

**NAVODILO ZA UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENIH STORITEV Z**

**NAPOTNICO V OBVEZNEM ZDRAVSTVENEM ZAVAROVANJU**

**I. UVOD**

S tem navodilom se določa:

1. izvajanje določb [Zakona o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju](http://www.pisrs.si/predpis.aspx?p_rD=r03&p_predpis=ZAKO213) (Uradni list RS, št. 72/06 – uradno prečiščeno besedilo, 114/06 - ZUTPG, 91/07, 76/08 in 62/10 - ZUPJS) in [Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja](http://www.pisrs.si/predpis.aspx?p_rD=r02&p_predpis=PRAV3562) (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 in 88/09), ki se nanašajo na uveljavljanje pravic zavarovanih oseb do zdravstvenih storitev v specialistično ambulantni in bolnišnični zdravstveni dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja,

2. uporaba in način izpolnjevanja listine Napotnica, ki je predpisana s [Pravilnikom o obrazcih in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=200830&stevilka=1087) (Uradni list RS, št. 129/04, 132/04, 21/05, 34/05,

98/06, 138/06, 30/08, 126/08 in [94/10](http://www.uradni-list.si/1/objava.jsp?urlid=201094&stevilka=4984)),

3. uveljavljanje pravic pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti, če zavarovano osebo napoti zdravnik izven javne zdravstvene mreže.

V navodilu so povzete tudi določbe [Zakona o pacientovih pravicah](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_ZAKO4281.html) (Uradni list RS, št. 15/08) in [Pravilnika o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov](http://zakonodaja.gov.si/rpsi/r01/predpis_PRAV10291.html) (Uradni list RS, št. 63/10) v delu, ki se nanašajo na napotovanje zavarovane osebe in njeno uvrščanje v čakalni seznam.

**II. POMEN IZRAZOV, UPORABLJENIH V TEM NAVODILU**

BPI - baza podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti, ki jo vodi Inštitut za varovanje zdravja.

EU-KZZ - evropska kartica zdravstvenega zavarovanja.

Izbrani osebni splošni zdravnik - zdravnik, ki si ga zavarovana oseba v skladu s Pravili OZZ izbere za osebnega zdravnika med zdravniki splošne oziroma družinske medicine, zdravniki medicine dela, prometa in športa ali pediatri oziroma zdravniki šolske medicine.

Izbrani osebni zdravnik – izbrani osebni splošni zdravnik, izbrani osebni ginekolog in izbrani osebni zobozdravnik.

Izvajalec - javni zdravstveni zavod ter druge pravne in fizične osebe, ki imajo z ZZZS-jem sklenjeno pogodbo za izvajanje zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zavarovanja.

KZZ - kartica zdravstvenega zavarovanja.

Nadomestni zdravnik – zdravnik, ki nadomešča odsotnega izbranega osebnega zdravnika.

Napotnica – listina Napotnica.

Napotni zdravnik – zdravnik, pri katerem zavarovana oseba uveljavlja pravice do storitev na podlagi napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika.

Nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje - storitve, ki so določene v 103. členu Pravil OZZ

Obvezno zavarovanje - obvezno zdravstveno zavarovanje.

Pravila OZZ – Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pravilnik – Pravilnik o najdaljših dopustnih čakalnih dobah za posamezne zdravstvene storitve in o načinu vodenja čakalnih seznamov (Uradni list RS, št. 63/10).

ZZZS – Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

ZZVZZ – Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju.

**III. UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVSTVENIH STORITEV V SPECIALISTIČNO**

**AMBULANTNI IN BOLNIŠNIČNI ZDRAVSTVENI DEJAVNOSTI**

**1. Splošno**

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

Te zdravstvene storitve lahko zavarovana oseba v breme obveznega zavarovanja uveljavlja samo pri izvajalcih. Storitve nujne medicinske pomoči in nujnega zdravljenja v specialistično ambulanti ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti pa lahko v breme obveznega zavarovanja izjemoma uveljavlja tudi pri zdravnikih oziroma zdravstvenih zavodih, ki niso v javni zdravstveni mreži in je za te storitve pri ZZZS-ju upravičena do povračila stroškov v višini, kot bi bile krite iz obveznega zavarovanja pri izvajalcu.

Zdravstvene storitve v specialistično ambulantni in bolnišnični zdravstveni dejavnosti uveljavlja zavarovana oseba na podlagi Napotnice izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika, na katerega je bilo preneseno pooblastilo za napotitve zavarovane osebe na zdravljenje k drugim specialistom ali v bolnišnico.

V specialistično ambulantni ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti lahko zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve brez Napotnice le v primerih, naštetih v točki 2 poglavja IV tega navodila.

**2. Prosta izbira izvajalca specialistično ambulantne in bolnišnične**

**zdravstvene dejavnosti in napotnega zdravnika**

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.

Pri izbiri napotnega zdravnika lahko izbrani osebni zdravnik zavarovani osebi svetuje in pomaga z informacijami o ustreznih izvajalcih in napotnih zdravnikih, vendar konkretnega izvajalca ali napotnega zdravnika na Napotnico ne sme vpisati. Na Napotnico mora vpisati le vrsto specialnosti napotnega zdravnika.

