



Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije

Direkcija

Miklošičeva cesta 24

1507 Ljubljana

www.zzvs.si



Na podlagi določil 4. člena Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18 in 30/19) in 19. točke prvega odstavka 28. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) generalni direktor Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije sprejme naslednje

NAVODILO ZA UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV Z NAPOTNICO

I. poglavje: UVODNE DOLOČBE

1. člen (predmet navodila)

(1) S tem navodilom se določa uporaba in izpolnjevanje listine Napotnica (v nadaljevanju: napotnica), s katero zavarovane osebe uveljavljajo zdravstvene storitve v specialistično ambulantni in bolnišnični dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja v skladu z določbami:

- Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (v nadaljevanju: ZZVZZ)¹;
- Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila)², ki se nanašajo na uveljavljanje pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni in bolnišnični zdravstveni dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ter
- Pravilnika o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravilnik)³.

(2) V navodilu so povzete tudi določbe Zakona o pacientovih pravicah (v nadaljevanju: ZPacP)⁴ in Pravilnika o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših čakalnih dobah (v nadaljevanju: Pravilnika o naročanju)⁵ v delu, ki se nanašajo na napotovanje zavarovane osebe in njeno uvrščanje v čakalni seznam.

2. člen (pomen izrazov)

Izrazi, uporabljeni v tem navodilu, imajo naslednji pomen:

¹ Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, 114/06 – ZUTPG, 91/07, 76/08, 62/10 – ZUPJS, 87/11, 40/11 – ZUPJS-A, 40/12 – ZUJF, 21/13 – ZUTD-A, 63/13 – ZIUPTDSV, 91/13, 99/13 – ZUPJS-C, 99/13 – ZSVarPre-C, 111/13 – ZMEPIZ-1, 95/14 – ZUJF-C, 47/15 – ZZSDT, 61/17 – ZUPŠ, 64/17 – ZZDej-K, 36/19, 189/20 – ZFRO in 51/21)

² Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 - prečiščeno besedilo, 35/03 – popr., 78/03, 84/04, 44/05, 86/06, 90/06 - popr., 64/07, 33/08, 7/09, 88/09, 30/11, 49/12, 106/12, 99/13 – ZSVarPre-C, 25/14 – odl. US, 25/14, 85/14, 10/17 – ZČmIS, 64/18, 4/20, 42/21-Odl. US in 61/21)

³ Pravilnik o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 104/13, 8/15, 1/16, 57/18 in 30/19)

⁴ Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08 55/17 in 177/20)

⁵ Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 3/18, 201/20 in 103/21)

1. Bela napotnica je listina, ki jo je pripravila Zdravniška zbornica Slovenije in s katero zasebni izvajalec napotuje zavarovano osebo na specialistične storitve;
2. Certifikat je listina v papirni obliki, ki začasno nadomešča EUKZZ;
3. Čakalna doba je v dneh izraženo obdobje od uvrstitve na čakalni seznam do dejanske izvedbe zdravstvene storitve;
4. Čakalni seznam je elektronska zbirka podatkov zaporedno vpisanih pacientov, ki čakajo na izvedbo določene zdravstvene storitve pri izbranem izvajalcu zdravstvene dejavnosti oziroma zdravstvenem delavcu;
5. EUKZZ je evropska kartica zdravstvenega zavarovanja;
6. eNaročanje je oblika elektronskega naročanja, ki je opredeljena z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva;
7. Izvajalec je javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev;
8. Kartica Medicare je avstralska kartica zdravstvenega zavarovanja;
9. Kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe (v nadaljevanju: KZZ);
10. Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začete zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda in ni vezan na posamezno koledarsko leto;
11. Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki nadomešča odsotnega izbranega osebnega zdravnika z vsemi njegovimi pooblastili;
12. Napotni zdravnik je zdravnik specialist, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno storitev na podlagi napotnice osebnega zdravnika ali po njegovem pooblastilu na podlagi napotnice drugega napotnega zdravnika, ki opravlja zdravstveno dejavnost na isti ali višji ravni kot zdravnik, ki je izdal napotnico. Za napotnega zdravnika se šteje tudi zdravnik specialist, pri katerem lahko zavarovana oseba v skladu s Pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice;
13. Napotnica je listina Zavoda, s katero osebni zdravnik prenaša pooblastila na napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa oziroma s katero napotni zdravnik prenaša pooblastila na drugega napotnega zdravnika ali kliničnega psihologa;
14. Nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje so storitve, ki so določene v 103. členu Pravil;
15. Osebni zdravnik je izbrani osebni zdravnik kot skupni izraz za splošnega osebnega zdravnika, osebnega zobozdravnika, osebnega ginekologa in osebnega otroškega zdravnika, ki si ga zavarovana oseba izbere v skladu s Pravili;
16. Potrdilo KZZ je potrdilo, ki nadomešča KZZ;
17. Potrdilo MedZZ je potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo, ki ga izda Zavod;
18. Prvi pregled je pregled, ki je namenjen opredelitvi novonastalega zdravstvenega stanja oziroma akutnega poslabšanja kroničnega zdravstvenega stanja in načrtovanju potrebnih preiskav in zdravljenja, vključno z morebitnim zdravljenjem, opravljenim neposredno po tem pregledu. Kot prvi pregled se šteje tudi samostojno opravljena diagnostika;
19. RIZDDZ je zbirka podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje;
20. Triaža napotnice je pregled napotnice na podlagi strokovnih smernic z vidika primerne in razumljive vsebine napotnice, obstoja medicinske indikacije in ustrezne določitve stopnje nujnosti, ki jo opravi izvajalec specialistične dejavnosti;
21. Zasebni izvajalec je zdravnik, ki ni v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti oziroma zdravnik, ki nudi zavarovani osebi zdravstvene storitve v samoplačniški ambulanti;
22. Zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod);
23. ZZS TZO številka je številka zdravstvenega zavarovanja za tujo zavarovano osebo po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah.

II. poglavje: UVELJAVLJANJE PRAVICE NA PODLAGI NAPOTNICE

3. člen (splošno)

(1) Napotnica je listina, s katero izvajalci (osebni zdravniki in napotni zdravniki) napotijo zavarovano osebo na zdravstvene storitve specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti.

(2) Napotnica je prednatisnjena listina ali listina v elektronski obliki (eNapotnica).

(3) Določbe tega navodila, ki veljajo za izpolnitev napotnice na prednatisjeni listini, se uporabljajo tudi za izpolnitev napotnice v elektronski obliki. Pri izpolnitvi napotnice v elektronski obliki se poleg splošnih aktov Zavoda upoštevajo navodila Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ) in Ministrstva za zdravje, ki urejajo to področje.

4. člen (uveljavljanje pravice)

(1) Zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni in bolnišnični zdravstveni dejavnosti v breme obveznega zavarovanja, če potrebo po njih ugotovi njen osebni zdravnik ali od njega pooblaščen napotni zdravnik.

