avtomatičen, saj je potrebno z vidika 23. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju in Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja gledati vsako storitev posebej. Če je opravljeni poseg tudi v zvezi z nosečnostjo, potem je oproščen doplačila. Če pa je bil poseg opravljen zaradi drugega razloga, ki ni naveden v 23. členu Zakona, pa ni 100% krit iz OZZ, čeprav je bil zabeležen skupaj s K1015.

**SP1/GIN/29 (14/313) Katero storitev je možno obračunati ZZZS v primeru, ko je zdravnik sicer poskušal opraviti ginekološki pregled (zavarovanko pripravi, porabi material – rokavice, instrumente ipd.), vendar se zavarovanka v zadnjem trenutku premisli in ne dovoli, da jo zdravnik pregleda. V kartonu ima zabeležene le anamnestične podatke.**

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

**SP1/GIN/30 (14/314) Kako naj ravnamo 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:** Zavarovanka urgentne triažne ambulante ne more uporabiti kot nadomestilo v primeru odsotnosti njenega izbranega ginekologa. Ta je po 3. točki 39. člena Področnega dogovora za zdravstvene domove in zasebno zdravstveno dejavnost dolžan zagotoviti nadomestnega zdravnika in obvestiti zavarovanke. Če tega ni storil, račun za opravljene storitve pošljite njemu.

**SP1/GIN/31 (14/315) Ali lahko nosečnica zamenja izbranega ginekologa v teku nosečnosti? 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 le-to opravil že prejšnji ginekolog, oziroma kako je v tem primeru s plačilom glavarine?**

**Odgovor:** Zavarovana oseba lahko zamenja izbranega zdravnika v skladu s 167. in 168. členom Pravil OZZ in nikjer ni navedeno, da bi bila nosečnica izjema.

Prvi sistematični pregled nosečnice je samo eden. Na novo izbrani osebni ginekolog nadaljuje z naslednjimi preventivnimi pregledi. Kontinuiteta je zagotovljena s tem, da mora prvotno izbrani ginekolog posredovati medicinsko dokumentacijo na novo izbranemu ginekologu.

V skladu z Navodilom za izpolnjevanje seznama nosečnic, izvajalci mesečno pošiljajo poimenski seznam nosečnic po posameznih izbranih ginekologih Zavodu. Sezname pošiljajo skupaj z izjavami za izbiro osebnega ginekologa do 10. v mesecu za pretekli mesec. To omogoča prerazporejanje glavarine k novo izbranemu ginekologu med nosečnostjo. Datum predvidenega poroda, datum zaključka nosečnosti (datum dejanskega poroda) ostajajo seveda isti oziroma skladni s prvim vnosom nosečnice na seznam pri prvotno izbranem ginekologu.

**SP1/GIN/32 (15/377) Na kakšen način naj točkovno oz. količniško ovrednotimo porode, ki jih opravimo v našem Zdravstvenem domu. V zadnjem času smo imeli na urgentni službi kar nekaj porodov, za katere pa ne vemo, kako bi jih pravilno ovrednotili – po Zeleni knjigi ali količniškem sistemu?**

**Odgovor:** Točkovno vrednotenje storitev oziroma vrednotenje po Zeleni knjigi, se izvaja samo v specialistični ambulantni dejavnosti. Vrednotenje na primarni ravni se izvaja v količniškem sistemu. K1023 pomeni obsežno delo, v katero se šteje tudi vodenje poroda. V okviru dejavnosti urgentne službe pa storitev ne morete obračunavati, ker se le-ta obračuna v pavšalu.

Iz zgoraj navedenega torej sledi, da porod, ki poteka v splošni ambulanti, lahko izvajalec obračuna obveznemu zdravstvenemu zavarovanju s K1023, če pa je bil v času dežurne službe, ga ni možno beležiti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**SP1/GIN/33 (15/378) Ali se beleži storitev K1015 in 501 prvi preventivni obisk nosečnice, ko pride nosečnica na pregled in želi prekinitev nosečnosti. Ali se ta nosečnica šteje v seznam nosečnic za glavarino?**

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

**SP1/GIN/34 (15/380) Kako evidentirati pregled pri neuporabnih oz. manj uporabnih brisih, pri poškodbi stekelca ipd.?**

**Odgovor:** Dokler ženska nima jasnega negativnega izvida iz laboratorija, se evidentira K1012. Obvezno zdravstveno zavarovanje plačuje te storitve, če je to utemeljeno v medicinski dokumentaciji.

**SP1/GIN/35 (15/381) Ali se lahko ženska opredeli za zdravnika, ki je še specializant?**

**Odgovor:** Glede na opredeljevanje zavarovanih oseb morajo le-te upoštevati določbo 80. člena Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju. Ta člen opredeljuje pravico zavarovanih oseb do proste izbire osebnega zdravnika, osebnega ginekologa, pediatra.

**SP1/GIN/36 (15/382) Specialisti - onkologi »zapovedujejo« ženskam, ki so bile zdravljene zaradi raka dojk, da morajo opraviti PAP preiskavo vsako leto, ter hkrati UZ preiskavo. Kako naj ravnajo ginekologi?**

**Odgovor:** Pri opravljanju PAP preiskave morajo ginekologi upoštevati Navodilo Ministrstva za zdravje za opravljanje preventivne dejavnosti in s Strokovno doktrino razširjenega strokovnega kolegija za ginekologijo za kurativo in preventivo, ki je bila verificirana na Zdravstvenem svetu leta 2002. Predlagamo, da vprašanje naslovite na RSK za ginekologijo.

**SP1/GIN/37 (15/383) Ali mora nosečnica, ki je brez dodatnega zavarovanja ob kurativnem pregledu doplačati?**

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

**SP1/GIN/38 (18/513) Pri nadzoru nam je bilo ustno rečeno, da pri izdaji recepta za kontraceptive (npr. tabletke Yarina in kontracepcijski obliž Evra) ne smemo zaračunati storitve K1001 (izdaja recepta, meritev TT in RR) zavarovalnici oz. da moramo to storitev zaračunati neposredno pacientki. To drži ali ne?**

**Odgovor:** V Seznamu storitev za beleženje pregledov in posegov v ginekologiji na primarni ravni, so pri storitvi K 1001 – kratek obisk našteta alternativna opravila, ki jih specialist izvede, da lahko obračuna to storitev. Mednje sodi tudi predpisovaje recepta.

**SP1/GIN/39 (18/528) Kdo je dolžan opraviti pred operativne priprave pred ginekološko operacijo?**

**Odgovor:** 176. člen Pravil OZZ obvezuje osebnega zdravnika, da ob napotitvi v nadaljnjo obravnavo napotnemu zdravniku posreduje osnovne podatke in vse izvide o bolezni in stanju zavarovane osebe, ki so razlog za napotitev. Na primarnem nivoju so poleg splošnega zdravnika lahko v vlogi izbranega zdravnika tudi pediater, ginekolog in zobozdravnik. Ginekolog lahko opravi preiskave za ginekološko operacijo, vendar pa ne pozna vseh bolezenskih težav ginekološke bolnice, katerih zdravljenje vodi osebni splošni zdravnik in lahko pomembno vplivajo na predvideni ginekološki poseg. Osebni splošni zdravnik ima možnosti opraviti, evidentirati in obračunati predoperativni – obsežni pregled (K1007), ki ga ginekolog nima, pa čeprav ga opravi.

Ob tem je potrebno upoštevati Navodilo za pripravo bolnika v osnovnem zdravstvu za operativni poseg v splošni in področni anesteziji (Splošni dogovor Priloga IX/a).

Do nesporazuma prihaja v povezavi z vašim razmišljanjem, da osebni zdravnik za seznam preiskav za poseg v anesteziji, ki jih opravi oziroma naroči, lahko obračuna K0007 – obsežni pregled. V Navodilu Odbora za osnovno zdravstvo je izrecno navedeno, da o sposobnosti bolnika za operativni poseg odločata anesteziolog in operater. Govora je torej o preiskavah in ne o kliničnem pregledu. Stroške za laboratorijske preiskave imajo vsi osebni zdravniki vključene v ceno svojih storitev in so v tem pogledu med seboj približno izenačeni.

**SP1/GIN/40 (18/529) Izbrani ginekolog pošlje pacientko z napotnico, z vsemi pooblastili, na preglede in nadaljno obravnavo zaradi neplodnosti v ustrezni center oz. ustanovo. Ginekolog jih sprejme v postopek za umetno oploditev oz. druge posege v zvezi z neplodnostjo. Pacientke nam pošljejo nazaj z izvidom, kakšne preiskave morajo pri nas opraviti (WAR, HIV, HCV, HBsag, PROLAKTIN FSH, LH) čeprav ima na napotnici pooblastilo (1, 2, 3, 4) kar zajema vse zdravljenje, pošiljanje, k drugim specialistom, preiskave. V osnovni dejavnosti teh preiskav nimamo plačanih, zato vas sprašujemo kdo je plačnik oz. kdo je dolžan opraviti preiskave, ki jih zahtevajo.**

**Odgovor:** Mednivojska delitev dela, ki je predvidena v Pravilih obveznega zdravstvenega zavarovanja (176. člen), posebej v specifičnih primerih kot ga navajate vi, bi morala biti medsebojno usklajena ob sodelovanju Republiškega strokovnega kolegija (RSK) specifičnih združenj in Zdravniške zbornice Slovenije ter Ministrstva za zdravje. Po naši presoji naj bi vsaj del omenjenih preiskav opravil napotni specialist. Menimo, da bi bilo pravilno, če bi upoštevali strokovne usmeritve Zdravniške zbornice, ki je določila kaj od laboratorijskih storitev mora opraviti osebni zdravnik (objavljeno v IZIS-u, in med njimi ni zgoraj navedenih). Zato mora ostale storitve opraviti (ali plačati, kot tujo storitev) izvajalec, ki je prejel pooblastilo in izvaja zdravljenje.

**SP1/GIN/41 (20/553) Kako beležimo UZ po umetni prekinitvi nosečnosti?**

**Odgovor:** Kontrolni pregled po umetni prekinitvi nosečnosti beležimo K1003.

Kadar ob pregledu opravimo tudi UZ ga beležimo K1022. UZ preiskava ne sodi v preventivni program, ampak je del kurativne obravnave torej se obračuna v deležu.

**SP1/GIN/42 (20/554) Kako beležimo predpis napotnice za Ambulanto za bolezni dojk?**

**Odgovor:** Predpis napotnice ni storitev iz OZZ. Ker gre za administrativno storitev se ne zaračunava posebej, ampak je sestavni del neke od že zaračunanih storitev (po navadi pregleda).

**SP1/GIN/43 (20/555) Kako beležimo ponavljajoče vnetje nožnice?**

**Odgovor:** Pri ponovnem vnetju nožnice, po predhodno zaključenem zdravljenju, (kar je razvidno iz dokumentacije), je ob ponovnem pojavu bolezni potrebno zabeležiti prvi kurativni pregled, K1002. V primeru kontrolnega pregleda pri poteku zdravljenja pa beležimo ponovni kurativni pregled, K1003.

**SP1/GIN/44 (20/556) Kako beležimo manj uporaben bris ali ponovni odvzem po razbitju stekelca?**

**Odgovor:** Lahko ga beležimo kot odvzem preventivnega brisa, torej K1012.

**SP1/GIN/45 (20/557) Bris PAP še nikoli ni bil odvzet dvakrat z enoletnim razmikom, ves čas pa je zdrava. Ali je v triletnem programu?**

**Odgovor:** Glede na odgovor Ministrstva za zdravje dne 23.5.2002, št.: 510-32/2002-1, velja, da večji razmik med brisi (številnimi do sedaj) samo potrjuje, da je pri ženski zelo majhna verjetnost patoloških sprememb pred prihodnjim brisom na 3. leta. Ker je ženska ves čas zdrava, je PAP bris v preventivne namene možno v breme OZZ vzeti vsako 3. leto.

**SP1/GIN/46 (20/558) Pacientka mlajša od 20 let obišče ginekologa, spolno aktivna. Kako obračunamo opravljeno storitev?**

**Odgovor:** Kadar obišče ginekologa za predpis kontracepcije šifriramo K1010, kadar prihaja zaradi težav, po opravljenem pregledu šifriramo K1002.

V primeru, da se ginekolog odloči za odvzem PAP brisa, pa je to kurativni odvzem.

**SP1/GIN/47 (24 GIN/2 – 2011): Ali se lahko tudi pri nosečnici beležiti K 1001 (kratek obisk), ko v zadnjem mesecu nosečnosti delajo CTG večkrat in poleg K 1001 beležijo še K 1022 (CTG).**

**Odgovor:** Ni možno šifriranje obeh šifer le za opravljeno CTG preiskavo. Kadar se dela CTG se beleži s K1022 in je to lahko samostojna storitev. Istočasno beleženje K1001, ali celo ponovnega pregleda pri opravljeni le CTG preiskavi, je nepravilno.

**SP1/GIN/48 (24 GIN/3 – 2011): Kdaj lahko beležimo prvi preventivni odvzem brisa pri ženski, ki v koledarskem letu dopolni 20 let. Ali po dejansko dopolnjenem 20. letu starosti? Pri naročanju zabeležimo letnico rojstva.**

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

**SP1/GIN/49 (24 GIN/4 – 2011): Ali lahko beležimo UZ preiskavo ob preventivnih pregledih pri pacientkah po menopavzi?**

**Odgovor:** Če pacientka prejema HNT je UZ del preventivnega pregleda, v ostalih primerih je UZ preiskava kurativna.

**SP1/GIN/50 (24 GIN/5 – 2011): Ali je možno v Dispanzerju za žene zabeležiti UZ storitev (poseg) brez pregleda?**

**Odgovor:** Beleženje količnika za poseg (UZ) brez količnika za pregled je v Dispanzerjih za žene možno in sicer takrat, ko je bil pregled narejen predhodno, kasneje pa je pacientka naročena samo na UZ. Obisk pri ginekologu brez količnika za pregled je torej možen.

**SP1/GIN/51 (24 GIN/6 – 2011): Kako ukrepati v primerih kadar gre za kombinacijo dveh nivojev hkrati (ginekolog ima koncesijo za primarno in sekundarno dejavnost) ?**

**Odgovor:** Svoje opredeljene pacientke je potrebno obdelati v celoti s svojim znanjem in svojo opremo. V tem primeru svojih pacientk z napotnico ne prepošiljamo k sebi na sekundarni nivo, kadar gre za storitev, ki jo je mogoče obračunati na primarnem nivoju.

**SP1/GIN/52 (24 GIN/7 – 2011): Pri preventivnem pregledu se odkrije patologija. Posledično se naredi ginekološki UZ. Izračun OZZ in PZZ% ?**

**Odgovor:** Preventivni pregled (K1006) je 100% iz OZZ, UZ preiskava (K1022) se obračuna v deležu OZZ/PZZ.

**SP1/GIN/53 (26 GIN/ 1 – 2012): Kdaj se ob odvzemu PAP brisa beleži K1012 , kdaj pa K1020?**

**Odgovor:** Ob odvzemu preventivnega PAP brisa se beleži zraven Q0024 šifra K1012, ob odvzemu kurativnega brisa se beleži K1020 zraven Q0024.

**SP1/GIN/54 (26 GIN/ 3 – 2012): Pacientka je napotena na preglede in obravnavo zaradi neplodnosti v UKC - Ginekološka klinika. Ginekolog jo sprejme v postopek za umetno oploditev oziroma druge posege v zvezi z neplodnostjo in jo pošilja nazaj k izbranemu ginekologu z izvidi in navodili, kakšne preiskave mora pri njem opraviti, čeprav ima na napotnici pooblastilo (1,2,3), kar zajema diagnostiko (preiskave), zdravljenje in napotovanje k drugim specialistom. V osnovni dejavnosti niso plačane vse te naročene preiskave. Kdo je plačnik oz. kdo je dolžan opraviti preiskave, ki jih zahtevajo ?**

**Odgovor:** Osnovni (primarni) del predlaganih preiskav mora opraviti osebni (izbrani) ginekolog, ostali del napotni zdravnik, ki je prejel pooblastilo za dodatno (sub)specialno diagnostiko in zdravljenje, kar je nivo dela sekundarnega oziroma terciarnega nivoja (176. člen Pravil OZZ).

**SP1/GIN/55 (26 GIN/ 8 – 2012): Ali se pri vstavitvi MIRENE zaračuna delež PZZ?**

**Odgovor:** Odvisno od strokovne opredelitve, oz. indikacije za vstavitev Mirene: ko gre za kurativne razloge vstavitve se zaračuna OZZ/ PZZ v deležu, ko gre le za kontracepcijo je 100% iz OZZ.

**SP1/GIN/56 (26 GIN/ 9 – 2012): Ali je storitev K1010 – kontracepcijsko svetovanje predmet doplačila oz. dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja?**

**Odgovor:** Pravilen je obračun omenjene šifre 100% iz sredstev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

a) Kadar se kontracepcijsko svetovanje beleži kot samostojna storitev je v celoti krita v OZZ.

b ) Kadar se beleži ob preventivnem pregledu sta obe opravljeni storitvi v celoti kriti v OZZ

c) Kadar se kontracepcijsko svetovanje beleži ob kurativnem pregledu: je kontracepcijsko svetovanje krito iz OZZ, opravljen kurativni pregled pa se obračuna v deležu.

**SP1/GIN/57 (26 GIN/ 10 – 2012): Ali so izbrani ginekologi dolžni poskrbeti za materinsko šolo za zavarovanke, ki so se za njih opredelile?**

**Odgovor:** Program materinske šole ni vezan na ginekologa. V materinsko šolo lahko hodijo tudi nosečnice, ki nimajo na tej lokaciji izbranega ginekologa.

**SP1/GIN/58 (26 GIN/ 11 – 2012): Ali preiskavo HbsAg kot ločeno zaračunljivi material lahko obračuna samo izbrani ginekolog ali tudi izbrani osebni zdravnik?**

**Odgovor:** Preiskava HbsAg (Q0019) je lahko LZM le pri izbranem ginekologu - v skladu s 17. členom in Prilogo III/a Splošnega dogovora.

**SP1/GIN/59 (26 GIN/ 12 – 2012): Kako beležiti 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, beležimo kurativne preglede v nosečnosti (K1004) vse dokler to stanje ne mine. Zavarovalnica prizna ginekologu preglede - preventivne in vmes kurativne ali kurativne. Pregledi po 40. tednu nosečnosti so vedno kurativni.

**SP1/GIN/60 (26 GIN/ 14 – 2012): Ali je potrebno pri ponovnih odvzemih brisov na tri leta strogo upoštevati dejanski triletni interval in letnice?**

**Odgovor:** Upoštevajo se letnice, do 6 mesecev razlike.

**SP1/GIN/61 (26 GIN/ 15 – 2012): Kako šifriramo kontrole ciste ali druga bolezenska stanja, ko pacientka toži o kakšnih težavah, pri pregledu pa se ne najde odstopanj od normale?**

**Odgovor:** Kot kurativne preglede.

**SP1/GIN/62 26 GIN/ 16 – 2012): Ali lahko beležimo preventivni pregled z odvzemom PAPA brisa pri dekletu, ki je spolno aktivno že tri leta, a še nima 20 let?**

**Odgovor:** Ne. Pregled in odvzem PAP brisa sta kurativna.

**SP1/GIN/63 Gin64 (26 GIN/ 17 – 2012): Kako beležimo nosečnico, ki pride na pregled zelo zgodaj v nosečnosti, ko še ne vzamemo vseh preiskav, ki so predvidene za obračun K 1015?**

**Odgovor:** K1002.

**SP1/GIN/64 (26 GIN/ 18 – 2012): Kako beležiti UZ pregled nosečnice, kjer ginekolog ob pregledu postavi sum nepravilne vstave?**

**Odgovor:** Opravljen UZ je strokovna odločitev ginekologa, vendar je del kurativne obravnave. Kot del preventivne obravnave nosečnice sta predvideni dve UZ preiskavi – prva med 8. in 12. tednom nosečnosti in druga okrog 20. tedna.

**SP1/GIN/65 (26 GIN/ 19 – 2012): Kdaj beležiti kontracepcijsko svetovanje v primeru prekinitve nosečnosti – pred in po prekinitvi ali samo na enem od teh pregledov?**

**Odgovor:** Na enem od teh pregledov.

**SP1/GIN/66 (26 GIN/ 20 – 2012): Ali se sme beležiti kolposkopija tudi v primeru ponovitve BMV?**

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

**SP1/GIN/67 (26 GIN/ 21 – 2012): Kako beležimo kontrole po bolezenskih stanjih, ko je izvid kontrole brez patologije?**

**Odgovor:** Kot ponovni kurativni ginekološki pregled K1003.

**SP1/GIN/68 (26 GIN/ 22 – 2012): Kako beležiti UZ preiskavo v 32. tednu nosečnosti?**

**Odgovor:** Gre za kurativni UZ pregled, razen, če pacientka še ni imela dveh preventivnih UZ preiskav, ker je na prvi pregled prišla v drugi polovici nosečnosti.

**SP1/GIN/69 (26 GIN/ 23 – 2012): Ali je možen kratek obisk v nosečnosti?**

**Odgovor:** Da.

**SP1/GIN/70 (26 GIN/ 24 – 2012): Ali je računalniški izpis kartoteke enakovreden ročnemu zapisu v kartoteki?**

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

**SP1/GIN/71 (26 GIN/ 25 – 2012): Kako beležimo pregled nosečnice, ki želi prekinitev nosečnosti?**

**Odgovor:** Pregled zaradi izostale menstruacije, ko ugotovimo nosečnost, šifriramo s K1002, ob tem damo napotnico za prekinitev nosečnosti.

**SP1/GIN/72 (26 GIN/ 27 – 2012): Katero storitev naj zabeleži ginekolog, če pride nosečnica prvič na pregled šele po 20. tednu nosečnosti ali kasneje?**

**Odgovor:** Ne glede na to, kdaj pride nosečnica prvič na pregled, se za ta pregled zabeleži K 1015 – prvi sistematični pregled nosečnice. V medicinski dokumentaciji mora biti razvidno vse , kar je bilo opravljeno, v skladu z medicinsko doktrino.

**SP1/GIN/73 (26 GIN/ 28 – 2012): Pacientka, ki ima sicer izbranega ginekologa pride na specialistični pregled h ginekologu z napotnico abdominalnega kirurga ali urologa. Kako ravnati v navedenem primeru? Ali je napotnica abdominalnega kirurga veljavna?**

**Odgovor:** Napotnica abdominalnega kirurga je veljavna, če je bilo na prvotni napotnici osebnega zdravnika podano pooblastilo 3, ki mu dovoljuje prenos diagnostike in terapije na druge specialiste za isto bolezen (klinično stanje, diagnozo), zaradi katere je osebni zdravnik pacientko napotil k abdominalnemu kirurgu ali urologu.

**SP1/GIN/74 (26 GIN/ 29 – 2012): Ali je možno na isti dan zaračunati 2 x PAP bris?**

**Odgovor:** Ni možno, razen v primeru patologije, ko citolog ugotovi potrebo za odvzem ločenih brisov iz cervikalnega kanala in iz zunanjega dela materničnega vratu. V tem primeru bi bila PAP brisa kurativna. Odvzem 2x preventivna PAP brisa na isti dan pa je možen v primeru genetskih razvojnih abnormalnosti maternice kot na primer pri dvojnem uterusu ali dvojnem cervixu.

**SP1/GIN/75 (26 GIN/ 30 – 2012): Izbrani osebni ginekolog napoti nosečnico na sekundarni ali terciarni nivo zaradi odkrite patologije v nosečnosti in izda ji napotnico za nadaljnjo obravnavo s pooblastili 1,2,3 za daljše obdobje oziroma za vodenje nosečnosti do poroda. Bolnišnični ginekologi nosečnico obravnavajo, hkrati pa jo pošiljajo nazaj k izbranemu ginekolog, da opravi preiskave, ki so s strani ZZZS plačane kot ločeno zaračunljiv material (npr. toxoplazmoza, Rhogam). Kdo je dolžan opraviti navedene preiskave?**

**Odgovor:** Ginekologi na primarnem nivoju so dolžni zagotoviti nivo diagnostične in terapevtske obravnave, ki je strokovna pristojnost primarnega nivoja, kar določi stroka oz. pristojni RSK. Po pravilih OZZ je napotitev na sekundarni ali terciarni nivo opravičljiva le, če so izčrpane možnosti diagnostike in terapije na primarnem nivoju. V tem primeru je pooblastilo na napotnici za napotnega zdravnika na sekundarnem nivoju obvezujoče in mora sam izpeljati diagnostiko, ki jo je sam indiciral – v ta namen ne more in ne sme usmerjati bolnice nazaj na primarni nivo. LZM se sme obračunavati v skladu z določili Splošnega Dogovora in cenikom LZM v Prilogi III/a SD.

**SP1/GIN/76 (26 GIN/ 31 – 2012): Ali sodijo kurativne ultrazvočne preiskave v nosečnosti v 100% kritje iz OZZ?**

**Odgovor:** Kurativne ultrazvočne preiskave v nosečnosti so 100% plačane iz OZZ, če so na podlagi zdravnikovih ugotovitev neposredno povezane z nosečnostjo, za ostale bolezni se obračun deli na OZZ in PZZ.

**SP1/GIN/77 (26 GIN/ 32 – 2012): Ali izvajalci preventivne ultrazvočne preiskave v nosečnosti drugače evidentirajo kot kurativne?**

**Odgovor:** Preventivne ultrazvočne preiskave v nosečnosti se izvajajo in evidentirajo v skladu z zahtevami Pravilnika za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni – ob preventivnem sistematičnem pregledu nosečnice, šifrirajo se s K1021 oziroma K1023. Kurativni ultrazvočni pregledi se šifrirajo ob kurativnem pregledu nosečnice (K1004) ali kot samostojna storitev s šifro K1022 – odvisno od obsega opravljenega in evidentiranega dela.

S šifro K1022 se tudi lahko evidentira preventivni ultrazvočni pregled nosečnice, če ta prvič pride k ginekologu v tej nosečnosti nad 14.tednom.

**SP1/GIN/78 (26 GIN/ 33 - 2012): Ali je ultrazvočna preiskava ploda v nosečnosti v specialistični ambulanti na sekundarnem nivoju 100% krita iz obveznega zdravstvenega zavarovanja in če ne, zakaj ni?**

**Odgovor:** S kliničnimi podatki, razlogi obravnave in z diagnozo razpolagata le osebni (primarni) in napotni (sekundarni) ginekolog in so edina objektivna podlaga za odločanje o deležu OZZ in PZZ.

**SP1/GIN/79 (26 GIN/ 34 – 2012): Ali se lahko skupaj šifrirajo naslednje storitve:  
 a) K1015 + kurativni PAP + kolposkopija  
 b) K1004 + preventivni PAP  
 c) istočasno kurativni UZ cervixa + UZ po 14.tednu  
 d) K1005 + K1022 (UZ - preventiva), če je že nekaj mesecev od vstavitve IUS,   
 oziroma letna kontrola  
 e) K1016 (anamneza, pregled dokumentacije, RR,TT,urin, merjenje FS. . . ) +   
 K1022 (CTG)  
 f) K1001 (posvet pri ginekologu, RR, TT, urin) + K1022 (CTG)**

**Odgovor:** a) DA. Kurativni PAP in kolposkopija se lahko opravita pri prvem sistematičnem pregledu nosečnice kot kurativna obravnava v sklopu preventive;

b) DA. Preventivni PAP se lahko v nosečnosti opravi in pri kurativnem pregledu nosečnice.

c) DA. Šifrira se s K1021 + K1022;

d) DA. Ob preventivnem ginekološkem pregledu (K1005), ki ga opravimo zaradi nadzora IUS in opravimo UZ se šifrira K1005 + K1022 (UZ - preventivni);

e) NE. CTG je sestavni del ponovnega sistematičnega pregleda nosečnice v višji nosečnosti (kdaj - strokovna odločitev – Pravilnik za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni) in se ne šifrira posebej ob sistematiki (K1016).

f) NE. Naštete storitve: posvet pri ginekologu, RR, TT, urin se opravljajo ob ponovnih sistematičnih pregledih nosečnice (K1016 ali K1017). CTG je lahko samostojna storitev.

**SP1/GIN/80 (26 GIN/ 35 – 2012): Kako obračunavati storitve (izven smernic), kadar pacientko pošlje osebni zdravnik splošne prakse ali zdravnik druge veje medicine. Kako takšno storitev obračunati?**

**Odgovor:** Obračun pregleda, ki ga ginekolog opravi, je glede na opravljeno delo. Če je pacientka, glede na smernice upravičena do preventivnega pregleda, ga obračuna kot ustrezni preventivni ginekološki pregled. V primeru, da pacientka prihaja zaradi težav in glede na smernice do preventivnega pregleda še ni upravičena, se pregled obračuna kot kurativni.

Glede na to, da je izbrani ginekolog primarni nivo zdravstvenih storitev, napotovanje s strani izbranih osebnih zdravnikov ni mogoče, lahko le predlagajo pregled pri izbranem osebnem ginekologu.

**SP1/GIN/81 (26 GIN/ 36 – 2012): V katerih primerih se zdravstvena storitev - ginekološki UZ v celoti krije iz OZZ?**

**Odgovor:** V celoti so ultrazvočni pregledi kriti iz OZZ v primerih:

- porodniški UZ - dva preventivna v normalni nosečnosti, v primeru patološke nosečnosti

skladno z doktrino;

- ultrazvočna ocena debeline endometrija enkrat letno, pri ženskah, ki prejemajo HNT,

- UZ ob vstavitvi ali kontroli lege IUD.

**SP1/GIN/82 (26 GIN/ 37 – 2012): Kako obračunati bris MV v primeru, da se pacientka zdravi zaradi Ca mammae ali Ca drugih organov?**

**Odgovor:** Bris MV se v navedenih primerih jemlje v skladu s smernicami. Dokler gre za preventivo, je obračun 100% krit iz OZZ, v kolikor gre za patologijo je obračun v deležu skladno z 23. členom ZZVZZ.

**SP1/GIN/83 (26 GIN/ 38 – 2012): Kako prikazati storitev odvzema brisa MV, kadar je predhodni bris patološki CIN1, CIN2, CIN3....? Ali se v teh primerih zdravstvena storitev v celoti financira iz OZZ ali delež krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje?**

**Odgovor:** Ker gre za kurativne odvzeme BMV, delež plačila krije dopolnilno zdravstveno zavarovanje.

**SP1/GIN/84 Kako se evidentira osnovni ginekološki pregled v specialistični dejavnosti?**

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

**SP1/GIN/85 Katero storitev lahko v specialistični ginekološki ambulanti beležimo za opravljeno kolposkopijo?**

**Odgovor:** V kolikor ob opravljenem ginekološkem pregledu opravite kolposkopijo lahko storitev evidentirate s šifro 02003 srednje obsežen pregled v specialistični dejavnosti.

# INTERNA MEDICINA - SPLOŠNO

**SP1/INT SPL/1 (12/252) Terapevtska venepunkcija je relativno redek poseg, vendar lahko pri pacientu traja njeno ponavljanje vse življenje. Strokovno doslej ni bilo opredeljeno, na kateri ravni zdravstvenega varstva naj se izvaja. Kakšen je pravilen obračun omenjene storitve?**

**Odgovor:** Terapevtsko venepunkcijo zdravnik v splošni ambulanti lahko obračuna s K0021 - srednji poseg.

Na sekundarni ravni se terapevtska venepunkcija obračuna v okviru specialistične internistične dejavnosti s šifro iz Zelene knjige 88201 - venesekcija ali s pregledom (0002, 01003,02003 ali 03004) in nadaljnjo oskrbo (11303), če je pregled bil opravljen in pacient sprejet v oskrbo, brez 88201.

**SP1/INT SPL/2 (24 INT/6 – 2011) Na kliniki obravnavamo kroničnega pacienta, ki je dopolnil 19 let. Hoteli smo ga predati v nadaljnjo obravnavo internistu, vendar se je mama nad našo odločitvijo pritožila. Sklicuje se na zakonske možnosti, da ima prosto izbiro zdravnika. Ali pediater lahko odkloni zdravljenje bolnika, ki je star več kot 18 let?**

**Odgovor:** Pediater lahko odkloni zdravljenje bolnika, ki je dopolnil 19 let starosti.

Zakonske podlage: ZpacP (9. in 10. člen), ZZVZZ (80. člen), Pravila OZZ (161. in 189. člen). Pojasnilo: Pravice do storitev specialistične ambulantne in bolnišnične dejavnosti uveljavlja zavarovana oseba pri specialistih na podlagi napotnice osebnega ali napotnega zdravnika. Za zavarovane osebe starejše od 19 let je osebni zdravnik lahko zdravnik specialist splošne medicine (družinske medicine) ali specialist medicine dela prometa in športa, izjemoma tudi zdravnik s podiplomskim študijem socialne medicine. Pacient v mreži izvajalcev javne zdravstvene službe ima pravico, da prosto izbere zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev, a le v skladu s predpisi s področja zdravstvenega zavarovanja. Zdravnik in izvajalec zdravstvenih storitev, ki ga je pacient izbral, lahko pod pogojem, da ne gre za nujno medicinsko pomoč, pacientovo izbiro zavrne v primerih, ko bi bilo zdravljenje predvidoma manj uspešno oziroma nemogoče ali kadar tako določa zakon. Pacientu mora predlagati izbiro drugega zdravnika in izvajalca zdravstvenih storitev ter razloge za zavrnitev pojasniti v pisni obliki v osmih dneh od izražene pacientove izbire.

Zaključek: Zavarovanec z dopolnjenim 19. letom starosti ni več otrok in spada v internistično obravnavo odraslih oseb, kar je v korist zavarovanca in razbremeni pediatrično specialistično ambulanto.

**SP1/INT SPL/3 (18/508) Kakšno storitev lahko zaračuna specialistična ambulanta, če izvede intravenozno terapijo (Venofer)?**

**Odgovor:** Specialistična ambulantna dejavnost obračunava storitve po veljavni metodologiji Zelene knjige, hospitalizacija za dajanje Venoferja ni dopustna. Dajanje intravenske injekcije oz. infuzije je v Zeleni knjigi označeno s tremi\*\*\*, kar pomeni, da je ni mogoče posebej obračunati ob pregledu in oskrbi zavarovane osebe v specialistični ambulanti. Zdravilo z učinkovino železov (III)oksid je uvrščeno na Seznam A (Seznam ambulantnih zdravil), ki je del Splošnega dogovora (17.člen). Seznam A vsebuje nabor ampuliranih zdravil, ki jih izvajalci Zavodu posebej zaračunavajo.

**SP1/INT SPL/4 (17/459) Ali obračunati in opraviti pregled, če ima pacient napotnico z obsegom pooblastil 1, želi se pa RTG in/ali EKG? Smiselno se zdi, da se opravi le želena storitev brez pregleda in da bi moral napotni zdravnik označiti ustrezen obseg pooblastil.**

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

**SP1/INT SPL/5 (15/353) Ali je možno Zavodu za zdravstveno zavarovanje obračunati storitev 91215 v primerih, ko v okviru predpisane terapije zavarovana oseba hodi samo na injekcije, ki jih aplicira medicinska sestra (brez pregleda in oskrbe, saj je terapija predpisana vnaprej in zavarovana oseba pri vseh obiskih ne pride v stik z zdravnikom)?**

**Odgovor:** Tak način obravnave bolnika šteje v oskrbo k tistemu pregledu, ko je bila postavljena indikacija za izvajanje storitve. Tako injekcije, ki jih daje medicinska sestra, ni mogoče obveznemu zdravstvenemu zavarovanju beležiti kot ločeno storitev.

**SP1/INT SPL/6 (14/290) Ali je možno pri kroničnih bolnikih obračunati samo storitev 91100\*\*\* - izstavitev recepta (brez obračuna pregleda in oskrbe), ko zavarovana oseba ali zanj svojec pride v ambulanto samo po recept za zdravila?**

**Odgovor:** Ločimo :

- obisk ambulante zaradi administrativnih opravil (izdaja recepta, listine za bolniški stalež). Take storitve obveznemu zdravstvenemu zavarovanju ni mogoče posebej beležiti (ker je zajeta v oskrbo);

- obisk pri zdravniku zaradi nasveta ob predpisu zdravila z ustreznim dokumentiranjem v kartonu. Tako storitev je obveznemu zdravstvenemu zavarovanju mogoče beležiti s šifro 91100 za vsak izdan recept;

- obisk pri zdravniku s kliničnim pregledom in predpisom zdravil. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju je mogoče beležiti pregled v dokumentiranem obsegu in šifro 91100 za vsak izdan recept;

- obisk pri zdravniku s kliničnim pregledom in večino tipičnih opravil, ki jih stanje oziroma diagnoza zahteva, vštevši predpis terapije. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju je mogoče beležiti klinični pregled v dokumentiranem obsegu, oskrbo in eventuelno druge storitve, ki niso označene z eno ali tremi zvezdicami. Storitve 91100\*\*\* v tem primeru ni mogoče beležiti.