Lahko pa izbrani osebni zdravnik v soglasju z zavarovano osebo stopi neposredno v stik z napotnim zdravnikom in se v njenem imenu dogovori za njen sprejem.

**3. Naročanje pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične**

**zdravstvene dejavnosti in uvrščanje v čakalni seznam**

Zavarovana oseba se pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti naroči osebno ali prek telefona, elektronske pošte ali drugih telekomunikacijskih sredstev in si s tem rezervira termin v čakalnem seznamu. Načine naročanja posamezni izvajalec objavi na vidnem mestu v čakalnici oziroma na običajnem oglasnem mestu in na svojih spletnih straneh. Pri tem mora poleg osebnega in telefonskega naročanja zagotoviti še eno od oblik elektronskega naročanja.

Za uradno potrditev rezerviranega termina mora zavarovana oseba izvirnik Napotnice predložiti izvajalcu, pri katerem se je naročila, in sicer v petih delovnih dneh po rezervaciji termina. Izvirnik Napotnice zadrži izvajalec.

Izvajalec šele po predložitvi izvirnika Napotnice zavarovano osebo uradno uvrsti v čakalni seznam.

O tem, da bo zavarovana oseba uradno uvrščena v čakalni seznam šele, ko bo predložila izvirnik Napotnice, mora izvajalec zavarovano osebo obvestiti oziroma seznaniti ob sami rezervaciji termina.

Pri uvrščanju zavarovane osebe v čakalni seznam izvajalec kot glavni prednostni kriterij upošteva ugotovljeno stopnjo nujnosti, znotraj posamezne stopnje nujnosti pa prednostni kriterij.

Če izvajalec ob uvrščanju zavarovane osebe v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri njem presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, določeno s Pravilnikom, zavarovani osebi predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo. Če zavarovana oseba predlagani termin pri drugem izvajalcu odkloni, ga prvi izvajalec uvrsti na svoj čakalni seznam in posebej označi, da zavarovana oseba želi izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu.

Izvajalec v čakalnem seznamu posebej označi tudi zavarovane osebe, ki zahtevajo, da zdravstveno storitev opravi določeni zdravnik izvajalca.

Če zavarovana oseba na zdravstveno storitev čaka več kot tri mesece, ima pravico zahtevati kontrolni pregled pri zdravniku, ki jo je na zdravstveno storitev napotil. Ne glede na to pa mora izvajalec, pri katerem se je zavarovana oseba naročila na zdravstveno storitev na podlagi Napotnice in ki ob rednem upravljanju čakalnega seznama ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri zavarovani osebi presega najdaljšo dopustno čakalno dobo za to vrsto zdravstvene storitve in ni drugega izvajalca s še dopustno čakalno dobo, zavarovano osebo seznani s terminom pregleda, na katerem se preveri stopnja nujnosti.

Zavarovana oseba je lahko za isto zdravstveno storitev vpisana samo v čakalni seznam enega izvajalca. Če se ugotovi, da je vpisana v več čakalnih seznamov, jo izvajalci, pri katerih je vpisana, pozovejo, da se v desetih dneh opredeli, na katerem čakalnem seznamu želi biti vpisana. Če se zavarovana oseba ne opredeli, se upošteva prvi vpis.

Če je izvajalec začasno ali trajno nezmožen izvesti že načrtovano zdravstveno storitev, zagotovi nadomestnega izvajalca in o tem obvesti zavarovano osebo, in sicer:

najmanj tri delovne dni pred načrtovano izvedbo operativnega posega,

najmanj teden dni pred izvedbo ostalih zdravstvenih storitev.

**3.1. Stopnja nujnosti**

Stopnja nujnosti se v posameznem primeru določi na podlagi uveljavljenih sodobnih medicinskih smernic in priporočil, strokovnih standardov in dobre prakse ter v skladu z Zakonom o pacientovih pravicah, po katerem se stopnja nujnosti presoja v skladu z največjo zdravstveno koristjo zavarovane osebe in tako, da se prepreči resna zdravstvena škoda zanjo.

Resna zdravstvena škoda je hudo poslabšanje fizičnega ali duševnega zdravja zavarovane osebe, ki ogroža pričakovane ugodne izide zdravljenja.

Pri razvrščanju v stopnjo nujnosti zdravnik upošteva strokovne kriterije za razvrščanje, ki jih skladno s Pravilnikom pripravijo razširjeni strokovni kolegiji.

Če napotni zdravnik po opravljenem pregledu zavarovane osebe ugotovi drugačno (višjo ali nižjo) stopnjo nujnosti, kot jo je določil zdravnik, ki je zavarovano osebo napotil, velja stopnja nujnosti, ki jo določi napotni zdravnik. O tem napotni zdravnik obvesti zdravnika, ki je zavarovano osebo napotil.