(2) Te zdravstvene storitve lahko zavarovana oseba v breme obveznega zavarovanja uveljavlja samo pri izvajalcih, to je pri javnih zdravstvenih zavodih ali drugih pravnih ali fizičnih osebah, ki imajo z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev. Storitve nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja v specialistično ambulantni ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti pa lahko izjemoma uveljavlja tudi pri zdravnikih oziroma zdravstvenih zavodih, ki niso v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti in je za te storitve pri Zavodu upravičena do povračila stroškov v višini, kot bi bile krite iz obveznega zdravstvenega zavarovanja pri izvajalcu.

(3) V specialistično ambulantni ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti lahko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve brez napotnice le v primerih, naštetih v 12. členu tega navodila.

5. člen (pristojnost za izdajo napotnice)

(1) Napotnico lahko za napotovanje zavarovane osebe na zdravstvene storitve specialistično ambulantne in bolnišnične zdravstvene dejavnosti uporabljajo samo izvajalci, in sicer:

- osebni zdravniki;
- napotni zdravniki, pri čemer jo slednji lahko uporabljajo le, če je bilo nanje z napotnico, poleg pooblastila za pregled in/ali zdravljenje, preneseno tudi pooblastilo za napotitev zavarovane osebe k drugim specialistom ali v bolnišnico (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA);
- napotni zdravniki, pri katerih lahko zavarovana oseba v skladu s Pravili uveljavi zdravstveno storitev brez napotnice.

(2) Izvajalci lahko napotnico uporabljajo samo v okviru opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja. To pomeni, da napotnice ne smejo uporabljati, če nudijo zavarovani osebi zdravstvene storitve v okviru samoplačniške ambulante.

(3) Napotnice tudi ne smejo uporabljati zdravniki, ki niso v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti.

6. člen **(obveznosti osebnega zdravnika)**

(1) Osebni zdravnik je pristojen za izdajo napotnice za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju.

(2) Osebni zdravnik lahko napotnico izda, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven zdravstvene dejavnosti.

(3) Seznam preiskav, ki jih mora osebni zdravnik opraviti pred prvo nenujno napotitvijo zavarovane osebe, je določen v prilogi Splošnega dogovora.

(4) Ob napotitvi zavarovane osebe je zdravnik, ki izdaja napotnico, napotnega zdravnika dolžan seznaniti z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe, napotno diagnozo, strokovno obrazložitvijo in napotnici priložiti vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na zdravstveno stanje zavarovane osebe, ki je razlog za napotitev. Kot posredovanje zdravstvene dokumentacije se šteje tudi objava pacientove dokumentacije v Centralnem registru podatkov o pacientih (v nadaljevanju: CRPP), kar je potrebno navesti na napotnici.

(5) Osebni zdravnik lahko zaradi istega zdravstvenega stanja za isto obdobje veljavnosti napotnice izda le eno napotnico za napotnega zdravnika iste vrste specialnosti.

7. člen **(obveznosti napotnega zdravnika)**

(1) Napotni zdravnik, na katerega je preneseno pooblastilo za zdravljenje (pooblastilo številka 2 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA), je pooblaščen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti vse utemeljene in potrebne storitve s področja diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, za katere ga je v zvezi z zdravstvenim stanjem, ki je bilo razlog za napotitev, pooblastil osebni zdravnik. Prav tako je dolžan zavarovani osebi predpisati medicinske pripomočke ter recepte za uvedena zdravila ali živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji v skladu s prenesenim pooblastilom osebnega zdravnika.

(2) Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem pooblastila iz napotnice osebnega zdravnika, če niso bile predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil osebni zdravnik na primarni ravni zdravstvene dejavnosti ali, če narava bolezni oziroma zdravstvenega stanja zavarovane osebe ne zahteva njene obravnave v specialistično ambulantni ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti. V tem primeru napotni zdravnik vrne napotnico osebnemu zdravniku v treh dneh in o tem obvesti zavarovano osebo.

(3) Če je napotnica tako pomanjkljivo oziroma nejasno izpolnjena, da zavarovane osebe ni mogoče uvrstiti na čakalni seznam oziroma izvesti triaže napotnice, pooblaščen oseba za čakalni seznam zavarovane osebe ne uvrsti na čakalni seznam in o tem v petih dneh od prejema napotnice obvesti izdajatelja napotnice in zavarovano osebo. Kadar izvajalec presodi, da vrsta zdravstvene storitve na napotnici ni ustrezno določena, je pa ustrezna vrsta zdravstvene storitve razvidna iz drugih sestavin napotnice, zavarovano osebo uvrsti na čakalni seznam za ustrezno zdravstveno storitev.

(4) Če je zavarovana oseba napotena na več preiskav (in ji je bilo izdanih več napotnic), mora izvajalec, ki te preiskave opravlja, zavarovani osebi omogočiti, da vse preiskave (npr. CT preiskave, MR preiskave, druge funkcionalne preiskave, ipd.) opravi ob enem obisku, razen če to ni mogoče zaradi utemeljenih organizacijskih omejitev.

(5) Napotni zdravnik po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje zavarovani osebi in osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje podatke o opravljeni zdravstveni storitvi (o pregledu zavarovane osebe, diagnostični, terapevtski ali rehabilitacijski storitvi), mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi zavarovane osebe. Napotni zdravnik posreduje izvid ali strokovno mnenje najpozneje v sedmih dneh po opravljeni storitvi, razen če je strokovno utemeljeno, da je rok za izdajo izvida daljši oziroma krajši. V nujnih primerih in v primerih suma na maligno obolenje oziroma med zdravljenjem malignega obolenja se izvid izda takoj.

8. člen **(prosta izbira izvajalca in napotnega zdravnika)**

(1) Zavarovana oseba si prosto izbere izvajalca specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti, ki izvaja zdravstvene storitve, zaradi katerih je napotena, v okviru izvajalca pa si prosto izbere tudi napotnega zdravnika.

(2) Pri izbiri napotnega zdravnika lahko osebni zdravnik zavarovani osebi svetuje in pomaga z informacijami o ustreznih izvajalcih in napotnih zdravnikih.

9. člen **(napotovanje h kliničnemu psihologu)**

(1) Zavarovane osebe se na zdravstvene storitve s področja klinične psihologije napotujejo z napotnico, ki jo lahko izda osebni ali napotni zdravnik, pri čemer se smiselno uporabljajo določbe Pravil, ki urejajo napotitev k napotnemu zdravniku v delu, ko je to mogoče in smiselno glede na poklicno dejavnost kliničnega psihologa.