**SP1/INT SPL/7 (9/165) Ali lahko v specialističnih ambulantah evidentiramo storitve odvzema materiala za laboratorijske preiskave - šifre storitev: 19141, 19142, 19143, 19152, 19155, 19161, 19180 in 19105?**

**Odgovor:** Delo laboratorija je v celoti vračunano v materialne stroške izvajalcev in s tem v ceno storitev, ki se lahko beležijo. Omenjene storitve so neločljivi sestavni del dejavnosti laboratorija, zato jih ni možno beležiti.

**SP1/INT SPL/8 (6/119) Prosimo za določitev novih šifer s točkovno vrednostjo za laboratorijsko stroko v enotnem seznamu zdravstvenih storitev, za naslednje preiskave: S-nukleotidaza, S-Ca 19-9, S-Ca 15-3, S-Ca 125, S-Totel, S-prosti PSA, S-TROPONIN I, U- mikroalbumin.**

**Odgovor:** Določeno je, da se laboratorijske storitve za Obvezno zdravstveno zavarovanje od 1.7.1998 ne evidentirajo več po enotnem seznamu zdravstvenih storitev - Zelena knjiga, temveč se finančna sredstva za te storitve zagotavljajo v okviru materialnih stroškov. V pristojnosti bolnišnic pa je, da se dogovorijo z uporabniki laboratorijskih storitev o medsebojnem obračunavanju in cenah storitev. Vse pobude v zvezi s seznamom laboratorijskih storitev morajo izvajalci nasloviti na RSK za laboratorijsko dejavnost.

**SP1/INT SPL/9 Kako lahko obračunamo izvedbo storitve, ko v našo ambulanto (npr.onkološko) pridejo bolniki z vstavljenim venskim katetrom s podkožnim prekatom? Predvsem so to onkološki bolniki, ki prihajajo zaradi oskrbe katetra, odstranitve že vstavljene igle, za aplikacijo osnovne in podporne terapije, odvzem krvi.**

**Odgovor:** V kolikor je bolnika pregledal zdravnik in pregled evidentiral v medicinsko dokumentacijo, se obračunata ustrezni pregled in oskrba. V kolikor bolnika ni pregledal zdravnik, se za izvedbo storitve lahko obračuna šifra 19142 iz Zelene knjige, porabljeni material pa je del materialnih stroškov bolnišnice.

# KARDIOLOGIJA

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

**Odgovor:** Diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve vključuje pooblastilo št.2. Cikloergometrija sodi v funkcionalno diagnostiko, zato jo kardiolog opravi na osnovi pooblastila št. 2, če jo sam indicira, ali na osnovi izrecnega naročila izbranega osebnega zdravnika. (Pooblastilo št. 1, “Prosim za cikloergometrijo”). Evidentira se z eno samo šifro 12620.

**SP1/KARDIO/2 (4/092) Kako se lahko evidentira preiskava Doppler žil?**

**Odgovor:** Šifra: 36126: Količnik:2,65: Merjeneje gleženjskih sistoličnih pritiskov s pomočjo ultrazvočnega detektorja neposredno po obremenitvi s hojo. Sistolični pritiski se merijo s pomočjo ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja in živosrebrnega manometra takoj po obremenitvi na tekočem traku, ki traja 5 minut. Merjenja se izvajajo v razmakih 1, 3, 5 in 10 minut. To je dopolnilna preiskava v angiološki diagnostiki.

Šifra: 36104, Količnik:17,10: 45 minut

S šifro 36104 se beleži UZ arterij nog, vratnih arterij, TCD, trebušne aorte z renalnimi arterijami in ven nog. Na isti dan se lahko beleži samo enkrat 36104, čeprav še opravi UZ žil na več lokacijah.

**SP1/KARDIO/3 (9/172) Katero šifro naj evidentiramo ob 24 - urnem ABPM-ju (24- urno ambulantno avtomatsko snemanje arterijskega krvnega pritiska). Preiskava je v zadnjih petih letih postala standardna preiskava v sklopu obravnave bolnikov s povišanim krvnim pritiskom in jo bomo tudi v prihodnje ambulantno opravljali in za zavarovalnico zaračunavali.**

**Odgovor:** Šifra 12602 iz Zelene knjige, s katero se evidentira 24 - urno snemanje EKG (Holter monitoring), je primerna tudi za evidentiranje ambulantnega avtomatskega snemanja arterijskega krvnega pritiska. Šifra 12602 se torej lahko uporabi tudi za evidentiranje navedene storitve.

**SP1/KARDIO/4 (10/202) Ali se storitev PTČ - protrombinski čas lahko izvaja v laboratoriju na primarni ravni ali samo na sekundarni?**

**Odgovor:** Določanje protrombinskega časa (PTČ), izvaja kadrovsko in tehnično primerno opremljen laboratorij. To je vezano na tip laboratorija in ne na raven zdravstvenega varstva. Tudi nekateri zdravstveni domovi imajo laboratorije, ki so usposobljeni za opravljanje te preiskave. Vodenje antikoagulantne terapije, čemur rezultat navedene preiskave pogosto služi, je praviloma v rokah zdravnika specialista.

**SP1/KARDIO/5 (8/145) V internistični ambulanti je pogosta storitev kontrola protrombinskega časa in odreditev terapije, ki pa je ni možno opraviti, ne da bi se internist pogovoril s pacientom. Kako evidentirati kontrolo protrombinskega časa in odreditev terapije?**

**Odgovor:** Izvajalci programa antikoagulacijskega zdravljenja na primarnem nivoju Zavodu obračunavajo izvajanje storitev v točkah in sicer naslednje storitve: kratek lokalni pregled (00002), začetna ambulantna oskrba (11004) ali nadaljnja ambulantna oskrba (11303). *(glej Priloga ZD ZAS II/a* - Oblikovanje in financiranje programov za zdravstvene domove in zasebno zdravniško dejavnost). V specialistični dejavnosti si obračunajo pregled in oskrbo glede na opravljeno delo. Priznavanje teh storitev ne more biti samodejno, ampak na osnovi zapisa v medicinski dokumentaciji (izkaznica o vodenju antikoagulantne terapije ni dovolj in je praviloma pri pacientu). Minimum zapisa oziroma podatkov, potreben za priznavanje lokalnega pregleda, je opisna diagnoza, vendar le v primerih, ko ustrezno ponazarja lokalni status.

**SP1/KARDIO/6 (8/146) Pri telemetriji obračunavamo šifro 12603 (11,85 točk). Pri vsaki telemetriji pa porabimo 4 baterije. Če hočemo, da je posnetek v redu, je potrebno uporabljati alkalne baterije. Ali lahko bolniku zaračunavamo razliko v ceni med alkalnimi in navadnimi baterijami (ponekod to zaračunavajo).**

**Odgovor:** Razlike v ceni baterij ni mogoče obračunati niti zavarovani osebi niti Zavodu, saj so v ceni točke za opravljene storitve vključena finančna sredstva za materialne stroške materialov (in opreme), ki omogočajo ustrezno oz. kakovostno izvedbo storitev. Poudarjamo pa, da so kalkulacije materialnih stroškov dogovorjene za tim in ne za posamezno storitev.

**SP1/KARDIO/7 (8/147) Često iz zdravstvenega doma pošljejo v internistično ambulantno bolnika z napotnico za posnetek EKG in odčitavanje EKG. Katero šifro naj obračunamo?**

**Odgovor:** Ne obstajata ločeni šifri za snemanje in odčitavanje EKGja ampak ena šifra 12601, (glej sestavo tima za izvedbo), ki jo je dovoljeno obračunati, ko sta bila opravljena oba dela storitve (posnetek in odčitava).

**SP1/KARDIO/8 (08/160) V interni ambulanti so pogosti primeri bolnikov, ko jim morajo opraviti terapevtske venepunkcije (odvzem do 500 ml krvi - poseg terja do pol ure dela VMS). Po venepunkciji mora bolnik odležati najmanj 1 uro. Kako se obračuna navedena storitev?   
Pogosti so primeri abdominalne izpraznitvene punkcije (odvzem proste tekočine iz abdomna v količini 5 - 6 l (dela zdravnik in VMS - poseg traja do 3 ure). Kako obračunati?**

**Odgovor:** Omenjene storitve se evidentirajo in obračunavajo kot ambulantne storitve.

**SP1/KARDIO/9 (14/302) Kako naj zdravniki internisti evidentirajo naslednje storitve:   
·Storitve venepunkcije. Do sedaj obračunavajo venesekcijo, šifra storitve 88201, ustrezni pregled in oskrbo. -Kako pravilno evidentirati storitev abdominalne izpraznitvene punkcije (odvzem proste tekočine iz abdomna v količini 5-6 l)**

**Odgovor:** Opisani način beleženja venepunkcije je nepravilen. Šifra je sicer pravilna, vendar se obračuna samo storitev 88201, brez pregleda in oskrbe. Kadar je pred venepunkcijo medicinsko indicirano opraviti tudi klinični pregled, se beleži le-ta in oskrba, šifra 88201 pa ne, ker je označena s tremi zvezdicami.

Možni sta torej dve varianti beleženja obveznemu zdravstvenemu zavarovanju:

·izključno šifre 88201

·pregleda in oskrbe brez šifre 88201, čeprav je bila izvedena tudi venepunkcija (ki sodi v tem primeru v oskrbo).

Izpraznitveno abdominalno punkcijo beležite s šifro 81570 – aspiracija peritonealne votline. Za razliko od zgornjega primera to šifro lahko beležite obveznemu zdravstvenemu zavarovanju kot edino ali v kombinaciji s kliničnim pregledom in oskrbo (ker nima treh zvezdic), odvisno od situacije oziroma medicinske indikacije za pridruženi klinični pregled in druga opravila.

**SP1/KARDIO/10 (20/540) Iz specialističnih ambulant zdravniki napotijo pacienta na scintigrafijo miokarda v radioizotopni laboratorij. Pacientu opravijo najprej scintigrafijo miokarda brez obremenitve (35232), čez nekaj dni pa mu opravijo še scintigrafijo miokarda z obremenitvijo (35330). Ali lahko obračunamo obe storitvi? Ali lahko to naročijo na eni napotnici, ali pa sta potrebni dve napotnici, vsaka za svojo storitev?**

**Odgovor:** Storitev mora biti naročena na (eni) napotnici. Beleži se samo storitev 35334- perfuzijska scintigrafija miokarda (koronarografija). Najprej se ta preiskava opravi ob obremenitvi. Če gre za normalen izvid, se postopek konča in se beleži Zavodu samo ena storitev 35334. Če je izvid patološki, se opravi po nekaj dneh še ista preiskava v mirovanju in se na koncu lahko Zavodu zaračuna dve storitvi 35334.

**SP1/KARDIO/11 (14/294) Na posnetku ni računalniške interpretacije EKG. Zdravniki s koncesijo zahtevajo, da se jim obračuna samo snemanje, ker naj bi posnetek odčitali sami. Kako ravnati?**

**Odgovor:** Če izbrani zdravnik od izvajalca zahteva le tehnično izvedbo (brez interpretacije krivulje), mu je izvajalec upravičen beležiti le ta del storitve, izbrani osebni zdravnik pa bo v celoti beležil storitev obveznemu zdravstvenemu zavarovanju. V tem primeru lahko izvajalec po medsebojni pogodbi za tehnično izvedbo EKG izbranemu zdravniku beleži 1,16 točke od skupne vrednosti storitve s šifro 12601, ki znaša 2,16 točke (delež porabljenega časa za medicinskega tehnika). Seveda je med naročnikom in izvajalcem možen tudi drugačen dogovor, vendar obveznemu zdravstvenemu zavarovanju storitev lahko beleži le eden v celoti, nikakor pa ne oba v celoti ali po deležih.

**SP1/KARDIO/12 (14/295) Na posnetku je tudi računalniška interpretacija EKG. Ali v primeru, da je napotni zdravnik zasebni zdravnik s koncesijo, vedno celotno storitev (slikanje in odčitavanje) obračunamo v breme ZZZS? Ali v tem primeru zdravstveni dom lahko sam izbere, na kakšen način bo storitev obračunal (s šifro 12601 oz. s šifro K0021) – glede na dejavnost izvajalca?**

**Odgovor:** a) Storitev K0021 lahko beleži obveznemu zdravstvenemu zavarovanju le izbrani osebni zdravnik, ki ima EKG in to storitev dejansko opravi za svoje bolnike.

b) V primeru, da ima ZD v pogodbi dogovorjeno kardiološko dejavnost oziroma internistiko, lahko EKG dela in beleži na podlagi napotnice izbranega zdravnika.

**SP1/KARDIO/13 (12/247) Izbrani osebni zdravnik napoti zavarovano osebo na EKG v fiziološki laboratorij, kjer mu EKG posnamejo, pacient pa ga odnese k izbranemu zdravniku. Na posnetku EKG je računalniška interpretacija EKG. Kdo obračuna storitev – fiziološki laboratorij ali izbrani osebni zdravnik? S kakšnim dokumentom mora priti pacient na snemanje EKG?**

**Odgovor:** Zdravnik bolnika napotuje na EKG preiskavo praviloma z napotnico, na kateri mora biti označena enkratna veljavnost in pooblastilo številka 1, lahko pa tudi z delovnim nalogom.

V primeru, da zdravnik specialist posname in interpretira EKG preiskavo, Zavodu obračuna storitev s šifro 12601.

Zdravnik v splošni ambulanti si storitev lahko obračuna s K0021.

V primeru, da je tehnična izvedba (snemanje EKG preiskave pri zdravniku specialistu) ločena od strokovne odčitave EKG preiskave (pri izbranem zdravniku), se morata izvajalca zdravstvene storitve med seboj dogovoriti, kdo od njiju bo storitev obračunal Zavodu. Z vidika Zavoda lahko to stori eden ali drugi, nikakor pa oba.

**SP1/KARDIO/14 (15/358) Kdo od navedenih lahko opravlja storitev HOLTER MONITORING  
-internist-kardiolog, internist-pulmolog ali specialist družinske medicine?**

**Odgovor:** Zavod za zdravstveno zavarovanje ni pristojen, da opredeli in določi, katere ožje specialnosti smejo opravljati posamezni specialisti. Gre za vprašanje delitve dela oziroma razmejitve posameznih področij posameznih specialnosti, o čemer pa ne odloča Zavod za zdravstveno zavarovanje.

# NEVROLOGIJA

**SP1/NEVRO/1 (24 NEVRO/1 – 2011) Aplikacijo betaferona in edukacijo v celoti izvede diplomirana medicinska sestra po naročilu nevrologa. Aplikacija z izobraževanjem običajno traja tri dni. V kolikor pacient še ne obvlada aplikacije, se izobraževanje podaljša. Kaj lahko kot izvajalec obračunamo ZZZS za navedene obravnave zavarovanih oseb – dolgotrajno dnevno obravnavo?**

**Odgovor:** Ambulantno oskrbo je mogoče obračunati le takrat, kadar je bila potrebna in utemeljena z zapisom v medicinski dokumentaciji. V tem primeru je izobraževanje za samoaplikacijo betaferona, ki ga izvede diplomirana medicinska sestra po naročilu nevrologa, zajeto v ambulantni specialistični oskrbi in ga ni mogoče posebej zaračunavati.

Aplikacijo in/ali izobraževanje za samoaplikacijo betaferona v izvedbi medicinske sestre je mogoče zaračunati samostojno (v skladu z definicijami Zelene knjige), kadar je bilo sestrsko delo opravljeno samostojno in ni bila obračunana ambulantna oskrba bolnika.

**SP1/NEVRO/2 (14/300) V okviru nevrološke ambulante poteka ocenjevanje kognitivnih sposobnosti bolnikov s suspektno Alzhaimerjevo boleznijo (ADAS). Ocenjevanje je relativno zahtevno predvsem časovno in naj bi po normativu potekalo približno 45 minut. Ocenjevanje je potrebno pri uvajanju oziroma spremljanju učinkov terapije za bolnike z demenco. Glede na izvide testiranja je uvedena medikamentozna terapija. V seznamu specialističnih ambulantnih storitev za nevrologijo ni ustrezne šifre za evidentiranje in obračunavanje preiskave, zato predlagamo, da se zaenkrat beleži šifra 97420 – psihiatrični intervju.**

**Odgovor:** Za uvajanje nove storitve je potrebno spoštovati standardni postopek, pri katerem novo storitev sprejme ustrezen Republiški strokovni kolegij, ki jo za vključitev v program za zdravstveno zavarovanje predlaga Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije, ob soglasju Ministrstva za zdravje.

Dokler ta postopek ne bo izpeljan, je navedeno ocenjevanje po lestvici ADAS možno beležiti obveznemu zdravstvenemu zavarovanju s šifro 97420 – psihiatrični intervju.

# PSIHIATRIJA

**SP1/PSIH/1 (9/162) Katere storitve lahko beleži diplomirani defektolog-logoped, ki dela v Mentalno higienskem dispanzerju: a) kadar je nosilec timske obravnave zdravnik, ki ne dela v Mentalno higienskem dispanzerju in diplomirani defektolog-logoped sodeluje pri taki obravnavi, b) kadar sodeluje pri timski obravnavi pri kateri vodja ni zdravnik, ampak so v sestavi tima svetovalni delavec, psiholog, socialna delavka in drugi, c) pri konzultaciji z enim strokovnjakom (zdravnikom, psihologom, svetovalnim delavcem)?**

**Odgovor:** Multi discioplinarna timska obravnava se lahko beleži s šifro 97101. Beleži jo lahko en član tima, ki je tudi nosilec obravnave, kar je razvidno iz dokumentacije (nosilec obravnave je odgovoren za izvajanje terapevtskega načrta). Po novem šifrantu za pedopsihiatrijo se storitve timske obravnave šifrirajo z 11618 (kratek timski posvet) in 11619 (obsežna timska obravnava. Te šifre lahko beleži pedopsihiater.

**SP1/PSIH/2 (9/163) Diplomirani defektologi-logopedi samostojno in neodvisno od ostalih strokovnjakov izvajajo diagnostiko, terapijo in svetovanje. Svetovanje obsega ob koncu vsake ure terapije demonstracijo in razlago vsaj staršem oz. skrbnikom in točna navodila za vadbo doma. Katere storitve lahko beležijo za to delo?**

**Odgovor:** Storitve logopedov so navedene v veljavnih šifrantih od šifer 94110 do 94206.

**SP1/PSIH/3 (10/212) Mnogokrat k logopedu, psihologu,... varovance napotijo svetovalci na osnovnih šolah, srednjih šolah, sami starši. Do sedaj v teh primerih ni bilo potrebno nobenih napotnic. Kako ravnati v takih primerih?**

**Odgovor:** Storitve logopeda, psihologa, defektologa se obračunajo obveznemu zdravstvenemu zavarovanju le, če so izvršene na podlagi delovnega naloga izbranega osebnega zdravnika ali napotnega specialista. Sicer velja načelo naročnik plačnik.

**SP1/PSIH/4 (10/213) Mentalno zdravje otrok in mladine, ter mentalno zdravje odraslih in ostarelih je do sedaj bilo vedno uvrščeno v zdravstveno dejavnost na primarni ravni, ter je bil s tem omogočen neposredni pristop do pomoči (Plan zdravstvenega varstva RS do leta 2000, str. 131-133). Je moč sklepati, da se je stališče oz. zdravstvena politika v tej smeri spremenila? Nezaupanje je pogosta temeljna lastnost naših uporabnikov, zato nam neredko ostane možnost za pomoč le pripravljenost v hudih stiskah, ki pa jo administrativni zahtevki in dodatne poti lahko hitro izničijo. Neposredna možnost pristopa v dispanzer je izredno pomembna, saj pomeni večjo efektnost strokovnega dela in zmanjševanje možnosti kronifikacije. Prosimo vas, da nam z vidika delovnega naloga skušate opredeliti tudi vaše videnje tovrstnega sodelovanja zunanjih sicer strokovno komplementarnih ustanov za našo službo.**

**Odgovor:** Dispanzer za mentalno zdravje ima od leta 1992 po zakonu status specialistične dejavnosti, torej sekundarne ravni zdravstvenega varstva. Kljub temu in ravno zaradi razlogov, ki jih navajate, pa je dosegljivost psihiatra izjemoma neposredna - brez napotnice.

**SP1/PSIH/5 (10/214) Zelo pogosto k nam prihajajo otroci, mladostniki in tudi odrasli z duševnimi težavami ali po poškodbah možganov, ki so potrebni celostnega oz. timskega obravnavanja, pri tem da so področja dela posameznih strokovnjakov relativno jasno opredeljena. Vendar je prva dolžnost vsakega strokovnjaka, da prepozna težave, ki ne spadajo v njegovo pristojnost in je pacienta dolžan takoj usmeriti k ustreznemu strokovnjaku, kar omogoča le dobra notranja pretočnost v timu. Delovni nalogi vnašajo novo dimenzijo dela. Kakšne možnosti racionalizacije administracije vidite še v tem okviru?**

**Odgovor:** Temeljna metoda dispanzerskega dela je timska obravnava, ki jo lahko obračuna nosilec obravnave s šifro 97101.

**SP1/PSIH/6 (10/216) V primeru diferencialne diagnostike nastajajoče psihoze ali po organskih poškodbah možganov lahko uporabimo psihološke diagnostične inštrumente, ki lahko iz različnih vidikov opredelijo izpraševančevo osebnostno strukturo in dinamiko, so pa časovno enako zahtevni in vsi spadajo pod šifro 19215. Ali je možno beleženje npr. storitve 19215 tudi dvakrat (in ne samo enkrat), za kar obstajajo jasni strokovni indikatorji. Menimo, da je tovrsten izbor in kombinacija predvsem vprašanje strokovne utemeljenosti ne pa administrativnega evidentiranja, kakor je zapisano v Navodilih št. 6.**

**Odgovor:** Evidenčna enota za obračun (šifra iz Zelene knjige) pogosto ni elementarna storitev, ampak vsebuje skupek strokovno indiciranih opravil, ki so v neki medsebojno smiselni povezavi. Lahko so to različna opravila ali ista, ki se ponavljajo. Še bolj očitna je kompleksnost take storitve, ki nosi eno šifro takrat, ko je razvidno, da jo opravlja tim z definirano sestavo. Vsa opravila članov tima so zajeta v isti evidenčni enoti za obračun. Združevanje več elementarnih opravil v eno evidenčno enoto za obračun je smiselno, ker poenostavlja postopek evidentiranja in obračunavanja dela. Tako združevanje opravil v ničemer ne vpliva na količino denarja, ki je za neko zdravstveno dejavnost na razpolago. Zelena knjiga je seznam obračunskih enot (storitev), pri čemer so različna opravila združena v kompleksnejše enote za obračun, ki so opredeljene s šifro in opisom glavnega opravila. Enako velja za šifre storitev od 19212 do 19215, ki jih lahko obračunate le enkrat, ne glede na to, kolikokrat pri pacientu ponavljate ista ali sestavljate različna opravila (ki sodijo k tej šifri), kar je odvisno od strokovne indikacije.

**SP1/PSIH/7 (14/317) Za napotitve pacientov v dispanzer za mentalno zdravje (storitve logopeda, psihologa, defektologa….) je predpisan delovni nalog. Ali se v primeru, da bo pacienta obravnavalo več različnih strokovnjakov (v okviru dispanzerja za mentalno zdravje delajo klinični psiholog – specialist, psiholog, specialni pedagog, logoped, socialni delavec) izpolni en delovni nalog ali za vsakega posebej tudi ločeni delovni nalog? Kaj storiti glede delovnega naloga, če je bil pacient napoten k enemu strokovnjaku v okviru dispanzerja za mentalno zdravje, pa ta ugotovi, da bi pacienta moral obravnavati še drug strokovnjak v okviru istega dispanzerja? ·V katerih primerih je za napotitev pacienta h kliničnemu psihologu - specialistu potrebna napotnica namesto naloga?**

**Odgovor:** Napotnico napiše osebni zdravnik ali napotni specialist specialistu psihiatru ali kliničnemu psihologu, ko naroča obravnavo, ki jo njegov pacient potrebuje in je ne more zagotoviti sam. Delovni nalog pa je namenjen dokumentiranemu prehajanju iz ene v drugo obliko, vrsto ali del obravnave v okviru zdravstvene organizacije, kjer se izvaja timska (multidisciplinarna) obravnava pacienta. Napotnica je namenjena naročilu storitve, ki pa se lahko izvaja pri več izvajalcih v okviru ene službe. Delovni nalog je torej pisno izmenjevanje informacij o obravnavi znotraj delovne skupine.

**SP1/PSIH/8 (14/138) Želimo dodatno pojasnitev glede napotovanja zavarovanih oseb v dispanzer za mentalno zdravje. Ali ima izbrani osebni zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu obe možnosti – delovni nalog in napotnico (odvisno od tega, kakšne možnosti oziroma pooblastila mu želi dati? Ali je za sistematične preglede 3-letnikov (pri kliničnem psihologu) in 5-letnikov (pri logopedu) potreben delovni nalog oziroma napotnica?**

**Odgovor:** Osebni zdravnik pri napotitvi pacienta h kliničnemu psihologu vedno uporabi napotnico.

Osebni zdravnik napoti otroke na pregled k specialistu z napotnico in ga pooblasti za izvajane obravnave tudi s strani sodelavcev v timu. Specialist napoti otroka v druge vrste obravnave (npr. logoped, defektolog, psiholog) z internim delovnim nalogom. Ob preventivnih pregledih pediater napoti otroke k sodelavcem v timu z delovnim nalogom.

# PULMOLOGIJA

**SP1/PULMO/1 (6/117) - Kako se obračunavajo Rtg storitve v pljučni diagnostiki: postavitev novih normativov za šifro 31501 - slikanje prsnih organov v eni projekciji in šifro 31302 - slikanje prsnih organov v dveh smereh.**

**Odgovor:** Rtg storitve v pljučni diagnostiki se še vedno evidentirajo s šiframi 31501 in 31302 po obstoječem enotnem seznamu zdravstvenih storitev - Zelena knjiga, ki je še vedno veljavna. Točkovni in kadrovski normativi za te storitve se ne spremenijo.

**SP1/PULMO/2 (2/023) - Kako se obračunavajo šifre za spirometrijo v ATD dispanzerju.  
Gre za šifre pri preiskavi pljučnih funkcij: 17101 in 17111 storitvi sta opravljeni na istem aparatu skupaj, evidentirani pa kot da bi bili opravljeni vsaka zase. Storitve se namreč opravljajo na aparatih, ki imajo več združenih funkcij.**

**Odgovor:** Storitvi t.i. “male” (17101) in “velike” (17111) spirometrije se v večini primerov izvajata skupaj, s pomočjo ustreznih aparatov. Velika spirometrija je nekoliko bolj kompleksna in, ko je opravljena vedno vsebuje tudi podatke za malo spirometrijo, zato male spirometrije (17101) ni možno evidentirati ob šifri 17111.

Ker ni ustrezne šifre za kompleksne aparature, ki izvajajo tudi do 5 parametrov (spirometriji, rezidualni volumen, platizmografijo, in transfer faktor pljuč za CO), zato je možno evidentirati le šifro storitve, ki je strokovno v danem primeru najbolj utemeljena.

**SP1/PULMO/3 (8/149) - V Dispanzerju za pljučne bolezni in tuberkulozo želimo uvesti šolo za astmatike. Višja medicinska sestra bi v manjših skupinah pri teh bolnikih opravljala pretežno zdravstveno in prosvetno delo. Ali lahko te storitve obračunavamo v okviru šifre 95190 oz. 95196 v skladu z Zeleno knjigo?**

**Odgovor:** Kljub temu, da “Dispanzer za pljučne bolezni“ ne more več v celoti opravljati svojega dela po dispanzerski metodi, (zavarovance obravnava na osnovi napotnice izbranega osebnega zdravnika), pa opravlja tudi storitve svetovanja za zavarovance rizične skupine, ki jo terapevtsko obravnava. Te storitve svetovanja praviloma ne beleži posebej, ampak so del oskrbe ob pregledu posameznih zavarovancev. Uvajanje šole za astmatike, bi pomenilo uvajanje preventivno vzgojne dejavnosti (nove dejavnosti), ki programsko, plansko in pogodbeno ni dogovorjena.

Tudi na primarnem nivoju, kjer so posamezni programi zdravstvene vzgoje dogovorjeni, se le - ti financirajo s pavšali.

**SP1/PULMO/4 (15/356) - Ali se lahko in pod katero šifro poleg pregleda in oskrbe obračuna storitev peak flow-PEF, ki ga pri zavarovancu opravi medicinska sestra (pred pregledom pri zdravniku) s Pick flow metrom. Pogosto je potrebno preiskavo narediti večkrat (pred in po aplikaciji zdravila).**

**Odgovor:** Navedene storitve ni mogoče posebej obračunati obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, ampak sodi storitev v ambulantno oskrbo.

**SP1/PULMO/5 (14/263) - Kadar je poslan bolnik v hudem poslabšanju astme z napotnico lečečega zdravnika v pulmološki dispanzer, uvedemo po pregledu in preiskavah terapijo, ki je diferentna in potrebuje kontrolo zaradi zniževanja odmerka. Naslednjič pacienta zaključimo, z navodili za nadaljevanje zdravljenja pod kontrolo lečečega zdravnika. Ali lahko beležimo. 1.prihod – pregled in preiskava (vitalogram) ter začetno oskrbo oziroma 2. prihod – pregled in vitalogram za konzultacijo (pacient je dobil pismeni izvid o prvem in drugem pregledu in navodila za naprej?**

**Odgovor:** Na osnovi napotnice IOZ z ustreznimi poblastili, lahko pri pacientu, ki ste mu ob prvem obisku opravili pregled, spirometrijo in začetno oskrbo, zabeležite te storitve po šifrah iz Zelene knjige.

Za natančno opredelitev vrste pregleda, ki ga opravljate pri bolniku ( pet vrst po Zeleni knjigi: kratek lokalni pregled – 00002, delni pregled – 01003, srednje obsežen pregled – 02003, razširjen pregled – 03004, celotni pregled – 04003), ste podali premalo podatkov. Pri prvem pregledu lahko zabeležite začetno ali celotno zdravstveno oskrbo ambulantnega bolnika, ki je opisana v Zeleni knjigi s šifro 11004.

Pri drugem pregledu lahko zabeležite pregled, ki ste ga opravili, ponovno oskrbo in ostale storitve (spirometrijo).

Konzultacije ne morete beležiti namesto oskrbe, ker ste bolnika prevzeli v oskrbo že ob prvem pregledu, pisni izvid in navodila pa so potrebna tudi pri obravnavi bolnika z oskrbo in ne samo s konzultacijo (kako naj sicer izbrani osebni zdravnik, spremlja stanje svojega bolnika).

**SP1/PULMO/6 (14/266) - Pacient je bil pregledan na IPP. Zaradi prostorske stiske ni bil hospitaliziran, pač pa usmerjen v pljučni dispanzer, kjer naj bi se naslednji dan dogovorili za hospitalizacijo na Golniku. Včasih pride pacient sam ali pa prinesejo vso dokumentacijo svojci. Pregledamo vso dokumentacijo (prinešeno in našo, ker gre običajno za znane, kronične bolnike) primerjamo vse slike in izberemo za bolnico tiste, ki so bolj povedne. Telefonsko se dogovorimo za poisteljo, napišemo napotnico itd. Kakšno storitev lahko beležimo?**

**Odgovor:** V kolikor je v vašem primeru zadoščeno pogojem navedenim v 60. člen SD 2012 si lahko obračunate storitev s šifro 91101.

60. člen SD 2012 pravi:

(1) Med storitve, ki se obračunavajo Zavodu se vključi storitev, ki se zagotavlja bolniku preko telemedicinskih naprav. Šifra te storitve je: 91101 - kratka kontrolna (ponovna) obravnava v specialistični ambulantni dejavnosti brez prisotnosti bolnika \*\*\* (1 zdravnik in 1 srednja medicinska sestra - 0.63 točke). Pogoji za obračunavanje omenjene storitve so:

- Bolnik ima veljavno napotnico za tega specialista.

- Opravljena telemedicinska storitev je bila načrtovana ob prvem pregledu (npr. kontrolni posvet z bolnikom in nasvet bolniku brez pregleda ali posega), kar mora biti razvidno iz medicinske dokumentacije.

- Datum, vsebina posveta in nasveta so bili zabeleženi v bolnikovi specialistični zdravstveni dokumentaciji in osebni zdravnik je dobil pisni izvid."

**SP1/PULMO/7 (14/267) - Kdaj smo upravičeni do obračuna pisanja posveta – navodila v pulmološkem dispanzerju?**

**Odgovor:** V zvezi z obravnavo bolnika v vaši specialistični ambulanti take storitve niste upravičeni zabeležiti OZZ, ker je ta storitev že zajeta v oskrbi.

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

**Odgovor:** V primeru, ki ga navajate, lahko zabeležite pregled, ki ste ga opravili (po šifrah Zelene knjige) in začetno ali nadaljnjo ambulantno oskrbo.

**SP1/PULMO/9 V kakšnih primerih lahko uporabljamo šifre 95190 – 95197 - zdravstveno vzgojno delo? Ali jih je možno uporabiti za obračun v naslednjih primerih skupinskega izobraževanja pacientov: astma, šola srčnega popuščanja, KOPB, šola pacientov s kisikom na domu…?**

**Odgovor:** Storitve svetovanja se praviloma ne beleži posebej, ampak so del oskrbe ob pregledu posameznih zavarovancev. Uvajanje šol bi pomenilo uvajanje nove preventivne vzgojne dejavnosti, ki programsko, plansko in pogodbeno ni dogovorjena. Med storitvami, ki jih navajate gre za storitve vzgoje, ki so praviloma sestavni del dela na primarni ravni in so že vključene v stroške te dejavnosti.

**SP1/PULMO/10 Ali si lahko 2x obračunamo storitev 44091 - specifična desenzibilizacija, če bolnik prejema imunoterapijo tako za oso kot za čebelo na isti dan?**

**Odgovor:** V primeru aplikacije imunoterapije, tako za oso kot za čebelo pri obravnavi bolnika na isti dan, si izvajalec lahko obračuna 2x storitev 44091 - specifična desenzibilizacija. Dvojni obračun šifre 44091 je mogoč samo v navedenem primeru.

**SP1/PULMO/11 Ali lahko UZ pljuč beležimo pod šifro 36190?**

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

# ZDRAVILIŠKO ZDRAVLJENJE

**SP1/ZDRZ/1 Zdraviliško zdravljenje**

**Odgovor:** (23 – 2011) Imenovani zdravniki Zavoda napotujejo zavarovane osebe na zdraviliško zdravljenje na podlagi Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravil). Skladno s Pravili in določili veljavnega Splošnega dogovora lahko osebe, ki jim je zdraviliško zdravljenje odobreno, izberejo zdravilišče v skladu z indikacijskimi področji, ki jih zdravilišča »pokrivajo«. Svojo izbiro zavarovane osebe potrdijo s podpisom na za to predvidenem prostoru na hrbtni strani predloga imenovanemu zdravniku Zavoda za zdraviliško zdravljenje.

Imenovani zdravnik Zavoda obravnava vsak predlog posebej. Če je predlog v skladu s Pravili, imenovani zdravnik Zavoda izda zavarovani osebi napotnico za zdraviliško zdravljenje.

Zdraviliško zdravljenje je lahko stacionarno ali ambulantno.

Stacionarno zdraviliško zdravljenje je lahko nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja, če se nadaljuje po končanem hospitalnem zdravljenju. V tem primeru zdraviliško zdravljenje predlaga lečeči specialist bolnišnice, klinike ali inštituta. Pri podajanju predloga za zdraviliško zdravljenje je lečeči zdravnik dolžan predlagati namestitev na negovalnem oddelku ali izven njega. Predlog označi na za to predvidenem prostoru na hrbtni strani predloga imenovanemu zdravniku Zavoda. Zdravilišča namestijo zavarovane osebe v skladu z napotnico na negovalni oddelek ali v hotelske sobe, ki so v skladu z dogovorjenim standardom, ne sodijo pa v negovalni oddelek.

Stacionarno zdraviliško zdravljenje lahko predlaga tudi osebni zdravnik. Zavarovane osebe so, v primeru odobritve zdraviliškega zdravljenja, na predlog osebnega zdravnika, praviloma napotene na stacionarno zdraviliško zdravljenje z namestitvijo v hotelskih sobah, ki niso v sklopu negovalnega oddelka. V izjemnih primerih lahko tudi osebni zdravnik predlaga namestitev na negovalni oddelek.

Če v času zdravljenja v zdravilišču, zdravnik zdravilišča ugotovi potrebo po namestitvi zavarovane osebe na negovalni oddelek, mora posredovati imenovanemu zdravniku Zavoda pisni predlog za takšno namestitev. Imenovani zdravnik Zavoda izda na predlog osebnega zdravnika ali zdravnika zdravilišča napotnico za zdraviliško zdravljenje zavarovane osebe z namestitvijo na negovalni oddelek le izjemoma.