Stopnje nujnosti so naslednje:

1. NUJNO

Stopnja nujnosti ˝NUJNO˝ pomeni, da gre za napotitev na zdravstveno storitev, ki jo je potrebno izvesti takoj oziroma najpozneje v 24 urah. Ta zdravstvena storitev ni predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama.

2. HITRO

Stopnja nujnosti ˝HITRO˝ pomeni, da gre za napotitev na zdravstveno storitev, ki jo je potrebno izvesti najpozneje v treh mesecih.

3. REDNO

Stopnja nujnosti ˝REDNO˝ pomeni, da gre za napotitev na zdravstveno storitev, ki jo je potrebno izvesti najpozneje v šestih mesecih.

**3.2. Prednostni kriterij**

Za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam se pri enaki stopnji nujnosti poleg časa prijave na zdravstveno storitev upoštevajo naslednji prednostni kriteriji:

1. nosečnost;

2. dojenje;

3. preprečitev nastanka potreb po dodatnih zdravstvenih storitvah zaradi nastanka novega zdravstvenega problema, izhajajočega iz prvotnega zdravstvenega stanja, zaradi katerega se zavarovano osebo uvršča v čakalni seznam;

4. začasna zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, kadar je razlog za začasno zadržanost od dela zaradi bolezni ali poškodbe povezan s potrebo po pregledu. Namen tega prednostnega kriterija je skrajšanje začasne zadržanosti od dela zaradi bolezni ali poškodbe;

5. ponovni vpis na podlagi opravičene odsotnosti od zdravstvene storitve.

Kriterije iz prve, druge, tretje in četrte točke zdravnik, ki izdaja Napotnico, upošteva zgolj v okviru napotitve, povezane s tem stanjem, in te kriterije tudi posebej navede na Napotnici (na Napotnici so v rubriki 9 - PREDNOSTNI KRITERIJI označeni z istimi številkami).

**4. Obveščanje zavarovane osebe in izvajalca pred**

**načrtovano izvedbo zdravstvene storitve**

Izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba uvrščena v čakalni seznam na podlagi Napotnice, mora z zavarovano osebo vzpostaviti stik pred načrtovano izvedbo zdravstvene storitve, in sicer:

- najmanj tri delovne dni pred načrtovano izvedbo operativnega posega,

- najmanj teden dni pred izvedbo ostalih zdravstvenih storitev.

Pri tem mora izvajalec zavarovano osebo opozoriti na posledice, če na načrtovano zdravstveno storitev neopravičeno ne bo prišel.

Če se zavarovana oseba odloči, da na načrtovano izvedbo zdravstvene storitve ne bo prišla, o tem obvesti izvajalca še pred terminom načrtovane izvedbe zdravstvene storitve. Izvajalec v tem primeru zavarovano osebo nemudoma izbriše iz čakalnega seznama.

**5. (Ne)opravičenost izostanka od načrtovane zdravstvene storitve**

Če zavarovana oseba ne pride na izvedbo zdravstvene storitve, svojo odsotnost pisno ali ustno opraviči v 14 dneh od dneva načrtovane izvedbe zdravstvene storitve.

Odsotnost je opravičena, če gre za nepredvidljiv in neodložljiv dogodek, ki je zavarovani osebi fizično onemogočil prihod na izvedbo zdravstvene storitve. Če zavarovana oseba opravičilo poda le ustno, mora pisno opravičilo podati v treh dneh od preteka roka iz prejšnjega odstavka.

Če izvajalec ugotovi, da je bil izostanek opravičen, uvrsti zavarovano osebo v čakalnem seznamu na najbližji prosti termin tako, da zavarovana oseba na zdravstveno storitev v seštevku ne čaka dlje, kot znaša najdaljša dopustna čakalna doba za izbrano zdravstveno storitev.

Če zavarovana oseba ni prišla na izvedbo zdravstvene storitve in svoje odsotnosti ni opravičila v skladu z drugim odstavkom te točke, jo izvajalec izbriše iz čakalnega seznama 15. dan od dneva načrtovane zdravstvene storitve in o tem napravi zaznamek v zdravstveni dokumentaciji.

**6. Obveznosti in pravice izbranega osebnega in napotnega zdravnika**

Izbrani osebni zdravnik lahko Napotnico izda, ko je opravil vse utemeljene laboratorijske, rentgenske in druge diagnostične preiskave, ki so opredeljene za primarno raven zdravstvene dejavnosti.

Seznam preiskav, ki jih mora izbrani osebni zdravnik opraviti pred prvo nenujno napotitvijo zavarovane osebe in seznam bolezni, pri katerih izbrani osebni zdravnik ne opravlja specifičnih preiskav, je v Prilogi 1

tega navodila.

Ob napotitvi zavarovane osebe na specialistični ambulantno ali bolnišnično zdravstveno storitev je zdravnik, ki izdaja Napotnico, napotnega zdravnika dolžan seznaniti z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe, z izvidi že opravljenih pregledov in z vsemi zdravili, ki jih zavarovana oseba prejema.

Napotni zdravnik lahko zahteva od zdravnika, ki je izdal Napotnico, dopolnitev Napotnice oziroma medicinske dokumentacije, če napotitev ni bila opravljena skladno s prejšnjim odstavkom.