(2) Klinični psiholog lahko v okviru prejetih pooblastil osebnega ali napotnega zdravnika izvaja storitve s svojega delovnega področja, ne sme pa predpisovati niti medicinskega pripomočka niti zdravil in živil na recept. Če je klinični psiholog prejel pooblastilo za nadaljnjo napotitev (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA) lahko zaradi izvedbe klinično-psihološkega dela naročil le storitve, ki se naročajo z delovnim nalogom (npr. logopedске storitve), ne sme pa zavarovane osebe napotiti k zdravnikom specialistom.

III. poglavje: UPORABA NAPOTNICE

10. člen **(naročanje na zdravstvene storitve in rok za predložitev napotnice)**

(1) Na specialistično zdravstveno storitev se lahko zavarovana oseba naroči sama, ali jo naroči izvajalec, ki izdaja napotnico, in sicer elektronsko (preko sistema eNaročanje, elektronske pošte ali spletnih strani izvajalca), telefonsko, po pošti ali osebno v ordinaciji.

(2) Zavarovana oseba izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti predloži napotnico:

- s stopnjo nujnosti nujno: najpozneje naslednji dan;
- s stopnjo nujnosti zelo hitro: v sedmih dneh;
- s stopnjo nujnosti hitro ali redno: v 21dneh po njeni izdaji.

(3) Če napotnica izvajalcu ni predložena v zgoraj navedenih rokih, preneha veljati, o čemer je potrebno zavarovano osebo seznaniti ob izdaji napotnice.

(4) Roki za predložitev napotnice veljajo za naročanje na prvi pregled ali storitev in so vezani na stopnjo nujnosti.

(5) Rok za predložitev napotnice začne teči naslednji dan po njeni izdaji, iztek roka na dela prost dan na roke ne vpliva. Kot predložitev napotnice šteje tudi klic ali prejeta pošta ali elektronsko sporočilo zavarovane osebe, na podlagi katerega izvajalec prevzame napotnico ter v roku pet dni zavarovano osebo uvrsti v čakalni seznam.

(6) Izjemo od predpisanih rokov za predložitev napotnice predstavlja napotnica za porod. Ker glede na samo naravo zdravstvene storitve za porod ne more obstajati čakalna doba pri kateremkoli izvajalcu, se posledično za to storitev zavarovane osebe ne vpisujejo v čakalni seznam, zato roki za predložitev napotnice za porod ne veljajo.

(7) Rok za predložitev napotnice ne velja za naročanje na kontrolne preglede. Za uvrščanje na čakalni seznam se pri kontrolnem pregledu upošteva le medicinska indikacija, pri čemer se stopnja nujnosti ne določa. Zavarovano osebo se lahko vpiše na kontrolni pregled na podlagi v trenutku vpisa veljavne napotnice. Če v času do kontrolnega pregleda veljavnost prejšnje napotnice poteče, je treba ob kontrolnem pregledu imeti novo napotnico.

(8) Postopek naročanja na zdravstvene storitve, postopek uvrščanja na čakalni seznam in način njegovega upravljanja, objektivne razloge na strani zavarovane osebe, iz katerih je dopustna odpoved termina ter postopek prenaročanja v primeru odpovedi termina iz razloga na strani izvajalca, se izvaja v skladu z določbami ZPacP in Pravilnika o naročanju.

11. člen **(stopnja nujnosti)**

(1) Stopnjo nujnosti v posameznem primeru določi zdravnik na podlagi uveljavljenih strokovnih standardov, sodobnih medicinskih smernic in priporočil, svoje strokovne presoje in v skladu z največjo zdravstveno koristjo zavarovane osebe, pri čemer se upošteva razumen čas.

(2) Stopnje nujnosti so:

– nujno

Stopnja nujnosti »nujno« se določi, kadar gre za nujno medicinsko pomoč, nujno zobozdravstveno pomoč ali nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene ali zobozdravstvene storitve, ki jih je treba izvesti takoj oziroma najpozneje v 24 urah od predložitve napotnice.

– zelo hitro

Stopnja nujnosti »zelo hitro« se določi, kadar je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v štirinajstih dneh od predložitve napotnice.

– hitro

Stopnja nujnosti »hitro« se določi, kadar je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v treh mesecih od predložitve napotnice.

– redno

Stopnja nujnosti »redno« se določi, kadar gre za napotitev na zdravstveno storitev, kadar je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v šestih mesecih od predložitve napotnice.

(3) Ob sumu na maligno bolezen je stopnja nujnosti zelo hitro ali nujno.

(4) Stopnja nujnosti se določi le za prvi pregled. Nadaljnji pregledi (kontrolni pregledi) se opravijo glede na medicinsko indikacijo in strokovno presojo specialista, ki zavarovano osebo naroča na kontrolni pregled, in sicer brez določitve stopnje nujnosti.

(5) Pri uvrščanju v čakalni seznam se upošteva stopnja nujnosti, ki je zapisana na napotnici oziroma stopnja nujnosti določena pri triaži napotnice, ki jo opravi napotni izvajalec storitve (le na podlagi dokumentacije ali podatkov, ki so navedeni na napotnici). Če se stopnja nujnosti, navedena na napotnici in stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži, razlikujeta, velja stopnja nujnosti, ki se ugotovi ob triaži.

12. člen **(storitve, za katere napotnica ni potrebna)**

(1) Napotnica ni potrebna:

- za pregled pri specialistu okulistu zaradi pregleda ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida;
- za pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru;
- za pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni;
- za pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom;
- za sprejem enega od staršev, rejnika, skrbnika, zakonca ali zunajzakonskega partnerja, kadar sobiva ob otroku svojega zakonca ali zunajzakonskega partnerja, v zdravstvenem zavodu ali zdravilišču z bolnim otrokom do vključno 14. leta starosti; z bolnim otrokom do 18. leta starosti oziroma dokler traja roditeljska pravica v primeru težje okvare ali poškodbe možganov ali hrbtenjače, pri kateri je potrebno usposabljanje za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru kronične bolezni ali okvare v času usposabljanja za poznejšo medicinsko rehabilitacijo na domu, ali v primeru zdravljenja težkega zdravstvenega stanja; ne glede na starost z osebo s posebnimi potrebami, ki potrebuje 24-urno nego in oskrbo, oziroma z osebo s statusom po zakonu, ki ureja socialno vključevanje invalidov;
- za sprejem na bivanje doječega otroka k hospitalizirani materi;
- za uveljavljanje nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja.

(2) Za storitve, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti brez napotnice in pri katerih ne gre za primere iz prejšnjega odstavka, je zavarovana oseba obravnavana kot samoplačnik in nima pravice do povračila stroškov iz obveznega zavarovanja, razen, če gre za storitve nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja. V slednjem primeru je upravičena do povračila stroškov v višini pogodbene cene, ki bi jo Zavod plačal izvajalcu na podlagi pogodbe.