Na podlagi Pravil in predloga osebnega zdravnika lahko imenovani zdravnik zavoda zavarovano osebo napoti na ambulantno zdraviliško zdravljenje.

Imenovani zdravnik Zavoda na napotnici, na podlagi predloga lečečega ali osebnega zdravnika in izražene želje zavarovane osebe ter indikacijskih področij zdravilišč opredeli, v katerem zdravilišču bo zavarovana oseba opravila zdravljenje, način namestitve, vrsto zdraviliškega zdravljenja (stacionarno, ambulantno) in tip standarda glede na vodilno diagnozo.

Zdravilišča lahko Zavodu za posamezno zavarovano osebo, v okviru predpisanega tipa standarda za napotno diagnozo, obračunajo povprečno največ 5 storitev (šifer) na dan. Imenovani zdravnik Zavoda na napotnici praviloma določi en tip standardnih storitev glede na vodilno diagnozo. Če zdravnik zdravilišča ugotovi potrebo po večjem številu tipov standarda za zavarovano osebo in to v svojem pisnem predlogu utemelji imenovanemu zdravniku Zavoda, je imenovani zdravnik Zavoda dolžan svojo odločitev (pozitivno ali negativno) posredovati zdravilišču v pisni obliki.

V prilogi ZDRAV II/d-2 veljavnega Splošnega dogovora so navedene storitve, ki jih zdravilišča lahko obračunajo Zavodu. V prvem stolpcu priloge ZDRAV II/d-2 so navedene šifre, v drugem stolpcu so opredeljene zdravstvene storitve, v tretjem število možnega zaračunavanja storitev, nato kadrovski in časovni normativ ter točkovna vrednost storitev.

V stolpcu »število storitev na dan« je navedeno, katere storitve se lahko pod enako šifro istočasno obračunajo več kot enkrat. Če je zavarovana oseba napotena na 14 dnevno zdraviliško zdravljenje lahko zdravilišče, v skladu s prilogo ZDRAV II/d, zaračuna Zavodu povprečno največ 5 storitev na dan, kar pomeni za 14 dnevno zdravljenje 70 storitev. Če ima zavarovana oseba s strani zdraviliškega zdravnika predpisano terapijo, v kateri se pod eno šifro zaračunata dve storitvi, opravljeni na dveh enotah to pomeni, da zdravilišče lahko Zavodu za 14 dnevno zdravljenje zaračuna več kot 70 storitev, povprečje največ 5 storitev pa s tem ni spremenjeno.

Primeri:

1) Odobreno je 14 dnevno zdraviliško zdravljenje, nobena od predpisanih storitev pa se ne more zaračunati dvakrat.

1. dan so opravljene in zaračunane 3 storitve, 2. dan 3, 3. dan 3, od 4. do 6. dne po 4 storitve, od 7. do 11. dne po 5 storitev in od 12. do 14. dne po 8 storitev, kar je 70 opravljenih in zaračunanih storitev oziroma šifer in je to v povprečju 5 šifer oziroma storitev na dan.



2) Odobreno je 14 dnevno zdraviliško zdravljenje. Predpisana je šifra 84780 za en veliki sklep (koleno) in več malhi sklepov (kazalec desne roke), ki jo je treba izvajati prve 4 dni, ter šifre 85501, 85520, 85550.

Prve 4 dni je dnevno opravljeno in zaračunano 5 storitev oziroma šifer (1. dan: šifra 84780 – 1 storitev/koleno/, šifra 84780 – 1 storitev/kazalec desne roke/, šifra 85501 – 1 storitev, šifra 85520 – 1 storitev in šifra 85550 – 1 storitev, ta kombinacija se pojavlja prve 4 dni). Nato je v naslednjih 5 dneh opravljeno iz zaračunano 6 storitev oziroma 6 šifer in še v naslednjih 5 dneh 4 storitve oziroma šifer na dan. To je skupaj 70 storitev oziroma 70 šifer. Povprečje je 5 šifer oziroma storitev na dan. Šifra 84780 se šteje 2 krat, ker sta opravljeni storitvi za dve enoti pod to šifro, dovoljena pa je samo ena.



3) Odobreno je 14 dnevno zdraviliško zdravljenje. Predpisana je šifra 84780 za en veliki sklep (koleno) in več malih sklepov (kazalec desne roke), šifra 86001 en velik sklep (koleno), del hrbtenice (križ) in roka (kazalec desne roke) ter šifro 85510, ki jih je treba izvajati prvih 7 dni.

Prvih 7 dni je opravljeno in zaračunano 6 storitev in samo 5 šifer (1. dan: šifra 84780 – 1 storitev/koleno/, šifra 84780 – 1 storitev/kazalec desne roke/, šifra 86001 – 1 storitev/koleno/, 86001 -1 storitev/kazalec desne roke/, šifra 86001 – 1 storitev/križ/, šifra 85510 – 1 storitev). Nato je v naslednjih 7 dneh opravljeno in zaračunano 5 storitev oziroma šifer. To je skupaj 77 zaračunanih storitev oziroma 70 šifer. Povprečje je še vedno 5 šifer oziroma storitev na dan, ker se pod šifro 86001 lahko opravita in zaračunata 2 storitvi na dveh različnih enotah, v izračunu povprečja pa se štejeta kot 1 šifra. Za to isto šifro je opravljena storitev na še eni enoti in zato se pri izračunu povprečja ta šifra še enkrat šteje. Šifra 84780 se pri izračunu povprečja šteje 2 krat, ker sta opravljeni storitvi na dveh enotah, dovoljeno pa je samo na eni.



4) Odobreno je 14 dnevno zdraviliško zdravljenje. Predpisana je šifra 86001 za en veliki sklep in del hrbtenice (koleno in križ), ter šifre 84780, 85531, ki jih je treba izvajati prvih 5 dni.

Prvih 5 dni so dnevno opravljene in zaračunane 4 storitve, ampak samo 3 različne šifre (1. dan: šifra 84780 – 1 storitev, šifra 85531 – 1 storitev in šifra 86001 – 2 storitvi, ta kombinacija se ponavlja prvih 5 dni). Nato je v naslednjih 4 dnevih opravljeno in zaračunano 5 storitev oziroma 5 šifer in še v nadaljnjih 5 dnevnih 7 storitev oziroma 7 šifer. To je skupaj 75 zaračunanih storitev oziroma 70 šifer. Povprečje je še vedno 5 šifer oziroma storitev na dan, ker se pod šifro 86001 lahko opravita in zaračunata 2 storitve na dveh različnih enotah, v povprečju pa se šteje samo ena šifra.



5) Odobreno je 14 dnevno zdraviliško zdravljenje. Predpisana je šifra 86001 za en veliki sklep in del hrbtenice (koleno in križ) in šifra 86022 za dva velika sklepa in del hrbtenice (oba kolka in križ), katere je treba izvajati prvih 5 dni, poleg tega pa še šifro 84780.

Prvih 5 dni je dnevno opravljeno in zaračunano 5 storitev vendar samo 3 različne šifre (1. dan: šifra 84780 – 1 storitev, šifra 86022 – 2 storitvi in šifra 86001- 2 storitvi, ta kombinacija se pojavlja prvih 5 dni). Nato je v naslednjih 4 dneh opravljeno in zaračunano 5 storitev oziroma 5 šifer in še v nadaljnjih 5 dnevih 7 storitev oziroma 7 šifer. To je skupaj 80 zaračunanih storitev oziroma 70 šifer. Povprečje je še vedno 5 šifer oziroma storitev na dan, ker se pod šifro 86001 in šifro 86022 lahko opravita in zaračunata 2 storitvi na dveh različnih enotah, v povprečju pa se šteje samo ena šifra.



Iz zgoraj navedenih primerov je razvidno, da so mogoče različne kombinacije, ki so prepuščene v presojo zdraviliškemu zdravniku, ki v skladu z zahtevami stroke, tehničnimi oziroma balneološkimi možnostmi zdravilišča in v okviru dogovorjenih točk zavarovani osebi predpiše dnevno število storitev oziroma šifer.

Poleg storitev po tipu standarda lahko zdravilišča zaračunajo Zavodu za zavarovane osebe, ki jim je odobreno zdraviliško zdravljenje in namestitev na negovalni oddelek tudi začetno in nadaljnjo oskrbo, ki se ne štejeta v povprečje največ 5 storitev na dan. Začetno in nadaljnjo oskrbo zdravilišča zaračunajo v skladu z določili priloge ZDRAV II/d.

**SP1/ZDRZ/2 (24 ZDRZ/1 – 2011) Ali je napotitev v zdravilišče vsaki 2 leti pri bolniku s kroničnim obolenjem kot je npr. Mb. Chron avtomatizem?**

**Odgovor:** Po 3. odstavku 48. člena Pravil OZZ lahko zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdraviliškega zdravljenja zaradi iste bolezni oziroma enakega stanja največ enkrat na dve leti, otroci pa največ enkrat letno. Napotitev v zdravilišče ni avtomatizem, ampak je merilo za odločanje o zdraviliškem zdravljenju na dve/eno leto klinično stanje bolnika hkrati z laboratorijskimi in drugimi preiskavami, ki kažejo aktivnost bolezni. Na tej osnovi osebni zdravnik – pediater ali šolski zdravnik posreduje predlog z medicinsko dokumentacijo v presojo imenovanemu zdravniku ZZZS.

**SP1/ZDRZ/3 (24 ZDRZ/2– 2011) Ali se poletne in zimske tabore za otroke z rakom, ki so ravno končali ali prejemajo kemoterapijo oziroma zdravljenje, lahko prijavi preko ZZZS?**

**Odgovor:** V predstavljenem primeru gre za redno pot obravnave zdraviliškega zdravljenja v skladu s strokovnimi indikacijami, kontraindikacijami in Pravili OZZ (43. – 45. člen):

- nadaljevanje zdravljenja v zdravilišču po zaključku kemoterapije (predlog imenovanemu zdravniku na ZZZS pošlje odpustni zdravnik iz bolnišnice),

- stacionarnega zdravljenja v zdravilišču (predlog imenovanemu zdravniku ZZZS pošlje izbrani pediater ali specialist šolske medicine).

# RAČUNALNIŠKA TOMOGRAFIJA (CT) IN MAGNETNA RESONANCA (MR)

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

**Odgovor:** Zdravnik, ki izda napotnico za CT oziroma MR preiskavo, lahko na eno napotnico naroči samo eno CT oziroma MR preiskavo (en RDP). V primeru, da bolnik potrebuje več preiskav v okviru iste ali druge SRDP, je potrebno za vsako preiskavo izstaviti svojo napotnico. V primeru, da zdravnik poleg CT oziroma MR preiskave naroči še CT oziroma MR primerjavo, se dodatna napotnica ne izstavi. V takem primeru se na napotnici navede 1 CT oziroma MR preiskava ter dodatno še CT oziroma MR primerjava. CT oziroma MR primerjave se evidentirajo in ne obračunajo.

Na podlagi ene napotnice se praviloma lahko obračuna samo ena CT oziroma MR preiskava (en RDP). Izjema je opredeljena v odgovoru SP2/2-CT in MR (22 CT in MR/2-2011).

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

**Odgovor:** Na podlagi ene napotnice se lahko izvajalec izjemoma obračuna več kot ena CT oziroma MR preiskava (en RDP). V primeru, da radiolog, ki izvaja diagnostiko, ob naročeni preiskavi izvede še dodatno preiskavo (ki ni bila naročena na napotnici), mora biti ta dodatna preiskava opravljena na podlagi postavljene ustrezne medicinske indikacije in jo lahko izvede takoj (na primer: pri CT preiskavi prsnih organov je videti patološki proces v jetrih; radiolog v dobro bolnika razširi preiskavo z dodatno preiskavo CT abdomna). Pogoj za obračun dodatne preiskave je ustrezno opredeljena in v dokumentaciji zapisana medicinska indikacija za dodatne preiskave.

**SP2/CT in MR/3 (22 CT in MR/4-2011) Kako se obračunajo preiskave, če radiolog opravi slikanje brez in nato še s kontrastnim sredstvom?**

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

V primeru, da se radiolog odloči, da bo opravil samo slikanje s kontrastnim sredstvom (brez nativne serije), se uporabi šifra RDP s kontrastnim sredstvom.

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

**Odgovor:** Da. Šifra RDP na napotnici ni nujno enaka šifri RDP za obračun. Izvajalec preiskave mora spremembo ustrezno obrazložiti in zapisati v medicinski dokumentaciji.

**SP2/CT in MR/5 (22 CT in MR/6-2011) Ali bo ZZZS plačal ponovljene diagnostične postopke?**

**Odgovor:** V primeru opravljene preiskave brez kontrastnega sredstva in naknadno opravljene preiskave s kontrastnim sredstvom v roku šestih mesecev pri istem izvajalcu, pri čemer je medicinska indikacija ostala nespremenjena, ZZZS naknadno opravljene preiskave praviloma ne bo plačal. V primeru opravljene preiskave s kontrastnim sredstvom in naknadno opravljene preiskave ponovno s kontrastnim sredstvom v roku šestih mesecev pri istem izvajalcu, pri čemer je medicinska indikacija ostala nespremenjena, ZZZS naknadno opravljene preiskave praviloma ne bo plačal.

**SP2/CT in MR/6 (22 CT in MR/7-2011) V klasifikaciji CT oziroma MR preiskav so navedeni tudi klinični postopki. Ali lahko izvajalec za posamezno CT oziroma MR preiskavo evidentira klinični postopek, ki ni enak navedenemu kliničnemu postopku v klasifikaciji?**

**Odgovor:** Da, v kolikor evidentirani klinični postopek ustrezneje odraža obravnavo bolnika.

**SP2/CT in MR/7 (22 CT in MR/8-2011) Ali določitev datuma oziroma datumov preiskav lahko vpliva na obračun opravljenih preiskav?**

**Odgovor:** Da. Izvajalec preiskav mora zavarovani osebi v primeru, da je zavarovani osebi izdanih več napotnic, zagotoviti vse CT preiskave (oziroma MR preiskave) ob enem obisku, razen če to ni mogoče na podlagi utemeljenih organizacijskih omejitev. V nasprotnem primeru lahko izvajalec obračuna ZZZS samo eno opravljeno preiskavo, ki je izmed vseh opravljenih najcenejša.

**SP2/CT in MR/8 (24 CT/1 – 2011) Ob opravljanju CT preiskave radiolog običajno opravi slikanje brez kontrastnega sredstva, potem pa še slikanje s kontrastom. Ali tudi obračuna obe slikanji?**

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

**SP2/CT in MR/9 (26 CT in MR/ 1 – 2012) Ali so vsi podatki, ki jih predvideva Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2010 na napotnici obvezni?**

**Odgovor:** Aneks št. 1 k Splošnemu dogovoru za pogodbeno leto 2011 ter Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju določata obveznost podatkov na napotnici. V primeru, da na napotnici po 1.1. 2011 ne bodo navedeni vsi obvezni podatki, bo Zavod smiselno zavrnil plačilo opravljene CT oziroma MR preiskave ter opravljene preiskave ne bo plačal (Zavod bo zavrnil plačilo, v kolikor na večini izbranih napotnic ne bodo navedeni vsi obvezni podatki (sistemska pomanjkljivost)). V vsakem primeru pa Zavod ne bo plačal opravljene CT oziroma MR preiskave, kjer na napotnici ne bodo navedeni vsi obvezni medicinski podatki in sicer klinično vprašanje v tekstovni obliki, šifra in opis RDP ter opis ali šifra napotne diagnoze iz trenutno veljavne MKB.

**SP2/CT in MR/10 (26 CT in MR/ 2 – 2012) Ali izvajalec lahko sprejem otroka oziroma mladostnika do dopolnjenega 18. leta starosti na bolnišnični oddelek (dnevna obravnava, hospitalizacija) izključno zaradi izvedbe preiskave MR z anestezijo evidentira in obračuna preko SPP?**

**Odgovor:** Tudi, če je otrok oziroma mladostnik do dopolnjenega 18. leta starosti sprejet na bolnišnični oddelek izključno zaradi preiskave MR z anestezijo, lahko izvajalec to preiskavo evidentira in obračuna samo preko RDP 70001 na podlagi ustrezno izpolnjene napotnice Zavoda. MR z anestezijo, ki se jo sicer opravi v teku dalj časa trajajoče hospitalizacije (ko otrok oziroma mladostnik ni sprejet izključno zaradi izvedbe preiskave MR z anestezijo), je sestavni del SPP.

**SP2/CT in MR/11 (26 CT in MR/ 3 – 2012) V primeru, da je na napotnici naročen RDP MR 70001 – MR z anestezijo za otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta starosti, zahteva več specifičnih preiskav , kje na napotnici naj se te specifične preiskave navedejo? Koliko RDP se v takem primeru evidentira in obračuna?**

**Odgovor:** Šifra in opis RDP (specifičnih preiskav) se navede na zadnji strani napotnice pod rubriko "1. Kratka opredelitev problema oziroma specifično vprašanje" ali pa na sprednji strani napotnice v rubriki 11-RDP, kjer se najprej navede RDP MR70001, nato še šifra in opis RDP (specifičnih preiskav).

V primeru izvedbe MR z anestezijo za otroke in mladostnike do dopolnjenega 18. leta starosti se na podlagi ene napotnice evidentira in obračuna samo en RDP in sicer MR 70001 ne glede na morebitno izvedbo več RDP (specifičnih preiskav).

**SP2/CT in MR/12 (26 CT in MR/ 4 – 2012) Ali izvajalec lahko sprejme zavarovane osebe na bolnišnični oddelek (dnevna obravnava, hospitalizacija) izključno zaradi izvedbe CT oziroma MR preiskave evidentira in obračuna preko SPP?**

**Odgovor:** Tudi, če je zavarovana oseba sprejeta na bolnišnični oddelek izključno zaradi izvedbe CT oziroma MR preiskave, lahko izvajalec te preiskave evidentira in obračuna samo preko veljavnih RDP na podlagi ustrezno izpolnjene napotnice Zavoda.

**SP2/CT in MR/13 (26 CT in MR/ 5 – 2012) Ali izvajalec lahko bolniku, 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, ki jo nato izvajalec (dodatno) obračuna preko veljavnih RDP?**

**Odgovor:** Ne. V kolikor bi moral izvajalec bolniku nuditi preiskavo znotraj hospitalizacije, je ta del cene bolnišnične storitve, ki jo izvajalec Zavodu evidentira in obračuna preko SPP. Z naknadno opravljenimi preiskavami na podlagi napotnic si izvajalci glede na veljavni način plačevanja akutnih bolnišničnih obravnav in glede na veljavna pravila evidentiranja in obračunavanja opravljenih storitev neupravičeno povečujejo prihodek ter podaljšujejo proces zdravljenja, bolniški stalež in čakalno dobo na CT oziroma MR preiskave.

**SP2/CT in MR/14 (26 CT in MR/ 6 – 2012) Kako je opredeljena razmejitev pristojnosti in obveznosti v zvezi z uporabo (izdajo) napotnic za CT oziroma MR preiskave in izvedbo morebitnih dodatnih preiskav, ki so potrebne za izvedbo CT oziroma MR preiskave, z vidika izvajalcev na primarni in sekundarni zdravstveni dejavnosti?**

**Odgovor:** Na podlagi Navodila za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (4. Uporaba napotnice) napotnico lahko za napotovanje zavarovane osebe na zdravstvene storitve specialistično ambulantne in bolnišnične zdravstvene dejavnosti uporabljajo samo izvajalci, in sicer izbrani osebni zdravniki in napotni zdravniki, pri čemer jo slednji lahko uporabljajo le, če je bilo na njih z napotnico preneseno pooblastilo za napotitev zavarovane osebe k drugim specialistom ali v bolnišnico (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).

Prav tako mora izvajalec, ki izda napotnico (naročnik preiskave) opraviti vse aktivnosti, ki zavarovani osebi omogočijo, da opravi vse potrebne preiskave pred CT oziroma MR preiskavo.

Zavod priporoča, da se na zahtevnejše slikovne diagnostične preiskave napotuje na podlagi že postavljenih diagnoz specialistov ustrezne stroke.

**SP2/CT in MR/15 (26 CT in MR/ 7 – 2012) Ali bo Zavod plačal ponovljene diagnostične postopke?**

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

**SP2/CT in MR/16 (26 CT in MR/ 8 – 2012) Kdaj lahko izvajalec evidentira in obračuna RDP MR DIFUZIJSKO PERFUZIJSKO SLIKANJE (MR90901-01)?**

**Odgovor:** Ta RDP lahko izvajalec praviloma evidentira in obračuna v primeru, da je naveden na napotnici, pri čemer izpostavljamo tudi opredelitev ustrezne napotne diagnoze MKB in kliničnega vprašanja. Izvajalec mora v takem primeru opraviti celotno difuzijsko perfuzijsko slikanje. Nikakor pa izvajalec tega RDP-ja ne more evidentirati in obračunati kot dodatni RDP (poleg RDP-ja navedenega na napotnici, na primer MR GLAVE S KONTRASTOM (MR90901-01)), kjer opravi samo difuzijsko slikanje (opravljena difuzijska sekvenca je sestavni del cene RDP na primer MR GLAVE S KONTRASTOM (MR90901-01).

**SP2/CT in MR/17 (26 CT in MR/ 9 – 2012) Ali lahko izvajalec na podlagi napotnice za CT preiskavo RDP CTA SRCA – PRIKAZ KALCINACIJ (CT57350-00) evidentira in obračuna še dodatne RDP?**

**Odgovor:** Na podlagi ene napotnice lahko izvajalec izjemoma obračuna več kot eno (naročeno) CT preiskavo (en RDP). V primeru, da radiolog, ki izvaja diagnostiko, ob naročeni preiskavi izvede še dodatno preiskavo (ki ni bila naročena na napotnici), mora biti ta dodatna preiskava opravljena na podlagi postavljene ustrezne medicinske indikacije in jo lahko izvede takoj. Pogoj za obračun dodatne preiskave je ustrezno opredeljena in v dokumentaciji zapisana medicinska indikacija za dodatne preiskave.

**SP2/CT in MR/18 (25 CT in MR/ 10 – 2012) Ali lahko izvajalec, ki opravi CT preiskavo trebušnih organov s kontrastom, evidentira in obračuna RDP CT ZGORNJEGA ABDOMNA S KONTRASTOM (CT 56407--00) in dodatno še CT MEDENIČNIH ORGANOV S KS?**

**Odgovor:** Ne. V primeru, da izvajalec opravi CT preiskavo trebušnih organov s kontrastom lahko evidentira in obračuna samo RDP CT TREBUŠNIH ORGANOV S KS (CT56407-00). Enako velja za preiskave opravljene brez kontrasta.

**SP2/CT in MR/19 (26 CT in MR/ 11 – 2012) Ali evidentiranje in obračun RDP CTA PELVIČNIH A. IN A. SPODNJIH UDOV (CT57350-00) vključuje tudi plačilo za opravljeni RDP CTA PELVIČNIH ŽIL?**

**Odgovor:** Da. V kolikor izvajalec opravi, evidentira in obračuna RDP CTA PELVIČNIH A. IN A. SPODNJIH UDOV (CT57350-00) ne more dodatno evidentirati in obračunati še RDP CTA PELVIČNIH ŽIL

**SP2/CT in MR/20 (26 CT in MR/ 12 – 2012) Kdaj lahko izvajalec v celoti zaračuna preiskavo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja?**

**Odgovor:** Izvajalec lahko v celoti zaračuna preiskavo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja šele potem, ko se na podlagi CT oziroma MR preiskave ugotovi, da postavljena diagnoza zdravstvenega stanja sodi v kategorije, ki se glede na obstoječo zakonodajo v celoti obračunajo v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja. Preiskave, ki to pokažejo, se nikakor ne obračunajo zgolj v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**SP2/CT in MR/21 (26 CT in MR/ 13 – 2012) Kdaj lahko izvajalec evidentira in obračuna RDP MR SKELETA ARTROGRAFIJA – VSAK SKLEP (MR90901-07)?**

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

**SP2/CT in MR/22 (26 CT in MR/ 14 – 2012) Ali lahko obračunamo preiskavo CT v primeru, da je opravljena kot storitev po naročilu dežurne specialistične ambulante v isti bolnišnici, kateri sledi sprejem na bolnišnično zdravljenje?**

**Odgovor:** Primer obračunavanja slikovne diagnostike CT, pri zavarovanih osebah. ki so sprejete v bolnišnico, se ne more obračunavati posebej kot specialistična storitev (Splošni dogovor, III. Obračunavanje zdravstvenih storitev, (5) odstavek »Ambulantni način obravnave izvajalec Zavodu obračuna v primeru, ko ni indikacije za bolnišnični način zdravljenja«).

# KIRURGIJA

**SP2/KRG/1 (2/58) Kdaj se uporablja šifro 88910?**

**Odgovor:** Kadar je bilo delo opravljeno. Šifre ni možno evidentirati ob šifri ene od oskrb.

**SP2/KRG/2 (2/59) Kako se evidentira odstranitev šivov in sponk?**

**Odgovor:** Odstranitev šivov je praviloma del pregleda in oskrbe, če pa je storitev opravljena brez pregleda se evidentira s šifro 88981.

**SP2/KRG/3 (2/60) Ali se sme evidentirati testiranje občutljivosti mehurja?**

**Odgovor:** Če izvajalec ima legalizirano urološko dejavnost lahko evidentira šifro 13393 ob upoštevanju kadrovskega normativa in utemeljitvijo v dokumentaciji.

**SP2/KRG/4 (3/77) Kako se beleži UZ testisa, kolkov?**

**Odgovor:** UZ posameznih organov se do nove Zelene knjige beleži kot ehoskopija (36190).

**SP2/KRG/5 (4/94) Prosimo za dodatno obrazložitev odgovora na vprašanje št. 77 o tem, kako se evidentira UZ kolkov in testisov, v Navodilu št. 3, z dne 9. 7. 1997. Ali pri storitvi 36190 ehoskopija ni potrebno narediti meritev?**

**Odgovor:** Storitev UZ pregleda kolkov in testisov se evidentira s šifro ehoskopije 36190. Do izdaje novega seznama ambulantnih UZ storitev je to edini možni način evidentiranja te storitve. Storitev zajema pregled parnih organov, torej se evidentira ena storitev za pregled obeh kolkov (ali testisov). Stroka mora opredeliti ali je pri tem potrebno opraviti tudi meritve. Te se evidentirajo z ustreznimi šiframi le, če so dejansko opravljene.

**SP2/KRG/6 (7/127) Ali je možno uporabljati šifro 45222 iz Zelene knjige za lasersko terapijo mehkih tkiv ustne votline z ozirom, da še ni nobene nove šifre za evidentiranje teh storitev?**

**Odgovor:** Nove šifre za “lasersko terapijo mehkih tkiv ustne votline” Zavod zaenkrat ne more uvesti, zaradi razlogov navedenih v odgovoru št. 125. Do ponovne uveljavitve začasnih seznamov specialistično ambulantnih storitev je za lasersko terapijo mehkih tkiv ustne votline možno uporabljati storitev s šifro 45222.

**SP2/KRG/7 (7/133) Katero šifro lahko izvajalci obračunajo za anestezijo - vsakih pet minut nad 60 oziroma 30 minut.**

**Odgovor:** Zaradi lažje informacijske podpore s šifro 88922 “splošna anestezija” se omenjena storitev razdeli na dve storitvi:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Časovni normativ | Točk. normativ |
| 88922 | Splošna anestezija | 1 zdravnik specialist  1 višja medicinska sestra | 30 | 11,40 |
| 88926 | Vsakih nadaljnjih 5 minut splošne anestezije.  *Storitev se lahko evidentira le skupaj s storitvijo 88922.* | 1 zdravnik specialist  1 višja medicinska sestra | 5 | 1,90 |

**SP2/KRG/8 (9/161) Kako beležiti storitve, ki jih ni v Zeleni knjigi in nimamo njihove šifre in vrednosti:  
1.Endoskopska sklerozacija hemeroidov  
2.Analne bradavice**

**Odgovor:** Za obračunavanje sklerozacija hemeroidov lahko uporabite kombinacijo sledečih šifer: 16401 - proktoskopija (vrednost 1,58 točke) in šifro 59710 - sklerozacija varic (vrednost 2,66 točk). 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 šifro 59220 - elektrokoagulacija, exhohleacija kožnih tumorjev, bradavic (vrednost 3,80 točk); vendar le v primeru, ko niste opravili in obračunali oskrbe (storitev je označena s tremi zvezdicami).

**SP2/KRG/9 (10/199) Kako je v seznamu zdravstvenih storitev opredeljen specialistični pregled v oralni kirurgiji oziroma maksilofacialni ambulanti?**

**Odgovor:** Pregledi kot evidenčne enote za obračun Zavodu so definirani v Zeleni knjigi in načelno veljajo v vseh dejavnostih (šifre 00002, 01003, 02003, 03004, 04003). Dejstvo je, da so našteti pregledi za potrebe oralnega oz. maksilofacialnega kirurga manj primerni, ker je njih obseg definiran po številu pregledanih organov in organskih sistemov.

Primernejša je šifra 01009, ki je sicer predvidena za stomatološki pregled, vendar se vsebinsko v maksilofacialni in oralni kirurgiji lahko uporabi za specialistični pregled. V kolikor je pregled manj obsežen, kar je razvidno iz njegove dokumentiranosti, se uporabi šifra 01007. V opisu te storitve je sicer poudarek na zobnem statusu, maksilofacialni kirurg pa to storitev uporabi, ko opisuje ostale strukture, ki jih obravanava. Pregled kot evidenčna enota za obračun Zavodu obvezno sestoji iz anamneze, statusa in praviloma tudi diagnoze. Pri nadzoru se obračuna ne prizna, če ni na razpolago medicinske dokumentacije in če v tej dokumentaciji niso zabeleženi zgoraj navedeni elementi za obračunan pregled.

Za spremembo storitev po Zeleni knjigi mora priti pobuda s strani stroke in sicer s pisnim pooblastilom Ministrstva za zdravstvo za člane, ki predstavljajo posamezno stroko.

**SP2/KRG/10 (14/264) Ali lahko za ekscizijo raznih kožnih tumorjev (ateromov, lipomov, fibromov, nevusov, virusnih bradavic itd.), kadar tumor ekscidiramo in rano zašijemo, uporabimo šifro storitve 58840? To je tudi edina šifra, ki v Zeleni knjigi odgovarja opravljenemu posegu.**

**Odgovor:** Ekscizije manjših kožnih tumorjev, ki ste jih našteli v vašem prvem vprašanju, so v Zeleni knjigi upoštevane v šifri 11003 - “začetni oziroma celotni ambulantni oskrbi v operativnih strokah”. Šifra 58840, ki jo navajate kot edino odgovarjajočo za evidentiranje in obračun opravljenih posegov, je napačna za evidenco in obračun ekscizije raznih tumorjev kože, saj spada med šifre, ki se upoštevajo kot obračunske enote v primerih oskrbe opeklin kože.

**SP2/KRG/11 (14/265) Katero šifro lahko uporabimo pri odstranjevanju ksantelazme na vekah očesa? V Zeleni knjigi nismo našli šifre, ki bi ustrezala opravljenemu posegu?**

**Odgovor:** Ekscizije manjših kožnih tumorjev, ki ste jih našteli v vašem prvem vprašanju, so v Zeleni knjigi upoštevane v šifri 11003 - “začetni oziroma celotni ambulantni oskrbi v operativnih strokah”.

**SP2/KRG/12 (17/470) Na izvidu je napisano, da naj pacient nosi za določeno dobo Bohlerjevo, Kramerjevo, dinamično, Linkovo ali kakšno drugo statično opornico, zaradi poškodbe (zvin zapestja, palca, komolca, prerezana kita), kateri bi lahko bila predpisana tudi mavčeva longeta (82301). Opornice izdelamo v mavčarni (ali jih kupimo) in jo montira mavčar ali instrumentarka v operacijski. Ali je pravilno obračunati 82301? Kako obračunavati dinamične opornice, čeprav ni zadovoljiv kadrovski normativ po Zeleni knjigi (93451)?**

**Odgovor:** Opravila, ki so tipična za posamezno stroko, sodijo v ambulantno oskrbo. Iz tega sledi, da v kolikor v Zeleni knjigi ne najdete ustrezne storitve, pomeni da le-ta sodi izključno v oskrbo. Če pa menite, da bi njena zahtevnost opravičevala ločeno obračunavanje, lahko predlagate njeno uvrstitev v seznam Zelene knjige po predpisanem postopku.

Glede statičnih, dinamičnih opornic in drugih medicinsko tehničnih pripomočkov so določila 66. člena Pravil naslednja: »Izvajalec je dolžan zagotoviti zavarovani osebi pri nujnem zdravljenju poškodb tudi druge pripomočke, ki jih potrebuje v okviru nujnega ambulantnega zdravljenja«.

**SP2/KRG/13 (17/471) Kako obračunavati mehki ali mavčev Desault povoj zaradi zloma v rami, ker ga ni v Zeleni knjigi, mavčev cingulum pa je veliko manj zahteven, prav tako ni zabeležena mavčeva minerva?**

**Odgovor:** Velja isti odgovor kot pri prejšnjem vprašanju.

**SP2/KRG/14 (17/472) Pri zlomu ključnice pacient dobi oprt. Ali je pravilno obračunan oprt (83305) in prosim za razlago kdaj se obračuna specialna mitela (82305)?**

**Odgovor:** Velja isti odgovor kot pri prejšnjem vprašanju.

**SP2/KRG/15 (17/473) V primerih, ko obravnava oseba želi namesto standardnega plastični mavec je le za tega samoplačnik. V zvezi s tem sprašujemo, katere storitve lahko zaračunamo Zavodu v primeru namestitve plastičnega mavca, saj je tudi pri tem potrebno opraviti meritve, ravnanje, izbiro velikosti in namestitev?**

**Odgovor:** Zavodu lahko zaračunate storitve v povezavi z namestitvijo v enakem obsegu, kot če bi šlo za aplikacijo standardnega mavca. Pri opredelitvi za plastični mavec zavarovana oseba plača razliko v ceni med navadnim in plastičnim mavcem

**SP2/KRG/16 (20/541) S katero šifro iz Zelene knjige je možno obračunavati pregled nazofarinksa in pregled epifarinksa? Po neformalnih informacijah obračunavajo nekateri izvajalci ti storitvi s šifro 16010 za pregled nazofarnksa in 16020 za pregled epifarinksa, ki jih ni v Zeleni knjigi. Gre za endoskopski pregled nosu in nosnega žrela. torej za dodatni pregled z optiko, potem ko je bil srednje obsežni (02003), delni (01003) ali kratek lokalni (0002) pregled že obračunan in opravljen. Žal seveda optik na hladno svetlobo v 70 letih še ni bilo v uporabi, zato seveda razumem, da storitev, ki so opravljene na ta način v zeleni knjigi še ni. danes pa so seveda stvari drugačne in brez tega, natančnejšega pregleda bolnika s težavami v področju zgornje čeljusti, nosu in obnosnih votlin ni. Taka preiskava, ki je sicer hitra, poceni in za bolnika ni obremenjujoča, prihrani marsikatero slikovno preiskavo. je pa res, da je zanjo potreben dodaten čas, dodatni instrumenti, kar seveda opravičuje in zahteva tudi dodatno vrednotenje.**

**Odgovor:** Z medicinskega oziroma kliničnega vidika ni nesporazuma. Endoskopski pregled nosu in nosnega žrela (posebej z instrumentom na hladno svetlobo) ni nekaj, kar bi hoteli kategorično oporekati kot posebno storitev. Sami navajate, da take možnosti v 80. letih ni bilo na razpolago. RSK za ORL področje je tisti, ki lahko daje pobudo za uvedbo ločenega evidentiranja in obračunavanja storitev - seveda z ustrezno utemeljitvijo. S formalnega vidika, ZZZS teh storitev ne morete obračunavati, ne glede na količino oziroma potrebo izvajanja, dokler ni potrjena uvedba nove storitve v ločen obračun.

**SP2/KRG/17 (25 - 2011) Kakšen je pravilen način obračunavanja proktoloških ambulantnih posegov?**

**Odgovor:** V primeru opravljenega enega posega (bodisi proktoskopije bodisi rektoskopije) izvajalec lahko Zavodu poleg obračuna posega po novem standardu dodatno obračuna samo še Razširjen pregled pri zdravniku v specialistični dejavnosti v primeru prvega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 3004) oziroma Delni pregled v specialistični dejavnosti v primeru kontrolnega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 1003). Dodatni obračun Začetne ali celotne specialistične ambulantne zdravstvene oskrbe v operativnih strokah v primeru prvega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 11003) oziroma Nadaljnje ali delne specialistične ambulantne oskrbe v operativnih strokah v primeru kontrolnega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 11304) ni možen.