Če pooblastilo napotnemu zdravniku ni jasno opredeljeno ali medicinska dokumentacija ni popolna oziroma potrebuje napotni zdravnik dodatna pojasnila, se napotni zdravnik poveže z zdravnikom, ki je izdal Napotnico, da skupaj odpravita pomanjkljivosti in ne pošilja zavarovane osebe nazaj.

Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem pooblastila (Napotnice) izbranega osebnega zdravnika, če niso bile predhodno opravljene vse storitve, ki bi jih lahko zagotovil izbrani 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.

Napotni zdravnik je pooblaščen in dolžan zavarovani osebi zagotoviti vse utemeljene in potrebne laboratorijske, rentgenske in druge preiskave ter vse terapevtske storitve, za katere ga je v zvezi z zdravstvenim stanjem, ki je bilo razlog za napotitev, pooblastil izbrani osebni zdravnik. Prav tako je ob pregledu dolžan predpisati na recept vsa novo uvedena, zamenjana oziroma predlagana zdravila v skladu s prenesenim pooblastilom izbranega osebnega zdravnika in v količini, določeni s Pravili OZZ.

Če je zavarovani osebi izdanih več Napotnic, mora izvajalec preiskav zavarovani osebi zagotoviti vse preiskave (na primer: CT preiskave, MR preiskave, druge funkcionalne preiskave, itn.) ob enem obisku, razen če to ni mogoče na podlagi utemeljenih organizacijskih omejitev.

Napotni zdravnik je dolžan stopiti v stik z izbranim osebnim zdravnikom in mu posredovati vse potrebne informacije o zdravstvenem stanju zavarovane osebe. Po izteku dobe, na katero se je nanašalo pooblastilo, pa mu mora posredovati medicinsko dokumentacijo, ki jo je medtem zbral in podati mnenje o nadaljnjem zdravljenju.

Ob odpustu zavarovane osebe iz bolnišničnega zdravljenja bolnišnični zdravnik pošlje odpustno pismo z obvestilom, priporočili in mnenjem izbranemu osebnemu zdravniku. Odpustni zdravnik ob odpustu predpiše na recept vsa na novo uvedena zdravila, ki jih zavarovana oseba potrebuje za nadaljnje zdravljenje v domači ali zdraviliški oskrbi, in sicer po eno, najmanjše pakiranje oziroma največ v količini, ki zadostuje za enomesečno zdravljenje. Odpustno pismo oziroma poročilo izbranemu osebnemu zdravniku mora vsebovati tudi mnenje o morebitni zavarovančevi nezmožnosti za delo in druga strokovno utemeljena mnenja, za katera je prosil izbrani osebni zdravnik.

**IV. NAPOTNICA**

**1. Splošno**

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

Z Napotnico izbrani osebni zdravnik ali po njegovem pooblastilu napotni zdravnik prenaša pooblastila na druge zdravnike v specialistično ambulantni ali bolnišnični zdravstveni dejavnosti.

**2. Storitve, za katere Napotnica ni potrebna**

Napotnica ni potrebna:

za pregled pri okulistu zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočkov za vid,

za pregled in zdravljenje pri specialistu - psihiatru,

pri pregledih zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih ter za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki niso predpisani z zakonom,

za sprejem enega od staršev na sobivanje ob hospitaliziranem otroku, ki še ni dopolnil 6 let starosti,

za sprejem na bivanje doječega otroka k hospitalizirani materi,

za sprejem enega od staršev k hospitaliziranemu otroku s težjo okvaro oziroma poškodbo možganov ali hrbtenjače, zaradi usposabljanja za izvajanje poznejše rehabilitacije otroka na domu,

za sprejem enega od staršev k hospitaliziranem otroku s kroničnimi boleznimi ali okvarami, zaradi usposabljanja za izvajanje poznejše rehabilitacije otroka na domu,

za uveljavljanje nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja.

Za storitve, ki jih zavarovana oseba uveljavlja pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti brez Napotnice in pri katerih ne gre za katerega od zgoraj naštetih primerov, 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 pri ZZZS v višini, kot bi bila storitev iz obveznega zavarovanja krita pri izvajalcu.

**Uveljavljanje storitev pri zdravniku specialistu okulistu**

Če okulist po pregledu, ki ga je opravil zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisovanja pripomočka za vid, skladno s strokovno doktrino ugotovi, da gre pri zavarovani osebi za bolezensko stanje, ki zahteva nujno zdravljenje, to opravi brez Napotnice. Če pa ugotovi potrebo po storitvah, ki niso nujne, o bolezenskem stanju obvesti izbranega osebnega splošnega zdravnika zavarovane osebe, ki nato, v kolikor je to potrebno, izda Napotnico.

**Uveljavljanje storitev pri zdravniku specialistu psihiatru**

Zdravnik specialist psihiater lahko brez Napotnice in torej brez pooblastila izbranega osebnega zdravnika izvaja preglede in zdravljenje, predpisuje zdravila in ugotavlja potrebo po nujnih reševalnih prevozih, ne more pa zavarovane osebe brez pooblastila izbranega osebnega zdravnika ali napotnega zdravnika napotiti k drugim zdravnikom specialistom.