(3) V primeru, ko zavarovana oseba uveljavlja pravico do okulističnega pregleda na podlagi napotnice, pri katerem se ugotovi, da po mnenju zdravnika specialista okulista potrebuje katerega izmed medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida ter izpolnjuje zdravstvena stanja in druge pogoje, ki so opredeljeni za upravičenost do posameznega medicinskega pripomočka za izboljšanje vida, izda specialist Naročilnico za medicinski pripomoček za izboljšanje vida. V teh primerih se zavarovana oseba samo zaradi predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida ne naroča na nov pregled in ne uvršča na poseben čakalni seznam.

(4) Če je bolnišnica sprejela zavarovano osebo na zdravljenje zaradi nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja brez napotnice, mora o tem najpozneje v roku sedem dni od sprejema obvestiti osebne zdravnika in mu tudi sporočiti razloge za hospitalizacijo (razlogi za nujno medicinsko pomoč oziroma nujno zdravljenje). Bolnišnica razlog za sprejem zavarovane osebe brez napotnice zabeleži v zdravstveno dokumentacijo.

(5) Če je zavarovana oseba zaradi nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja obravnavana v specialistični ambulanti, se v njeni zdravstveni dokumentaciji zabeleži, da je šlo za nujni primer (nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje) in napotnica ni potrebna. Za morebitne nadaljnje kontrolne preglede mora zavarovana oseba predložiti napotnico, ki jo izda njen osebni zdravnik.

IV. poglavje: VSEBINA NAPOTNICE

13. člen (obseg pooblastil)

(1) Osebni zdravnik mora ob prenosu svojih pooblastil na napotnega zdravnika pooblastila podrobno opredeliti na napotnici.

(2) Osebni zdravnik lahko na napotnega zdravnika prenese naslednja pooblastila:

1. za pregled zavarovane osebe zaradi podaje mnenja o zdravstvenem stanju s predlogom nadaljnje zdravstvene obravnave zavarovane osebe, pri čemer ji zagotovi diagnostične preiskave, ki so potrebne za oblikovanje in podajo mnenja ter predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi (pooblastilo 1);
2. za zdravljenje zavarovane osebe za določeno zdravstveno stanje, pri čemer ji napotni zdravnik zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji (pooblastilo 2);
3. za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe na drugo zdravstveno storitev zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega mu je izdana napotnica s pooblastilom iz 1. in/ali 2. točke tega odstavka (pooblastilo 3).

(3) Osebni zdravnik lahko na napotnega zdravnika prenese eno ali več navedenih pooblastil, kar je odvisno od zdravstvenega stanja zavarovane osebe, zaradi katerega se jo napotuje.

(4) Če je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v bolnišnico, je na podlagi tega pooblastila možna njena premestitev v drugo bolnišnico, če potrebo po tem ugotovi napotni zdravnik, zavarovana oseba pa s tem soglaša. Takšna premestitev se lahko opravi tudi brez nove napotnice osebnega zdravnika.

(5) Nadaljevanje zdravljenja v specialistični ambulanti po odpustu zavarovane osebe iz bolnišnice je možno, če je bilo na izdani napotnici podano pooblastilo za zdravljenje določenega zdravstvenega stanja.

(6) Napotni zdravnik lahko izda napotnico le v obdobju veljavnosti napotnice osebnega zdravnika in če je s strani osebnega zdravnika poleg pooblastila za pregled in podajo mnenja (pooblastilo 1) in/ali pooblastila za zdravljenje (pooblastilo 2), prejel tudi pooblastilo 3 (torej kombinacija pooblastil 1 in 3, ali kombinacija pooblastil 2 in 3, ali podelitev pooblastil 1, 2 in 3). Napotni zdravnik zavarovano osebo lahko napoti na druge zdravstvene storitve le, če se te nanašajo na zdravstveno stanje, zaradi katerega je izdana napotnica osebnega zdravnika (torej zaradi katerega je prejel pooblastilo 1 ali 2), pri čemer lahko naprej prenese le pooblastilo za pregled in/ali zdravljenje (pooblastilo 1 in/ali 2), ne sme pa na drugega napotnega zdravnika prenesti pooblastila za nadaljnje napotitve zavarovane osebe (pooblastilo 3).

(7) Napotni zdravnik specialist, ki izvaja preglede zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi, in specialist, ki izvaja kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom, ima pooblastilo za pregled in podajo mnenja (pooblastilo 1) ter pooblastilo za nadaljnjo napotitev zavarovane osebe (pooblastilo 3). Nima pa pooblastila za zdravljenje (pooblastilo 2).

(8) Zdravnik specialist psihiater, specialist za spolno prenosljive bolezni, specialist okulist (če je zavarovana oseba k njemu prišla na pregled zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida) in zdravnik specialist, ki zavarovani osebi nudi nujno zdravljenje oziroma nujno medicinsko pomoč, lahko brez napotnice in pooblastila osebnega zdravnika izvaja preglede in zdravljenje zavarovane osebe ter jo napotuje k drugim zdravnikom specialistom.

14. člen **(časovna veljavnost napotitve)**

(1) Časovna veljavnost napotnice (obdobje, za katero se prenašajo pooblastila) se določi glede na vsebino napotitve.

(2) Veljavnost napotnice oziroma prenesenih pooblastil je lahko največ eno leto, razen:

- napotnice za ortodontsko zdravljenje, ki velja do zaključka tega zdravljenja;
- napotnice, s katero je osebni zdravnik na napotnega zdravnika prenesel pooblastilo za zdravljenje (pooblastilo 2) in ki jo lahko napotni zdravnik podaljša za največ dve leti, šteto od preteka obdobja veljavnosti napotnice, kot ga je določil osebni zdravnik;
- napotnice za kronične bolezni, kadar se na podlagi strokovnih kriterijev zahteva trajen nadzor na specialistični ravni, ki velja do zaključka tega zdravljenja (v nadaljevanju: »trajna« napotnica).

(3) Napotni zdravnik lahko enkrat ali večkrat podaljša veljavnost napotnice osebnega zdravnika, če ugotovi, da zavarovana oseba tudi po preteku obdobja veljavnosti napotnice, ki ga je na napotnici označil osebni zdravnik, potrebuje nadaljnje zdravljenje, ki vključuje kontrolne preglede, operativne posege in druge zdravstvene storitve, potrebne v postopku zdravljenja, pri čemer obdobje podaljšanja veljavnosti napotnice dokumentira v zdravstveni dokumentaciji zavarovane osebe.

(4) Podaljšanje obdobja veljavnosti napotnice je možna le v primerih, ko je bila Napotnica izdana za določeno obdobje. Napotnice, ki je izdana z veljavnostjo »enkratno«, ni mogoče podaljšati. Z njo se namreč na napotnega zdravnika prenaša pooblastilo za enkratno izvedbo zdravstvene storitve (npr. preiskava oziroma storitev, ki se opravlja kot enkratni poseg). Z izvedbo te storitve je napotnica realizirana, zato preneha veljati in posledično ni možno podaljšati obdobja njene veljavnosti.