V primeru opravljenih kombinacij posegov (na primer proktoskopija in ligatura, proktoskopija in sklerozacija, ipd.) izvajalec lahko Zavodu obračuna posege po novih standardih (vsakega posebej), ne more pa dodatno obračunati Razširjenega pregleda pri zdravniku v specialistični dejavnosti v primeru prvega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 3004) oziroma Delnega pregleda v specialistični dejavnosti v primeru kontrolnega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 1003). Prav tako izvajalec ne more Zavodu obračunati Začetne ali celotne specialistične ambulantne zdravstvene oskrbe v operativnih strokah v primeru prvega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 11003) oziroma Nadaljnje ali delne specialistične ambulantne oskrbe v operativnih strokah v primeru kontrolnega pregleda (šifra po Zeleni knjigi: 11304).

**SP2/KRG/18 Kakšen je pravilen način obračunavanja opravljenih storitev, če je zavarovana oseba naročena po urgentni obravnavi v kirurški ambulanti na kontrolni pregled? Kontrolni pregled se opravi na isti lokaciji kot poteka dežurstvo. Kako se obračunavajo opravljene storitve kontrolnih pregledov– z ali brez doplačila PZZ?**

**Odgovor:** Kontrolni pregledi se obračunajo kot to določa veljavna metodologija, z ustreznim doplačilom (glede na razlog napotitve in obravnave v dežurstvu). Lokacija opravljenega pregleda – organizacijski del zdravstvene dejavnosti ne spremeni vsebinskega dela za obračun (kontrola nekega akutnega dogodka ni več obračunska enota dežurne službe).

# OKULISTIKA

**SP2/OKUL/1 (1/15) Kdaj je možno zaračunati “razširjen pregled”?**

**Odgovor:** Razširjen pregled je možno zaračunati v primeru, če sta bila dejansko pregledana dva ali več telesnih sistemov in so ugotovitve evidentirane v kartoteki. Na tej podlagi ni utemeljeno evidentiranje te storitve pri okulistih, če so opravili le pregled enega ali obeh očes in pri tem tudi pregled očesnega ozadja. Tak pregled je mogoče obračunati kot “delni pregled”.

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

**Odgovor:** Besedilo Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja, ki ga citirate velja. Okulisti večkrat izražajo nenaklonjenost obravnavi zavarovanih oseb brez napotnice. Dejstvo, da zavarovana oseba nima napotnice okulistu ne preprečuje pregleda v obsegu, ki ga opredeljuje strokovna doktrina. Prav nasprotno. Bistveno je, da se upošteva doktrina, da je to namenski pregled, in da je obseg opravljenega dela ustrezno dokumentiran.

**SP2/OKUL/3 (20/546) Ali se v okulistiki lahko obračunava šifra 01010 (delni pregled duševno ali telesno bolnih oseb s hujšimi motnjami...)?**

**Odgovor:** Za omenjena stanja se lahko obračunava delni pregled s šifro 01010 tudi na področju okulistike.

**SP2/OKUL/4 (20/547) Ali pri pacientih, pri katerih ugotovimo neko okulistično nujno stanje, lahko opravimo pregled brez napotnice ali ga moramo predhodno poslati k zdravniku po napotnico. Ali ga v primeru, ko nima napotnice, lahko pošljemo na terciarni nivo?**

**Odgovor:** Praviloma osebni zdravnik oziroma nadomestni ali dežurni zdravnik prvi pregleda in oskrbi bolnika z akutnim obolenjem ali akutnim poslabšanjem kronične bolezni ter ga v primeru potrebe po napotitvi usmeri z napotnico in ustreznim pooblastilom ter oznako glede nujne, hitre ali redne obravnave v ambulanto na sekundarnem nivoju. Če okulist ob pregledu slabovidnosti, ugotovi še neko akutno bolezensko dogajanje, ki potrebuje njegovo obravnavo, le- to lahko opravi brez napotnice. Če bolnikovo zdravstveno stanje zahteva, lahko tudi pošlje bolnika na terciarni nivo.

**SP2/OKUL/5 (20/548) Ali mora izvajalec v okviru opravljanja okulistične dejavnosti opraviti tudi dva ambulantna pregleda (enega pred operacijo katarakte, drugega po operaciji), kako, je v tem primeru z obračunom obeh?**

**Odgovor:** Če sta pregleda vezana na operacijo (pred ali po), se ne smeta posebej zaračunati, saj sta že vračunana v ceno operacije. Če gre pri bolniku zgolj za okulistični pregled, ki mu ne sledi operacija, pa se pregled lahko zaračuna posebej.

**SP2/OKUL/6 (20/549) Zavarovanki, ki ima zmanjšano sekrecijo solz (po operaciji katarakte je prišlo do keropatije desno in je potrebno kritje z amnijsko membrano) na Očesni kliniki enkrat mesečno menjajo mehko kontaktno lečo. Za menjavo leče in samo lečo ji ni potrebno plačevati. Zavarovanka je stara 80 let, doma iz Selc nad Škofjo Loko in bi ji bilo veliko lažje, če bi menjavo leče lahko opravljala pri oftalmologiji v Škofji Loki. Ali lahko oftalmologinjo opravi to storitev ambulantno (v tem primeru bi ZO lečo dobila pri zdravnici, ki bi opravila tudi menjavo). Kakšno storitev lahko obračuna?**

**Odgovor:** Ob dejstvu, da je bil predpis opravljen in tudi uvajanje v nošenje kontaktnih leč, je samo vsakokratno menjavo mogoče obračunati s šifro 01003 - delni pregled v vrednosti 2,08 točke in šifro 11304 - nadaljnja oskrba v operativni stroki - 1,14 točke.

**SP2/OKUL/7 (20/550) Ali lahko opravljamo in beležimo storitev s področja okulistike s šifro 12222 v diabetološkem dispanzerju UKC Ljubljana (očesno ozadje slika VMS/DMS v diabetološkem dispanzerju VSEM z diagnozo diabetes; sliko posreduje na očesno kliniko; sliko odčita specialist okulist, izvid posreduje nazaj na mesto izdelave posnetka, to je v diabetološki dispanzer; obračuna se storitev le v diabetološkem dispanzerju) ?**

**Odgovor:** Zdravstveno storitev s šifro 12222 opravlja, beleži in posledično obračunava le okulistična stroka, kamor pa diabetološki dispanzer ne sodi.

**SP2/OKUL/8 (24 OKUL/1 – 2011) Ali pri pacientih, kjer ugotavljamo nujno stanje, okulistični pregled lahko opravimo brez napotnice?**

**Odgovor:** Za okulistiko veljajo identična navodila kot za ostale specialistične dejavnosti – zaradi nujnega stanja ima bolnik pravico do pregleda brez napotnice.

**SP2/OKUL/9 (24 OKUL/2 – 2011) Ali je tekst pod šifro 51201 pravilen – odstranitev tujka iz mrežnice z magnetom? (zadnji Sklep UO za obračunavanje storitev na področju okulistike)**

**Odgovor:** Pod šifro 51201je pravilen tekst kot je v Zeleni knjigi - odstranitev tujka iz roženice z magnetom.

**SP2/OKUL/10 (24 OKUL/3 – 2011) Ali se v okulistiki lahko obračunava šifra 01010 (delni pregled duševno ali telesno bolnih oseb s hujšimi motnjami… )**

**Odgovor:** Šifra se lahko obračunava tudi v okulistiki, če obstaja opisano stanje bolnika, ki obračun takšnega pregleda utemeljuje.

**SP2/OKUL/11 (24 OKUL/4 – 2011) Ali se v okulistiki lahko uporabljajo in pišejo šifra 41691 (zdravniško potrdilo), šifra 41692 (zdravniško spričevalo) in šifra 97401 (razna individualna potrdila)?**

**Odgovor:** Šifri 41691 in 41692 sta navedeni v veljavnih šifrantih za obračun med storitvami screening preiskav oz. med storitvami sistematike, zato jih ni moč obračunavati na področju okulistike. Enako velja za šifro 97401 (sociopsihološka in druga specializirana terapija).

**SP2/OKUL/12 (24 OKUL/5 – 2011) Bolnik prihaja z napotnico splošnega zdravnika zaradi slabšega vida, okulist ugotovi katarakto. Ali lahko ta pregled zaračunate?   
Napotnico za operacijo katarakte dobite od kolega okulista. Ali lahko prvi pregled zaračunate?**

**Odgovor:** Če ste za bolnika «primarni« okulist, lahko na napotnico naredite in zaračunate celoten pregled. Na isto napotnico ga lahko pošljete še na dodatne preiskave in na operativni poseg (v okviru časovnega pooblastila na napotnici).

Če je kolega okulist že postavil indikacijo za operacijo katarakte, pregleda pred in po operaciji ne smete zaračunati (Splošni Dogovor).

**SP2/OKUL/13 (24 OKUL/6 – 2011) Ali se pri opravljanju, beleženju in posledično obračunavanju storitev v specialistični okulistični ambulanti še lahko uporablja dogovorjene in pisno odobrene nadomestne šifre, ki jih sicer ni v veljavnem šifrantu za obračun?**

**Odgovor:** Vedno velja zadnja pisna in objavljena razlaga veljavnih obračunskih šifer (Navodila, sklepi UO!).

**SP2/OKUL/14 (24 OKUL/7 – 2011) Ali se lahko obračunavajo storitve oz. oskrba brez pregleda?**

**Odgovor:** Posamezne storitve se lahko obračunavajo brez pregleda, oskrba pa se lahko obračunava le skupaj s pregledom.

**SP2/OKUL/15 (24 OKUL/8 – 2011) Kako lahko obračunavamo pahimetrijo?**

**Odgovor:** Pahimetrija ni storitev navedena v veljavnih šifrantih za obračun, zaenkrat se ne obračunava iz sredstev OZZ.

**SP2/OKUL/16 (24 OKUL/9 – 2011) V katerih primerih opredeli izbrani zdravnik na napotnici časovno pooblastilo eno leto?**

**Odgovor:** Časovna opredelitev eno leto je utemeljena le v izjemnih primerih, ko osebni zdravnik napoti bolnika k okulistu v dolgotrajno kontrolo zaradi kroničnega stanja oz. diagnoze in so zaradi nestabilne klinične slike potrebne pogoste kontrole (npr: diabetes, glavkom).

**SP2/OKUL/17 (24 OKUL/10 – 2011) Ali zdravljenje diabetične retinopatije pokriva OZZ v celoti?**

**Odgovor:** Zdravljenje posledic diabetesa (diabetična retinopatija) ne pokriva OZZ v celoti; v skladu z določili Sklepa kot priloge Navodila o beleženju, evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev se storitev obračuna 85%, sredstvom OZZ, 15% pa je doplačilo PZZ.

**SP2/OKUL/18 (24 OKUL/11 – 2011) Kako se lahko beleži in obračuna navodilo za dajanje atropinskih kapljic za skijo in razlago okluzije?**

**Odgovor:** Storitve so vključene v ceno pregleda/oskrbe in jih posebej ne moremo obračunati

**SP2/OKUL/19 (24 OKUL/12 – 2011) Ali se predpis RP za očala obračuna kot RP za zdravila?**

**Odgovor:** Naročilnice za očala ne moremo obračunati posebej.

**SP2/OKUL/20 (24 OKUL/13 – 2011) Ali se pri prebrizgavanju solzevodov posebej zaračuna anestezija?**

**Odgovor:** Pri prebrizgavanju solzevodov se anestezija NE sme zaračunati posebej.

**SP2/OKUL/21 (24 OKUL/14 – 2011) Ali je zavarovana oseba, ki ne izpolnjuje pogojev za predpis kontaktnih leč, glede na določila pravil OZZ pri »obravnavi« za le-te samoplačnik?**

**Odgovor:** Če zdravnik na podlagi pregleda vidne ostrine ugotovi, da zavarovana oseba glede na določila Pravil OZZ in določene medicinske kriterije ne izpolnjuje pogojev za predpis kontaktnih leč v breme OZZ, zavarovana oseba pa zahteva predpis kontaktnih leč, potem je nadaljnja obravnava v zvezi s predpisom kontaktnih leč samoplačniška (Pravila OZZ).

**SP2/OKUL/22 (24 OKUL/15 – 2011) Katero šifro lahko obračunamo za odstranitev tujka roženice?**

**Odgovor:** Za odstranitev tujka roženice je dopustno uporabiti šifro odstranitve tujka veznice tj. šifra 51101.

**SP2/OKUL/23 (24 OKUL/16 – 2011) Ali se obračuna preiskava GDX HRT?**

**Odgovor:** Storitve se ne more obračunati sredstvom OZZ.

**SP2/OKUL/24 (24 OKUL/17 – 2011) Ali se lahko za ambulantne posege uporabljajo šifre za dnevni hospital?**

**Odgovor:** Za ambulantne posege se ne morejo uporabljati šifre za dnevni hospital.

**SP2/OKUL/25 (24 OKUL/18 – 2011) Katero šifro lahko uporabljamo za odstranitev kornealnih, korneoscleralnih, vezničnih šivov?**

**Odgovor:** Za te storitve ni posebnih šifer in jih posebej ne morete obračunati, so zajete v oskrbi.

**SP2/OKUL/26 (24 OKUL/19 – 2011) Kdaj lahko obračunamo istočasno nekontaktno tonometrijo in aplanacijsko tonometrijo?**

**Odgovor:** Teh dveh preiskav ne morete zaračunati istočasno.

**SP2/OKUL/27 (24 OKUL/20 – 2011) Kdaj lahko ponavljamo nekontaktno tonometrijo oz.elektronsko refraktometrijo?**

**Odgovor:** Nekontaktno tonometrijo lahko rutinsko obračunamo 1x letno (pri povišani vrednosti, t.j. sumu na glavkom – tudi večkrat, glede na izvid in presojo okulista!). Elektronsko refraktometrijo rutinsko 1x letno, razen če je izvid sumljiv, negotov, kar pa mora biti zabeleženo in utemeljeno v medicinski dokumentaciji.

**SP2/OKUL/28 (24 OKUL/21 – 2011) Kakšen naj bo obračun, ko urejamo zvišan očesni pritisk in moramo večkrat meriti IOP?**

**Odgovor:** Če gre za krivuljo je šifra 12292, sicer se obračuna le ena meritev na dan.

**SP2/OKUL/29 (24 OKUL/22 – 2011) Ali je operacija cross linking navedena v Zeleni knjigi in ali se lahko dela v breme OZZ?**

**Odgovor:** Omenjena operacija ni omenjena v veljavnih šifrantih za obračun in se ne more obračunati v breme sredstev OZZ.

**SP2/OKUL/30 (24 OKUL/23 – 2011) Ali je pri diagnozi keratokonus možno opraviti kako drugo operacijo v breme OZZ oz je možno omenjeno napako popraviti na kak drug način ( očala, leče) na račun OZZ?**

**Odgovor:** Opravljene operativne posege je moč obračunati s šifro 51250.

**SP2/OKUL/31 (26 OKUL/ 1 – 2012) V novih standardih za zdravljenje starostne degeneracije mrežnice sta navedeni tudi preiskavi fluoresceinska angiografija očesnega ozadja (FA) in indocianinska angiografija očesnega ozadja (ICGA). Kako lahko obračunamo navedeni storitvi v primerih, ko obravnavamo bolnike z drugo patologijo?**

**Odgovor:** ICGA se lahko obračuna le v kompletu z anti VEGF terapijo (v skupinah, kot sta objavljeni v Občasniku), izven tega se ta preiskava ne more obračunavati (ni bila navedena v prenovljenem oziroma dopolnjenem seznamu storitev po ustaljenem protokolu). FA se lahko obračunava tudi kot samostojna storitev, saj je navedena v Zeleni knjigi kot eden od diagnostičnih posegov s šifro 18020.

*Opozorilo*: Storitev ne morete obračunavati v primerih, ko je zavarovana oseba na bolnišničnem zdravljenju in se za zdravljenje obračunava SPP.

# OTORINOLARINGOLOGIJA (ORL)

**SP2/ORL/1 (14/306) V času zdravljenja na Kliniki za otorinolaringologijo ali na kliniki za druge dejavnosti se pojavljajo primeri, ko zdravnik otorinolaringolog ugotovi, da oseba potrebuje slušni aparat. Ali je mogoče zavarovancu, ob konzilijarnem pregledu v teku bolnišničnega zdravljenja, predpisati naročilnico za medicinsko tehnični pripomoček – slušni aparat?**

**Odgovor:** Predpis slušnega aparata na opisan način je mogoč, če ima napotni specialist ustrezno pooblastilo na napotnici (pooblastilo št. 3). Vendar pa to velja samo za dejavnost, zaradi katere je bil bolnik napoten na zdravljenje.

**SP2/ORL/2 (18/516) Ali v breme OZZ zavarovani osebi lahko predpiše medicinsko tehnični pripomoček iz področja audiologije - slušni aparat, v času bolnišničnega zdravljenja in ali za predpis tega MTP v navedenem primeru mora zavarovana imeti še napotnico audiolologa?**

**Odgovor:** Pripomoček iz področja audiologije je mogoče predpisati zavarovani osebi tudi med bivanjem v bolnišnici, če je osebni zdravnik izdal temu primerno naročilnico in prenesel na specialista pooblastila.

**SP2/ORL/3 (20/542) Ali kontrolni foniatrični pregled tudi vrednotim kot kratek lokalni pregled (tako kot v okulistiki)?**

**Odgovor:** Da.

**SP2/ORL/4 (20/543) Kaj naj bi obsegal foniatrični pregled več kot običajen ambulantni pregled v ORL (razširjen pregled)?**

**Odgovor:** Praviloma delni pregled, izjemoma srednje obsežen (kombinacija pregleda organa z nevrosenzorno komponento - en telesni sistem). Razširjenega pregleda za ta namen ni možno obračunati.

**SP2/ORL/5 (20/544) Kako naj bodo beležene logopedske storitve. Zanima me ali jih moram sploh kontrolirat? V specifikaciji so navedene. Ali je dovolj datum ali pa mora biti še kaj zabeleženo.**

**Odgovor:** Logoped vodi svojo ločeno dokumentacijo, v kateri opiše vse opravljene postopke in mora biti dosegljiva (obseg obravnave glede na indikacijo).

**SP2/ORL/6 (20/545) Zanima me, kaj je s šiframi kot na primer: 94171 terapija pri motnjah glasu, 94182 terapija oseb z motnjo, 94168 senzomotorna stimulacija, 94169 terapija pri motnjah požiranja, 94163 terapija za artikulacijske motnje. V zeleni knjigi in šifrantu na ZZZS strani jih ne najdem. Ali je bil sklenjen kakšen poseben dogovor oz. ali so si sami zamislili šifro?**

**Odgovor:** Nov seznam logopedskih storitev je v Priročniku št. 3/ Priloga 5 /Priloga 4 k Sklepu o načrtovanju, beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev – Seznam logopedskih storitev .

**SP2/ORL/7 (26 ORL/ 1 – 2012) Katere vrste pregledov se evidentira in obračuna v otorinolaringološki (ORL) ambulanti?**

**Odgovor:** V ORL ambulanti se evidentira in obračuna naslednje preglede:

- kratek pregled - ko je opravljen in v dokumentaciji zabeležen pregled enega področja (obeh ušes ali nosu ali grla);

- delni pregled – ko je opravljen in v dokumentaciji zabeležen pregled vsaj dveh področij;

- srednje obsežen pregled – ko je opravljeno in v dokumentaciji zabeleženo pregled obeh ušes (otoskopija), sprednja in zadnja rinoskopija, pregled ustne votline in žrela, indirektnoskopski pregled grla ter spodnjega dela žrela ter iztipanje bezgavk na vratu;

- razširjen pregled – ko je opravljeno in v dokumentaciji zabeleženo sledeče: pregled obeh ušes (otoskopija), sprednja in zadnja rinoskopija, pregled ustne votline in žrela, indirektoskopski pregled grla ter spodnjega dela žrela ter iztipanje bezgavk na vratu, preizkus sluha s šepetom, preizkus sluha z glasbenimi vilicami in preizkus ravnotežja (po Rombergu).

*Opozorilo*: S tem preklicujemo vse odgovore v zvezi z opravljenimi storitvami pregledov. iz predhodno izdanih navodil (Navodilo št. 18, odgovor na vprašanje 517, Navodilo 24, odgovor ORL/1-2011).

# RENTGEN (RTG)

**SP2/RTG/1 (1/16) Ali se lahko zaračuna več endoskopskih in ehokardiografskih preiskav ob enem posegu?**

**Odgovor:** Ob endoskopskih in ehokardiografskih preiskavah je možno ob enem posegu zaračunati le eno izmed storitev iz poglavja “endoskopija alimentarnega trakta” (šifra: 1630(0)) oz. le eno izmed storitev, opredeljenih pod šifro 16301 ali 16302. Iz tega izhaja, da ni sprejemljivo hkratno zaračunavanje ezofagoskopije, gastroskopije, duogenoskopije ali globoke duodenoskopije ob isti preiskavi osebe. Izvajalec lahko obračuna najzahtevnejšo storitev, ki jo je pri preiskavi opravil, ne more obračćunati več storitev.

**SP2/RTG/2 (3/90) Kako se beleži denzitometrija?**

**Odgovor:** Denzitometrija se beleži z novo šifro 36195 in je ovrednotena z 9,5 točkami. V sestavi tima sta 1 zdravnik in 1 višja medicinska sestra in traja 25 minut. Na račun Zavoda se te storitve opravljajo, če jih indicira izbrani osebni zdravnik oz. specialisti (npr. internisti, ortopedi, fiziatri, ginekologi, kirurgi...), ki imajo ustrezno pooblastilo izbranega osebnega zdravnika. Presejalno opravljanje teh storitev, pregledi na željo pacientov in pregledi v okviru preventivnih programov ne sodijo med pravice iz obveznega zavarovanja.

**SP2/RTG/3 (5/110) Ali je možno za odčitavanje rentgenskih slik in drugih funkcionalno diagnostičnih postopkov zaračunavati konzultacijo?**

**Odgovor:** Za odčitavanje rentgenskih slik in drugih funkcionalno diagnostičnih postopkov ni možno zaračunavati konzultacije. Odčitavanje rentgenskih slik je sestavni del šifre rentgenologa, ponovno odčitavanje slik pri drugih specialistih je vključeno v oskrbo. Ne more biti dvakratnega odčitavanja rentgenskih slik. Enako velja za interpretacijo drugih funkcionalno diagnostičnih postopkov.

**SP2/RTG/4 (5/111) Kako se obračunava mamografija dojk?**

**Odgovor:** Na področju mamografije uvajamo novo storitev s šifro 32821. Mamografija se tako evidentira z naslednjima storitvama:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Norm. v min. | Točke |
| 32820 | Mamografija dojke v dveh smereh | 1 zdravnik specialist  1 ing. radiologije | 15 | 5,70 |
| 32821 | Mamografija obeh dojk, vsaka v dveh projekcijah (4 slike) | 1 zdravnik specialist  1 ing. radiologije  1 zdravstveni tehnik | 15  30  15 | 9,70 |

Kadar se opravi mamografija ene dojke, se evidentira storitev s šifro 32820, kadar pa se opravi mamografija obeh dojk, se evidentira storitev s šifro 32821.

**SP2/RTG/5 SP2/5 - RTG (06/117 – 1998)) Kako se obračunavajo rtg storitve v pljučni diagnostiki: postavitev novih normativov za šifro 31501 - slikanje prsnih organov v eni projekciji in šifro 31302 - slikanje prsnih organov v dveh smereh.**

**Odgovor:** RTG storitve v pljučni diagnostiki se še vedno evidentirajo s šiframi 31501 in 31302 po obstoječem enotnem seznamu zdravstvenih storitev - Zelena knjiga, ki je še vedno veljavna. Točkovni in kadrovski normativi za te storitve se ne spremenijo.

**SP2/RTG/6 (7/129) Pri rentgenskih (RTG) preiskavah, kjer se uporabljajo kontrastna sredstva, pljučni radiografiji, ter pri slikanju zobovja so navodila razumljivo napisana. Več nejasnosti pa nastajapri beleženju storitev skeletne diagnostike. Ti dve šifri storitev in sicer: 31001 - slikanje skeleta v dveh projekcijah in 31002 - specialno slikanje skeleta (vsaka ekspozicija)  
Da bi se izognili nesporazumu pri vrednotenju dela na RTG oddelku vas prosimo, da nam odgovorite, kako bi se pravilno ovrednotilo z zgoraj navedenimi šiframi naslednje primere:**

**1. Slikanje glave v obeh projekcijah   
2. Slikanje obnosnih votlin   
3. Slikanje reber (zgornjih 1-8, 9-12)   
4. Slikanje lumbosakralnega prehoda   
5. Slikanje ledvene hrbtenice  
6. Slikanje acromioclavicularnega sklepa   
7. Funkcionalno slikanje vratne hrbtenice  
8. Slikanje kolkov aksialno   
9. Slikanje pete   
10. Slikanje ramena.**

**Primeri, ki vam jih navajamo, so med seboj neprimerljivi po porabljenem času ter po količini porabljenega materiala, tudi po količini potrebnega sevanja.**

**Odgovor:** Od naštetih primerov RTG slikanj sodi med funkcionalna oziroma med specialna slikanja funkcionalno slikanje vratne hrbtenice in eventualno še slikanje kolkov aksialno (zap. št. 7 in 8).

Vsa ostala navedena slikanja so rutinska, s posnetkom v eni ali dveh projekcijah. Zanje se uporabi šifra 31001. Kadar pri RTG slikanjih navedenih pod zaporedno št. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 9 in 10, rentgenolog naknadno posebej indicira dodatne ekspozicije in definira projekcije, so to storitve, ki so vsebinsko podobne specialnemu slikanju in se za te dodatne posnetke lahko uporabi šifra 31002.

**SP2/RTG/7 (9/167) Kako se beležijo opredeljene rtg storitve v Zeleni knjigi?  
-koleno AP in LAT. poraba 2 filma (18x24), 2 ekspoziciji  
-koleno AP in LAT. poraba 1 film (24x30), 2 ekspoziciji  
-obe koleni AP in LAT. poraba 1 film (30x40), 1 ekspozicija  
 2 filma (18x24), 2 ekspoziciji  
-pljuča PA, poraba 1 film (35x35), 1 ekspozicija  
-pljuča profilno, poraba 1 film (35x35), 1 ekspozicija  
-pljuča PA in profilno, poraba 2 filma (35x35), 2 ekspoziciji**

**Pri slikanju zob na našem oddelku slikamo zob z dolgim tubosom, kakšno je točkovanje v tem primeru? Sedaj je naša točka le 1.13 kot navaden posnetek zob. Uporabljamo tudi XCP držala, kako je s točkovanjem v tem primeru? Po Zeleni knjigi nam pripada 4.15 točke, sedaj vpisujemo 1.13.**

**Odgovor:** Pri RTG slikanjih skeleta je mogoče uporabiti dve šifri iz Zelene knjige 31001-slikanje skeleta v dveh projekcijah ter 31002-specialno slikanje skeleta (vsaka ekspozicija).

Pri slikanju kolena v variantah kot jih prikazujete ne odloča neposredno poraba enega ali več filmov oz. njihova velikost. Uporabi še šifra 31001. V kolikor zdravnik dodatno naroči na napotni listini posebno projekcijo poleg naštetih standardnih, se vsaka od teh dodatnih ekspozicij obračuna s šifro 31002.

Za evidentiranje rtg slikanja pljuč, se uporabi šifra 31501 v primeru, ko je potrebna ena ekspozicija v standardni projekciji oz. šifra 31302, če se opravi dve ekspoziciji v standardnih projekcijah. V kolikor so na tej osnovi naročene dodatne nestandardne projekcije (npr. polstranska), se vsak dodatni posnetek evidentira in zaračuna s šifro 31501. Poraba števila filmov in njihovega formata ne vpliva na izbor šifre, ker so materialni stroški preračunani na celoto.

V Navodilih za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev št. 7 pri odgovoru pod št. 129 je obrazloženo, kdaj slikanje sodi med funkcionalno oz. specialno (šifra 31002) in kdaj v standardno (šifra 31001).

Standardne individualne slike zob se evidentirajo s šifro 31010 in obračunavajo v vrednosti 2,3 točke (delitev vrednosti med izvedbo in odčitavo je stvar notranjega dogovora med izvajalci v njihovi ustanovi).

Uporaba tehničnih pripomočkov oziroma izboljšav za slikanje zob predstavlja sicer napredek, vendar zaradi tega ni možno uporabiti druge šifre oziroma drugačnega vrednotenja. V praksi prihajata v upoštev za obračun RTG dejavnosti v zobozdravstvu le šifri 31010 in 31040. Slednja storitev se obračuna le enkrat, tudi če je bila slikana vsaka čeljust posebej.

Ostale šifre, ki so navedene v Zeleni knjigi (31011, 31012, 31060) sicer veljajo, predstavljajo pa posebna slikanja, ki so redkost in prihajajo v upoštev v glavnem na kliniki.

**SP2/RTG/8 (10/203) Zdravnik specialist ob odčitavi rentgenske slike poda dodatna pojasnila (zraven izvida tudi mnenje, predlog nadaljnjega zdravljenja) in predlaga terapijo (ne izda recepta). Ali lahko v teh primerih zraven rentgenskega slikanja obračunamo tudi konzultacijo - šifra 11604?**

**Odgovor:** V nobeni RTG ambulanti, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za to dejavnost, se ne morejo obračunavati specialistični pregledi in oskrbe ali konzultacije. Izjemoma sme rentgenolog obračunati konzultacijo (šifra 11604), če npr. postavlja indikacijo za kompleksno radiološko diagnostiko, ki pa jo ne izvede sam. Izvedba diagnostike, odčitava slik, nasveti in komentarji v povezavi z odčitavo oz. diagnostiko, pa so del obračunane rtg storitve (npr. šifra 31501 - 2,65 točk), kar je razloženo v Navodilih št. 5, odgovor 110.

**SP2/RTG/9 (10/204) Splošni zdravnik izda delovni nalog pacientu za rtg slikanje. Delovni nalog naj bi se izdal tudi v primerih, ko ni potrebno sodelovanje zdravnika. a) Ali je zavod, ki opravi rtg slikanje na podlagi delovnega naloga dolžan zagotoviti tudi zdravnika specialista, da to sliko odčita? b) Kaj je osnova za obračun storitve, če izvida zavod ni dolžan izdati? c) Ali se zahteva napotnico, če morata biti podana izvid in mnenje?**

**Odgovor:** Izbrani osebni zdravnik lahko izda pacientu delovni nalog za slikanje namesto napotnice. To stori takrat, ko rentgenolog nima neposredno opravka s pacientom. To seveda ne pomeni, da odčitava slik v takih primerih ni potrebna. Zavodu namreč za vsako slikanje obračunate celotno storitev, torej slikanje in odčitavo. Pogodbeno opredeljene rtg dejavnosti se ne more izvajati, če ni ustreznega strokovnega kadra (lahko tudi zunanji sodelavec), v tem primeru rentgenologa in radiološkega inženirja.

Napotnica za RTG je potrebna takrat, ko pride rentgenolog pri diagnostičnem postopku neposredno v stik s pacientom npr. pri diaskopiji pljuč, neposrednem spremljanju ob kontrastnih preiskavah.

Na osnovi napotnice pacient lahko izbira zdravnika specialista, z delovnim nalogom pa je napoten za storitve h konkretnemu izvajalcu (praviloma najbližjemu) in v tem je bistvo razlike. Odčitava je, poleg samega slikanja, pogoj za plačilo storitve, saj vsaka storitev vključuje tako slikanje kot odčitavo. Ni pa od odčitave odvisno, ali bo izdan delovni nalog ali napotnica.

**SP2/RTG/10 (10/210) Ali pomeni, da od 1.7.2000 obstajata dve vrsti napotnic: specialistične (kadar osebni zdravnik želi izvid specialista rentgenologa) ter delovni nalog (kadar osebni zdravnik želi le RTG sliko)? Kako to šifrirati?**

**Odgovor:** Kadar izbrani osebni zdravnik naroča storitve z delovnim nalogom, si zavarovana oseba ne more izbirati niti izvajalca (ker to ni zdravnik v neposrednem stiku s pacientom) niti zdravstvenega zavoda. Zavarovana oseba napotnico za rtg potrebuje takrat, ko ima rentgenolog z zavarovano osebo neposredno opravka (diaskopija, večina kontrastnih preiskav) in si v tem primeru lahko izbira tako rentgenologa kot ustanovo. Odčitavanje rtg slik ne vpliva na to ali se uporablja napotnica ali delovni nalog. Slika se vedno odčita, sicer bi bila nesmiselna njena izdelava. Zavodu se obračuna z ustrezno šifro storitve, ki vsebuje tako slikanje kot odčitavo.

**SP2/RTG/11 (10/217) Kako se evidentira in obračuna storitev Denzitometrija - Merjenje mineralne gostote kosti (DEXA).**

**Odgovor:** Za merjenje mineralne gostote kosti je določena šifra 36195, ki je ovrednotena s 9,50 točkami. Ta šifra se uporablja za obračun v primerih meritve kostne gostote nad lumbalnimi vretenci.

V primerih, ko gre za napredovale oz. zapletene primere osteoporoze in je zaradi postavitve pravilne diagnoze in predpisovanja terapije potrebno narediti merjenje kostne gostote nad kolkom, kar lahko odredi samo zdravnik specialist endokrinolog, se za obračun obveznemu zdravstvenemu zavarovanju uporablja nova šifra 36196, ki je ovrednotena s 6,56 točkami. To novo šifro uvajamo v sodelovanju s predstavniki stroke na osnovi pooblastila Ministrstva za zdravstvo. Uporablja se od 1.1.2001 dalje.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| šifra storitve | naziv storitve | kadrovski  normativ | časovni normativ  v min. | št. točk |
| 36195 | Denzitometrija - merjenje mineralne gostote kosti nad lumbalnimi vretenci | 1 zdravnik specialist  1 VMS | 25 | 9,50 |
| 36196 | Dodatno merjenje mineralne gostote kosti nad kolkom | 1 zdravnik specilist  1 VMS | 17 | 6,56 |

**SP2/RTG/12 (18/519) V katerih primerih se pri pacientu ob enkratnem obisku lahko dvakrat obračuna šifra 31001- Slikanje skeleta v dveh projekcijah.**

**Odgovor:** Navodilo oziroma pojasnilo glede ravnanja, evidentiranja in obračunavanja RTG storitev je podano v Navodilu za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev št. 9 / 167. Odgovor je sledeč: šifro 31001 se obračuna za slikanje naročene, opredeljene anatomsko-topografske regije oziroma dela telesa. Če se slika več *regij* oziroma delov, se obračuna vsak zase kot ena storitev. Število ekspozicij ob tem ne odloča.

**SP2/RTG/13 (18/520) Za RTG slikanje je s strani ZZZS z »Navodilom za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z delovnim nalogom« predpisana uporaba delovnega naloga (OBR. DN). Iz Navodila tudi sledi, da »ga izvajalec hrani v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe vsaj še eno leto po izvedeni storitvi«. Za naročanje RTG slikanja zob je že vrsto let v uporabi sledeč sistem: zobozdravnik na vrečko za RTG posnetke napiše svoje podatke, ime in priimek pacienta in naročene storitve. Po opravljenem slikanju RTG inženir na vrečko napiše svoje podatke in vanjo vloži posnetke. Vrečko s posnetki potem dobi napotni zobozdravnik, ki jo shrani v zdravstveno dokumentacijo pacienta. Ali smo na ta način zadostili vsem osnovnim zahtevam, ki izhajajo iz vašega Navodila?**

**Odgovor:** Navodila se nanašajo na celotno področje radiologije oziroma področje kjer se uporablja delovni nalog. (Obr. DN) in ne le na področje zobozdravstvene dejavnosti V primeru, ki ga opisujete in se nanaša na zobozdravstvo, delovni nalog ni potreben, ker gre za medsebojni odnos med zobozdravnikom in izvajalcem rentgenskih storitev znotraj zavoda oziroma so rentgenske preiskave (in tim, ki jih opravlja) vključeni v stomatološki tim in njegov program, Te storitve nato tudi obračuna stomatološki tim in ne gre za neposredno obračunavanje storitev v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja.

# ULTRAZVOK (UZ)

**SP2/UZ/1 (1/19) Kako se evidentira ultrazvočni pregled kolkov?**

**Odgovor:** Ultrazvočni pregled kolkov se evidentira kot veliki poseg K 0022.

**SP2/UZ/2 (3/77) Kako se beleži UZ testisa, kolkov?**

**Odgovor:** UZ posameznih organov se beleži kot ehoskopija (36190).

**SP2/UZ/3 (3/78) Kako se pravilno obračunava UZ preiskava ščitnice?**

**Odgovor:** Ugotavljamo, da UZ preiskavo ščitnice izvajalci zaračunavajo s šifro 36130, ki pomeni ehosonografijo trebušnih organov. Preiskava je vrednotena s 17,10 točkami in traja 45 minut dela zdravnika in sestre. V letu 1996 je bilo samo v KC obračunano čez 5000 teh preiskav, kar pomeni 3.750 ur dela. Primerjava s ceniki drugih držav pa pokaže, da ta preiskava lahko traja največ 15 minut. Za zagotovitev enotnega obračuna te storitve uvajamo šifro 36128 z vrednostjo 6.92 točke (20 minut zdravnika specialista in 20 minut zdravstvenega tehnika) ter šifro 36129 punkcija ščitnice z uporabo UZ, z vrednostjo 10,72 (dodatno 3,80 točke na šifro 36128). Obeh novih šifer ni mogoče obračunavati ob istem pregledu.