**Sprejem zavarovane osebe na bolnišnično ali specialistično ambulantno zdravljenje zaradi nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja**

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 izbranega osebnega splošnega zdravnika oziroma izbranega osebnega ginekologa 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.

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 ji jo izda njen izbrani osebni zdravnik.

**3. Storitve, za katere se Napotnica ne uporablja**

Napotnica se ne uporablja za:

1. laboratorijske storitve,

2. rentgenska slikanja, pri katerih ni potreben specialistični izvid,

3. fizioterapevtske storitve,

4. logopedske storitve,

5. storitve, ki jih opravljajo psihologi, defektologi in ortopedagogi,

6. zdravljenje na domu,

7. zdraviliško zdravljenje,

8. odobritev medicinsko tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe ali zahtevnejšega medicinsko tehničnega pripomočka,

9. zdravljenje v tujini.

Za navedene storitve se uporabljajo druge listine, akti oziroma vloge, in sicer:

- za storitve iz 1. do 6. točke listina Delovni nalog, kakor je določeno v Navodilu za uveljavljenje pravic do zdravstvenih storitev z Delovnim nalogom;

- za storitvi iz 7. in 8. točke odločba imenovanega zdravnika oziroma zdravstvene komisije ZZZS-ja. Postopek za odobritev zdraviliškega zdravljenja in odobritve zahtevnejšega medicinsko tehničnega pripomočka ali medicinsko tehničnega pripomočka pred iztekom trajnostne dobe se začne pri imenovanem zdravniku ZZZS-ja na podlagi predloga pooblaščenega zdravnika, vloženega na listini Predlog imenovanemu zdravniku, skladno z Navodilom za uvedbo postopkov pri imenovanih zdravnikih ZZZS-ja;

- za storitev iz 9. točke vloga zavarovane osebe, naslovljena na ZZZS.

**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).

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.

Napotnice tudi ne smejo uporabljati zdravniki, ki niso v javni zdravstveni mreži, ki torej z ZZZS-jem nimajo sklenjene pogodbe za izvajanje zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja.

Ne glede na to, pa lahko zdravniki, ki niso v javni zdravstveni mreži oziroma zdravniki, ki nudijo zavarovani osebi zdravstvene storitve v samoplačniški ambulanti, napotijo 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.).

Če zavarovana oseba zdravstvenih storitev, za katero ji je bila izdana Napotnica, ne uveljavlja pri izvajalcu ali jih uveljavlja v samoplačniški ambulanti, ni upravičena do povračila stroškov v breme obveznega zavarovanja, razen, če je šlo za storitve nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja. V slednjem primeru je upravičena do povračila stroškov pri ZZZS v višini, kot bi bila storitev iz obveznega zavarovanja krita pri izvajalcu.

**5. Vsebina in obseg pooblastil**

Izbrani osebni zdravnik mora ob prenosu svojih pooblastil na napotnega zdravnika ta podrobno opredeliti na Napotnici.

Izbrani osebni zdravnik z opredelitvijo vrste pooblastila (na Napotnici so v rubriki 6 - OBSEG POOBLASTILA označena z istimi številkami), ki ga prenaša na napotnega zdravnika, temu:

1. naroči, naj opravi klinični pregled zavarovane osebe in poda mnenje o njenem stanju, pri čemer izvede preiskave, ki so potrebne za oblikovanje mnenja in za predlog zdravljenja;

2. dovoli, da prevzame zavarovano osebo v zdravljenje, pri čemer ji zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske storitve ter predpisuje zdravila na recept. Za predpisovanje medicinsko-tehničnih pripomočkov velja pooblastilo le, če je napotni zdravnik tudi pristojen za njihovo predpisovanje v breme obveznega zavarovanja. Pooblastilo se nanaša le na storitve v zvezi z opredeljeno boleznijo oziroma poškodbo;

3. dovoli, da poleg pooblastil iz prejšnje točke tudi po svoji presoji napoti zavarovano osebo na nadaljnje specialistične preglede oziroma preiskave ali na zdravljenje k drugim zdravnikom specialistom ali v bolnišnico. Napotitev zavarovane osebe naprej k drugim zdravnikom specialistom ali v bolnišnico se lahko nanaša le na zdravljenje tiste bolezni ali poškodbe oziroma njunih posledic, zaradi katerih je izbrani osebni zdravnik izdal Napotnico in v njej tudi podelil to pooblastilo napotnemu zdravniku.

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 izbranega osebnega zdravnika.

Nadaljevanje zdravljenja v specialistični ambulanti po odpustu zavarovane osebe iz bolnišnice je možno, če je bilo na izdani Napotnici podano pooblastilo za zdravljenje določene bolezni 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 ali stacionarni).

Izbrani 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.

Če Napotnico izdaja napotni zdravnik (izda jo lahko le, če je bilo nanj preneseno pooblastilo pod številko 3), lahko naprej prenese le toliko pooblastil, kolikor jih je bilo prenesenih nanj.