(5) Kronične bolezni in strokovni kriteriji, pri katerih je potreben trajen nadzor in zdravljenje zavarovane osebe na specialistični ravni in za katere se izda »trajna« napotnica, se določijo v splošnem aktu, ki ga izda generalni direktor Zavoda (Sklep o kroničnih boleznih in strokovnih kriterijih za izdajo napotnice za kronične bolezni, v nadaljevanju: Sklep o kroničnih boleznih)⁶ in je objavljen na spletni strani Zavoda.

(6) Če napotni zdravnik, ob obravnavi zavarovane osebe ugotovi, da so izpolnjeni kriteriji za izdajo »trajne« napotnice, napotnici, ki je bila izdana za določeno obdobje, v informacijskem sistemu, dodeli status »trajna«.

(7) Časovna veljavnost napotnice oziroma prenesenih pooblastil začne teči z dnem, ko napotni zdravnik sprejme zavarovano osebo na prvo obravnavo, to je na prvo zdravstveno storitev.

(8) Napotnica preneha veljati:

- ko napotni zdravnik izvede zdravstvene storitve, zaradi katerih je bila napotnica izstavljena in napotnico zaključi – eNapotnico da v status »izkoriščena«;
- s potekom obdobja njene veljavnosti oz. potekom časa njenega podaljšanja;
- če je zdravljenje kronične bolezni, za katero je bila izdana »trajna« napotnica zaključeno in napotni zdravnik to napotnico da v status »izkoriščena«.

(9) Če je po izteku veljavnosti napotnice, ki je bila izdana za določeno obdobje, potrebna nadaljnja zdravstvena obravnava za isto zdravstveno stanje pri napotnem zdravniku iste vrste specialnosti, se lahko nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti predhodno izstavljene napotnice. S tem si lahko zavarovana oseba pravočasno zagotovi veljavno napotnico za planirano zdravstveno

⁶ Sklep o kroničnih boleznih in strokovnih kriterijih za izdajo napotnice za kronične bolezni, št. 0072-10/2021-DI/1

obravnavo pri napotnem zdravniku, katere datum je neposredno po poteku veljavnosti prejšnje napotnice.

(10) Napotnica s stopnjo nujnosti »nujno« se lahko izda tudi za določeno obdobje veljavnosti, če zdravnik ob njeni izdaji predvideva oziroma ve, da bo zavarovana oseba zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je napotena, potrebovala nadaljnje zdravljenje. Pri tem velja stopnja nujnosti »nujno« le za prvo zdravstveno storitev. Če je zavarovana oseba na podlagi tako izdane napotnice prvo storitev opravila pri izvajalcu v okviru službe nujne medicinske pomoči ali urgentnega centra in so potrebne nadaljnje storitve (npr. kontrolni pregledi), ji lečeči zdravnik ob tej obravnavi določi datum za naslednji kontrolni pregled oziroma nadaljnjo zdravstveno storitev. V primeru, da se zavarovana oseba odloči nadaljnje potrebne zdravstvene storitve opraviti pri drugem izvajalcu (npr. zaradi bližine prebivališča), mora izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba že uveljavljala storitve (npr. nujnega zdravljenja ali nujne medicinske pomoči), napotnico vrniti v status »izdana«, zavarovana oseba pa se na podlagi te (še veljavne) napotnice naroči pri drugem izvajalcu.

(11) Ne glede na opredelitev časovne veljavnosti napotnice mora bolnišnični zdravnik zaključiti stacionarno zdravljenje takoj, ko so po njegovi strokovni presoji podane možnosti za zdravljenje v specialistično-ambulantni ali osnovni zdravstveni dejavnosti, v socialnovarstvenem zavodu ali na domu zavarovane osebe.

V. poglavje: ZAMENJAVA SPECIALISTA IN NAPOTOVANJE Z »BELO NAPOTNICO«

15. člen (zamenjava specialista)

(1) Zavarovana oseba napotnega zdravnika, ki si ga je izbrala in je dobil pooblastilo za zdravljenje za daljši čas, praviloma ne more zamenjati, preden preteče veljavnost napotnice. Izjema je v primeru:

- če je napotni zdravnik več kot tri mesece neprekinjeno odsoten zaradi bolezni, porodniškega dopusta, strokovnega izpopolnjevanja ali drugih vzrokov ali če je odšel na delo v drug kraj;
- če pride med njima do nesporazumov, zaradi katerih je zavarovana oseba izgubila zaupanje v napotnega zdravnika;
- če se zavarovana oseba za stalno ali za daljšo dobo preseli v drug kraj;
- če zdravniška zbornica ali ministrstvo, pristojno za zdravje, na zahtevo zavarovane osebe, njenih svojcev ali delodajalca, ugotovi, da postopki diagnostike, zdravljenja oziroma rehabilitacije niso bili v skladu z doktrinarnimi strokovnimi usmeritvami in je to razlog za nezaupanje zavarovane osebe do napotnega zdravnika.

(2) Razloge za zamenjavo zavarovana oseba sporoči napotnemu zdravniku, ki to zabeleži v medicinski dokumentaciji.

(3) Postopek zamenjave poteka tako, da:

- napotni zdravnik vrne zavarovani osebi original prednatisnjene napotnice, na kateri navede datum prvega obiska in svoj naziv, kopijo pa obdrži zase. Pri napotnici v elektronski obliki napotni zdravnik zaključi obravnavo, pri čemer ta napotnica preide v status »Izdana«;
- prvo izbrani napotni zdravnik osebnemu zdravniku posreduje zdravstveno dokumentacijo, nastalo pri njem v okviru napotitve;
- drugo izbrani napotni zdravnik zahteva zdravstveno dokumentacijo iz prejšnje alineje od osebnega zdravnika.

(4) Izvajalec lahko pošlje dokumentacijo tudi preko CRPP, novi izvajalec pa s tem, ko se zavarovana oseba pri njem naroči, pridobi tudi pravico do dostopa do te dokumentacije.

(5) Če veljavnost napotnice še ni začela teči (zavarovana oseba še ni bila obravnavana pri napotnem zdravniku) lahko zavarovana oseba napotnico predloži drugemu izvajalcu, kar se ne šteje za zamenjavo specialista. Rok za predložitve napotnice s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, »hitro« in »redno« drugemu izvajalcu je pet dni od dneva prejema napotnice od prejšnjega izvajalca.

16. člen **(uveljavljanje pravice do zdravstvene storitve na podlagi bele napotnice)**

(1) Zasebni izvajalec lahko napoti zavarovano osebo na zdravstvene storitve specialistično ambulantne in bolnišnične zdravstvene dejavnosti. Na podlagi takšne napotitve lahko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zavarovanja na enak način in pod enakimi pogoji, kot bi jih uveljavljala na podlagi napotnice (če je ugotovljena potreba po takšnih zdravstvenih storitvah, če so predhodno opravljene vse utemeljene storitve, opredeljene za primarno raven zdravstvene dejavnosti itn.).