Izvajalci naj korigirajo svojo realizacijo z upoštevanjem novih šifer od 1.1.1997 dalje in podatke sporočijo OE Zavoda s katerimi so sklenili pogodbo.

**SP2/UZ/4 (4/92) Kako se lahko evidentira preiskava Doppler žil?**

**Odgovor:** Dopplersko preiskavo ožilja je možno evidentirati v skladu z veljavnim šifrantom za obračun z naslednjimi šiframi:

* 36103 - Merjenje segmentalnih sistoličnih pritiskov s pomočjo ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja. Je samostojna preiskava v nevrološki diagnostiki, s katero je možno dodatno registrirati UZ signal s pomočjo elektronskega pisala. Sistolični pritiski se merijo v nevrologiji v vratnem in čelnem predelu.
* 36125 - Merjenje segmentalnih sistoličnih pritiskov s pomočjo ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja. Je samostojna preiskava v angiološki diagnostiki. Možna je dodatna registracija UZ signala s pomočjo elektronskega pisala. Sistolični pritiski se merijo na štirih segmentih spodnjih udov in dveh segmentih zgornjih udov. Obe meritvi se izvajata simetrično s pomočjo UZ sonde in živosrebrnega manometra.
* 36126 - Merjenje gleženjskih sistoličnih pritiskov s pomočjo ultrazvočnega detektorja neposredno po obremenitvi s hojo. Sistolični pritiski se merijo s pomočjo ultrazvočnega Dopplerjevega detektorja in živosrebrnega manometra takoj po obremenitvi na tekočem traku, ki traja 5 minut. Merjenja se izvajajo v razmakih 1, 3, 5 in 10 minut. To je dopolnilna preiskava v angiološki diagnostiki.

**SP2/UZ/5 (4/94) Prosimo za dodatno obrazložitev odgovora na vprašanje št. 77 o tem, kako se evidentira UZ kolkov in testisov, v Navodilu št. 3, z dne 9. 7. 1997. Ali pri storitvi 36190 ehoskopija ni potrebno narediti meritev?**

**Odgovor:** Storitev UZ pregleda kolkov in testisov se evidentira s šifro ehoskopije 36190. Do izdaje novega seznama ambulantnih UZ storitev je to edini možni način evidentiranja te storitve. Storitev zajema pregled parnih organov, torej se evidentira ena storitev za pregled obeh kolkov (ali testisov). Stroka mora opredeliti ali je pri tem potrebno opraviti tudi meritve. Te se evidentirajo z ustreznimi šiframi le, če so dejansko opravljene.

**SP2/UZ/6 (4/96) Kolikšen je časovni normativ za šifro 36129 - punkcija ščitnice z uporabo UZ z vrednostjo 10,72 točk. Pod šifro 36128 časovni normativ ni naveden, za šifro 36129 pa v odgovoru na vprašanje št. 78, Navodilo št. 3 časovni normativ (zdravnika in zdravstvenega tehnika) tudi ni naveden?**

**Odgovor:** šifra storitve opis storitve kadrovski norm. čas .norm. točke

36128 UZ preiskava ščitnice 1 zdravnik specialist 20 min. 6,92 tčk.

1 zdravstveni tehnik

36129 Punkcija ščitnice z 1 zdravnik specialist 30min. 10,72 tčk.

uporabo UZ 1 višja med. sestra 10 min.

1 zdravstveni tehnik 20 min.

**SP2/UZ/7 (4/102) Kako se evidentira doplerska preiskava ožilja?**

**Odgovor:** Za evidentiranje te preiskave se uvaja nova šifra storitve:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| Šifra | Opredelitev zdravstvene storitve | Kadrovski normativ | Čas/min. | Točke |
| 36104 | Ultrazvočna doplerska preiskava ožilja na glavi in vratu | 1 zdravnik specialist  1 višji zdr. delavec | 45 | 17,10 |

**SP2/UZ/8 (5/105) Kako se evidentira in obračunava pediatrična ehokardiografija, kjer so pri vsaki preiskavi opravljeni vsi trije elementi - ehokardiografije D1 in D2 ter dopplerska preiskava segmentnih sistoličnih pritiskov.**

**Odgovor:** Že v Navodilu št. 1. za evidentiranje in obračunavanje zdravstvenih storitev, vprašanje št. 16. je bil podan odgovor kako se zaračunava več ehokardiografskih preiskav ob enem posegu. Pri ehokardiografiji je moč obračunati le eno šifro in to šifro na katero se ehokardiografija nanaša. Tako ni mogoče skupaj pri eni preiskavi obračunati šifer: -36121, - 36122 in -36125. Zaradi uporabe kontrastnih sredstev in farmakodinamskih sredstev ni mogoče obračunati več šifer naenkrat. Izvajalec lahko obračuna najzahtevnejšo storitev, če jo je opravil, ne more pa obračunati več storitev. Točke se nanašajo na oceno delovne obremenitve zdravnika in ne na materialne stroške storitve ter amortizacija, ki je posebaj dogovorjena v pogodbi izvajalca z Zavodom.

**SP2/UZ/9 (6/120) Kako se beleži UZ pregled kolkov otrok v 1. in 3. mesecu starosti v pediatričnih dispanzerjih? Opravi se klinični pregled kolkov, ultrazvočni pregled obeh kolkov z ustreznimi meritvami ter posamezno sliko vsakega kolka za dokumentacijo. Istočasno se tudi dajo navodila glede eventualnega širokega povijanja. Ali lahko pregledujemo tudi paciente, ki jih je napotil izbrani privatni zdravnik in kdo je plačnik teh storitev?**

**Odgovor:** UZ kolkov se na primarni ravni v pediatričnih dispanzerjih in pri zasebnikih v 1. in 3. mesecu starosti otroka obračunava kot ena storitev - veliki poseg K 0022 - v obsegu 7,0 količnikov. Istočasno se ne morejo evidentirati še pregled kolkov in navodila za široko povijanje, ker je to že vključeno v sam sistematični pregled otroka v 1. in 3. mesecu starosti, ki ga opravi izbrani pediater. Zavarovance, ki jih napoti izbrani zasebni zdravnik, lahko UZ pregledujete, vendar morate imeti pismeno pooblastilo (napotnico) za opravljanje preventivnih storitev - UZ pregled kolkov. V teh primerih je plačnik teh storitev ZZZS, sicer pa naročnik pregleda.

**SP2/UZ/10 (6/121) Kako se obračunava in evidentira UZ diagnostika lokomotornega aparata? Ali se lahko uporablja šifro ehoskopije - 36190, ki se sedaj uporablja za evidentiranje UZ pregleda kolkov, tudi za evidentiranje storitev UZ diagnostike ostalih parnih sklepov in mišic.**

**Odgovor:** Za UZ diagnostiko parnih sklepov in mišic (lokomotorni aparat) se obračunava storitev s šifro 36190 - ehoskopija. Storitev zajema pregled parnih organov, torej se evidentira ena storitev za pregled dveh parnih sklepov in mišic. Storitev je potrebno ustrezno utemeljiti v medicinski dokumentaciji.

**SP2/UZ/11 (6/125) Zanima nas s katero šifro iz Zelene knjige lahko evidentiramo in obračunavamo storitev transkranialni dopler?**

**Odgovor:** Zaradi začasne ustavitve projekta posodobitve veljavnih obračunskih šifrantov Zavod sam več ne uvaja novih šifer specialističnih storitev; z delom bo lahko nadaljeval, ko bo Ministrstvo za zdravstvo določilo uradne predstavnike posameznih strok za sodelovanje pri posodobitvi Zelene knjige. V dodatku k Navodilom št. 4 o evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev je bila objavljena storitev “ultrazvočna doplerska preiskava ožilja na glavi in vratu” s šifro 36104, ki se uporablja že od 1. 12. 1997. Uporabi se lahko tudi za evidentiranje transkranialnega doplerja.

**SP2/UZ/12 (8/144) Katero šifro iz “Zelene knjige” naj uporabimo za evidentiranje in obračunavanje storitve dopler ledvic?**

**Odgovor:** Šifra za “dopler ledvic” v veljavnih šifrantih za obračun iz sredstev OZZ ne obstaja in je zato ne morete beležiti z nobeno od že obstoječih šifer storitev. Zaradi začasne ustavitve projekta posodobitve veljavnih obračunskih šifrantov Zavod sam ne uvaja več novih šifer specialističnih storitev. Z delom bo lahko nadaljeval, ko bo Ministrstvo za zdravstvo določilo uradne predstavnike posameznih strok za sodelovanje pri posodobitvi.

**SP2/UZ/13 (9/169) Katero šifro iz Zelene knjige uporabiti: a) pri transrektalnem ultrazvočnem pregledu prostate in katero šifro, v kolikor pri njem uporabljamo tudi barvno Dopplersko preiskavo ožilja, b) za ultrazvočno preiskavo tkiv npr. mišic v primeru kliničnega vprašanja rupture, c) pri ultrazvočni preiskavi sklepov?**

**Odgovor:** ad a) UZ prostate je možno evidentirati s šifro 36190, ehoskopija.

ad b, c) Enaka šifra se lahko uporabi pri pregledu pri rupturi mišice ter pregledu sklepov.

**SP2/UZ/14 (14/307) V dejavnosti Ambulante za bolezni dojk opravljamo tudi ultrazvočne preglede dojk. Katera šifra storitve se lahko beleži za ultrazvočni pregled dojk (36127?) in kolikokrat?**

**Odgovor:** Izvajalec obveznemu zdravstvenemu zavarovanju lahko beleži storitve rentgenološke oziroma ultrazvočne dejavnosti, če ima za to sklenjeno ustrezno pogodbo. Za ultrazvočni pregled dojk je mogoče šifro 36127 beležiti enkrat. Pri ultrazvočnih preiskavah se pregled parnih organov ne beleži dvakrat.

**SP2/UZ/15 (15/ 375) Pošiljamo vam strokovno utemeljitev za obračunavanje UZ preiskav ežil – arterij in ven, s katero dokončno opredelimo morfološko in funkcionalno stanje povrhnjega in globokega venskega sistema obeh spodnjih okončin. Glede na to, da v Kirurškem sanatoriju Rožna dolina d.d. vsak teden opravimo veliko število omenjenih storitev, prosimo, da nam vaš odgovor , kako lahko obračunavamo storitev, posredujete čimprej.**

**Odgovor:** Ultrazvočna diagnostika kroničnega venskega popuščanja je storitev, ki se lahko beleži in obračunava OZZ s šifro 36104 in točkovno vrednostjo 17,10 točke. V skladu z metodologijo je storitev možno beležiti le enkrat, ne glede na to, če je bila opravljena na eni ali obeh okončinah.

**SP2/UZ/16 (17/478) Po uveljavljenih kliničnih smernicah je UZ ščitnice obvezna preiskava ob prvem specialističnem pregledu. Če je indikacija, se ponavlja tudi ob kontrolnih pregledih. UZ vodena punkcija ščitnice se izvaja, če je indicirana na podlagi predhodnega UZ pregleda in scintigrafije. Kako se pravilno obračunava (oziroma katera šifra se beleži) ob navedenih preiskavah ščitnice?**

**Odgovor:** Za UZ preiskavo ščitnice se uporablja šifra 36128, za UZ vodeno punkcijo ščitnice pa šifra 36129. Obveznemu zdravstvenemu zavarovanju se lahko zaračunata obe storitvi. V primeru, da je UZ vodena punkcija opravljena po prvem pregledu, se ob obisku samo zaradi te storitve, ne more ponovno obračunati tudi kliničnega pregleda.

**SP2/UZ/17 (18/521) Kako obračunati ultrazvočni pregled sečil, ki pri odraslih pacientih obsega oceno obeh ledvic, področij nadledvičnih žlez, sečevodov in sečnega mehurja. Ob tem pri moških tudi volumetrijo prostate, pregled semenskih mešičkov in meritev zastanka seča v sečnem mehurju, pri ženskah pa oceno uterusa, adneksov in Douglasovega prostora. Kako obračunati ultrazvočni pregled vratu, ki anatomsko in morfološko zajema pregled ščitnice, podčeljustnih in obušesnih slinavk, vratnih žil (morfologija, brez Dopplerja), regionalih bezgavk, vratnih mišic in supraklavikualrnih kotanj.**

**Odgovor:** Sedaj lahko glede na storitve, katere so navedene v Zeleni knjigi kot preiskave z neionizirajočim valovanjem za vaša navedena primera ter jih lahko obračunavate obveznemu zdravstvenemu zavarovanju, obračunavate le dve ultrazvočni storitvi, 36130 – ehosonografija trebušnih organov in 36190 – ehoskopija. Prvo storitev lahko obračunate v primeru pregleda trebuha (večje anatomsko topografske regije oziroma njenih regij in struktur), drugo za manjše področje, njegove strukture, organ oziroma del organa. Vsako šifro je možno obračunati le enkrat na obisk.

**SP2/UZ/18 (18/522) V primeru, če zdravnik pri pregledu dojk pregleda tudi aksile, ali lahko še dodatno evidentiramo storitev 36190?**

**Odgovor:** V tem primeru Zavodu ni mogoče obračunati več kot eno storitev s šifro 36190.

**SP2/UZ/19 (18/523) Pri pregledu testisov je skoraj obvezno za popoln izvid pregledati tudi UZ ožilja omenjenih organov, kar seveda storitev 36190 finančno ne more pokriti. Ali lahko v takšnih primerih dodatno evidentiramo še storitev 36122?**

**Odgovor:** Velja isti odgovor kot pri odgovoru na vprašanje pod zaporedno številko 522.

**SP2/UZ/20 (24 UZ/1 – 2011) Izvajalec je naredil UZ trebuha in ehoskopijo prostate, na napotnici je bila oznaka le za UZ trebuha, čeprav je bila na napotnici diagnoza, ki bi opravičevala tudi UZ prostate. Kaj lahko obračuna nadzorovani izvajalec?**

**Odgovor:** Od obsega pooblastila na napotnici in opisanega kliničnega problema je odvisno, kaj izvajalec po opravljeni UZ preiskavi obračuna zdravstveni zavarovalnici. V primeru napotitve na UZ trebuha, se po opravljeni diagnostični preiskavi lahko obračuna le UZ trebuha. Izvajalec po svoji strokovni presoji lahko opravi tudi UZ prostate – obračuna le en UZ pregled: UZ trebuha ali UZ prostate.

**SP2/UZ/21 (24 UZ/2 – 2011) V enem od primerov iz tabelaričnega prikaza ugotovitev nadzora je nadzorovani izvajalec po doktrini veljavno pravilo upošteval, ne glede na napotitveno diagnozo – opravil in obračunal je še dodatno storitev, ki ni bila označena na napotni listini. Kaj lahko izvajalec obračuna v takem primeru – strokovni pogled in strokovno mnenje s še posledičnimi dodatnimi storitvami UZ pregleda in diagnostike ali pa upošteva le določilo na napotni listini? Npr.: diagnoza »st.p. epididimitis, prosim UZ skrotuma«; opravljen in obračunan je bil UZ trebuha zaradi ocene bezgavk - z utemeljitvijo, da to zahteva stroka ter opravljen in obračunan tudi UZ skrotuma.**

**Odgovor:** Nadzorovani izvajalec lahko obračuna tisto storitev, ki je bila na napotni listini označena kot vzrok za napotitev, v navedenem primeru UZ skrotuma. Po strokovni presoji sicer lahko opravi dodatni UZ trebuha, vendar obračuna lahko le en UZ pregled: UZ trebuha ali UZ skrotuma.

**SP2/UZ/22 (24 UZ/3 – 2011) S katerimi šiframi se evidentira obravnavo zavarovane osebe z napotitvijo »transrektalni UZ prostate in biopsijo prostate«? Ali se lahko za isto obravnavo evidentira tudi pregled (delni, kratek) in ustrezna oskrba?**

**Odgovor:** UZ prostate se evidentira in obračuna s šifro 36190 (4,03 točke), biopsija prostate pa s šifro 14632 (11,40 točke). V kolikor pooblastilo na napotnici ustreza samo navedenim preiskavam, se lahko opravi samo preiskavi, v kolikor je pooblastilo širše, se lahko opravi in evidentira tudi ambulantni specialistični pregled in ustrezna oskrba.

**SP2/UZ/23 (24 UZ/4 – 2011) V katerih primerih se evidentira storitev s šifro 36180 (20,76 točke) – Eho-punkcija organa, in katero storitev se še evidentira poleg? Ali se lahko evidentira istočasno 36190 (UZ), 36180(punkcija) in 14632 (biopsija)?**

**Odgovor:** Storitev 36180 Eho punkcija organa se običajno evidentira kot samostojna storitev in to le v primerih, kadar ustreza opravljena storitev tako kadrovskemu kot tudi časovnemu normativu, ki sta navedena v Zeleni knjigi (1 zdravnik specialist, 1 srednja medicinska sestra – trajanje 60 minut, točkovna vrednost 20,76 točke), saj je obravnava za pacienta obremenjujoča glede na čas in potek obravnave.

V kolikor se evidentira 36190 UZ, se istočasno lahko evidentira tudi 36180 – punkcija ali pa 14632 - biopsija. Nikakor se ne evidentira in obračunava ob UZ še punkcija in biopsija. Izvedba storitev in posledični obračun sta odvisna od pooblastila na napotnici.

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

**Odgovor:** UZ pregled kolkov se v primeru preventivnih pregledov na primarnem nivoju beleži in obračunava s šifro K0022. Če predšolski dispanzer ne razpolaga z UZ diagnostiko, zagotovi napotnico za UZ pregled kolkov pri ustreznem izvajalcu.

**SP2/UZ/25 (24 UZ/6 – 2011) V katerih primerih se lahko obračuna storitev s šifro 36153 – endo ultrazvok z rigidnim instrumentom?**

**Odgovor:** Šifra 36153 – endo ultrazvok z rigidnim instrumentom se lahko evidentira le v primerih ultrazvočnega pregleda danke (Navodilo št. 4/101 – ultrazvočni pregled danke s pomočjo fleksibilnega instrumenta)

# ZDRAVILA

**LEK/ZDRAVILA/1 (24 ZDRAVILA/1 – 2011):** **Ali zobozdravnik v zobni ambulanti lahko predpisuje razvrščena zdravila npr. metronidazol?**

**Odgovor:** Če ima zobozdravnik koncesijo in je zdravilo indicirano, lahko predpisuje zdravila, npr. metronidazol tbl., na zeleni recept (obrazec Rp/03). Ampulirana oblika zdravila, npr. metronidazol 5 mg/ml raztopina za infundiranje, je v primeru, da je uporaba indicirana, strošek izvajalca zdravstvenih storitev in se ne predpisuje na recept.

**LEK/ZDRAVILA/2 (24 ZDRAVILA/2– 2011): Kako se v javni zdravstveni mreži krije PEG elektrolitska mešanica, potrebna za čiščenje pred kolonoskopijo, ki bo opravljena pri bolniku z napotnico?**

**Odgovor:** V ceni kolonoskopije je vključen PEG ali katerakoli druga elektrolitska mešanica za čiščenje pred kolonoskopijo in je zato strošek izvajalca zdravstvenih storitev. Ni ga mogoče predpisati na zeleni ali beli recept. V programu SVIT so sredstva za čiščenje črevesja pred kolonoskopijo opredeljena kot LZM.

**LEK/ZDRAVILA/3 (24 ZDRAVILA/3 – 2011): Ali lahko zdravniki kliničnega oddelka za reprodukcijo osebi, ki je predvidena za IUI. predpisujejo zdravila Menopur amp. in Puregon amp.?**

**Odgovor:** Navedeni zdravili nista razvrščeni na listo, zato ju ni mogoče predpisovati na zeleni recept, prav tako se ne predpisujeta na beli recept. Ker gre pri IUI postopkih za paketne storitve, je v primeru, da je njuna uporaba indicirana, to strošek izvajalca zdravstvenih storitev.

**LEK/ZDRAVILA/4 (24 ZDRAVILA/5 – 2011): Kdaj stopijo v veljavo omejitve predpisovanja oziroma odprava omejitev predpisovanja zdravil?**

**Odgovor:** Sprejeti sklepi ne morejo veljati retrogradno, vedno veljajo za naprej, torej od dneva veljavnosti razvrstitve, ki je skupaj z zdravilom objavljen na spletni strani ZZZS.

**LEK/ZDRAVILA/5 (24 ZDRAVILA/8 – 2011): Ali se zaračuna kazen v primeru, ko je zdravilo predpisano s strani osebnega ali nadomestnega zdravnika, medicinska dokumentacija pa ni bila predstavljena, ker zavarovanec prejema nadomestno terapijo v drugem Centru za zdravljenje odvisnosti?**

**Odgovor:** Nadzor nad predpisovanjem zdravila se opravi tam, kjer je bilo predpisano – izvajalec naj zagotovi vso potrebno dokumentacijo v času nadzora. Obveščanje o predpisovanju zdravil med zdravnikom v Centru za zdravljenje odvisnosti in osebnim zdravnikom mora biti zagotovljeno, da ne pride do dvojnega predpisovanja.

**LEK/ZDRAVILA/6 (24 ZDRAVILA/10 – 2011): Ali so bolnišnice dolžne zagotoviti samo zdravila potrebna za zdravljenje problematike, zaradi katere je bil pacient sprejet v obravnavo ali tudi vso terapijo za zdravljenje siceršnjih kroničnih obolenj pacienta?**

**Odgovor:** To vprašanje urejajo Pravil OZZ na več mestih, dodatno pa tudi Splošni dogovor 2010/2011. Po 38. členu Pravil OZZ imajo zavarovane osebe pravico do bolnišničnega zdravljenja, ki obsega tudi zagotavljanje zdravil in medicinskih pripomočkov. Nadalje 59. člen v 4. alineji prvega odstavka določa, da zavarovani osebi ni mogoče predpisati na recept v breme zavoda zdravil, ki se uporabljajo med stacionarnim zdravljenjem v bolnišnicah, klinikah in inštitutih. Dodatno 3. odstavek 202. člena določa, da je zdravila dovoljeno predpisovati na recept in izdajati v lekarnah le ambulantno zdravljenim osebam.

Pri tem je potrebno upoštevati tudi 7. odstavek v 18. členu Priloge BOLII/b Splošnega dogovora 2010/2011: »Drugih storitev (razen dialize in kemoterapije) med potekom hospitalizacije ni mogoče obračunati, ker so že zajete v ceni obravnave.«

Pogojevanje izvajalca specialistične dejavnosti glede sprejema zavarovane osebe v bolnišnico s prinašanjem zdravil je z vidika Pravil OZZ hujša kršitev določil zagotovljenega obsega bolnišničnega zdravljenja zavarovanih oseb. Izvajalec pa upravičeno zahteva seznam zdravil, ki jih bolnik prejema.

**LEK/ZDRAVILA/7 (24 ZDRAVILA/4 – 2011): Ali se lahko 5 % benzil alkoholni losjon uvrsti na listo za plačilo iz OZZ za otroke od 6 meseca do 18 let starosti, za odstranjevanje uši in gnid?**

**Odgovor:** Zakon o nalezljivih boleznih (Ur. l. RS št. 33/2006-UPB1) v 3. členu 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. V 8. členu pa določa nalezljive bolezni, zaradi katerih se izvajajo splošni in posebni ukrepi iz 3. člena tega zakona. V seznamu ušivost ni navedena, tako da odstranjevanje uši in gnid ni pravica iz OZZ.

**LEK/ZDRAVILA/8 (24 ZDRAVILA/6– 2011): Ali se zaračuna kazen v primeru, ko je zdravilo predpisano s strani zdravnika in ni zabeleženo v dokumentaciji?**

**Odgovor:** Na podlagi 205. čl. Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja mora zdravnik vnesti pisno ali elektronsko v zdravstveno dokumentacijo zavarovane osebe podatke o zdravilih, ki so predpisana na recept, njihovi jakosti, odmerjanju in količini, v kateri so predpisana. Zdravila, ki ni zabeleženo, se ne prizna. Pogodbene kazni se ne zaračuna.

**LEK/ZDRAVILA/9 (24 ZDRAVILA/7 – 2011): Ali se zaračuna kazen v primeru, ko je zdravnik neupravičeno predpisal zdravilo?**

**Odgovor:** Zdravilo, ki ni predpisano v skladu s Pravili OZZ in omejitvami predpisovanja, se zavrne na osnovi 202. čl. Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pogodbene kazni se ne zaračuna.

**LEK/ZDRAVILA/10 (26 GIN/ 8 - 2012: Ali se pri vstavitvi MIRENE zaračuna delež PZZ?**

**Odgovor:** Odvisno od terapevtske indikacije za vstavitev Mirene: ko gre za kurativne razloge vstavitve, se zaračuna delež PZZ, ko gre le za kontracepcijo, je 100% iz OZZ.

**LEK/ZDRAVILA/11 (24 FTH/1 – 2011): Kdo krije stroške zdravil, ki se uporabljajo pri izvajanju fizioterapije npr. ampulirana zdravila ali geli za podlago pri ultrazvočnem obsevanju?**

**Odgovor:** Stroške gela, ki je potreben za izvedbo naročene terapije, npr. gela za izvedbo UZ obsevanja, krije izvajalec – fizioterapija. Tudi ampulirana zdravila so v takšnem primeru strošek izvajalca.

**LEK/ZDRAVILA/12 Kateri izvajalec sme aplicirati zdravilo z železom?**

**Odgovor:** Aplikacija železa lahko poteka pri izvajalcih na primarni ali sekundarni ravni. Stališče ZZZS je, da se zdravilo aplicirana tam, kjer je za zavarovano osebo najbližje in najprimernejše. Zdravilo z učinkovino železov(III)oksid ni uvrščeno na Seznam A (Seznam ambulantnih zdravil). V skladu s Splošnim dogovorom, se zdravilo z učinkovino železov(III)oksid obračunava v okviru dodatnih sredstev za ampulirana zdravila (pavšal), ki jih ZZZS zagotavlja izvajalcu.

**LEK/ZDRAVILA/13 (20/581). Že nekaj časa se soočam s problemom, ki ga izpostavljajo izvajalci glede predpisovanja zdravil kroničnim bolnikom v dežurni ambulanti ali pri nadomestnem zdravniku (pri kratkotrajni odsotnosti IOZ). Nekateri zavarovanci so nevestni in nedisciplinirani.  
Kronični bolnik pozabi pravočasno priskrbeti recepte pri svojem zdravniku, zato gre k nadomestnemu zdravniku ali v dežurno ambulanto. Ali bi bilo sprejemljivo, da bi mu zaračunali predpis zdravil samoplačniško, zdravilo pa bi predpisali na zeleni recept (v breme ZZZS)?**

**Odgovor:** Predpisovanje zelenih Rp ob samoplačniški obravnavi pomeni kršitev 254. člena Pravil OZZ. Predlagana rešitev torej ni sprejemljiva.

Nadomestni zdravnik: Pri nadomestnem zdravniku ima zavarovana oseba enake in vse pravice kot pri osebnem zdravniku. Iz praktičnih razlogov se izvajalci obnašajo, kot da je nadomestni zdravnik interventno delovišče, vendar moramo taka stališča odklanjati, nadomeščanje zdravnika mora biti popolno. Nadomestni zdravnik torej mora predpisati želene recepte.

Dežurna služba: V času dežurstva predstavljajo pravico iz OZZ le nujne storitve. Storitev, ki jih medicinsko osebje v tem času opredeli kot nenujne, se ne izvaja. Lahko pa se zdravnik s svojo ekipo in stranka dogovorita, da se storitve opravijo na samoplačniški način ob ponujeni ceni. Gre torej za medsebojni dogovor o samoplačniški obravnavi, ki ga Pravila OZZ dopuščajo. Ob samoplačniški obravnavi izdaja zelenega Rp ni dopustna.

**LEK/ZDRAVILA/14 (14/280). Pri pooblastilu na napotnici 2 in 3 je zajeto tudi zdravljenje. Pomeni to tudi pisanje receptov ali ne? Če je odgovor da, me zanima, za koliko časa: do naročene kontrole pri specialistu ali le po eno originalno pakiranje?**

**Odgovor:** Če napotni specialist prevzame bolnika v zdravljenje, lahko predpiše tudi recepte in beleži oskrbo. Čas, za katerega napotni specialist prevzame pacienta v oskrbo in zdravljenje, je odvisen od trajanja pooblastila na napotnici in od vrste obolenja. Pri akutni infekcijski bolezni, na primer, napiše antibiotik za predvideno dobo zdravljenja ali do kontrole, pri kronični bolezni za največ 3 mesece. Napotni specialist ob uvedbi zdravila predpiše recept za eno originalno pakiranje, če je smiselno, da bolnika takoj nato preda njegovemu osebnemu zdravniku v nadaljnje zdravljenje. Osebni zdravnik lahko zdravilo predpisuje do kontrolnega pregleda pri napotnem specialistu ali trajno, kakor je najprimerneje za zavarovano osebo.

Upoštevajoč vse predpisane omejitve pri predpisovanju zdravil, bolniku zdravila predpisujeta osebni zdravnik in napotni specialist. Pri tem se medsebojno dopolnjujeta in si bolnika ne podajata.

**LEK/ZDRAVILA/15 Kakšen je postopek predpisovanja zdravil za oskrbovance v domovih za starejše za primere, ko posameznega oskrbovanca obravnava zdravnik specialist (npr. psihiater), ki pa ni izbrani osebni zdravnik? Kako izbrani osebni zdravnik upoštevata priporočilo specialista glede predpisa terapije in ali zdravnik specialist lahko predpisuje recepte za oskrbovance v domovih?**

**Odgovor:** Skupini za Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja je zavzela naslednje stališče: V skladu z 8. členom Zakona 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 z 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 se shrani v zdravstveni kartoteki oskrbovanca zavoda.

# ZOBOZDRAVSTVO

**NZZD/1 (1/1) Kako je s pridobivanjem medicinske dokumentacije od predhodno izbranega osebnega zobozdravnika in priznavanjem obračuna storitev pri novo izbranem osebnem zobozdravniku: a) če zavarovana oseba še nima zdravstvenega kartona; b) zobozdravnik ni pridobil medicinske dokumentacije od prej izbranega osebnega zobozdravnika; c) prejšnji izbrani osebni zobozdravnik medicinske dokumentacije kljub zahtevi ni predal.**

**Odgovor:** V opisu storitve stomatološki pregled (01007) je navedeno, da se le ta opravi pred pričetkom zdravljenja, ko se v zobozdravstveno kartoteko tudi evidentirajo vsi zahtevani podatki. Iz omenjenega sledi, da se sicer običajno obravnava bolnika začne s stomatološkim pregledom, kar je strokovno medicinski pogled. ZZZS pa prizna to storitev le, če je opravljena in evidentirana skladno z definicijo storitve pod šifro 01007.

V kolikor medicinska dokumentacija ni bila pridobljena, se, glede na opredelitve Navodil o evidentiranju in obračunavanju zdravstvenih storitev, opravljene in pravilno evidentirane storitve priznajo, vendar je na novo izbrani osebni zobozdravnik dolžan od prejšnjega zahtevati medicinsko dokumentacijo.

V kolikor pa je bila dokumentacija zahtevana, a je predhodno izbrani zobozdravnik ne izroči, s tem krši 51. člen Zakona o zdravstveni dejavnosti (Odgovor št. 413, Okrožnica št. 12), ki v omenjenem členu Zakona določa, da je v primeru izbire drugega zdravnika potrebno vso dokumentacijo o bolniku predati novo izbranemu zdravniku.

**NZZD/2 (1/2) Kdaj (v katerih primerih) se sme zaračunati šifra 00003 (osnovni stomatološki pregled)? Ali se vsak poseg začne s tem pregledom?**

**Odgovor:** V Zeleni knjigi ni osnovnega stomatološkega pregleda, pač pa je pod šifro 00003 opredeljen kratek stomatološki pregled. Kratek stomatološki pregled je opredeljen kot pregled, ki vključuje le pregled posameznega zoba, parulisa, abscesa, eflorescence, manjše poškodbe tkiva orofacialnega kompleksa, kratko anamnezo o bolezni in poškodbi ali tudi kratek kontrolni pregled po izvajani terapiji ali za odrejanje njenega nadaljevanja in evidentiranje ugotovitev v zdravstveni karton. Zaračuna se le ob prvem kontaktu z bolnikom ali zaradi nove diagnoze. Ni ga mogoče zaračunati med izvajanjem konzervativnega zdravljenja zob.

V kolikor je diagnoza vedno karies, to ne predstavlja nove diagnoze in gre za konzervativno terapijo.

**NZZD/3 (1/3) Kakšen je obseg stomatološkega pregleda oziroma storitve pod šifro 01007?**

**Odgovor:** Stomatološki pregled ( 01007) je v Zeleni knjigi opredeljen kot pregled, ki vključuje kratko ali ciljano anamnezo bolezni ali poškodbe, pregled glave, obraza in vratu, zlasti regionalnih bezgavk, pregled zob in registracija KEP, preizkušanje njihove občutljivosti na perkusijo in termične dražljaje, kontrola vitalitete posameznih zob, pregled sluznice in temporomandibularnega sklepa., ugotavljanje majavosti, ugotavljanje mehkih in trdih oblog, medčeljustnih odnosov in zapis vseh ugotovitev v zobozdravstveni karton. 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 evidentirajo predvsem tisti podatki, ki so spremenjeni, obvezno pa mora biti ponazorjen trenutni zobni status.

**NZZD/4 (1/4) Kdaj se sme zaračunati konzultacija (storitev pod šifro 11602)? Ali je to drugo mnenje?**

**Odgovor:** Konsultacija pomeni pisno mnenje ali pisni nasvet o oceni stanja bolnika, ali nadaljevanju zdravljenja, ki ga izda zobozdravnik (oziroma specialist) na zahtevo drugega zdravnika in to na podlagi napotnice s pooblastilom št. 1.

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

Če opravi konzultirani zobozdravnik tudi pregled zavarovane osebe, to storitev zaračuna posebej.

Storitve ni mogoče evidentirati v primeru, ko je napotni zdravnik zavarovano osebo prevzel v zdravljenje.To ni drugo mnenje.

**NZZD/5 (1/5) Kdaj se lahko evidentira storitev pod šifro 45222 (zdravljenje dlesni ali zdravljenje ustnih bolezni po seji)?**

**Odgovor:** Storitev se evidentira po opravljeni seji. Storitev se prizna, če je v dokumetaciji zavarovane osebe navedena 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 evidentirati šele v primeru utemeljenosti, kar mora biti zapisano v medicinski dokumentaciji.

**NZZD/6 (1/6) Kolikokrat se lahko evidentira storitev pod šifro 45224 oziroma se prizna omenjena storitev?**

**Odgovor:** Storitev, ki jo opredeljuje šifra 45224, je storitev desenzibilizacije občutljivih zobnih vratov. Storitev se evidentira po kvadrantu in ne po zobu.Storitev se prizna dvakrat letno.

**NZZD/7 (1/7) Kolikokrat letno se lahko evidentirajo storitve pod šiframa 45310 in 45315**

**Odgovor:** Storitvi, ki sta navedeni v vprašanju, predstavljata: 45310 - fluorizacijo z izplakovanjem (največ 10-krat), oziroma 45315 - fluorizacijo s ščetkanjem z visoko koncentriranimi fluorjevimi pastami (največ 8-krat),oziroma v skladu s 6.alinejo 1. točke, ali 4. alinejo 2. točke 35. člena Pravil.

Obe storitvi sta vključeni v pavšalni znesek, ki ga skladno s pogodbo ZZZS namenja posameznemu izvajalcu za stomatološko preventivno dejavnost. Izjemoma jo lahko evidentira in obračunava osebni zobozdravnik otroka oziroma šolarja, ki dela za odraslo populacijo, in to le za tiste otroke ali šolarje, ki so si ga izbrali za svojega osebnega zobozdravnika. V tem primeru se evidentira in obračunava te storitve individualno, če izvajalec nima v pogodbi predvidenega pavšalnega zneska za preventivno dejavnost. Storitvi se ne smeta podvajati npr. pri izbranem osebnem zobozdravniku ter pri izvajalcu preventivne zobozdravstvene dejavnosti.

**NZZD/8 (1/8) Kolikokrat letno se prizna evidentirana storitev pod šifro 45320?**

**Odgovor:** Šifra se uporablja za evidentiranje storitve topikalne aplikacije fluoridov v obeh zobnih lokih. Opravi se lahko le po končanem saniranju zob ali pri nekarioznem zobovju in pri osebah, ki so vključene v sistematično zobozdravstveno oskrbo.