**6. Časovna veljavnost Napotnice**

Glede na vsebino napotitve se določi časovna veljavnost Napotnice (obdobje, za katero se prenašajo pooblastila).

Časovna veljavnost Napotnice oziroma prenesenih pooblastil je omejena praviloma na dobo treh mesecev. V primerih, ko je zaradi zdravstvenega stanja ali kronične bolezni zavarovane osebe potrebno stalno sodelovanje določenega specialista ali ko je v naprej znano, da zdravljenje ne bo končano v tem času, se lahko pooblastilo prenese tudi za daljše časovno obdobje, vendar najdlje za eno leto.

Izjema od največ enoletne veljavnosti Napotnice velja le za napotitve zavarovane osebe na ortodontsko zdravljenje. Pri tej napotitvi je lahko pooblastilo in s tem veljavnost Napotnice časovno neomejena. Kljub temu, da izbrani osebni zobozdravnik za ves čas ortodontskega zdravljenja izda praviloma le eno Napotnico, novo izda, če se zavarovana oseba ali ortodont, ki jo je zdravil, preseli v drug kraj oziroma če ortodont zaradi bolezni, upokojitve ali drugih razlogov preneha delati.

Po izteku veljavnosti Napotnice, napotni zdravnik ne more več za zavarovano osebo izvajati zdravstvenih storitev v breme obveznega zavarovanja. Zato mora po izteku te dobe izbrani osebni zdravnik, če je potrebno, izdati novo Napotnico.

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.

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 specialističnoambulantni ali osnovni zdravstveni dejavnosti, v socialnovarstvenem zavodu ali na domu zavarovane osebe. Stroškov strokovno neupravičenega daljšega stacionarnega zdravljenja Zavod ne poravna.

**V. IZPOLNJEVANJE NAPOTNICE**

**1. Splošno**

Napotnica se izpolnjuje v enem izvodu.

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

1. da se označi številko pred navedbo podatka ali

2. da se v predvideno okence vpiše ustrezna številka, ki podatek označuje.

Na obeh straneh Napotnice morajo biti obvezno izpolnjene vse rubrike, če ni pri posamezni rubriki določeno drugače.

Izvajalec pridobiva podatke o zavarovani osebi (osebne podatke in podatke o obveznem zavarovanju) neposredno iz sistema on-line zdravstveno zavarovanje. Če sitem on-line zdravstveno zavarovanje v času obravnave zavarovane osebe ne deluje, lahko zdravnik Napotnico vseeno izda. V tem primeru podatek o številki zavarovane osebe in datumu rojstva prepiše s KZZ, Potrdila, ki začasno nadomešča KZZ ali medicinske dokumentacije.

**2. Podatki, ki jih vpisuje zdravnik, ki izdaja Napotnico**

**Sprednja stran Napotnice**

**Rubrika 1 – IZVAJALEC**

ŠTEVILKA IZVAJALCA

Vpiše se 5-mestna številka izvajalca iz BPI, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Napotnico.

ŠIFRA ZDR. DEJAVNOSTI

Vpiše se 6-mestna šifra iz šifranta 02, ki je objavljen v [ZZZS šifrantih](http://www.zzzs.si/zzzs/PAO/ZJavSif.nsf/eefc8bd2efd8c2fbc1256b270035fc5c?OpenView) na spletni strani ZZZS.

NAZIV IZVAJALCA

Vpiše se naziv izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja Napotnico.

**Rubrika 2 – ZDRAVNIK**

OSEBNI, NADOMESTNI, NMP, NAPOTNI

V ustreznem okencu se označi, kateri zdravnik izdaja Napotnico.

Če je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki obvezno 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).

NMP se označi, če Napotnico izdaja zdravnik, ki ni osebni, nadomestni ali napotni (praviloma zdravnik v dežurni službi), zaradi potrebe po napotitvi k specialistu ali v bolnišnico zaradi nadaljnjih storitev, ki jih ni mogoče odložiti do dne, ko bi se lahko zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku za izdajo Napotnice.

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Vpiše se 5-mestna številka zdravnika iz BPI, ki izdaja Napotnico.

IMENSKI ŽIG

Odtisne se imenski žig zdravnika, ki izdaja Napotnico. Če zdravnik nima imenskega žiga, se z velikimi pisanimi in čitljivimi črkami vpiše njegovo ime in priimek.

**Rubrika 3 – ZAVAROVANA OSEBA**

ŠTEVILKA ZAVAROVANE OSEBE

Vpiše se 9-mestna ZZZS številka zavarovane osebe.

Za tuje zavarovane osebe, ki nimajo KZZ ali Potrdila, ki začasno nadomešča KZZ, se vpiše:

1. Identifikacijska številka osebe iz:

EU-KZZ ali

certifikata, ki začasno nadomešča EU-KZZ;

2. EMŠO osebe ali njena identifikacijska številka iz listine ˝Potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujega zavarovanca in njegove družinske člane˝.

DATUM ROJSTVA

Vpiše se datum rojstva zavarovane osebe v obliki DDMMLLLL. Dnevi in meseci do številke 10 se izpolnjujejo z vodilnimi ničlami.