(2) Zasebni izvajalec lahko izda belo napotnico:

- na primarni ravni - le v primeru, če zavarovana oseba nima osebnega zdravnika določene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti;
- na sekundarni ravni - le v primeru, če je bila pred tem zavarovani osebi izdana napotnica ali bela napotnica;
- če gre za storitve, ki jih napotni zdravnik zasebnega izvajalca ne opravlja sam v okviru svoje samoplačniške dejavnosti.

(3) Če zavarovana oseba opravi prvi pregled pri zasebnem izvajalcu, mora tudi morebitni kontrolni pregled opraviti pri zasebnem izvajalcu. Ko zavarovana oseba na podlagi bele napotnice prvič vstopa v mrežo javne zdravstvene dejavnosti, se vedno uvršča na čakalni seznam na prvi pregled ali operativni poseg, pri čemer se upoštevajo strokovni standardi glede stopenj nujnosti.

VI. poglavje: NAČIN IZPOLNJEVANJA IN PODATKI NA NAPOTNICI

17. člen **(izpolnjevanje napotnice)**

(1) Napotnica se izpolnjuje v enem izvodu.

(2) Kjer so na napotnici v določenih rubrikah prazna okenca, podatki pa so označeni s številkami, je možno podatke vpisati na dva načina:

- da se označi številka pred navedbo podatka ali
- da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki podatek označuje.

(3) Na obeh straneh napotnice morajo biti obvezno izpolnjene vse rubrike, razen če ni pri posamezni rubriki določeno drugače.

18. člen **(podatki na napotnici)**

Izvajalec pridobiva podatke o zavarovani osebi (osebne podatke in podatke o obveznem zavarovanju) neposredno iz zalednega sistema Zavoda. Če zaledni sistem Zavoda v času obravnave zavarovane osebe ne deluje, lahko zdravnik napotnico vseeno izda. V tem primeru podatek o številki zavarovane osebe in datumu rojstva prepíše iz KZZ, Potrdila, ki začasno nadomešča KZZ ali medicinske dokumentacije.

19. člen (izvajalec)

- (1) V rubriki »1 – IZVAJALEC« se vpiše številka in naziv izvajalca ter šifra zdravstvene dejavnosti.
- (2) V polje »številka izvajalca« se vpiše 5-mestna številka izvajalca iz RIZDDZ, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja napotnico.
- (3) V polje »šifra zdr. dejavnosti« se vpiše 6-mestna šifra iz šifranta 02, ki je objavljen v ZZS šifrantih na spletni strani Zavoda.
- (4) V polje »naziv izvajalca« se vpiše naziv izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja napotnico.

20. člen (zdravnik)

- (1) V rubriki »2 – ZDRAVNIK« se v ustreznem okencu označi, kateri zdravnik izdaja napotnico (OSEBNI, NADOMESTNI, NMP, NAPOTNI).
- (2) NMP se označi, če napotnico izdaja zdravnik, ki ni osebni, nadomestni ali napotni (praviloma zdravnik v urgentnem centru ali v dežurni službi), zaradi potrebe po napotitvi k specialistu ali v bolnišnico:
- če zavarovane osebe ne more dokončno oskrbeti oziroma zaradi nadaljnjih storitev, in gre za zdravstvene storitve povezane z zdravstvenim problemom zaradi katerega je obravnavana;
 - na slikovno diagnostiko.
- (3) Če je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki izpolnjena tudi rubrika 4 – NAPOTNICA. Pogoj je, da ga je osebni ali napotni zdravnik z napotnico pooblastil tudi za napotitev zavarovane osebe k drugim specialistom ali v bolnišnico (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).
- (4) Ne glede na prejšnji odstavek se v primerih, če napotnico izdaja zdravnik specialist, za katerega napotnica ni potrebna (iz 1. do 4. alineje 12. člena tega Navodila), označi NAPOTNI.
- (5) V polje »številka zdravnika« se vpiše 5-mestna številka zdravnika iz RIZDDZ, ki izdaja napotnico.
- (6) V polje »imenski žig« se odtisne imenski žig zdravnika, ki izdaja napotnico ali pa se z velikimi pisanimi in čitljivimi črkami vpišeta njegovo ime in priimek.

21. člen (zavarovana oseba)

- (1) V rubriki »3 – ZAVAROVANA OSEBA« se vpišejo oziroma označijo podatki o zavarovani osebi.
- (2) V polje »številka zavarovane osebe«:
- se vpiše 9-mestna ZZS številka zavarovane osebe;
 - za tuje zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do zdravstvenih storitev na podlagi EUKZZ, certifikata ali kartice Medicare, se vpiše 9-mestna ZZS - TZO številka zavarovane osebe, ki jo izvajalec pridobi iz zalednega sistema Zavoda.
- (3) V polje »datum rojstva« se vpiše datum rojstva zavarovane osebe v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do številke 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami.

(4) V polje »priimek« se vpiše priimek zavarovane osebe.

(5) V polje »ime« se vpiše ime zavarovane osebe.

(6) V polje »ulica, hišna številka, poštna številka, kraj« se vpiše ulica, hišna številka, dodatek k hišni številki, če ga ima, številka pošte in kraj pošte naslova, ki ga zavarovana oseba navede kot naslov, na katerega želi, da jo napotni zdravnik kontaktira v zvezi z naročeno oziroma opravljeno zdravstveno storitvijo (obvešča o datumih pregledov, izvidih ipd.).

(7) V polje »telefonska številka*« se vpiše telefonska številka zavarovane osebe, na katero želi, da jo napotni izvajalec kontaktira v zvezi z naročeno oziroma opravljeno zdravstveno storitvijo (obvešča o datumih pregledov ipd.).

(8) V polje »e-pošta*« se vpiše naslov elektronske pošte zavarovane osebe na katerega želi, da jo napotni izvajalec kontaktira v zvezi z naročeno oziroma opravljeno zdravstveno storitvijo (obvešča o datumih pregledov ipd.).

(9) Zaradi vzpostavitve stika pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve je potrebno obvezno vpisati vsaj en kontaktni podatek – telefonsko številko ali elektronski naslov zavarovane osebe (oznaka »*«).

(10) Pri izpolnjevanju polj: »ulica, hišna številka, poštna številka, kraj«, »telefonska številka« in »e-pošta« mora izvajalec pri zavarovani osebi vsakokrat preveriti, ali so ti podatki še vedno pravilni oziroma, kateri naslov, telefonska številka ali e-naslov se naj uporabi pri kontaktu z zavarovano osebo.

22. člen (napotnica)

(1) Rubrika »4 – NAPOTNICA« se izpolni, če napotnico izdaja napotni zdravnik. Rubriko izpolni tudi NMP zdravnik, če je bila zavarovana oseba napotena z napotnico s stopnjo nujnosti »NUJNO« (npr. v urgentni center).