Zelena knjiga ne opredeljuje časovnega limita za evidentiranje te storitve. Stališče ZZZS pa je, da lahko to storitev prizna največ do dvakrat letno, vendar vedno po končani sanaciji.

**NZZD/9 (1/9) Šifra 45390. Vsako leto je storitev opravljena na vseh molarjih in premolarjih.**

**Odgovor:** Pravila OZZ ne določajo trajnostne dobe zalitja fisure. Izkušnje iz tujine kažejo, da v povprečju drži dve leti, ker je nesprejemljivo, da bi vsa zalitja izpadla v enem letu, kajti to bi lahko pomenilo tudi dvom v strokovnost izvedbe storitve.

**NZZD/10 (1/10) Šifra 45320 in 45390. Lahko se uporablja s kombinacijo 45201 ali 45210?**

**Odgovor:** Storitvi topikalna aplikacija fluoridov (45320), oziroma zalitje fisur (45390), se lahko evidentirata v kombinaciji s šiframa 45201 (odstranitev mehkih in trdih zobnih oblog), oziroma 45210 (čiščenje zobnih lokov), če je to potrebno in je bilo tudi opravljeno.

**NZZD/11 (1/11) Šifra 45394. Kolikokrat se prizna omenjena storitev (po brušenju, vmesni večkratni preizkusi)?**

**Odgovor:** Šifra opredeljuje storitev impregnacije ali zaščite zob. Uporablja se za zaščito obrušenih zob. Storitev se prizna po brušenju zob in to le enkrat.

**NZZD/12 (1/12) Šifra 47201 in 47302. Kakšen naj bo zapis ob sistematskih pregledih in način obveščanja kadar je nekdo drug izbrani zobozdravnik? Ali omenjeni pregled izključuje stomatološki pregled 01007)?**

**Odgovor:** Serijski oziroma sistematski pregledi predstavljajo preventivne preglede, ki so določeni v Navodilu Ministrstva za zdravje za izvajanje preventivnega zdravstvenega varstva na primarni ravni UL RS št. 19/98 ter s 35. členom Pravil OZZ. Zapis mora vsebovati vse elemente, ki so opredeljeni v Zeleni knjigi. Omenjeni pregledi seveda izključujejo evidentiranje stomatološkega pregleda pod šifro- 01007*.*

Pristojnost in naloge osebnih zdravnikov opredeljuje 171. člen Pravil OZZ. Njegove opredelitve se nanašajo tudi na zobozdravnike. Iz tega izhaja, da mora izbrani osebni zobozdravnik otroku oziroma šolarju, ki se zanj opredeli, zagotoviti tudi vse preventivne storitve. Lahko z ustreznim pooblastilom prenese opravljanje teh storitev na dispanzer oziroma drugo ustrezno enoto Zdravstvenega zavoda, ki sistematično in organizirano skrbi za izvajanje preventivnega programa.

**NZZD/13 (1/13) Šifra 52304. Kolikokrat se prizna omenjena storitev?**

**Odgovor:** Šifra se uporablja za evidentiranje storitve toalete rane po posegu. Že v dosedanjih odgovorih odgovorih o evidentiranju zobozdravstvenih storitvah je navedeno, da se storitev lahko evidentira v eni od prihodnjih sej, najpogosteje naslednji, nikakor pa ne v isti seji kot je bil opravljen poseg. Obračuna se lahko največ trikrat.Večkrat samo če je strokovno utemeljeno in in evidentirano v medicinski dokumentaciji.

**NZZD/14 (1/14) Šifra 52325. Kolikokrat se prizna omenjena storitev kadar je krivda za ponavljanje na strani otroka (ponovna poškodba)?**

**Odgovor:** (Šifra se uporablja za evidentiranje zalivke na 3 ali več ploskvah, oziroma dograditve zobne krone pri šolarjih do 15. leta starosti.

119. člen Pravil opredeljuje garancijsko dobo zobozdravstvenih storitev in pripomočkov, v okviru katere je izvajalec dolžan opraviti vsa morebitna potrebna popravila na svoj račun. Garancijska doba za zalivke je 9 mesecev. V tretji alinei 117. člena Pravil pa je navedeno, da v kolikor pride do poškodbe pripomočka zaradi neustreznega ravnanja zavarovane osebe, krije vse stroške popravila zavarovana oseba sama. Vendar pri zalivkah ni mogoče ugotavljati, kdaj bi si oseba po malomarnosti poškodovala pripomoček, kar pomeni, da je po poteku garancijske dobe plačnik ZZZS.) Ponovna poškodba predstavlja novo diagnozo.

Po dopolnitvah in spremembah 117 in 119. člena Pravil OZZ za zalivke velja garancijska doba 9 mesecev. Sprememba velja za storitve narejene od 20. 07. 2002.

**NZZD/15 (1/15) Šifra 52335. Ali je pravica iz obveznega zavarovanja in kakšen cenovni razred se prizna?**

**Odgovor:** Šifra 52335 se uporablja za evidentiranje jahača. Pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja je v primerih, ko ima pacient pravico do gredi in potrjen Predlog zobnoprotetične rehabilitacije. Jahač je že vključen v ceni parcialne proteze s kovinsko bazo pod šifro 93007.

**NZZD/16 (1/16) Kovina se uporablja najcenejša srebropaladijeva ali zlatopaladijeva zlitina po 2,0 grama po zobu pavšalno ali po dejanski porabi. Kako je z uporabo stelitnih zlitin za prevleke? Kako pri nadzoru preverjati porabo kovine (medicinska dokumentacija, tehnična dokumentacija, račun tehnika…?)**

**Odgovor:** 110. člen Pravil določa, da je standardna kovina pri vlitih zalivkah, prevlekah, kronah in mostičkih srebropaladijeva, zlatopaladijeva, oziroma druga polžlahtna zlitina, ki je najcenejša na tržišču. To je standardna kovina, ki jo je možno zaračunati Zavodu v pavšalu, v količini 2,00 grama po elementu.

Uporaba nadstandardne kovine je stvar dogovora z zavarovano osebo glede nadstandarda in doplačila.

Zavod preverja ali je zavarovani osebi dejansko nudena standardna kovina, oziroma če je soglašala z doplačilom za standard. Pri nadzoru je možno uporabiti vso dokumentacijo, vendar je smiselno preverjati ceno zaračunane kovine in količino, ko zavarovana oseba doplača nadstandard.

**NZZD/17 (1/17) Kakšna naj bo minimalna dokumentacija za zobotehnična dela?**

**Odgovor:** Zavod doslej o tem ni opredeljeval dokumentacije za zobotehnična dela, vendar bio tudi v širšem kontekstu potrebno.

**NZZD/18 (1/18) Ali se pri nadzoru prizna storitve, kadar je bil za protetične storitve potrjen predlog zobnoprotetične rehabilitacije, v obračunski dokumentaciji pa ni vpisane številke predloga?**

**Odgovor:** Navodilo o načrtovani in izvedeni zobnoprotetični rehabilitaciji jasno govori o evidentiranju v kartoteki in v poglavju VI posamezno našteva, kaj so obvezni podatki v prilogi k obračunu zobnoprotetične rehabilitacije:

* EMŠO oziroma ZZZS številka zavarovane osebe, ki ji je bil nadomestek izdelan
* ime in priimek zavarovane osebe
* številka zdravnika, ki je izdelal nadomestek
* številka predloga, ki je bil osnova za izdelavo nadomestka
* datum izdelave zobnoprotetičnega nadomestka.

Plačilo se prizna, ko so na prilogi vsi navedeni podatki.

**NZZD/19 (1/19) Šifra 52360 in 52361. Pri otrocih je storitev pogosta pri odlomljenih sekalcih. Edino uspešen je kompozitni zavoj (dograditev). Po kolikšnem času se prizna dokončna dograditev zoba?**

**Odgovor:** V Okrožnici OZZ št. 6 je navedeno, kdaj se uporablja šifra 93002 - provizorična zapora zoba. Torej, 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. Če pa je narejena zalivka veljajo opredelitve trajnostne dobe, ki so jasno opredeljene v Pravilih, v 117., 118., 119., 120., 121. členu.

Za mlečne zobe ni garancijske dobe.

Za storitve opravljene po 20. 07. 2002 veljajo spremembe 117. in 119. člena Pravil OZZ.

**NZZD/20 (1/20) Šifra 52378 in 52379. Ali storitev lahko obračuna vsak zobozdravnik, oz. kolikšni del programa naj obsegajo te storitve?**

**Odgovor:** Šifri se uporabljata za evidentiranje storitve apikotomija eno oziroma večkoreninskega zoba. Na vprašanja o opredelitvi del in nalog posameznih strok Zavod ne more podati odgovora, ker ta vprašanja sodijo v pristojnost RSK in Ministrstva za zdravje.

**NZZD/21 (1/21) Šifri 52386 in 93016. Kdaj je pravica iz obveznega zavarovanja? Ali je v storitvi tudi vgradni element in kakšen cenovni razred se prizna?**

**Odgovor:** Šifri se ne obračunata v primerih, kadar je skladno s 5. odstavkom 110. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja podana pravica zavarovane osebe do proteze z vlito kovinsko bazo s šifro -93007, ker sta sestavni del cene tovrstne storitve.

Glede na to, da sta storitvi identični se Zavodu obračuna samo ena od teh, in to v primeru ko je podana pravica do proteze z vlito kovinsko bazo.

**NZZD/22 (1/22) Šifra 52402. Prizna se pri prvi pomoči. Ali je upravičena pri vitalni ekstirpaciji in gangreni. Pri več koreninskem zobu se obračuna za vsak kanal posebej.**

**Odgovor:** Prizna se pri prvi pomoči (tudi pri odstranjevanju stare polnitve v okviru nudenja prve pomoči) vendar le v primeru, ko izvajalec zavarovancu ni izbrani zobozdravnik, oziroma tudi takrat, ko je zavarovanec še neopredeljen. Pri več koreninskem zobu se obračunajo tudi nadaljnji kanali.

**NZZD/23 (1/23) Šifra 86001. Ali se storitev lahko obračuna pri obsevanju z laserjem?**

**Odgovor:** Šifra 86001-je v Zeleni knjigi opredeljena kot lokalno gretje, ter terapevtska tehnika površinskega ogrevanja posameznih delov telesa z IR svetilko. Zavodu se lahko zaračuna storitev pod omenjeno šifro, tudi če je opravljena z laserjem.

**NZZD/24 (1/24) Šifra 93008. Ali funkcijski odtis z individualno žlico izpolnjuje kriterije za uporabo te šifre. Ali jo lahko uporabljajo samo 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 navedeno v vprašanju.

**NZZD/25 (1/25) Šifra 93012. Kdaj priznati storitev, če se pojavlja pri vsaki reparaturi, podložitvi in brušenju proteze?**

**Odgovor:** Reokluzija proteze, storitev pod šifro 93012, se prizna po izdelavi proteze največ 2x na trajnostno dobo, vendar ne v garancijski dobi.

**NZZD/26 (1/26) Katere storitve naj se uporabijo pri stekleničnem kariesu (impregnacija) in kako pogosto?**

**Odgovor:** Uporabi se šifra 45394. Priporočljivo 1 krat mesečno.

**NZZD/27 (1/27) Ali se cena proteze (potrjena s Predlogom) lahko upošteva pri izdelavi fiksnoprotetičnega izdelka (člen), kadar to želi pacient?**

**Odgovor:** Ne. Če želi zavarovanec fiksno konstrukcijo, so členi v tej konstrukciji samoplačniški.

**NZZD/28 (1/28) Glede na številne nejasnosti v zvezi z izvajanjem 119. člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (garancijske dobe v zobozdravstvu), je bila imenovana delovna skupina, ki naj bi pripravila ustrezno razlago. Glede na številna vprašanja v zvezi z izvajanjem omenjenega člena Pravil, prosim za opredelitev pravic zavarovancev po poteku garancijske dobe.**

**Odgovor:** Novo vpeljane garancijske dobe veljajo za storitve opravljene po 21.07. .2000. Za storitve, opravljene pred tem datumom, veljajo določila pred spremembo; to pomeni, da je izvajalec dolžan opravljati popravila na svoj račun celotno trajnostno dobo (razen, če gre za neustrezno ravnanje zavarovane osebe z nadomestkom). V času med garancijsko in trajnostno dobo je možno na račun Zavoda izdelat, le popravila zobno-protetičnih nadomestkov in ne novih zobno-protetičnih nadomestkov.

**NZZD/29 (1/29) Pred uveljavitvijo sprememb Pravil (Ur. list. 90/98), je veljala drugačna trajnostna doba za zobno protetične nadomestke od sedaj veljavne.  
Ali pri uveljavljanju pravic do zobno protetičnih nadomestkov velja trajnostna doba, ki je bila veljavna ob vstavitvi izdelka, ali trenutno veljavna?**

**Odgovor:** Vse spremembe trajnostnih in garancijskih dob za zobno protetične nadomestke veljajo od dne uveljavitve sprememb in dopolnitev Pravil.

**NZZD/30 (1/30) 121. člen Pravil omogoča izdelavo protetičnega nadomestka pred potekom trajnostne dobe, v kolikor je prišlo do takšnih sprememb, da je izdelek neuporaben.  
V skladu s 216. členom Pravil mora osebni zobozdravnik pridobiti soglasje zdravniške komisije.  
Kam izvajalci pošljejo Predloge zobno protetične rehabilitacije v takšnih primerih?**

**Odgovor:** V primeru, ko je potrebno izdelati novi protetični nadomestek pred potekom trajnostne dobe, mora izvajalec pridobiti mnenje zdravniške komisije Območne enote ZZZS. Pri tem izpolni nov Predlog za protetično rehabilitacijo z obrazložitvijo in utemeljitvijo novih anatomsko funkcionalnih sprememb in ga posreduje ZK I. Ta na podlagi predložene dokumentacije ugotovi utemeljenost in potrdi predlog.

**NZZD/31 (1/31) Kakšna je časovna opredelitev veljavnosti potrjenega Predloga zobnoprotetične rehabilitacije?**

**Odgovor:** Pravila ne določajo rokov veljavnosti Predloga protetične rehabilitacije. Predlog velja do izdelave protetičnega nadomestka. Razen v primeru, če pred izdelavo ali med njo ne nastopijo okoliščine, ki narekujejo spremembo planirane rehabilitacije. Tedaj je potrebno podati nov Predlog zobno-protetične rehabilitacije*.*

**NZZD/32 (1/32) Ali se lahko naredijo solitarne prevleke na nosilcih kot priprava za parcialno protezo brez Predloga, Predlog pa se pošlje šele za parcialno protezo?**

**Odgovor:** Zobozdravnik lahko prične z izdelavo solitarnih prevlek kot pripravo za parcialno protezo tudi brez predhodno potrjenega predloga protetične rehabilitacije. Potrjevanje za te storitve v Pravilih ni predvideno. Potrebna pa je predhodna potrditev predloga za izdelavo parcialne proteze. Pravila pa določajo, da v primeru, ko ni podana pravica do proteze, ni podana tudi pravica do solitarnih prevlek na nosilcih. Odgovornost za spoštovanje tega načela pa je na posameznem izvajalcu.

**NZZD/33 (1/33) Ali se lahko zastareli Predlog uniči, če je novi brez spremembe statusa?**

**Odgovor:** Novega Predloga brez spremembe statusa ni potrebno posredovati, ker velja prvoten. Do spremembe statusa potrjeni Predlog ne zastari. Predolg je potrebno hraniti do poteka trajnostne dobe. (glej odg. pod št. 33).

**NZZD/34 (1/34) Pri statusu 1/xx3, če je prostora za 3 fasetirane člene, ali je Zavod plačnik le dveh.**

**Odgovor:** V Pravilih se določajo pravice do zobnoprotetičnih storitev (člen 30, 31, 32, 33), kjer je opredeljena pravica do nadomestitve manjkajočih zob. Zavod je plačnik vseh treh fasetiranih členov.

**NZZD/35 (1/35) Pod katero šifro lahko evidentiramo vestibularno ploščo brez oziroma z mrežico?**

**Odgovor:** Vprašanje se nanaša na I.V.P., ki je ena od naprav v skupini interceptivnih ortodontskih naprav. Pri evidentiranju izdelave I.V.P. je pomembno število elementov do 4 ali več kot 4 ter metoda izdelave z ali brez konstrukcijskega vgriza. Zato se uporabijo šifre od 52460 do 52463.

**NZZD/36 (1/36) Ali se lahko gred in jahač v istem kvadrantu zaračunava dvakrat ali samo enkrat?**

**Odgovor:** Število gredi ni opredeljeno po kvadrantih ampak po številu vrzeli.

**NZZD/37 (1/37) Kaj pomeni “predlog” v zapisniku sestanka z dne 8.1.2001, ali so ti predlogi sprejeti in veljajo?**

**Odgovor:** Predlogi iz zapisnika z dne 8.1.2001 še vedno ostanejo "predlogi", dokler ne stopijo v veljavo.

**NZZD/38 (1/38) Katere storitve se lahko evidentirajo v primeru, ko se pacientu predpišejo vaje z lopatko (področje ortodontije)?**

**Odgovor:** Storitev se evidentira s šifro 91310 in to 1 krat ob uvedbi terapije.

**NZZD/39 (1/39) Kdaj bo prenovljen del Zelene knjige za ortodontijo?**

**Odgovor:** Prenavljanje posameznih poglavij Zelene knjige je vezano na soglasje in medsebojno uskladitev izvajalcev posameznih strok, Zavoda in Ministrstva. Eden izmed takih poizkusov revidiranja je bil že pripravljen, vendar RSK k tem spremembam ni dal soglasja.

**NZZD/40 (1/40) Vprašljive so garancijske dobe zalivke - navesti podrobneje v katerem primeru gre za garancijo.**

**Odgovor:** Garancijska doba zalivke je 9 mesecev. Če v tem času zalivka postane neuporabna, jo mora izvajalec na lastne stroške popraviti ali zamenjati, razen če so neuporabnost povzročile anatomske, funkcionalne ali druge bolezenske spremembe. V takem primeru se zalivka zamenja na stroške Zavoda, ob ustrezni evidenci v kartoteki.

**NZZD/41 (1/41) Pisanje receptov v ambulanti. Poleg storitve zalitje fisur (45390) in poliranje zalivke (52329) je obračunan tudi recept (91100). Po analogiji z osnovnim zdravstvom, to ni dopustno, ali pač? Poleg stomatološkega pregleda (01009) in individualnega navodila (97492), ki sta le beležena, ne pa tudi obračunana, sta obračunana še zdravniško potrdilo (41691) in recept (91100). Nekajkrat pa se pojavi zgolj storitev za recept (91100) v enem dnevu.**

**Odgovor:** Vprašanje ni razumljivo, kajti ni jasno, zakaj je potrebno beležiti in obračunati poleg individualnega navodila še zdravniško potrdilo in recept. Individualno navodilo se posebej evidentira lahko le pri osebah, ki imajo diagnostično potrjene težave pri razumevanju.

Šifra za predpisovanje zdravil na recept je 91100 in jo lahko obračuna zdravnik, kadar je zavarovani osebi predpisal zdravilo.

Šifra 41691 (pisanje zdravniškega potrdila) se lahko obračuna ZZZS le, če je namenjeno za zagotavljanje pravic obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZD/42 (1/42) Storitve v pavšalu. V pavšalu so dogovorjene storitve, kot to določa Področni dogovor za ZD in zasebno zdravniško dejavnost za pogodbeno leto 2001. Kljub temu se tako v okviru pedontologije (102-13) kot v ovkiru mladinskega zobozdravstva (102-10) pojavljajo npr. storitve 47201 in 46926. Prosimo za komentar. Ali storitev kontrola plaka (13090) spada v okvir tekmovanja za čiste zobe, ki je prav tako v pavšalu v okviru storitve 95197? Ali so izvajalci dolžni storitve, ki se financirajo v pavšalu, beležiti tako, da so razvidne iz specifikacije k poročilu, niso pa obračunane? Ali je to prepuščeno izvajalcu in njegovim internim evidencam?**

**Odgovor:** Storitve, ki sodijo v pavšal, praviloma ni mogoče obračunavati posebej, izjema je, glede na določila 16. člena PD 2001, le šifra 95194. Doslej Zavod specifikacije storitev za pavšalne programe ni zahteval, ampak le njihov opis.

**NZZD/43 (1/43) Zdravniško potrdilo - Pedontologinja striktno obračunava tudi zdravniško potrdilo. To opravičujejo z izdajo in ureditvijo knjižice “Zajček”, ki je že skoraj povsod po Sloveniji propadel, v tem okolju pa se še vedno resno in redno izvaja.**

**Odgovor:** Urejanje in vpisovanje podatkov v knjižico “Zajček” se ne evidentira kot posebna zdravstvena storitev, saj tudi ne gre za zdravniško potrdilo. Aktivnosti povezane s tem so vključene v celovito stomatološko preventivo in plačane v pavšalu. Zavod plača zdravniško potrdilo le, če zavarovana oseba uveljavlja določene pravice iz OZZ. Če gre za uveljavljanje pravic na drugih področjih, je plačnik tega potrdila naročnik.

**NZZD/44 (1/44) Individualna navodila - Zelo pogosto so obračunana tudi individualna navodila (97401). V katerih primerih je to upravičeno?**

**Odgovor:** Storitev- razna individualna navodila in svetovanje (97401) se ne more obračunati skupaj s pregledom. Storitev se prizna izjemoma pri zavarovancih, pri katerih zaradi njihove nezmožnosti sodelovanja porabimo veliko časa za navodila, ki sicer sodijo v vrednost posamezne storitve.

**NZZD/45 (1/45) Mali pooperativni poseg - Ali se pri enem pacientu lahko beleži mali pooperativni poseg večkrat (npr. 8x) ne glede na to, ali gre za odraslo osebo ali otroka? Ali je ta odgovor kje zapisan oziroma ali so kje usmeritve s tega področja?**

**Odgovor:** Evidentiranje oziroma obračunavanje malega postoperativnega posega je enako pri odraslem in pri otroku. Storitev se ne more obračunati v isti seji z operativnim posegom. Za posamezno operacijsko polje se lahko obračuna trikrat. ( glej odgovor 14).

**NZZD/46 (1/46) Katere so najpogostejše storitve pedontologa v ambulanti in katere za mladinskega zobozdravnika?**

**Odgovor:** Delitev dela med mladinskim zobozdravnikom in pedontologom ali drugim splošnim zobozdravnikom je strokovno organizacijsko vprašanje, na katerega ne more dati odgovor ZZZS.

**NZZD/47 (1/47) V katerih primerih sme zobozdravnik za odrasle obračunati storitev 81910 - toaleta in čiščenje rane z vrednostjo 3,16 točke?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 81910 se lahko obračuna, vendar ne v isti seji in ne istočasno z manjšimi operativnimi posegi.

**NZZD/48 (1/48) Kdaj zastara potrjen Predlog zobnoprotetične rehabilitacije?**

**Odgovor:** Za potrjen Predlog zobnoprotetične rehabilitacije ni časovne omejitve. Ponovni Predlog je potreben, kadar se spremeni stanje zobovja oziroma planirana protetična rehabilitacija..

**NZZD/49 (1/49) Definicija trajnostne dobe in garancijske dobe?**

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

Trajnostna doba pa je pravica zavarovane osebe, da po njenem izteku dobi nov pripomoček, če je bivši funkcionalno ali anatomsko neustrezen. To pomeni, da pred iztekom trajnostne dobe zavarovana oseba ne more dobiti novega pripomočka.

Trajanje garancijske in trajnostne dobe je časovno različno in je podrobneje opredeljeno v Pravilih OZZ (117., 118. in 119. člen).

**NZZD/50 (1/50) Ali so možne zamenjave (odobrena je primarna parcialna proteza, izdelan je most, zavarovanec doplača razliko v vrednosti)?**

**Odgovor:** Zamenjave proteze z mostičem kljub doplačilu razlike v vrednosti niso možne.

**NZZD/51 (1/51) Tolmačenje ob manjkajoči trojki: 65xx21. Nekateri razlagajo, da je upravičeno tudi do 4, ker drugače ne morejo vstaviti 3.**

**Odgovor:** 30. člen Pravil določa v prvi alinei tretjega odstavka, da so zavarovane osebe upravičene do mostička, če manjka en ali več zob v vidnem področju. Torej nadomestitev ličnika ni pravica iz OZZ.

**NZZD/52 (1/52) Na novo vpeljane garancijske dobe veljajo za storitve, opravljene po 21.7.2000. V tem obdobju popravi vsa morebitna popravila izvajalec na svoj račun. Ali je res, da je po preteku garancijske dobe plačnik popravil Zavod? (razen seveda v primeru, ko je šlo za neustrezno ravnanje zavarovanca z nadomestkom). Za storitve, ki so bile opravljene pred 21.7.2000 pa velja določilo, da je izvajalec dolžan na svoj račun opraviti popravila celotno trajnostno dobo.**

**Odgovor:** Navedbe o garancijskih dobah v vprašanju so točne.

**NZZD/53 (1/53) Kolikokrat se lahko zaračuna storitev 86001 (lokalno gretje) po opravljenem posegu (npr. po ekstrakciji z**

**Odgovor:** Lokalno gretje (86001) po opravljenem posegu se lahko obračuna največ trikrat..

**NZZD/54 (1/54) Ali res obračunavanje storitve 88911 (lokalna anestezija) izključuje dodatno zaračunavanje storitve 88910 (površinska anestezija)?**

**Odgovor:** Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zavarovanim osebam zagotovljene vse strokovno utemeljene storitve, za katere je zdravnik ugotovil potrebo. Iz tega sledi, da je predmet pravic tudi pravica do lokalne in površinske anestezije, ki jih je možno obračunati hkrati.

**NZZD/55 (1/55) Ali je točna trditev, da je pri storitvi 52372 oz. 52373 (vitalna ekstirpacija) anestezija že vračunana v storitvi, ali pa se lahko anestezija dodatno zaračuna?**

**Odgovor:** Trditev ni točna. Anestezija se obračunava kot posebna storitev. Pacient ima pravico do brezbolnega posega.

**NZZD/56 (1/56) Ali drži trditev, da si lahko storitev 52402 (trepanacija) kot nujno medicinsko pomoč, obračuna le izvajalec, ki zavarovancu ni izbrani zobozdravnik? V tem slučaju je neobračunana storitev všteta v storitvi 52374 oz. 52375 (zdrav. gangrene in polnitev kanala)?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 52402 - trepanacija pulpnega kanala, se zaračuna Zavodu le, kadar je bila narejena zavarovani osebi, ki je neopredeljena ali opredeljena pri drugem zobozdravniku in mu je bila narejena kot prva pomoč. Opredeljena zavarovana oseba bo nadaljevala zdravljenje pri svojem izbranem osebnem zobozdravniku, ki jo bo zaračunal v sklopu obračunane storitve (polnitev pulpnega kanala).

**NZZD/57 (1/57) Jedkanje je sestavni del storitve 45390. Ali se jedkanje lahko posebej zaračuna pri izdelavi kompozitnih zalivk v interkaninem sektorju skupaj še s poliranjem in odontomijo? Ali se poliranje starih zalivk prizna le enkrat na trajnostno dobo? Poliranje kompozitnih zalivk v transkaninem sektorju (razen Aristona, ki je standardni material) ni možno zaračunati!**

**Odgovor:** Jedkanje je sestavni del storitve zalitje fisur (45390) in se ne obračunava posebej. Izključujeta se storitvi zalitje fisur (45390) in odontomija ( 45391). Pri izdelavi kompozitnih zalivk v interkaninem sektorju se jedkanje obračuna posebej, prav tako tudi poliranje. Poliranje zalivk se prizna enkrat na trajnostno dobo. Poliranje kompozitnih zalivk v transkaninem sektorju se ne obračuna Zavodu, ker kompozitna zalivka v transkaninem sektorju ni pravica iz OZZ. To storitev plača bolnik.

**NZZD/58 (1/58) Kolikokrat se po inciziji (52401) lahko obračuna menjava drena in ali za ta poseg ustreza šifra 52304?**

**Odgovor:** Za menjavo drena se uporablja šifra 52304 - mali postoperativni poseg. Obračuna se lahko največ trikrat. Večkrat samo če je posebej utemeljeno.

**NZZD/59 (1/59) Imamo tri zasebne zobozdravnice s kombinacijo programov zobozdravstva za odrasle, za otroke ter pavšal za zobozdravstveno vzgojo. Kako je z izvajanjem preventive oz. sistematike za otroke, ki niso opredeljene za konkretno zobozdravnico? V povezavi z navodilom MZ o izvajanju preventivnih programov (Ur. l. št. 19/98), bi naj preventivo izvajali za šolski okoliš.**

**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/60 (1/60) Nekateri so v dilemah (očitno potem tudi računalniških programov nimajo enako determiniranih), od kdaj naprej šteti mladino pod odrasle- 18. ali 19. rojstni dan. Glede na zakonodajo “...do dopolnjenega 19. leta”... menimo, da gre za 19. rojstni dan.**

**Odgovor:** Mladino štejemo do dopolnjenega 19. leta, to je do 19.rojstnega dne (UL RS št. 90 / 98).

**NZZD/61 (1/61) Obračunavanje zobnega RTG: zobozdravnik ima s pogodbo priznano ceno 343,94 sit/točko (dogovor 2000), ki jo uporabi tudi za storitev odčitavanje RTG slike, izvajalec RTG pa jim obračuna slikanje po evidenčni ceni za RTG, to je 608,23 sit /točko. Razliko v ceni nosi zobozdravnik, nekateri so jo celo prevalili na paciente. To razliko v ceni seveda še dodatno poveča. Vemo, da gre za nujna medsebojna poslovna razmerja, pa vseeno bi bilo potrebno doreči, pod kakšnimi pogoji se evidenčna cena uporablja. Poleg tega nekateri izvajalci zaračunavajo zasebnikom dosledno za vsak navaden RTG, storitev slikanja z dolgim tubusom. Ker tega ne obračunavajo Zavodu, na izvajalca RTG slikanja praktično ne moremo vplivati.**

**Odgovor:** Dokler cena storitve RTG slikanja ne preseže navedene evidenčne cene, razlike v ceni ne nosi zobozdravnik, sploh pa je ne more prestavljati na pacienta. Zobozdravnik namreč obračunava Zavodu storitve po ceni točke, v katero so stroški za RTG program že vključeni.

**NZZD/62 (1/62) Ali po analogiji s storitvami v splošni medicini na primarnem nivoju velja, da storitev s tremi zvezdicami ni moč beležiti hkrati z oskrbo ?**

**Odgovor:** Ambulantna oskrba je vpeljana, da bi poenostavila evidentiranje v splošnih ambulantah in predstavlja skupek storitev in drobnih opravil v ambulantni in bolnišnični obravnavi bolnikov.Tega v zobozdravstvu na primarni ravni skorajda ne poznamo.

**NZZD/63 (1/63) Ali je dovoljeno poleg zalitja fisur obračunati tudi recept ?**

**Odgovor:** Da, možno je evidentirati predpisovanje zdravila na recept (91100) kot posamično in neodvisno storitev, ter v različnih kombinacijah. Predpis recepta je potrebno evidentirati v zdravstveni dokumentaciji v skladu z 205. členom Pravil .

**NZZD/64 (1/64) Ali je možno evidentirati hkrati stomatološki pregled (01009) in individualna navodila (97401) ?**

**Odgovor:** Storitev pod šifro razna individualna navodila in svetovanje (97401) se ne more obračunati skupaj s pregledom. Storitev se prizna izjemoma pri zavarovancih, pri katerih zaradi njihove nezmožnosti za sodelovanje porabimo veliko časa za navodila, ki sicer sodijo v vrednost posamezne storitve.To mora biti ustrezno zabeleženo v zdravstveni dokumentaciji.

**NZZD/65 (1/65) Kako evidentiramo standardno slikanje čeljustnega sklepa?**

**Odgovor:** Standardno slikanje čeljustnih sklepov sodi med standardna slikanja in ga je mogoče Zavodu zaračunati s šifro 31001- slikanje skeleta v dveh projekcijah, in sicer dvakrat, ker gre za štiri ekspozicije, pri tem je potrebno slikanje utemeljiti z diagnozo v med. dokumentaciji.

**NZZD/66 (1/66) Ali lahko zamenja pacient zobozdravnika pred enim letom, samo z navedbo razloga zamenjave, ali mu to mora odobriti komisija ?**

**Odgovor:** V primeru, da pacient zamenja osebnega zobozdravnika pred potekom enega leta, mora navesti razlog zamenjave. O zamenjavi odloča ZK I ustrezne območne enote, le v primeru 2. točke 168. čl. Pravil OZZ.

**NZZD/67 (1/67) Kdaj se lahko obračuna poliranje zalivke ?**

**Odgovor:** Pri izdelavi kompozitnih zalivk v interkaninem sektorju se poliranje obračuna posebej. Poliranje zalivk se prizna enkrat na trajnostno dobo, in se ne sme obračunati po ploskvah ampak po zalivki. Poliranje kompozitnih zalivk v transkaninem sektorju se ne obračuna Zavodu, ker kompozitna zalivka na ličnikih in kočnikih ni pravica iz OZZ. To storitev v celoti plača bolnik.

**NZZD/68 (1/68) Kako evidentiramo vliti nazidek- 52333 ali 52331?**

**Odgovor:** Na enem zobu je možno evidentirati en nazidek, ne glede na število radikularnih sider. Storitev se evidentira s šifro 52333.

**NZZD/69 (1/69) Katere zobozdravstvene storitve spadajo pod nujno zdravljenje?**

**Odgovor:** Obseg nujnega zdravljenja opredeljujeta 100. in 157. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. V 186. členu Pravil je Zavod opredelil nujne storitve v zobozdravstvu s terapevtsko, a ne diagnostično metodo. Iz tega izhaja, da so nujne storitve v zobozdravstvu tiste, pri katerih je potrebna trepanacija, incizija ali ekstrakcija. 107. člen opredeljuje standard za njihovo izvajanje.

**NZZD/70 (1/70) Kako evidentiramo konfekcijske vestibularne plošče (plastične in silikonske ) ter bradno opornico?**

**Odgovor:** Konfekcijske vestibularne plošče in bradno opornico lahko evidentirate pod šifro 94201.

**NZZD/71 (1/71) Kako evidentiramo individualna navodila za nošenje ortodontskega aparata ?**

**Odgovor:** Individualna navodila za nošenje aparata so že vključena v ceno aparata torej jih ne morete evidentirati in obračunati posebej.

**NZZD/72 (1/72) Kako evidentirati izlivanje odtisov, pri katerih terapevt zahteva samo model in ne izdelave študijskega modela?**

**Odgovor:** Odtisov, ki so potrebni pri ortodontskom zdravljenju, razen odtiskovanja zobnih lokov in izdelave študijskega modela ni mogoče evidentirati posebej..

**NZZD/73 (1/73) Ali lahko napotnico za zobozdravnika-specialista za osebo, starejšo kot 18 let, ki je varstvenem centru, izda tudi splošni zdravnik?**

**Odgovor:** Napotnico za osebo, starejšo kot 18 let, ki je v varstvenem centru, lahko izda tudi splošni zdravnik.

**NZZD/74 (1/74) Ali lahko pedontolog opravlja storitve tudi za odrasle zavarovane osebe?**

**Odgovor:** Zobozdravniki, ki delajo v mladinskih oziroma šolskih ambulantah lahko opravijo dogovorjeni (10%) delež storitev za odraslo prebivalstvo. Ta 10 % program ne zajema storitev, opravljenih v urgentni službi.

**NZZD/75 (1/75) Koliko časa velja napotnica?**

**Odgovor:** Veljavnost napotnice oziroma prenesenih pooblastil osebnega zdravnika na specialista je časovno omejena, kot to določajo Pravila (175.člen). Ta časovna omejitev začne teči z dnem, ko specialist sprejme zavarovano osebo na pregled, zdravljenje ali obravnavo, in velja do konca zdravljenja ali izdelave zobno-protetičnega izdelka, skladno s pooblastili osebnega zobozdravnika. Osebni zobozdravnik lahko prenese pooblastila, in sicer na specialiste s področja pedontologije, maksilofacialne in oralne kirurgije, zobne protetike, ortodontije in specialista za zobne in ustne bolezni ter parodontologijo. Ta pooblastila se lahko nanašajo le na določen, vnaprej opredeljen poseg oziroma na zdravljenje s področja posamezne specialnosti.

Pri ortodontu gre za enkratni prenos pooblastil osebnega zobozdravnika, ki časovno ni omejeno.

**NZZD/76 (1/76) Pri finančnem nadzoru specifikacije zasebnega zobozdravnika je bilo pod šifro" 93006- vlita kovinska proteza vsebuje vlite kovinske elemente parcialne proteze z vlito bazo" obračunano 192,22 točk, po Zeleni knjigi pa je ta storitev ovrednotena z 92,22 točk. Kako komentirate obračun 100 točk več kot je v zeleni knjigi, saj še pri nobeni drugi storitvi s kateregakoli področja nismo ugotovili razlike v številu točk po Zeleni knjigi.**

**Odgovor:** Točkovna vrednost storitve 93006 je bila naknadno popravljena s strani Zavoda in ima vrednoast 192,2 točk. Iz navedenega sledi, da je izvajalec zaračunal storitev pravilno.