PRIIMEK

Čitljivo se z velikimi tiskanimi črkami vpiše priimek zavarovane osebe.

IME

Čitljivo ise z velikimi tiskanimi črkami vpiše ime zavarovane osebe.

ULICA, HIŠNA ŠTEVILKA, POŠTNA ŠTEVILKA, KRAJ

Vpiše se 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.).

TELEFONSKA ŠTEVILKA

Vpiše se telefonska številka zavarovane osebe, na katero želi, da jo napotni zdravnik kontaktira v zvezi z naročeno oziroma opravljeno zdravstveno storitvijo (obvešča o datumih pregledov ipd.). Podatek je neobvezen.

E-POŠTA

Vpiše se naslov elektronske pošte zavarovane osebe na katerega želi, da jo napotni zdravnik kontaktira v zvezi z naročeno oziroma opravljeno zdravstveno storitvijo (obvešča o datumih pregledov ipd.). Podatek je neobvezen.

**Rubrika 4 – NAPOTNICA**

Rubrika se izpolni, če Napotnico izdaja napotni zdravnik.

ŠTEVILKA NAPOTNICE

Prepiše se številka iz Napotnice, s katero je bilo na napotnega zdravnika, ki napotuje zavarovano osebo naprej, preneseno pooblastilo za napotitev na zdravljenje k drugim specialistom ali v bolnišnico (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).

ŠTEVILKA ZDRAVNIKA

Prepiše se 5-mestna številka zdravnika iz rubrike 2 – ZDRAVNIK na Napotnici s katero je bilo na napotnega zdravnika, ki napotuje zavarovano osebo naprej, preneseno pooblastilo za napotitev na zdravljenje k drugim specialistom ali v bolnišnico (pooblastilo številka 3 v rubriki 6 – OBSEG POOBLASTILA).

**Rubrika 5 – VELJAVNOST**

ENKRATNO

Številka 1 se označi oziroma vpiše, če zdravnik, ki izdaja Napotnico, na napotnega zdravnika prenaša pooblastilo za enkratno zdravstveno storitev.

ZA OBDOBJE

Številka 2 se označi oziroma vpiše, če zdravnik, ki izdaja Napotnico, na napotnega zdravnika prenaša pooblastilo za daljše obdobje. Pri tem se na črto vpiše za koliko mesecev se pooblastilo prenaša (npr. 3, 6, 12).

Dodatna pojasnila o veljavnosti Napotnice (časovna veljavnost prenesenih pooblastil) so v 6. točki poglavja IV tega navodila.

**Rubrika 6 – OBSEG POOBLASTILA**

Označi oziroma vpiše se ustrezno številko pooblastila, ki ga zdravnik, ki izdaja Napotnico, prenaša na napotnega zdravnika.

Dodatna pojasnila o vsebini in obsegu posameznih pooblastil so v 5. točki poglavja IV tega navodila.

**Rubrika 7 – RAZLOG OBRAVNAVE**

Označi oziroma vpiše se ustrezno številko razloga, v povezavi s katerim se zavarovano osebo napotuje na nadaljnjo obravnavo.

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

Razlog obravnave 07 – transplantacija se označi 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).

**Rubrika 8 – STOPNJA NUJNOSTI**

Glede na to, v kakšnem času je potrebno izvesti zdravstveno storitev, na katero je zavarovana oseba napotena, se označi oziroma vpiše ustrezno stopnjo nujnosti.

Pojasnila, na podlagi česa se določa stopnja nujnosti oziroma kaj je pri njenem določanju potrebno upoštevati, so v točki 3.1 poglavja III tega navodila.

**Rubrika 9 – PREDNOSTNI KRITERIJI**

V kolikor je pri zavarovani osebi podan kateri od prednostnih kriterijev, se le ti označijo oziroma vpišejo.

Dodatna pojasnila o prednostnih kriterijih so v točki 3.2 poglavja III tega navodila.

**Rubrika 10 – TUJI ZAVAROVANEC**

ŠIFRA DRŽAVE

Rubrika se izpolnjuje samo, če gre za tujo zavarovano osebo, ki je napotena k izvajalcu v Sloveniji in uveljavlja pravice do zdravstvenih storitev po zakonodaji EU, meddržavni pogodbi ali posebnih sporazumih.

Vpiše se 3-mestna šifra iz šifranta 06, ki je objavljen v [ZZZS šifrantih](http://www.zzzs.si/zzzs/PAO/ZJavSif.nsf/eefc8bd2efd8c2fbc1256b270035fc5c?OpenView) na spletni strani ZZZS.

**Rubrika 11 – RDP** (radiološki diagnostični postopek)

Rubrika se izpolnjuje 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 2 tega navodila.

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.

V kolikor pri napotitvi zavarovane osebe na CT ali MR preiskavo zdravnik te rubrike ne izpolni, lahko napotni zdravnik izvedbo preiskave zavrne.

ŠIFRA in OPIS

Vpiše se šifra RDP in opis šifre RDP za CT oziroma MR iz Priloge 2 tega navodila.