(2) V polje »številka napotnice« se vpiše številka iz napotnice, s katero je bilo na napotnega zdravnika, preneseno pooblastilo za nadaljnjo napotitev na drugo zdravstveno storitev zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je izdana napotnica (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).

(3) V primerih, ko napotnico izdaja zdravnik specialist, za katerega napotnica ni potrebna (specialist okulist, h kateremu je zavarovana oseba prišla na pregled zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida, specialist psihiater, specialist za zdravljenje spolno prenosljivih bolezni ali specialist, ki izvaja preglede zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom), ali zdravnik, ki nudi zavarovani osebi nujno medicinsko pomoč, nujno zdravljenje in neodložljive zdravstvene storitve (npr. zdravnik v urgentnem centru ali v dežurni službi), se polje »številka napotnice« ne izpolni, razen, če je bila zavarovana oseba napotena z napotnico.

(4) V polje »številka zdravnika« se vpiše 5-mestna številka zdravnika iz rubrike 2 – ZDRAVNIK na napotnici, s katero je bilo na napotnega zdravnika, preneseno pooblastilo za nadaljnjo napotitev na drugo zdravstveno storitev zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je izdana napotnica (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).

(5) V primerih, ko napotnico izdaja zdravnik specialist, za katerega napotnica ni potrebna, se polje »številka zdravnika« ne izpolni.

23. člen

(veljavnost)

(1) V rubriki »5 – VELJAVNOST« se označi oziroma vpiše obdobje, za katero osebni zdravnik prenaša pooblastilo na napotnega zdravnika.

(2) V polje »enkratno« se številka 1 označi oziroma vpiše, če zdravnik, ki izdaja napotnico, na napotnega zdravnika prenaša pooblastilo za enkratno izvedbo zdravstvene storitve, ki se opravlja npr. kot enkratni poseg.

(3) V polje »za obdobje« se številka 2 označi oziroma vpiše, če zdravnik, ki izdaja napotnico, na napotnega zdravnika prenaša pooblastilo za daljše obdobje. Pri tem se vpiše, za koliko mesecev se pooblastilo prenaša (npr. 1, 3, 6, 12).

(4) V primeru, da se izdaja napotnica za ortodontsko zdravljenje ali »trajna« napotnica za kronične bolezni, se v polje »za obdobje« označi, da gre za »trajno« napotnico.

(5) Dodatna pojasnila o veljavnosti napotnice (časovna veljavnost prenesenih pooblastil) so v 14. členu tega navodila.

24. člen (obseg pooblastila)

(1) V rubriki »6 – OBSEG POOBLASTILA« se označi oziroma vpiše ustrezno številko/številke pooblastila, ki ga zdravnik, ki izdaja napotnico, prenaša na napotnega zdravnika.

(2) Dodatna pojasnila o vsebini in obsegu posameznih pooblastil so v 13. členu tega navodila.

25. člen (razlog obravnave)

(1) V rubriki »7 – RAZLOG OBRAVNAVE« se označi oziroma vpiše ustrezno številko razloga, v povezavi, s katerim se zavarovano osebo napotuje na nadaljnjo obravnavo.

(2) Razlog obravnave 04 – poškodba pri delu, se označi oziroma vpiše tudi, če je bila poškodba pri delu povzročene po tretji osebi.

(3) Razlog obravnave 07 – transplantacija se označi oziroma vpiše le, ko se k drugim izvajalcem napotuje dajalec živega tkiva oziroma organa. Za prejemnika se vedno označi dejanski razlog obravnave, zaradi katerega mu je potrebno opraviti poseg (npr. bolezen, poškodba).

26. člen (stopnja nujnosti)

(1) V rubriki »8 – STOPNJA NUJNOSTI« se označi oziroma vpiše ustrezna stopnja nujnosti, glede na to, v kakšnem času je potrebno izvesti zdravstveno storitev, na katero je zavarovana oseba napotena.

(2) Pojasnila, na podlagi česa se določa stopnja nujnosti oziroma kaj je pri njenem določanju potrebno upoštevati, so v 11. členu tega navodila.

27. člen (tuj zavarovanec)

(1) Rubrika »9 – TUJI ZAVAROVANEC« se izpolni samo, če gre za tujo zavarovano osebo, ki je napotena k izvajalcu v Sloveniji in uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU in meddržavnih pogodbah.

(2) V primeru iz prejšnjega odstavka se v polje »šifra države« vpiše 3-mestna šifra iz šifranta 6 – Države nosilcev zdravstvenega zavarovanja, ki je objavljen v ZZS šifrantih na spletni strani Zavoda.

28. člen (vrsta zdravstvene storitve)

(1) V rubriki »10 - VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE« se v poljih »šifra« in »vrsta zdravstvene storitve« vpiše šifra in naziv vrste zdravstvene storitve (VZS), na katero je zavarovana oseba napotena, iz šifranta vrst zdravstvenih storitev, ki je objavljen na spletnih straneh Nacionalnega inštituta za javno zdravje (NIJZ).

(2) Če VZS na napotnici ni ustrezno določena, to ni razlog za njeno zavrnitev, zahtevo po novi napotnici ali popravku obstoječe, če iz drugih podatkov na napotnici izhaja, katero storitev zavarovana oseba potrebuje.

29. člen (RDP)

(1) Rubrika »11 – RDP« (radiološki diagnostični postopek) se izpolni samo pri napotitvi zavarovane osebe na računalniško tomografijo (CT) ali magnetno resonanco (MR). Nabor CT in MR preiskav, na katere se napotuje, je v prilogi Splošnega dogovora.

(2) Če je iz rubrike 10 »VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE« razvidna tudi vrsta radiološkega diagnostičnega postopka, te rubrike ni potrebno izpolnjevati.

(3) Z eno napotnico se lahko zavarovano osebo napoti le na eno CT ali MR preiskavo. Če potrebuje zavarovana oseba več takšnih preiskav, je potrebno za vsako preiskavo izdati svojo napotnico. Izjema je le, če zdravnik naroči še CT ali MR primerjavo. V tem primeru izda samo eno napotnico, na kateri vpiše poleg šifre in opisa ene CT ali MR preiskave še šifro in opis CT oziroma MR primerjave. Napotitev izključno zaradi CT ali MR primerjave ni možna.

(4) V polju »šifra in opis« se vpiše šifra RDP in opis šifre RDP za CT oziroma MR iz priloge Splošnega dogovora.

30. člen (MKB)

V rubriki »12 – MKB « se v poljih »šifra« in »opis«, z najmanj 3-mestno ali 4-mestno MKB šifro in opisno diagnozo, vpiše čim bolj natančna diagnoza vzroka napotitve. Daljšemu zapisu in opisu medicinskih podatkov v zvezi z napotitvijo je namenjena hrbtna stran napotnice.