**NZZD/77 (1/77) Kako obračunavamo kovino pri fiksnih zobno-protetičnih izdekih?**

**Odgovor:** V skladu s standardom, ki ga je določil Zavod, je za standardno kovino opredelil tisto, ki je v začetku izdelave najcenejša na trgu in v količini 2gr po zobu oziroma členu, torej po cenovno- količinskem standardu.

**NZZD/78 (1/78) Kako obračunamo kovino, če pacient nima prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja?**

**Odgovor:** Če pacient nima PZZ: plača 75% cene cenovno-količinskega standarda dentalne zlitine (za 2gr po zobu oziroma členu) in 75% cene opravljene storitve.

**NZZD/79 (1/79) Kako obračunamo storitev oziroma kovino, če pacient nima prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, a je zobno-protetični izdelek narajen iz nadstatndardne kovine?**

**Odgovor:** V navedenem primeru ko pacient nima PZZ, plača 75% storitve, ter 75% cenovnega standarda (kovine ) plus razliko v ceni med cenovno-količinskim standardom in nadstandardno dentalno zlitino, če je pred tem seveda podpisal izjavo, da se s tem strinja.

**NZZD/80 (1/80) Kako ravnamo, če pacient prinese zlato in ima PZZ?**

**Odgovor:** V tem primeru se mu povrne polna cena standarda.

**NZZD/81 (1/81) Kako ravnamo, če pacient prinese zlato in nima PZZ?**

**Odgovor:** Če pacient prinese zlato in nima prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja, se mu povrne 25% cenovno-količinskega standarda za zlitino, ki jo izvajalec zaračuna Zavodu ter se mu obračuna 75% cene storitve.

**NZZD/82 (1/82) Ali lahko pišemo trepanacijo mlečnega zoba?**

**Odgovor:** Trepanacija mlečnega zoba se lahko obračuna le pri prvi pomoči pacientu, in če ni opredeljen za dotičnega izvajalca. To storitev lahko zabeleži tudi osebni zobozdravnik otroka v primeru, da mlečnega zoba ne bo zdravil in da po tem posegu ne bo v kratkem sledila ekstrakcija tega zoba.

**NZZD/83 (1/83) Ali se lahko pišejo dve okluzalni zalivki na enem zobu ?**

**Odgovor:** Dve okluzalni zalivki se lahko obračunata Zavodu če sta ločeni s cristo obliquo, če zobovje ni močno kariozno in če na zobu ni hkrati prisotno zalitje fisur.

**NZZD/84 (1/84) Ali se lahko storitev pod šifro 52325 prizna, če pride do poškobe zoba pred potekom garancijske dobe ?**

**Odgovor:** V primeru traumatske poškodbe zobne krone, ki je ustrezno evidentirana v medicinski dokumentaciji, se storitev lahko obračuna Zavodu.

**NZZD/85 (1/85) Do katere starosti pacienta lahko opravljamo preventivne storitve zalivanja fisur in topikalno aplikacijo fluora ?**

**Odgovor:** Skladno z Navodili Ministrstva za zdravje o opravljanju preventivnih zobodravstvenih storitev se te lahko opravljajo do 19. leta starosti.

**NZZD/86 (1/86) Kdaj se uporablja šifra 93015 ( rezkanje prevlek, teleskopskih prevlek ali gredi po členu)?**

**Odgovor:** Storitev se obračuna Zavodu kadar je skladno s 5. odstavkom 110 člena Pravil OZZ podana pravica zavarovane osebe do proteze z vlito kovinsko bazo.

**NZZD/87 (1/87) Ali v času dopustov in ostalih odsotnosti enega zobozdravnika, ostali zobozdravniki v istem Zavodu lahko nudijo tudi konzervativne in protetične storitve pacientom, ki so opredeljeni pri odsotnem zobozdravniku?**

**Odgovor:** Izbrani osebni zobozdravnik v času svoje odsotnosti ne more pooblastiti vseh kolegov, ki delajo v enoti, kjer je zaposlen. Pravila določajo, da v nenujnih primerih zavarovane osebe počakajo svojega osebnega zobozdravnika, razen v primeru daljše odsotnosti ko je ta dolžan zagotoviti nadomestilo oziroma to namesto njega določi zdravstveni zavod, kjer je zaposlen,v skladu s svojimi akti. Le tako pooblaščen zobozdravnik lahko opravlja vse storitve za zavarovane osebe, ki so opredeljene pri zobozdravniku, katerega nadomešča. Nujne storitve so dolžni nuditi vsi zobozdravniki.

**NZZD/88 (1/88) Ali reparature, cementiranje starih prevlek in izdelava zalivk sodijo v urgentno ambulanto ?**

**Odgovor:** Urgentna ambulanta bi morala biti namenjena nudenju nujne medicinske pomoči. Na področju zobozdravstva so to nujne eksrakcije, incizije, amputacije, trepanacije, zaustavljanje krvavitve in podobno. Zagotovo, med te storitve ne sodijo reparature protez. Reparatura proteze sodi v skupino storitev, ki jih mora zavarovani osebi nuditi njen osebni zobozdravnik. Enako velja tudi za cementiranje izpadle prevleke in izdelavo zalivke, per se, tudi ti dve storitvi ne sodita v storitve nujne medicinske pomoči.

**NZZD/89 (1/89) V katerem primeru lahko evidentiramo in obračunamo storitev pod šifro - 52402-trepanacija pulpalnega kanala ?**

**Odgovor:** To storitev lahko obračuna zobozdravnik v primeru nudenja nujne medicinske pomoči oziroma v primeru, če zavarovana oseba še nima izbranega osebnega zobozdravnika. V ostalih primerih (pri izbranem osebnem zobozdravniku oziroma nadomestnem zobozdravniku ) je storitev že vračunana v ceni zdravljenja zoba .

**NZZD/90 (2/90) V kakšnem času po izdelavi nove proteze je mogoče obračunati reparaturo te proteze v breme obveznega zavarovanja in kolikokrat jo lahko naredimo?**

**Odgovor:** Reparaturo proteze je mogoče obračunati Zavodu po poteku garancijske dobe. V času garancijske dobe je izvajalec dolžan opraviti vsa morebitna potrebna popravila na svoj račun. Po izteku garancijske dobe krije stroške zamenjave in popravila Zavod. Če je bil pripomoček poškodovan zaradi neustreznega ravnanja zavarovane osebe, krije vse stroške popravila oseba sama.

**NZZD/91 (2/91) Ali je mogoče razumeti določila 2. točke 32. člena tako, da ima zavarovana oseba v obveznem zavarovanju le pravico do delne snemne proteze, če bi sicer po določilih Pravil imela hkrati pravico do mostička in delne snemne proteze v isti čeljusti, ali bi bila v takih primerih izključena pravica do mostička?**

**Odgovor:** 2. točka 32. člena Pravil določa, da ima oseba pravico le do proteze, ki nadomesti zobe v vseh vrzelih, ne glede na to, da bi jih lahko nadomestili deloma z mostičkom in deloma s parcialno protezo. V takih primerih oseba ni upravičena do mostička na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZD/92 (2/92) Šifri 52360 in 52361. Pri otrocih je storitev pogosta pri odlomljenih sekalcih. Edino uspešen je kompozitni zavoj (dograditev). Po kolikšnem času se prizna dokončna dograditev zoba?**

**Odgovor:** Šifri 52360 in 52361 se uporabljata za evidentiranje storitve - indirektno oziroma direktno kritje zobne pulpe. Glede na to, da ta storitev izključuje evidentiranje storitve - provizorična zapora z zdravilom (93002), je možno storitev ponovno obračunati po poteku garancijske dobe storitve, ki je bila uporabljena za evidentiranje t.i. kompozitnega zavoja. V tem primeru se šteje, da gre za zalivko.

**NZZD/93 (2/93) Šifra 86001. Ali se storitev lahko obračuna pri obsevanju z laserjem?**

**Odgovor:** Šifra 86001 je samo I.R. obsevanje. Za laser lahko uporabite šifro 94701, pri čemer je obvezno v kartoteko vpisati diagnozo.

**NZZD/94 (2/94) Kaj se zgodi s starim, že potrjenim predlogom protetične rehabilitacije pri zamenjavi zobozdravnika (npr.upokojitev, daljša odsotnost, menjava delovnega mesta – iz enega dispanzerja v drugega)?**

**Odgovor:** V primeru daljše odsotnosti osebnega zobozdravnika je za vsa opravila pooblaščen nadomestni zobozdravnik. V primeru upokojitve zobozdravnika, menjave delovnega mesta in podobno, si zavarovana oseba mora izbrati novega osebnega zobozdravnika oziroma nadaljuje zdravljenje pri zobozdravniku, ki mu ga je določil zdravstveni dom, če se z njim strinja. V kolikor se nadomestni oziroma novo izbrani zobozdravnik s predloženim oziroma odobrenim predlogom strinja, ga lahko realizira. V primeru, da se z že odobreno protetično rehabilitacijo ne strinja, je potrebno poslati nov Predlog zobnoprotetične rehabilitacije v potrditev.

**NZZD/95 (2/95) Sedanja kartoteka je neustrezna in za zapisovanje vseh podatkov preenostavna (npr. stomatološki pregled, vpisovanje diagnoz, storitev, opažanj itd.) ter je v zelo kratkem času zapolnjena. Menimo, da je dovolj, če se v kartoteko vpisujejo le odkrite spremembe (KEP, bezgavke, majavost ipd.).**

**Odgovor:** Kartoteka ni javna listina Zavoda za izvajanje obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zavod ne odreja kartoteke, za to je pristojno Ministrstvo za zdravje. Zavod, še bolj pa potrebe medicinske stroke, zahtevajo čim bolj točen zapis vseh ugotovitev o zdravstvenem stanju zavarovane osebe in o opravljenih storitvah. Le taki zapisi so lahko podlaga za plačilo iz sredstev obveznega zdravstvenega in dopolnilnega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZD/96 (2/96) Upoštevanje mnenja pacientov. Primer: v zgornji čeljusti ima še en zob in ne pristane na ekstrakcijo, čeprav zobozdravnik predvideva, da proteza ne bo najboljša, da trajnostna doba zoba nosilca ne bo dovolj dolga. Kako pravilno ukrepati?**

**Odgovor:** Zavod je plačnik za storitve, če osebni ali drugi zdravnik ugotovi, da so utemeljene in opravljene v skladu s standardi, ki so določeni v pravilih in drugih splošnih aktih Zavoda. Iz tega sledi, da je zavarovana oseba upravičena le do prvega obiska na lastno željo, vse druge pravice so posredne, kar pomeni, da je pravica podana le v primeru, ko potrebo za to ugotovi zobozdravnik. Med zobozdravnikom in zavarovano osebo je potrebno ustvariti medsebojno zaupanje in sodelovanje, za kar se mora ustrezno potruditi tudi zobozdravnik. Ta mora osebi obrazložiti utemeljenost svojega predloga rehabilitacije in veljavne predpise. Če oseba ne sprejema obrazložitve in ne soglaša s predlagano izvedbo, ne more dobiti pripomočka na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Zahteva po nadomestkih, ki niso pravica iz obveznega zavarovanja, se sicer lahko uresničujejo, vendar na račun lastnih sredstev osebe.

**NZZD/97 (2/97) Veliko je prošenj za napotnice pri specialistih na Stomatološki kliniki – predvsem protetikih. Za konservativo so ti pacienti leta dobivali usluge na Stomatološki kliniki, čeprav niso bili opredeljeni pri njih. Sedaj so jim ugotovili potrebo po protetetični rehabilitaciji, ki pa je ne morejo opraviti brez opredelitve ali napotnice. Teh pacientov pa ne želijo opredeliti, zato jih pošiljajo v ZD po napotnice. Ta problem pogosto privede do konfliktnih situacij med pacientom in zobozdravniškim timom v ZD. Gre za paciente, ki niso opredeljeni v ZD, pa bi se takoj opredelili, da bi dobili napotnico. Na pojasnilo, da so protetiki tudi v ZD, je odgovor: »Pa me vzemite takoj, saj sem na Stomatološki kliniki že takoj naročen.« (izsiljevanje storitev preko čakalne vrste ali napotnica). Menimo, da mora ZZZS zavzeti stališče do tega. Če pacienti leta hodijo k zobozdravnikm na Stomatološko kliniko, naj jih ti tudi opredelijo in opravijo vse zobozdravstvene storitve.**

**Odgovor:** Zavarovana oseba lahko uveljavlja storitve v specialistično - ambulantni dejavnosti, v bolnišnici, na kliniki ali na inštitutu le, če tako potrebo ugotovi njen osebni zobozdravnik, ki zato del svojih pooblastil z napotnico prenese na zdravnika - specialista oziroma na zavode ustrezne stroke. V tem primeru mora biti izkazana potreba po specialistični storitvi, ki je glede na zahtevnost in strokovno usposobljenost ne more opraviti osebni zobozdravnik. Če te potrebe in utemeljitve ni, ni razloga za izdajo napotnice in se lahko oseba odloči za izdelavo protetičnega nadomestka na račun lastnih sredstev kot samoplačnik.

**NZZD/98 (2/98) Koliko predlogov mesečno lahko zobozdravnik pošlje na ZZZS? Ali so tu kake 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/99 (2/99) Ocena umske prizadetosti pri nasvetih oz. navodilih ne sodi v delo stomatologa in je lahko sodno obremenjujoča.**

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

**NZZD/100 (2/100) Včasih je potrebno dvigovati ugriz s protetiko in je potrebno obrusiti zdrav zob (brez kariesa), to lahko presodi le lečeči zobozdravnik. V takem primeru ne sme veljati pravilo kariesa na tem zobu oz. zalivke na treh ploskvah.**

**Odgovor:** 30. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja v drugi alinei 1. točke določa: "Zavarovane osebe so upravičene do prevlek, kron, nadzidkov ter vlitih zalivk v primerih, ko je to potrebno zaradi dviga ugriza". Potreba po dvigu ugriza mora biti ustrezno utemeljena v zobozdravstveni kartoteki, zabeleženo pa mora biti tudi, zakaj ni mogoč dvig ugriza z drugimi ustreznimi storitvami.

**NZZD/101 (2/101) Ali je potrebno k predlogu priložiti tudi ortopan posnetek, čeprav ne pokaže absolutno verodostojnih medčeljustnih odnosov?**

**Odgovor:** Osebni in napotni zobozdravnik je dolžan predložiti vso dokumentacijo na zahtevo imenovanega ali nadzornega zdravnika Zavoda, ki utemeljuje pravico do predlagane storitve.

**NZZD/102 (2/102) Kateri material se uporablja pri predšolskih otrocih in mladini za standardni material (poleg amalgama) v transkaninem sektorju? Ali je tetric flow standardni ali nadstandardni material?**

**Odgovor:** Glede standardnih materialov za zalivke Zavod ne loči zavarovance po starostni dobi. Kateri material bo zobozdravnik uporabil za zalitje fisur, je stvar njegove strokovne odločitve. Za zalivke v transkaninem sektorju je amalgam standardni material.

**NZZD/103 (2/103) Ali predšolski otroci in mladina plačajo bele zalivke (tetric flow, ceram) v transkaninem sektorju?**

**Odgovor:**  Vse nadstandardne storitve, ne glede na starost zavarovanca, so možne le z doplačilom.

**NZZD/104 (2/104) Ali se pri predšolskih otrocih in mladini lahko piše na enem zobu O (okluzalno) amalgam zalivka in O zalitje fisure, če je osrednji greben?**

**Odgovor:** Obe storitvi je možno evidentirati in v skladu z Navodili obračunati Zavodu, če je med njimi crista obliqua in če je upoštevano strokovno navodilo.

**NZZD/105 (2/105) Ali ZZZS plača, če je storitev odontomija in se uporabi material tetric flow?**

**Odgovor:** Odontomija je stomatološki preventivni postopek, s katerim se preoblikujejo fisure na zobeh. Ta storitev je lahko samostojna storitev, če pa je sestavni del storitve zalitja fisur, se je ne more dodatno obračunati Zavodu.

**NZZD/106 (2/106) Kako vrednotiti tudi do sedem obiskov staršev z otrokom, kjer 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. Je pa zaradi navedenih pojavov točkovno vrednotenje storitev pri otrocih višje kot pri odraslih zavarovancih.

**NZZD/107 (2/107) Otrokom v osnovni šoli damo pristopno izjavo domov, da jo starši potrdijo. Otrokom zobe popravljamo, izjave pa ne vrnejo. Kakšen je pravilen postopek?**

**Odgovor:** Vsaka zavarovana oseba mora imeti izbranega osebnega zobozdravnika, kar velja tudi za šolarje. Brez predhodne izbire zobozdravnika lahko zavarovana oseba uveljavlja le nujne zobozdravstvene storitve (incizije, ekstirpacije, ekstrakcije), za vse druge storitve je samoplačnik. O tem je potrebno obvestiti starše pred začetkom zdravljenja.

V takem primeru, kot je navedeno v vprašanju, je potrebno obvestiti starše, da bo pri naslednjem obisku potrebno opravljene storitve plačati in/ali izbrati drugega osebnega zobozdravnika za svojega otroka.

**NZZD/108 (2/108) Katero storitev lahko pišemo pri denticiji dificilis?**

**Odgovor:**  Pri diagnozi dentitio difficilis lahko evidentirate storitev, ki ste jo opravili. V primeru, da gre za perikoronitis, uporabite šifro 45222 – zdravljenje dlesni, v primeru odstranitve operukuluma šifro 52421 - dekapsulacija pri dentitio difficilis. V primeru ekstrakcije pa uporabite ustrezno šifro za ekstrakcijo zoba. Za vse storitve mora biti zapisana ustrezna utemeljitev v zobozdravstvenem kartonu.

**NZZD/109 (2/109) Kakšno zalivko lahko obračunamo Zavodu po tako imenovani tunelski preparaciji?**

**Odgovor:** V tem primeru lahko obračunate zalivko na dveh ploskvah.

**NZZD/110 (2/110) Ali lahko za potrebe preventive naročamo profluorid proizvajalca VOCO, ker Belupovega aminofluorida ni na trgu?**

**Odgovor:** Izvajalci lahko naročajo zdravila od kateregakoli dobavitelja ali proizvajalca, ki ima dovoljenje za delovanje na našem trgu. Pri naročanju cena ne sme biti večja od cene, ki je objavljena v bazi zdravil ali v Receptu. V primeru, da zdravila ni na našem trgu, je potrebno zaprositi Ministrstvo za zdravje za interventni uvoz.

**NZZD/111 (2/111) Kdaj lahko beležimo storitev 31010 – odčitavanje rtg posnetka?**

**Odgovor:** Storitev 31010 – slikanje zob navadni posnetek – tudi odčitavanje posnetka (2,13 točk). Opisana storitev vključuje odčitavanje posnetka.

**NZZD/112 (2/112) Pacient je že bil opredeljen pri zobozdravniku, nato se je opredelil pri drugem,čez čas pa ponovno želi k prvemu zobozdravniku. Ali ga je prvi zobozdravnik dolžan sprejeti?**

**Odgovor:** Pravica do opredeljevanja ni pravica zobozdravnika, ampak pravica zavarovane osebe. V katerih primerih je možno odkloniti zavarovano osebo, določa 169 člen pravil 2. alineja. Odkloniti zavarovano osebo je možno tudi v primeru, če ima izbrani zobozdravnik število opredeljenih oseb za 10 % večje, kot je povprečje v njegovi OE.

**NZZD/113 (2/113) Premodelacija 2\_|\_2 v 1\_|\_1 po ekstruziji totalis 1\_|\_1 (po končanem ortodonskem zdravljenju) – storitev ni opredeljena v Zeleni knjigi. Kako vrednotiti?**

**Odgovor:** V tem primeru se lahko evidentira opravljena storitev, ali je to zalivka na večjih ploskvah ali prevleka.

**NZZD/114 (2/114) Spongostan (za zaustavitev krvavitve) stane 6000 SIT, zakaj ga ne smemo pisati pri ekstrakciji (vsaj nekaterih)?**

**Odgovor:** Material je že vključen v ceno storitve. Zaustavitev krvavitve je možno evidentirati in obračunati samo v primerih, ko je ta storitev dodatno utemeljena, ne pa pri vsaki ekstrakciji. Pri navadnih ekstarkcijah je to sestavni del storitve.

**NZZD/115 (2/115) Na vprašanje ali lahko pišemo trepanacijo mlečnega zoba, je odgovor: to storitev lahko zabeleži tudi osebni zobozdravnik otroka v primeru, da mlečnega zoba ne bo zdravil in da po tem posegu ne bo v kratkem sledila ekstrakcija tega zoba. Kaj konkretno pomeni »da ne bo v kratkem sledila ekstrakcija«. Na kakšen način se lahko to določi?**

**Odgovor:** Pri tem je mišljeno, da bo trepaniran zob ostal kot retiner, oziroma bo služil za varovanje mesta za izrast stalnega zoba. V kratkem pomeni, da se zob ne ekstrahira v času, ko bi bilo potrebno zaradi prezgodnje ekstrakcije vstaviti retiner.

**NZZD/116 (2/116) Kako pogosto je potrebno pisati izjavo samoplačnika? Ali 1x za vse storitve ali za vsako storitev posebej?**

**Odgovor:** Izjava za samoplačniški del storitve oziroma za doplačilo mora vsebovati vse storitve, ki jih je pacient doplačal. Torej mora biti jasno razvidno in ločeno, katere storitve so opravljene na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja in za kaj in koliko je pacient doplačal.

**NZZD/117 (2/117) 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:** Preventivne in vzgojne dejavnosti Zavod plačuje izvajalcu v obliki pavšala. Kontrola oralne higiene je sestavni del preventivnega programa, ki ga je opredelilo Ministrstvo za zdravje z Navodilom za izvajanje preventivnega programa na primarnem zdravstvenem nivoju. Ortodont te storitve ne more obračunati Zavodu.

**NZZD/118 (2/118) Pogosto pridejo v dežurno ambulanto pacienti, ki želijo storitve, ki pa niso "NUJNE" po členu, opredeljenem v Zavodu, za pacienta pa so nujne (cementiranje starih prevlek, cementna zalivka, poliranje ostrih robov, reokluzija protez). Ali potemtakem storitev zaračunaš pacientu ali ga prijazno neetično zavrneš?**

**Odgovor:** Obseg nujnega zdravljenja opredeljujeta 101. in 158. člen Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja. V 186. členu Pravil je Zavod poleg splošnih opredelitev (npr.zaustavljanje krvavitev , anti-šok, itd..) opradelil druge nujne storitve v zobozdravstvu s terapevtsko, a ne diagnostično metodo. Iz tega izhaja, da so nujne storitve v zobozdravstvu tiste, pri katerih je potrebna trepanacija, incizija ali ekstrakcija. 109. člen opredeljuje standard za njihovo izvajanje. Zobozdravnik oceni, ali je storitev nujna ali ne, in to ustrezno dokumentira v kartoteki. V 256. členu Pravil v točki 7 je opredeljeno, kako ravnati, če storitve niso nujne in niso izvedene pri osebnem zobozdravniku.

**NZZD/119 (2/119) Plačilo stroškov za ortodontski aparat in nadaljevanje zdravljenja po prekinitvi zdravljenja; kdo je plačnik stroškov za ortodontski aparat?**

**Odgovor:** Pravila določajo, da izvajalec lahko zahteva plačilo pripomočka, če je le-tega zavarovana oseba izgubila, pokvarila ali z neustreznim ravnanjem v nasprotju z navodili uničila. S tem je jasno opredeljeno, da ortodont lahko zahteva plačilo izdelave novega aparata, če je prejšnji postal neuporaben po krivdi zavarovane osebe. V nobenem primeru pa ni utemeljeno zaračunavanje nadaljnjega zdravljenja, ker to krije zdravstveno zavarovanje. V primeru, da zavarovana oseba plača nov aparat, je ni potrebno vpisati v knjigo čakajočih.

**NZZD/120 (2/120) Pri obračunanju zalivke zobozdravnik Zavodu posebej obračuna še impregnacijo (v smislu impregniranja kavitete pred podlaganjem, kadar indirektno kritje še ni potrebno).**

**Odgovor:** Zavod plačuje skupek opravil in ne posamičnih opravil. Iz tega sledi, da Zavod plačuje zalivko in ne posamične faze njene izdelave. Zaradi tega tovrstno opravilo ni plačljivo iz sredstev Zavoda.

**NZZD/121 (2/121) Kdaj lahko zaračunamo ZZZS akrilno individualno žlico in ali ta sodi na Predlog zobnoprotetične rehabilitacije?**

**Odgovor:** Posamezne faze izdelovanja zobno-protetičnega izdelka ne sodijo v/na Predlog zobno protetične rehabilitacije. Storitev s šifro 93091- akrilna individualna žlica (dodatno k ustreznemu protetičnemu delu) lahko obračunate Zavodu. Pri tem je potrebno storitev utemeljiti in ne samo evidentirati v zobozdravstveni kartoteki zavarovane osebe.

**NZZD/122 (2/122) Ali pišemo šifro 95196 pri preventivnem sistematičnem pregledu po osebi?**

**Odgovor:** Storitev 95196 – zdravstveno vzgojno delo v majhni skupini je aktivna metoda, pri kateri se obravnava izbrana tema, ki omogoča izmenjavo izkušenj, mnenj in stališč. Njen cilj je ohraniti zdravje, zdravljenje ali rehabilitacija (6-9 ) oseb. Iz opisa šifre je razvidno, da se omenjena storitev obračuna Zavodu le kot delo v majhni skupini, skladno s pogodbo in dogovorom.

**NZZD/123 (2/123) Ali lahko pišemo 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 Zavodu.

**NZZD/124 (2/124) Ali se v primeru, da je pacient v postopku konservativnega zdravljenja zaradi kariesa, ugotovljenega na stomatološkem pregledu – 01007, pa se še pred zaključkom zdravljenja zateče po prvo pomoč zaradi npr. poškodbe ali parodontitis chronica in exacerbationem acuta, ob tej novi diagnozi obračuna kratek stomatološki pregled 00003?**

**Odgovor:** V tem primeru gre za novo diagnozo in lahko obračunate kratek stomatološki pregled.

**NZZD/125 (2/125) Kakšen pregled smemo pisati pri pacientih, ki so bili pred enim mesecem sistematsko pregledani pri istem zdravniku in smo takrat obračunali sistematski pregled? Ali lahko pišemo stomatološki pregled ali samo pregled?**

**Odgovor:** Iz vprašanja ni jasno, za kakšen sistematski pregled in pri kateri kategoriji zavarovanih oseb gre. Sistematski pregledi so predvideni le za otroke, šolarje in študente. Če ne gre za eno izmed teh oseb, sploh ni mogoče obračunati sistematskega pregleda. Če pa je bil pregled opravljen pri teh, se lahko ponovni pregled (stomatološki pregled) obračuna Zavodu, če je od po končanem zdravljenju poteklo najmanj šest mesecev.

**NZZD/126 (2/126) Ali lahko zobozdravnik beleži storitev razna individualna navodila in svetovanje občanom oziroma bolnikom pri pacientu s paradontalno boleznijo?**

**Odgovor:** Zobozdravnik lahko evidentira storitev s šifro 97401, ampak je ne more obračunati Zavodu, ker je sestavni del opravljene storitve. Izjemo predstavljajo zavarovanci, ki zahtevajo več časa za navodila (zavarovane osebe, ki zaradi svojega zdravstvenega stanja niso sposobne ustrezno akceptirati navodila).

**NZZD/127 (2/127) Kako obračunamo kovino pri teleskopskih prevlekah?**

**Odgovor:** V primeru izdelave teleskopskih prevlek lahko obračunate 2-krat po dva grama, ker v tem primeru gre za izdelavo dveh prevlek.

**NZZD/128 (2/128) Vprašanje: Protetično rehabilitacijo imamo rešeno od ZZZS v zgornji in spodnji čeljusti. Ali moramo začeti delati obe naenkrat oz. kakšen je lahko časovni razmik med enim in drugim delom?**

**Odgovor:** Zavod za enkrat ni določil časovnega presledka med izvedbo predlaganih protetičnih rešitev, vztraja pa na celoviti rehabilitaciji v obeh čeljustih.

**NZZD/129 (2/129) Ali moram ponovno napisati nov predlog, če se pacient odloči za nad standard npr. vizil proteza z ankerji, ko smo z delom že začeli?**

**Odgovor:** Vsaka sprememba planirane zobnoprotetične rehabilitacije zahteva predavtorizacijo novega Predloga.

**NZZD/130 (2/130) Zakaj mora biti v kartoteki podatek, koliko je bilo zaračunano osebi, saj je ta podatek vnesen že v predlogu, nato pa še na računu, ki ga prejme zavarovana oseba?**

**Odgovor:** Odgovor na to vprašanje ste že sami delno podali v vašem naslednjem vprašanju. Na predlog zobno protetične rehabilitacije se vpisujejo predračunske vrednosti, ki še ne pomenijo dokončne vrednosti storitve.

**NZZD/131 (2/131) Ali je potrebno pošiljati predlog protetične rehabilitacije v obravnavo, če terapevt izdela tri ali več solitarnih prevlek, ki niso med sabo vezane?**

**Odgovor:** V tem primeru ni potrebno pošiljati predloga protetične rehabilitacije v potrditev ZZZS.

**NZZD/132 (2/132) Kako se označi vezane prevleke v predlogu?**

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

**NZZD/133 (2/133) Ali se smatra nosilca neindiciranega mostu za vezane ali solo prevleke?**

**Odgovor:** Nosilec mostička, ki ni plačljiv iz sredstev ZZZS je pravica v primeru, da je izdelava prevleke skladna s 1. alinejo 1. točke 30. člena pravil.

**NZZD/134 (2/134) Ali je številka šarže materiala označena s kratico LOT?**

**Odgovor:** Da.

**NZZD/135 (2/135) Kako naj poteka postopek v primeru, da se pacient premisli glede načrta in je predlog protetične rehabilitacije že odobren?**

**Odgovor:** V tem primeru je potrebno poslati nov predlog (potreben je tudi pospis zavarovane osebe) in priložiti star že potrjen predlog.

**NZZD/136 (3/136) Kako po sprejetju sprememb pravil obveznega zdravstvenega na področju ortodontije evidentiramo in obračunavamo specialistični ortodontski pregled?**

**Odgovor:** Specialistični ortodontski pregled šifra 01008 vključuje opravila, ki so našteta v Zeleni knjigi.

V primeru, da je zavarovana oseba vpisana v čakalno knjigo 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 in je potrebno opraviti ponoven specialistični pregled.

V kolikor niso opravljene vse navedene storitve, lahko obračunate le kratek pregled pod šifro 00003, katerega vsebina pa mora biti vpisana v kartoteko.

**NZZD/137 (3/137) Ali ZZZS lahko obračunamo odtiskovanje zobnih lokov tudi pri ugotavljanju potrebe po ortodontskem zdravljenju?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 13020-odtiskovanje zobnih lokov in izdelavo študijskega modela lahko obračunate ZZZS tudi v primeru, ko ugotavljate indeks potrebe po ortodontskem zdravljenju.

**NZZD/138 (3/138) Ali ZZZS pri ugotavljanju potrebe po ortodontskem zdravljenju lahko obračunamo storitev s šifro 13021 – analiza študijskega modela?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 13021 – analiza študijskega modela ZZZS lahko obračunate tudi pri ugotavljanju potrebe po ortodontskem zdravljenju.

**NZZD/139 (3/139) Kako obračunamo analize študijskega modela kot obvezni sestavni del diagnostičnega postopka?**

**Odgovor:** Analize študijskega modela obsegajo meritve širine posameznih zob, zobnih skupin, razpoložljivega prostora, meritve širin zobnih lokov, njihove višine, širino opornih con itd. Analizo 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.

**NZZD/140 (3/140) Kolikokrat lahko ZZZS obračunamo načrt ortodontskega zdravljenja?**

**Odgovor:** Načrt ortodontskega zdravljenja – 52482 obsega cilje in metode ortodontskega zdravljenja po posameznih fazah. Vključuje tudi grafičen 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 obračuna storitev le enkrat.

**NZZD/141 (3/141) Kdo je dolžan zagotoviti ortopanski in tele rtg posnetek za potrebe ortodontskega zdravljenja, izbrani osebni zobozdravnik ali specialist čeljustne in zobne ortopedije?**

**Odgovor:** Za potrebe ortodontskega zdravljenja ortopanski in tele rtg posnetek zagotovi ortodont.

**NZZD/142 (3/142) Pod katero šifro obračunamo monoblok, bionator, funkcijski regulator in aparat za hitro širjenje čeljusti?**

**Odgovor:** Monoblok, bionator, funkcijski regulator, aparat za hitro širjenje čeljusti (plus 4 obročki), pendulum (plus 2 ali 4 obročki) lahko ZZZS obračunate pod šifro 52463.

**NZZD/143 (3/143) Ali ZZZS lahko obračunamo čiščenje zobnih lokov in krtačenje s strojem, pastami oziroma praški?**

**Odgovor:** Storitev čiščenje zobnih lokov in krtačenje s strojem, pastami oziroma praški s šifro – 45210 ni orotodontska storitev in zaradi tega ni plačljiva iz sredstev ZZZS v tej dejavnosti.

**NZZD/144 (3/144) Kdaj ZZZS lahko obračunamo individualno vestibularno ploščo pod šifro 52460 in kdaj pod šifro 52463 ?**

**Odgovor:** Pri evidentiranju izdelave individualne vestibularne plošče je pomembno število elementov do 4 ali več kot 4 ter metoda izdelave z ali brez konstrukcijskega ugriza. Na osnovi tega jih je možno evidentirati od 52460 do 52463. Že izdelano vestibularno ploščo ali trainer obračunamo pod šifro 52460. Pred pričetkom zdravljenja z zgoraj navedenimi ortodontskimi aparati je potrebna analiza študijskega modela.

**NZZD/145 (3/145) Kako lahko obračunamo ZZZS meziodistalno zmanjšanje širine zob?**

**Odgovor:** Storitev meziodistalno zmanjšanje širine zob, ZZZS lahko obračunate pod šifro 45220 – brušenje v artikulacijo.

**NZZD/146 (3/146) S katero šifro evidentiramo spremembe pri ekstraoralnih aparatih, brušenje bionatorja, monobloka, prilagoditev ustničnega odbijača, prilagoditev palatinalnega loka, quadhelixa, lingvalnega loka in prilagoditev aktivnih aparatov?**

**Odgovor:** Omenjene storitve lahko evidentirate s šifro 52466 – readaptacija ortodontskega aparata.

**NZZD/147 (3/147) Katere storitve so zajete s šifro 52469, obročki za fiksacijo ali rotacijo - po obročku?**

**Odgovor:** V šifro 52469 so zajeti: izbira obročka, prilagoditev obročka, priprava za cementiranje, cementiranje, identifikacija obročka v kartoteki.

**NZZD/148 (3/148) Ali lahko bolj natančno opredelite aktivne elemente v fiksni konstrukciji, ki sodijo pod šifro 52471?**

**Odgovor:** Med aktivne elemente v fiksni konstrukciji, ki jih lahko evidentirate s šifro 52471, sodijo: tieback, osmične vezi za premike zob, zapiranje vrzeli ali ohranjanje stanja, Kobayashi, medčeljustni elastični tegi, elastične verižice in derotacijski elementi, potisne in vlečne vzmeti.

**NZZD/149 (3/149) Kako evidentiramo ekstraoralne aparate?**

**Odgovor:** Pod šifro 52472: Headgear - opornica po Dealirju, lahko evidentirate Tübingen masko in bradno opornico.

**NZZD/150 (3/150) Kakšna je opredelitev zdravstvene storitve pod šifro 52391 – retiner, fiksni?**

**Odgovor:** Storitev s šifro 52391 – retiner fiksni, izdelan v laboratoriju, vključuje tudi odstranjevanje obročkov in nosilcev, odstranjevanje lepila in poliranje.

Z navedeno šifro obračunamo tudi palatinalni lok, quadhelix in ustnični odbijač (plus 2 obročka).

**NZZD/151 (3/151) Kdaj lahko obračunamo kontrolo poteka ortodontskega zdravljenja?**

**Odgovor:** Kontrola poteka ortodontskega zdravljenja se lahko obračuna na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja v dveh primerih pod šifro 91310.

Pri pacientih, ki še niso vključeni v aktivno zdravljenje z aparatom in prihajajo na občasne preglede. Pri le-teh ortodont spremlja razvoj čeljustnic in zobovja in druga razvojna dogajanja orofacialnega sistema ter predlaga osebnemu zobozdravniku pacienta določene posege – učenje ustne higiene, ekstrakcije, miofunkcijske vaje, odpravo razvad itd.