**Rubrika 12 – MKB**

Z najmanj 3-mestno ali 4-mestno MKB šifro in opisno diagnozo se vpiše čimbolj natančna diagnoza vzroka napotitve. Daljšemu zapisu in opisu medicinskih podatkov v zvezi z napotitvijo je namenjena hrbtna stran napotnice.

**VRSTA SPECIALNOSTI NAPOTNEGA ZDRAVNIKA**

Vpiše se vrsto specialnosti napotnega zdravnika, ki naj izvede storitve za napoteno zavarovano osebo. Pri tem se ne sme se vpisati imena napotnega zdravnika in tudi ne naziva izvajalca.

Dodatna pojasnila so pod točko 2 poglavja III teh navodil.

**KRAJ, DNE, ŽIG, PODPIS ZDRAVNIKA**

Vpiše se kraj in datum izdaje Napotnice, odtisne se žig izvajalca, zdravnik, ki izdaja Napotnico pa se lastnoročno podpiše.

**Zadnja stran Napotnice**

Na hrbtni strani Napotnice zdravnik, ki jo izdaja, izpolni ustrezne rubrike, pri čemer pri novi izdaji Napotnice za istega napotnega zdravnika vpiše le spremembe od zadnjega pregleda pri napotnem zdravniku.

**1. KRATKA OPREDELITEV PROBLEMA IN SPECIFIČNO VPRAŠANJE**

Vpiše se kratka opredelitev problema in klinično vprašanje glede:

- diagnoze,

- zdravljenja in

- vodenja zavarovane osebe (kontrole, dodatna diagnostika, predstavitev invalidski komisiji zaradi ugotavljanja invalidnosti, navodila za zavarovano osebo ob poslabšanju, nefarmakološki ukrepi, ipd.).

Primera:

1. Sum na demielinizacijsko obolenje. Prosim za diagnostiko in zdravljenje.

2. Nov zagon multiple skleroze. Prosim za zdravljenje in mnenje pred predstavitvijo invalidski komisiji.

**2. AKTIVNI ZDRAVSTVENI PROBLEMI**

Naštejejo se aktivni zdravstveni problemi.

Primer:

- 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.

**3. KLJUČNE NAJDBE PRI KLINIČNEM PREGLEDU**

Vpiše se numerične podatke za klinično pomembne izvide (RR, pulz, dihanje, temperatura, saturacija) in patološke ugotovitve ali pomembne normalne ugotovitve (na primer: ob močni abdominalni bolečini je trebuh mehak).

**4. KLJUČNI NENORMALNI LABORATORIJSKI IZVIDI**

Praviloma se vpiše numerične vrednosti z obveznim dodatkom enot, pri čemer se normalne izvide načeloma ne vpisuje numerično, ampak so le komentirani (na primer: normalna krvna slika, normalen TSH,...).

Vse laboratorijske izvide se priloži Napotnici.

**5. OPRAVLJENE DIAGNOSTIČNE PREISKAVE PRED NAPOTITVIJO**

Vpiše se čim krajši povzetek zaključka preiskav (UZ izvid, gastroskopija, RTG izvidi, spirometrija, meritev gleženjskega indeksa itd.).

Za normalne izvide je načeloma dovolj, da se zapiše, da ne odstopajo od normale (na primer: gastroskopija normalna, EKG normalen, test z nagibno mizo normalen itd).

**6. POTEK DOSEDANJEGA ZDRAVLJENJA**

Na kratko se navede, kako je bila zavarovana oseba do sedaj zdravljena (na primer: 1 teden bolnika 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).

**3. Podatki, ki jih izpolni napotni zdravnik oziroma odgovorna oseba**

**za uvrščanje zavarovanih oseb v čakalni seznam**

Napotni zdravnik oziroma 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.

Ta del Napotnice izvajalec izroči oziroma pošlje zavarovani osebi.

**VI. OBRAČUN STORITEV**

Storitve, ki jih na podlagi Napotnice ter v skladu z ZZVZZ in Pravili OZZ opravi napotni zdravnik, izvajalec Zavodu obračuna na način, ki je določen z Navodilom o beleženju in obračunavanju zdravstvenih storitev.

Napotnico mora napotni zdravnik hraniti v medicinski dokumentaciji zavarovane osebe vsaj še eno leto po izteku veljavnosti prenesenega pooblastila.

**VII. NAROČANJE NAPOTNICE**

Izvajalci naročajo Napotnico neposredno pri tiskarju, s katerim ima ZZZS sklenjeno pogodbo o tiskanju in distribuciji obrazcev in listin za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja.

**VIII. PRIČETEK VELJAVE**

Z dnem pričetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo za uveljavljanje pravic do zdravstvenih storitev z napotnico v obveznem zdravstvenem zavarovanju (Modri občasnik Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije št. 2/1996) in Navodilo za napotitve na CT in MR preiskave (Okrožnica ZAE 12/10).

To navodilo prične veljati s 1. januarjem 2011.

Številka: 0072-28/2010-DI/1

Ljubljana, dne 10. december 2010

Generalni direktor

Samo Fakin, dr. med.