31. člen (vrsta specialnosti napotnega zdravnika)

V polje »vrsta specialnosti napotnega zdravnika« se vpiše vrsto specialnosti napotnega zdravnika, ki naj izvede storitve za napoteno zavarovano osebo. Pri tem se ne sme vpisati ime napotnega zdravnika in tudi ne naziv izvajalca. Če je iz rubrike 10 »VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE« razvidna tudi vrsta specialnosti napotnega zdravnika (npr. ortopedski pregled otroka - prvi) te rubrike ni potrebno

obvezno izpolnjevati. Izpolni se le, če iz podatka VZS ni možno določiti specialnosti zdravnika, na katero se napotitev nanaša.

32. člen
(kraj, dne, žig, podpis zdravnika)

V polja »KRAJ, DNE, ŽIG, PODPIS ZDRAVNIKA« se vpišeta kraj in datum izdaje napotnice, odtisne se žig izvajalca, zdravnik, ki izdaja napotnico, pa se lastnoročno podpiše.

33. člen
(obvestilo o terminu)

(1) Odgovorna oseba za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam v spodnjem delu sprednje strani napotnice vpiše naslednje podatke:

- priimek in ime zavarovane osebe;
- specialistično ambulanto, v kateri je zavarovana oseba naročena;
- zdravnika, pri katerem je zavarovana oseba naročena;
- dan in uro, ko je zavarovana oseba naročena pri napotnem zdravniku.

(2) Del napotnice, s katerim je zavarovana oseba obveščena o terminu pregleda ali preiskave, izvajalec izroči oziroma pošlje zavarovani osebi.

34. člen
(opredelitev problema)

(1) Zdravnik, ki izdaja napotnico, izpolni ustrezne rubrike glede kliničnega stanja zavarovane osebe, aktivnih zdravstvenih problemov, klinično pomembnih stanj, laboratorijskih izvidov, o opravljenih diagnostičnih preiskavah in poteku dosedanjega zdravljenja. Pri novi izdaji napotnice za istega napotnega zdravnika (npr. zaradi kontrolnega pregleda) se vpišejo le spremembe od zadnjega pregleda pri napotnem zdravniku.

(2) V polju »1. KRATKA OPREDELITEV PROBLEMA IN SPECIFIČNO VPRAŠANJE« se vpiše kratka opredelitev problema in klinično vprašanje glede:

- diagnoze,
- zdravljenja in
- vodenja zavarovane osebe (kontrola, dodatna diagnostika, predstavitev invalidski komisiji zaradi ugotavljanja invalidnosti, navodila za zavarovano osebo ob poslabšanju, nefarmakološki ukrepi ipd. npr. Sum na demielinizacijsko obolenje. Prosim za diagnostiko in zdravljenje; Nov zagon multiple skleroze. Prosim za zdravljenje in mnenje pred predstavitvijo invalidski komisiji).

35. člen
(aktivni zdravstveni problemi)

V polju »2. AKTIVNI ZDRAVSTVENI PROBLEMI« se naštejejo aktivni zdravstveni problemi (npr. zdravljena GVT; osteoartroza in TEP kolena leta 2000; uroinfekt 1 teden zdravljen s SMT; hipertenzija zdravljena z ramiprilom 2x2,5 mg; histerektomija zaradi raka maternice leta 1993).

36. člen
(ključne najdbe pri kliničnem pregledu)

V polju »3. KLJUČNE NAJDBE PRI KLINIČNEM PREGLEDU« se vpišejo numerični podatki za klinično pomembne izvide (RR, pulz, dihanje, temperatura, saturacija) in patološke ugotovitve ali pomembne normalne ugotovitve (npr. ob močni abdominalni bolečini je trebuh mehak).

37. člen
(laboratorijski izvidi)

V polje »4. KLJUČNI NENORMALNI LABORATORIJSKI IZVIDI« se praviloma vpišejo numerične vrednosti z obveznim dodatkom enot, pri čemer se normalni izvidi načeloma ne vpisuje numerično, ampak so le komentirani (npr. normalna krvna slika, normalen TSH ipd.). Vsi laboratorijski izvidi se priložijo napotnici.

38. člen
(diagnostične preiskave)

V polje »opravljene DIAGNOSTIČNE PREISKAVE PRED NAPOTITVIJO« se vpiše čim krajši povzetek zaključka preiskav (npr. UZ izvid, gastroskopija, RTG izvidi, spirometrija, meritev gleženjskega indeksa itd.). Za normalne izvide je načeloma dovolj, da se zapiše, da ne odstopajo od normale (npr. gastroskopija normalna, EKG normalen, test z nagibno mizo normalen ipd.).

39. člen
(dosedanje zdravljenje)

V polje »6. POTEK DOSEDANJEGA ZDRAVLJENJA« se na kratko navede, kako je bila zavarovana oseba do sedaj zdravljena (npr. 1 teden pacienta zdravimo zaradi akutnega pielonefritisa, ob tem je prišlo do poslabšanja ledvične funkcije); komentira se pomen izvidov in natančno napiše imena uporabljenih zdravil (lahko tudi z imenom učinkovine). Nujno je potrebno navesti vse poznane alergije (tudi na kontrastna sredstva).

VII. poglavje: DRUGA NAVODILA

40. člen
(obračun storitev)

Storitve, ki jih na podlagi napotnice ter v skladu z ZZVZZ in Pravili opravi napotni zdravnik, izvajalec Zavodu obračuna na način, ki je določen z Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev in izdanih materialov, ki je objavljeno na spletni strani Zavoda.

41. člen
(rok hrambe)

Papirno napotnico mora napotni zdravnik hraniti v medicinski dokumentaciji zavarovane osebe vsaj še eno leto po izteku veljavnosti prenesenega pooblastila. Elektronska napotnica se hrani v skladu z Zakonom o zbirkah podatkov s področja zdravstvenega varstva.

42. člen
(naročanje napotnice)

Izvajalci naročajo papirno listino napotnica neposredno pri tiskarju, s katerim ima Zavod sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

VIII. poglavje: PREHODNA IN KONČNA DOLOČBA

43. člen (prenehanje veljavnosti)

Z dnem začetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju št. 0072-18/2018-DI/2 z dne 20. 4. 2020.

44. člen (začetek veljavnosti)

To navodilo začne veljati osmi dan po objavi na spletni strani Zavoda, pri čemer se tretja alineja drugega odstavka, šesti odstavek in tretja alineja osmega odstavka 14. člena ter besedilo: »ali »trajna« napotnica za kronične bolezni« četrtega odstavka 23. člena tega Navodila, začnejo uporabljati z dnem 1. 8. 2021.

Številka: 0072-18/2018-DI/3
Ljubljana, dne 9. julij 2021

doc. dr. Tatjana Mlakar
generalna direktorica