Pri pacientih, ki so že vključeni v aktivno zdravljenje in prihajajo na ponovne obiske, pri katerih je treba aktivirati elemente aparata, širiti vijak, kontrolirati sodelovanje pacienta 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 pacient naročen na odtiskovanje za izdelavo aparata, zaradi naročanja na rtg 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 in ni bila hkrati opravljena še ena storitev. Ob tem mora biti v kartoteki navedeno, kaj je ortodont opravil v okviru storitve kontrole ortodontskega zdravljenja, kot npr. širitev vijaka, aktiviranje peres, brušenje aparata, navodila pacientu ali staršem ali navodila njegovemu osebnemu zobozdravniku.

**NZZD/152 (3/152) Pri pacientu s fiksnim ortodontskim aparatom je ugotovljen karies, kako ravnamo v tem primeru?**

**Odgovor:** Zavarovane osebe, ki so vključene v aktivno ortodontsko obravnavo, so pod sistematično kontrolo izbranega zobozdravnika. V kolikor je potrebno sneti fiksni element, ki moti ustrezno sanacijo, se mora zobozdravnik dogovoriti z ortodontom za termin obravnave. Ortodont bo obračunal na novo opravljene storitve (aparat) zavarovani osebi oziroma njenem zastopniku, če je karies nastal zaradi slabega vzdrževanja ustne higiene v času ortodontskega zdravljenja.

**NZZD/153 (3/153) Kateri ortodontski aparat obračunamo ZZZS brez analize študijskega modela?**

**Odgovor:** Brez analize študijskega modela, ZZZS ne morete obračunati ortodontskega aparata.

**NZZD/154 (4/154) Koliko teleskopskih (konusnih) prevlek lahko izdelamo v breme Zavoda?**

**Odgovor:**  V breme ZZZS lahko naredite snemno konstrukcijo z največ petimi (5) teleskopskimi ali konusnimi prevlekami v eni čeljusti.

**NZZD/155 (4/155) Kolika je trajnostna doba teleskopskih (konusnih) prevlek (52344)?**

**Odgovor:** Trajnostna doba konusne oz. teleskopske konstrukcije je 7 let.

**NZZD/156 (4/156) Kakšen je minimalen zapis v medicinski dokumentaciji za utemeljen obračun teleskopskih (konusnih) prevlek?**

**Odgovor:** Vsaka teleskopska konstrukcija mora biti utemeljena z zapisom o parodontalnem statusu, rtg posnetkom in odčitavo posnetka (ter zapisom stanja čeljustnega grebena) ter obračunom teh storitev.

**NZZD/157 (4/157) S katero šifro Zavodu lahko obračunamo razbremenilno opornico?**

**Odgovor:** Razbremenilno opornico Zavodu lahko obračunate s šifro 52385 - razbremenilna opomica (tudi akrilna ali kovinska kapica do 4 zob v istem kvadrantu).

**NZZD/158 (4/158) Kakšen je minimalen zapis v medicinski dokumentaciji za utemeljitev dviga griza?**

**Odgovor:** Za utemeljitev je potrebno v skladu z doktrinarnimi opredelitvami navesti:  
vzrok za zmanjšanje spodnje obrazne tretjine, globino sondiranja, krvavitev pri sondiranju, indeks plaka ter stopnjo majavosti vseh zob, predvidena predprotetična priprava (npr. podaljšanje kliničnih kron, VE zaradi globoke obrabe, kiretaža . .), študijske modele, umavčeni v artikulator (arhivirata se študijska modela z umavčenima ploščicama) na podlagi registracije z obraznim lokom  
arhiviran OPG (= ortopantomogram) začetnega ter končnega stanja (po protetični oskrbi z dvigom griza), analizo študijskih modelov - navedba: položajnih anomalij zob in čeljusti  
obstoječe okluzijske stike v IKP ju okluzijske interference sprednjega vodenja (po katerih zobeh potekajo zdrsi v propulzijo in lateropulzijo)

**NZZD/159 (4/159) Katere storitve lahko okračunamo Zavodu za utemeljitev pri dvigu griza?**

**Odgovor:** Zavodu lahko obračunate opravljene storitve v skladu z >>Zeleno knjigo<<.  
Npr. stomatološki pregled - 01007, 13020 - odtiskovanje zobnih lokov in izdelava študijskega modela vključuje odtis obeh zobnih lokov in izdelava ter arhiviranje študijskega modela. . . ,13022 - analiza artikulacijskih in okluzijskih motenj v individualnem in gnatološkem artikulatorju, 52483 -  
načrt protetične rehabilitacije. . .

**NZZD/160 (4/160) Do koliko solo prevlek ni potrebno pošiljati Zavodu v potrditev?**

**Odgovor:** V kolikor nameravate zavarovani osebi narediti več kot tri solo prevleke, je potrebno poslati predlog zobnoprotetične rehabilitacije.

**NZZD/161 (4/161) Ali modrostniki (8) štejejo kot manjkajoči zobje pri opredelitvi pravice do delne snemne proteze?**

**Odgovor:** Modrostniki štejejo tudi za manjkajoče zobe.

**NZZD/162 (4/162) Kdaj lahko zavarovani osebi naredimo fiksno konstrukcijo, čeprav ima pravico do delne snemne proteze s kovinsko bazo?**

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

**NZZD/163 (4/163) Ali lahko zavarovani osebi naredimo privesek, ko je to pravica?**

**Odgovor:** Tudi mostiček 4. vrste se po Sedeju opredeljuje privesek in je pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZD/164 (4/164) Kolika je trajnostna doba, de je Zavod odobril izdelavo delne snemne proteze z akrilno bazo, a je zavarovana oseba doplačala izdelavo kovinske baze?**

**Odgovor:** Trajnostna doba je 3 leta oziroma je opredeljena s trajnostno dobo izdelka, ki ga je Zavod odobril in plačal, čeprav bi bilo korektno do zavarovane osebe, ki je doplačala nadstandard, da ji izvajalec prizna trajnostno dobo sedmih let.

**NZZD/165 (4/165) Ali je potrebno hraniti delovni nalog tudi za solo prevleke, ko ni potrebna potrditev predloga zobnoprotetične rehabilitacije?**

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

**NZZD/166 (4/166) Ali je potrebno priložiti star predlog k novemu?**

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

**NZZD/167 (4/167) Ali je potrebno hraniti delovni nalog?**

**Odgovor:** Prav tako kot predlog.

**NZZD/168 (4/168) Ali je nezadostno ali nepravilno izpolnjen delovni nalog razlog za nepriznavanje opravljene storitve?**

**Odgovor:** Da.

**NZZD/169 (4/169) Kako obračunamo konfekcijski zatiček iz steklenih vlaken (fiberglasa)?**

**Odgovor:** Konfekcijski zatiček iz fiberglasa zaračunate s šifro 52331-inlay na eni ploskvi, fiksno protetični nazidek-indirektna metoda. V primeru, da oblikujete zobno krono iz kompozitnih materialov, dodatno obračunate storitev s šifro 52325-zalivka na treh ali več ploskvah.

Pri izdelavi prevlek tovrsten zatiček na morete obračunati Zavodu.

**NZZD/170 (4/170) Kdaj Zavodu lahko obračunamo komplicirano ekstrakcijo zoba?**

**Odgovor:** Zavodu lahko obračunate komplicirano ekstrakcijo v primeru, ko je potreben kirurški dostop do zaostale korenine ali zoba, odgrnitev mukoperiostalne krpe, obvrtavanje kosti do nekaj mm od alveolarnega grebena ter v primeru, da je potrebna separacija korenin. Za obračun je potrebna pisna utemeljitev in rtg.

**NZZD/171 (4/171) Katere storitve lahko obračunamo Zavodu pri ekstrakciji zoba?**

**Odgovor:** Pri ekstrakciji zoba Zavodu lahko obračunate tako kot do sedaj površinsko lokalno anestezijo - 88910 in lokalno infilatracijsko anestezijo - 88911. Pri tem lahko obračunate še mali postoperativni poseg po ekstrakciji s šifro 52304. Pri takšnem obračunu sta zajeti zaustavitev krvavitve in eventualen šiv.

**NZZD/172 (4/172) 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 v tem primeru gre za elektiven poseg. V primeru, da gre za nujno storitev, lahko obračunate kratek stomatološki pregled.

**NZZD/173 (4/173) S katero šiifro obračunamo ekstrakcijo mlečnega zoba z resorbiranimi koreninami ?**

**Odgovor:** Ekstrakcijo omajanega mlečnega zoba z resorbiranimi koreninami obračunate s šifro 52301-ekstrakcija enokoreninskega zoba. Prav tako lahko obračunate površinsko lokalno anestezijo s šifro 88910 in lokalno infiltracijsko anestezijo s šifro 88911. Pri nadzoru šteje, da je mlečen zob z resorbiranimi koreninami: mlečni sekalec pri6-letnikih ali starejših in mlečni kočnik pri 12-letnikih ali starejših.

**NZZD/174 (4/174) Kdaj Zavodu lahko obračunamo zaustavitev krvavitve (88941)?**

**Odgovor:** Zaustavitev krvavitve je sestavni del vsakega kirurškega posega in se ne obračunava posebej. To je možno le v izjemnih primerih, npr. ko gre za intermediatno krvavitev. Tudi te primere je potrebno utemeljiti opisno in ne le z diagnozo. Prav tako je potrebno zabeležiti laboratorijske vrednosti, ki utemeljujejo podaljšano krvavitev npr. INR>2,5.

**NZZD/175 (4/175) Kakšen je minimalen zapis v medicinski dokumentaciji za ustrezno utemeljitev obračuna lokalne anestezije?**

**Odgovor:** Lokalno anestezijo lahko obračunate Zavodu takrat, ko ste jo aplicirali. Zavarovana oseba je upravičena do brezbolečinskega posega. V medicinski dokumentaciji pa mora biti zapisano ime lokalnega anestetika, odmerek in koncentracija vazokonstrikroja (če ste uporabili tovrsten anestetik).

**NZZD/176 (4/176) Ali lahko material Fuji šteje kot standardni material, za katerega ni potrebno doplačilo?**

**Odgovor:** Da, tudi steklastoionomerne cemente lahko uporabite kot standardni material pri zalivkah na mlečnem zobovju. Pri tem je to potrebno zabeležiti v medicinski dokumentaciji enako, kot velja za standardni material brez doplačila.

**NZZD/177 (4/177) Ali se pri izdelavi >>Fuji plombice<<obračunava tudi jedkanje in poliranje?**

**Odgovor:** Jedkanje se ne obračunava, poliranje pa lahko v naslednji seji.

**NZZD/178 (4/178) Ali lahko uporabljamo akronime v medicinski dokumentaciji?**

**Odgovor:** V medicinski dokumentaciji lahko uporabljate akronime, če so le ti v njej pisno pojasnjeni.

**NZZD/179 (4/179) Ali je potrebna analiza tudi pri navadnem RTG posnetku zoba, ali samo pri ortopanu?**

**Odgovor:** Da. Rtg posnetek je diagnostična metoda in zahteva upoštevanje principov interpretacije posnetka.

**NZZD/180 (4/180) Pri izdelavi okluzijske opornice za bruksizem je vedno potrebna manjša ali večja readaptacija opornice na prvem kontrolnem pregledu, to je teden do dva po vstavitvi opornice.**

**Odgovor:** Readaptacijo okluzijske opornice za bruksizem lahko Zavodu obračunate s šifro 52466-readaptacija ortodontskega aparata (tudi podložitev). Ob tem je potrebno v medicinski dokumentaciji readaptacijo okluzijske opornice ustrezno utemeljiti.

**NZZD/181 (4/181) Kako lahko obračunamo storitev 93009-bradna opornica, če uporabimo konfekcijske elemente za izdelavo?**

**Odgovor:** Pri obravnavi zavarovanih oseb s progenijo je indicirana tudi bradna opornica. Bradno opornico, izdelano iz konfekcijskih elementov, lahko obračunate Zavodu s šifro 93009-izdelava bradne opornice, poševne ravnine indirektna metoda, le da v tem primeru ne morete obračunati ločeno zaračunljivega materiala.

**NZZD/182 (6/198) Ali se šifra 93006 sedaj uporablja za vsako parcialno protezo ne glede na število elementov?**

**Odgovor:** Ne.

**NZZD/183 (6/199) 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/184 (6/200) Kdaj se lahko obračuna DSP z vlito kovinsko bazo s šifro 93007?**

**Odgovor:** DSP z vlito kovinsko bazo s šifro 93007 lahko obračunate v primerih, ko je potrebna opornica, in v primerih, da je DSP z 10 ali več elementov (elementi proteze so: zapone, naslonke, krila, veliki in mali vezni element, zobje).

**NZZD/185 (6/201) Kako obračunavamo proteze s konusnimi konstrukcijami?**

**Odgovor:** V tem primeru lahko obračunate DSP s šifro 93007.

**NZZD/186 (6/202) V primeru reparature vlite baze - ali se plača reparatura vlite zapone ali žičnate zapone? Na kakšno obdobje se sploh lahko obračunava reparatura vlite baze?**

**Odgovor:** V tem primeru obračunate reparaturo proteze. Reparaturo lahko obračunate Zavodu dvakrat na trajnostno dobo.

**NZZD/187 (6/203) 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 vračunana tudi zaščita.

**NZZD/188 (6/204) Ali se v primeru, ko izdelamo gred, prizna zahtevna parcialna proteza z vlito bazo (93007)?**

**Odgovor:** Da.

**NZZD/189 (6/205) Ali še vedno obstaja možnost kompenzacije parcialne proteze z vlito bazo s fiksno konstrukcijo (mostički)?**

**Odgovor:** Da.

**NZZD/190 (6/206) Kolika je trajnostna doba za nosilce DSP s kovinsko bazo?**

**Odgovor:** Trajnostna doba je 7 let.

**NZZD/191 (6/207) Kdaj ima pacient pravico do totalne proteze z vlito bazo?**

**Odgovor:** Zavarovana oseba iz sredstev ZZZS ni upravičena do totalne proteze z vlito bazo.

**NZZD/192 (6/208) Ali so polzila,gredi pravica iz OZZ?**

**Odgovor:** Gredi so, polzila pa so predmet doplačila.

**NZZD/193 (6/209) Biološki nosilci niso primerni za VKB za trajnostno dobo 7 let, pacient pa vseeno želi VKB. Ali se v tem primeru lahko zaračuna doplačilo?**

**Odgovor:** Da. Zobozdravnik mora dati zavarovani osebi v podpis izjavo, s katero jo seznanja s prednostmi in pomanjkljivostmi DSP z akrilno bazo. Seznanitev mora biti podprta s strokovnimi utemeljitvami. Zavarovana oseba mora s podpisom potrditi, da se strinja z doplačilom za VKB. Izjava in predračun oz. potrdilo o doplačilu morata biti specificirana in podpisana s strani zavarovane osebe in datirana z dnem dogovora in vstavitve protetičnega izdelka.

**NZZD/194 (6/210) Ali storitev s šifro 93091 (akrilatna individualna žlica)obračunajo samo specialisti ali vsi zobozdravniki?**

**Odgovor:** ZZZS ni pristojen za razmejitev del in nalog med primarno in sekundarno dejavnostjo. Iz tega sledi, da jo lahko obračunajo vsi zobozdravniki.

**NZZD/195 (6/211) Ali je akrilatna individualna žlica lahko doplačilo za odtis za VKB?**

**Odgovor:** Ne.

**NZZD/196 (6/212) Ali je na predlogu zobnoprotetične rehabilitacije nujno podati status zob po ploskvah za nosilce prevlek? Ali to predvidevajo tudi navodila?**

**Odgovor:** Ne.

**NZZD/197 (6/213) Kako se obračuna izdelava zalivk v interkaninem sektorju (izdela se zalivka MLaP in ločeno DLa P), če se jih izdela v isti seji ali v dveh sejah?**

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

**NZZD/198 (6/214) Kako obračunamo stelitne zlitine?**

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

**NZZD/199 (6/215) Kaj lahko obračunamo Zavodu v primeru skrajšane zobne vrste (manjkajo molarji)?**

**Odgovor:** V tem primeru je pravica do DSP z vlito kovinsko bazo.

**NZZD/200 (6/216) Koliko časa velja potrjen predlog zobnoprotetične rehabilitacije?**

**Odgovor:** Predlogi, potrjeni po datumu izdaje okrožnice, veljajo 12 mesecev.

**NZZSPEC/1 (5/182) Kdaj ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja?**

**Odgovor:** Zavarovana oseba ima pravico do ortodontskega zdravljenja v okviru obveznega zavarovanja, če je ugotovljena srednja, težka ali zelo težka nepravilnost dentofacialnega sistema. Nepravilnosti mora biti ugotovljena do dopolnjenega 16. leta starosti, ortodontsko zdravljenje se mora pričeti do dopolnjenega 18. leta starosti.

**NZZSPEC/2 (5/183) Kako ugotovimo težavnostne stopnjo razvojne nepravilnosti?**

**Odgovor:** Težavnostne stopnjo razvojne nepravilnosti ugotovimo z določitvijo EF indeksa. Vrednost EF indeksa, ki je enaka ali manjša od 15 točk pomeni lahko nepravilnost in zdravljenje ni vključeno v okvir obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZSPEC/3 (5/184) Katero storitev obračuna mo pri ugotavljanju potrebe po ortodontskem zdravljenju oz. EF indeksa?**

**Odgovor:** Za ugotavljanje potrebe po ortodontskem zdravljenju oz. EF indeksa obračunamo storitev specialistični ortodontski pregled- šifra 01008. V primeru, da s specialističnim pregledom ne ugotovimo zadostno število točk, moramo izdelati študijski model in napraviti analizo študijskega modela (šifra 13020- odtiskovanje zobnih lakov in izdelava študijskega modela, šifra 13021- analiza študijskega modela). Pacient ima pravico do kontrolnih pregledov (v časovnih obdobjih, ki so odvisni od razvojnega obdobja bolnika) in ponovnega ugotavljanja potrebe do dopolnjenega 16. leta (storitev kontrolni pregled oz. specialistični pregled, če se je stanje značilno spremenilo} na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZSPEC/4 (5/185) Kdaj je potrebno seznaniti bolnika oz. njegove skrbnike s pravicami in obveznostmi v okviru ortodontskega zdravljenja?**

**Odgovor:** Zavarovani osebni oz. njenim skrbnikom je ortodont dolžan pojasniti pravice in obveznosti, ki se nanašajo na ortodontsko zdravljenje. Ob prvem pregledu naj bi bolniki oz. skrbniki prejeli zloženko "Ortodonija in njene posebnosti". Pred pričetkom zdravljenja otroka ali mladostnika starši oz. skrbniki podpišejo izjavo o ortodontskem zdravljenju, v kateri so navedene pravice in obveznosti zavarovane osebe in dolžnosti ortodonta. Starši oz. skrbniki prav tako podpišejo dogovor o ortodontskem zdravljenju, ki vsebuje podatke o vrsti in obsegu nepravilnosti, metodi zdravljenja, oceni trajanja in stroškov zdravljenja. Oba dokumenta sta obvezni del medicinske dokumentacije.

**NZZSPEC/5 (5/186) Kdaj pacienta vpišemo v čakalne knjigo?**

**Odgovor:** Pacienta vpišemo v čakalno knjigo, ko ugotovimo potrebo po ortodontskem zdravljenju (glej točko 2). V primeru, da je za ortodontsko zdravljenje še prezgodaj, pacienta ne vpišemo v čakalna knjigo. Bolnika naročamo na kontrolne preglede (v časovnih obdobjih glede na razvojno obdobje) in z zdravljenjem pričnemo ob primernem času. V opazovalni skupini so tudi tisti otroci, pri katerih nismo ugotovili potrebe po ortodontskem zdravljenju (EF manjši ali enak 15) in jih spremljamo do 16. leta starosti. Vadimo seznam pacientov v opazovani skupini.

**NZZSPEC/6 (5/187) Kdaj se šteje, da je bolnik vključen v ortodontsko zdravljenje?**

**Odgovor:** Začetek aktivnega zdravljenja je takrat, ko pričnemo z ortodontskim zdravljenjemz zdravljenjem funkcionalnih nepravilnosti (miofunkcijske vaje, vestibularna ploščica, funkcionalni ortodontski aparati) ali/in morfoloških nepravilnosti (snemna oz. nesnemna tehnika). Po diagnostičnih postopkih, načrtu zdravljenja bolnika naročamo na kontrolne preglede. Vpis v čakal no knjigo ne pomeni začetka aktivnega zdravljenja.

**NZZSPEC/7 (5/188) Kdaj obvestimo osebnega zobozdravnika, ki je pacienta napotil na ortodontsko zdravljenje?**

**Odgovor:** Osebnega zobozdravnika bi obvestili s pisnim izvidom: - po prvem pregledu (ugotovitev potrebe po ortodontskem zdravljenju, vpis v čakal no knjigo, opazovanje pacienta, neugotovitev potrebe po ortodontskem zdravljenju), • -ob začetku aktivnega zdravljenja (način zdravljenja), • - po koncu aktivnega zdravljenja, • -ob prekinitvi ortodontskega zdravljenja.

**NZZSPEC/8 (5/189) Koliko časa traja retencijsko obdobje?**

**Odgovor:** Retencijsko obdobje traja 3 leta po koncu aktivnega zdravljenja oziroma najdlje do dopolnjenega 22. leta starosti. V primeru prirojenih razvojnih nepravilnosti kraniofacialnega kompleksa (razcepi, sindromi, bolezni mišičja) in kombiniranega ortodontsko kirurškega zdravljenja retencijsko obdobje traja 5 let po končanem aktivnem zdravljenju.

**NZZSPEC/9 (5/ 190) Kdaj ima ortodont pravico prekiniti ortodontsko zdravljenje v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja?**

**Odgovor:** Specialist ortodont ima pravico prekiniti zdravljenje, če zavarovana oseba neopravičeno ne pride na ponovni pregled v času 6 mesecev ali več po datumu od zadnjega pregleda, na katerega je bila naročena. V primeru, da se pacient oz. njegovi skrbniki opravičijo, ortodont ugotovi utemeljenost opravičila. Specialist ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba kljub večkratnim opozorilom, ki jih evidentiramo v medicinski dokumentaciji, ne sodeluje, ne nosi aparata in/ali ne vzdržuje brezhibne ustne higiene. V primeru, ko pri bolniku opazimo vidne poškodbe trdih ali mehkih tkiv (vidne demineralizacije, karies, napredovana vnetja obzobnih tkiv), aparat odstranimo takoj. Stanje dokumentiramo v medicinski dokumentaciji in s fotografijami. V vseh navedenih primerih ne gre le za možnost, da ortodont prekine z zdravljenjem, ampak je v skladu s Pravili obveznega zavarovanja to tudi njegova dolžnost. Ob prekinitvi zdravljenja ortodont obvesti osebnega zobozdravnika zavarovane osebe, ki ji na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja ne sme izdati nove napotnice za ortodontsko zdravljenje pri drugem ortodontu.

**NZZSPEC/10 (5/191) Kdo poravna stroške dela in materiala v primeru, da retencijski žični lok odpade?**

**Odgovor:** Če pacient redno hodi na kontrolne preglede in se drži navodil glede nošenja in vzdrževanja retencijskih žičnih lakov in aparatov v retencijskem obdobju (glede na dogovor z ortodontom), stroške popravila ali izdelave novega retencijskega žičnega loka poravna Zavod za zdravstveno zavarovanje. V primeru, da ne hodi na kontrolne preglede redno, ortodontsko zdravljenje prekinemo in stroške poravna bolnik sam oz. njegovi skrbniki- po ceniku samoplačnikih cen.

**NZZSPEC/11 (5/192) Kdo poravna stroške materiala in dela v primeru, ko bolnik izgubi ali poškoduje ortodontski aparat ali v primeru, ko se odlepijo nosilci?**

**Odgovor:** V kolikor snemni aparat ni vstavljiv zaradi spremenjenega stanja (izpadel mlečni zob, izrasel stalni zob, ostalo), popravilo oz. izdelavo novega aparata poravna ZZZS. V kolikor ortodont oceni, da se bolnik ni ravnal po njegovih navodilih oz. je do okvare aparata prišlo po krivdi bolnika, nosijo stroške popravila oz. izdelave novega aparata bolniki oz. njegovi skrbniki. Ko se nosilci od lepijo prvič ali drugič, stroške dela in materiala poravna Zavod za zdravstveno zavarovanje. V primeru, ko se pacientu odlepijo nosilci večkrat, stroške dela in materiala poravna bolnik sam oz. njegovi skrbniki po ceni, ki je dogovorjena z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

**NZZSPEC/12 (5/193) Ali po prekinitvi ortodontskega zdravljenja poravna izdelavo retencijskih žičnih lokov in aparatov Zavod za zdravstveno zavarovanje ali bolnik oz. njegovi skrbniki?**

**Odgovor:** V primeru prekinitve aktivnega zdravljenja (nespoštovanje dogovora) ali v primeru, ko bolnik sam želi prekiniti zdravljenje, izdelavo retencijskih žičnih lokov in snemnih retencijskih aparatov poravna bolnik oz. njegovi skrbniki po ceniku samoplačniških storitev.

**NZZSPEC/13 ( 5/194) Otrok je vključen v ortodontsko obravnavo s snemnim aparatom, pričakovanih rezultatov ni bilo. Starši so povedali, da otrok ne nosi dovolj aparata. Ali ima otrok pravico do nadaljnega zdravljenja z nesnemnim aparatom, ki ga pač ne bo mogel sneti, kot starši ponavadi utemeljujejo svoj zahtevo?**

**Odgovor:** Snemni aparat je v večini primerov prva stopnja dvofaznega zdravljenja. V kolikor se bolnik ni ravnal po navodilih ortodonta in pričakovani rezultati niso bili doseženi, bolnik ne more nadaljevati zdravljenja z nesnemnim aparatom v okviru obveznega zdravstvenega zavarovanja. Neredno nošenje snemnega aparata ni razlog za namestitev nesnemnega aparata.

**NZZSPEC/14 (5/195) Kdaj zavarovana oseba lahko zamenja ortodonta in kako ravnati v tem primeru?**

**Odgovor:** Zavarovana oseba lahko zamenja ortodonta v primeru, da se preseli ali ob upokojitvi izbranega ortodonta V tem primeru ga je ortodont, pri katerem se je bolnik javil dolžan prevzeti kljub zasedenosti. Originalno medicinsko dokumentacijo (skupaj z napotnico) prejme novo izbrani ortodont iz ambulante prejšnega ortodonta, ki sam zadrži fotokopijo dokumentacije. V primeru, ko zavarovana oseba želi zamenjati ortodonta na svojo željo, mora o tem obvestiti lečečega ortodonta in zaprositi izbranega osebnega za izdajo dvojnika napotnice.Po dogovoru med obema ortodontoma dosedanji ortodont posreduje novo izbranemu ortodontu originalno medicinsko dokumentacijo in napotnico, ki jo je dobil na začetku zdravljenja od osebnega zobozdravnika, sebi pa zadrži kopijo dokumentacije za primer morebitnih nesporazumov ali pravd. Novo izbrani ortodont o zamenjavi obvesti osebnega zobozdravnika. Osebni zobozdravnik zavarovane osebe dokumentira zamenjave in zabeleži, pri katerem ortodontu se je zdravljenje nadaljevalo.

**NZZSPEC/15 (5/196) Ali je bolnik upravičen do nadaljevanja zdravljenja, če je obravnavo prekinil zaradi bolezni oz. drugih zdravstvenih razlogov?**

**Odgovor:** Bolnik lahko prekine in nadaljuje zdravljenje zaradi bolezni ali diagnostičnih preiskav. Po končanih diagnostičnih postopkih oz. ozdravitvi ima pravico do nadaljevanja zdravljenja na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja. Pacient prinese pismeni izvid o potrebnih oz. izvedenih preiskavah. Preiskava glave z magnetno resonance ni razlog za odstranitev nesnemnega aparata (Kemper et al. J Orofac Orthop 2009; 485-94).

**NZZSPEC/16 (5/197) Zakaj so v okviru ortodontskega zdravljenja potrebna doplačila?**

**Odgovor:** Spodaj navedene storitve ne sodijo med ortodontske storitve, ki jih krije obvezno zdravstveno zavarovanje. če so storitve v ortodontski ambulanti opravljene, so plačniki pacienti oz. njihovi starši ali skrbniki po predhodnem dogovoru.

Čiščenje zobnih oblog v obeh lakih: 20,00 EUR

Topikalna aplikacija fluoridov: 40,00 EUR

Doplačilo za ortodontsko zdravljenje z DAMON sistemom: 700,00 EUR

Doplačilo za samozaklepne nosilce:

Razlika v ceni med ceno LZM za nosilec in nosilci posameznih proizvajalcev.

**NZZSPEC/17 (7/218) Kakšen pregled obračunava oralni (maksilofacialni) kirurg?**

**Odgovor:** Ker je na napotnici običajno že napisana tudi dg. in razlog napotitve, je pri prvem obisku največkrat dovolj opraviti delni pregled v spec. dejavnosti (šifra iz seznama storitev 01003 – opis možnih storitev v šifri 01000) ali po potrebi spec. stom. pregled (01009). Kontrolni pregled po izvajani terapiji se obračuna kot kratek stom. pregled (00003). Obračuna se dejansko opravljeni pregled, vse ugotovitve pa se morajo beležiti v dokumentacijo.

**NZZSPEC/18 (7/219) Ali lahko oralni (maksilofacialni) kirurg obračunava tudi rutinske stomatološke storitve, npr.: anestezija, pisanje receptov, pooperativni manjši posegi – odstranitev šivov oz. oskrba – drenaža, toaleta rane ipd?**

**Odgovor:** Po metodologiji evidentiranja in obračunavanja storitev v spec. dejavnostih (kamor sodi tudi omenjena dejavnost) spadajo omenjene storitve v eno od oskrb: začetno ali celotno (11003, opis možnih storitev 11000) ter nadaljnjo ali delno (11304, opis storitev 11300). Obračunava se ena od teh oskrb, vse opravljene storitve se evidentirajo v dokumentacijo.

**NZZSPEC/19 (7/220) Ali je možno obračunati le odčitavanje RTG slike?**

**Odgovor:** Storitev 31010 – slikanje zob navadni posnetek vključuje tudi odčitavanje posnetka. Možna je tudi dogovorna delitev vrednosti storitve – 2,13 točke med izvajalcema, tj. zdravnikom in RTG tehnikom. Zavodu je namreč možno storitev obračunati le enkrat.

**NZZSPEC/20 (7/221) 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 evidentiranem izvidu 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/21 (7/222) Kako se obračunava hkratna apikotomija in retrogradna polnitev kanala?**

**Odgovor:** Ob tem posegu se priznava poleg apikotomije še zalivka na 3 ali več ploskvah – 52325. Obračun se prizna le ob pooperativnem rtg posnetku zoba.

**NZZSPEC/22 Katera je starostna meja za ugotovitev potrebe po ortodontskem zdravljenju?**

Določbo prvega odstavka 34. člena Pravil OZZ je potrebno razumeti tako, da ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja, če je bila potreba po zdravljenju ugotovljena vsaj do dopolnjenega 16. leta starosti.

**NZZSPEC/23 Kdaj je ugotovljena potreba po zdravljenju?**

Šteje se, da je potreba po zdravljenju ugotovljena, če je pri zavarovani osebi z meritvami ocenjena srednja, težka ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti, kar pa se ugotovi z EF indeksom. Vrednost EF indeksa mora biti večja od 15 točk. V kolikor je vrednost enaka ali manjša od 15 točk, gre za lahko stopnjo nepravilnosti in zdravljenje ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**NZZSPEC/24 Ali se vpis v čakalni seznam (čakalno knjigo) že šteje za začetek zdravljenja?**

Vpis v čakalni seznam (čakalno knjigo) ne pomeni avtomatično tudi že ugotovitev potrebe po zdravljenju. Lahko pa ugotovitev potrebe po zdravljenju (ocena EF indeksa) in vpis v čakalni seznam sovpadata (npr. če je bila pri zavarovani osebi na podlagi opravljenih meritev ugotovljena srednja, težka ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti - po EF indeksu večja od 15 točk, hkrati pa je bila zavarovana oseba vpisana v čakalni seznam).

Potrebno je ločiti dve situaciji, ko zavarovana oseba na podlagi napotnice opravi triažni pregled pri ortodontu:

* V primeru, da ortodont istočasno opravi meritve in ugotovi EF indeks večji od 15 (srednja, težka ali zelo težka oblika nepravilnosti zob in čeljusti) ter zavarovano osebo vpiše v čakalni seznam, se to šteje kot pričetek zdravljenja;
* V primeru, da ortodont na podlagi triažnega pregleda ne opravi ocene EF indeksa zaradi ugotovitve, da glede na stanje zobovja še ni možno dokončno oceniti stopnjo nepravilnosti, zavarovano osebo vpiše v poseben seznam (opazovalna skupina) in se to ne šteje kot pričetek zdravljenja (ni bila še ugotovljena potreba po ortodontskem zdravljenju). Vendar pa mora ortodont v času nadaljnjih kontrolnih pregledov in pred dopolnjenim 16. letom starosti opraviti meritve in ugotoviti EF indeks.

**NZZSPEC/25 Kako obravnavamo zavarovane osebe, ki so bile vpisane v čakalno knjigo pred spremembo Pravil OZZ v letu 2006?**

V praksi pa lahko še vedno prihaja do primerov (zaradi dolgih čakalnih dob), ko je bila zavarovana oseba pregledana pri ortodontu pred spremembami Pravil OZZ iz leta 2006 (Ur. l. RS, št. 86/06), po katerih se šteje, da je bila starostna meja za pričetek zdravljenja 18 let. V skladu s takrat veljavnim 34. členom Pravil je bilo določeno, da ima zavarovana oseba pravico do ortodontskega zdravljenja po dopolnjenem 18. letu starosti, kadar začeto zdravljenje ni bilo končano do 18. leta. V teh primerih se za pričetek zdravljenja šteje opravljen pregled in vpis v čakalni seznam.

**NZZSPEC/26 Kako ravnati v primeru, ko se zavarovana oseba ne zglasi na naročen pregled ali zdravljenje, in svojega izostanka ne opraviči?**

V tem primeru je potrebno pozvati zavarovano osebo, da se zglasi na pregled ali zdravljenje na predlagan novi datum.

**Vzorec vabila:**

Ime in priimek

Naslov pacienta Datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ZADEVA: Vabilo

Pozdravljeni!

Ugotavljamo, da dne \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ niste prišli na naročen pregled/zdravljenje, pri \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, dr. dent. med, spec. ortodont, in svojega izostanka niste opravičili.

V primeru, da se na pregled/zdravljenje ne morete zglasiti na predlagan datum \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ob\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ uri, Vas prosimo, da nas pokličete na telefonsko številko­­­­­­­­­­­\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_med \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_uro, da bomo skupaj določili nov termin obiska.

***Pri tem vas opozarjamo, da je v primeru, če se na vabilo ne boste odzvali in svojega izostanka ne boste opravičili, ortodont dolžan v skladu z določbo drugega odstavka 34. a člena Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list, RS, št. 79/94, s spremembami) prekiniti zdravljenje v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja, 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/27 Kako ravna Območna enota ZZZS v primeru prekinitve zdravljenja?**

Ortodont lahko prekine zdravljenje, če zavarovana oseba več kot 6 mesecev po datumu naročenega kontrolnega pregleda brez opravičenega razloga ni prišla na kontrolni pregled/zdravljenje oziroma v drugih primerih, ki so navedeni v drugem odstavku 34a. člena Pravil OZZ (glej tudi okrožnico št. 5, vprašanje 190). Pri tem morata biti datum in ura pregleda jasno zapisana v naročilnem kartončku in čakalni knjigi, in ne navedena opisno (npr. »*čez pol leta*«). Ortodont mora pri tem ugotoviti, ali so v konkretnem primeru podani opravičeni razlogi za prekinitev zdravljenja. Če se zavarovana oseba v zvezi s prekinjenim ortodontskim zdravljenjem obrne na območno enoto, je slednja dolžna od ortodonta zahtevati, da svojo odločitev ustrezno utemelji. OE bo na podlagi pojasnil ortodonta, ter na podlagi ugotovljenega dejanskega stanja v konkretnem postopku (OE bi npr. lahko po potrebi pridobila mnenje zdravnika ustrezne specialnosti, če je razlog za prekinitev ortodontskega zdravljenja bolezen osebe v določenem obdobju ali podobno) zavarovani osebi z dopisom pojasnila razloge za prekinitve zdravljenja. Če zavarovana oseba s pojasnilom ni zadovoljna pristojna območna enota izda odločbo (8. točka 3. odstavka 256. člena Pravil OZZ).

Pripravil Generalni direktor ZZZS

Oddelek za nadzor Samo Fakin.

Številka: 0072-6/2010-DI/17

Datum: 20.12.2013