



Zavod za zdravstveno  
zavarovanje Slovenije

Direkcija

Miklošičeva cesta 24

1507 Ljubljana

www.zzss.si



Na podlagi petega odstavka 8. člena Pravilnika o obrazcu in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 97/23 in 125/23 – popr.) in 19. točke prvega odstavka 28. člena Statuta Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije (Uradni list RS, št. 87/01 in 1/02 – popr.) generalna direktorica 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)<sup>1</sup>;
- Pravil obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravila)<sup>2</sup>, 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 obrazcu in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (v nadaljevanju: Pravilnik)<sup>3</sup>.

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

#### 2. člen (pomen izrazov)

Izrazi, uporabljeni v tem navodilu, imajo naslednji pomen:

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 papirnati obliki, ki začasno nadomešča EUKZZ;

<sup>1</sup> Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Uradni list RS, št. 72/06 - uradno prečiščeno besedilo, s spremembami in dopolnitvami)

<sup>2</sup> Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 30/03 - prečiščeno besedilo, s spremembami in dopolnitvami)

<sup>3</sup> Pravilnik o obrazcu in listinah za uresničevanje obveznega zdravstvenega zavarovanja (Uradni list RS, št. 97/23 in 125/23 – popr.)

<sup>4</sup> Zakon o pacientovih pravicah (Uradni list RS, št. 15/08, s spremembami in dopolnitvami)

<sup>5</sup> Pravilnik o naročanju in upravljanju čakalnih seznamov ter najdaljših dopustnih čakalnih dobah (Uradni list RS, št. 60/24)

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. eZdravje je na nacionalni ravni usklajen zdravstveni informacijski sistem, ki z delovanjem na enotni informacijsko-komunikacijski infrastrukturi omogoča obdelavo zdravstvenih in drugih podatkov in izvajanje storitev eZdravja.
8. Izvajalec je javni zdravstveni zavod ali druga pravna ali fizična oseba, ki ima z Zavodom sklenjeno pogodbo za izvajanje določenih zdravstvenih storitev;
9. Kartica Medicare je avstralska kartica zdravstvenega zavarovanja;
10. Kartica zdravstvenega zavarovanja je identifikacijski dokument zavarovane osebe (v nadaljevanju: KZZ);
11. Kontrolni pregled je pregled, ki je namenjen preverjanju učinkov začetega zdravljenja, morebitnemu načrtovanju dodatnih preiskav in končanju zdravstvene obravnave, ki se je začela na podlagi prvega pregleda in ni vezan na posamezno koledarsko leto;
12. Nadomestni zdravnik je zdravnik, ki nadomešča odsotnega izbranega osebnega zdravnika z vsemi njegovimi pooblastili;
13. 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;
14. 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;
15. Nujna medicinska pomoč in nujno zdravljenje so storitve, ki so določene v 103. členu Pravil;
16. 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;
17. Portal zVEM pomeni informacijsko rešitev v zdravstvenem informacijskem sistemu eZdravje (v nadaljnjem besedilu: zVEM)
18. Potrdilo KZZ je potrdilo, ki nadomešča KZZ;
19. Potrdilo MedZZ je potrdilo o pravici do zdravstvenih storitev za tujo zavarovano osebo, ki ga izda Zavod;
20. 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;
21. RIZDDZ je zbirka podatkov o izvajalcih zdravstvene dejavnosti in delavcev v zdravstvu, ki jo vodi Nacionalni inštitut za javno zdravje;
22. 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;
23. Zasebni izvajalec je zdravnik, ki ni v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti oziroma zdravnik, ki nudi zavarovani osebi zdravstvene storitve v samoplačniški ambulanti;
24. Zavod je Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: Zavod);
25. 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 (v nadaljevanju: napotnica v papirnati obliki) ali listina v elektronski obliki (eNapotnica).

(3) Določbe tega navodila, ki veljajo za izpolnitev napotnice v papirnati obliki, 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 (v nadaljevanju: NIJZ) in Ministrstva za zdravje, ki urejajo to področje.

(4) eNapotnica je izdana preko informacijskega sistema eZdravje. Napotnica v papirnati obliki pa se izda v primerih, ki so določeni v skladu s pravilnikom, ki določa pogoje, roke, način vključitve in uporabe eZdravja za obvezne uporabnike storitev eZdravja, in sicer v primerih:

- ko se izvajajo zdravstvene storitve zdravljenja na domu,
- če zaradi tehničnih težav uporaba informacijskih storitev eZdravja ni mogoča.

Če se izda napotnica s stopnjo nujnosti »nujno«, se izda tudi izpis kopije napotnice v papirnati obliki.

### **4. člen (uveljavljanje pravice)**

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

(2) Zdravstvene storitve iz prejšnjega odstavka lahko zavarovana oseba v breme obveznega zdravstvenega 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 uporabljajo samo izvajalci, in sicer:

- osebni zdravniki in
- napotni zdravniki.

(2) Izvajalci lahko napotnico uporabljajo samo v okviru opravljanja zdravstvenih storitev v breme obveznega zdravstvenega 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 vsakoletnega dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(4) Ob napotitvi zavarovane osebe je zdravnik, ki izdaja napotnico, napotnega zdravnika dolžan seznaniti z zdravstvenim stanjem zavarovane osebe, napotno diagnozo, vrsto zdravstvene storitve, 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 se navede na napotnici.

(5) Osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje zavarovane osebe izda napotnico le za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti.

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

(1) Napotni zdravnik je na podlagi prejete napotnice pooblaščen, da zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe, za katero je izdana napotnica, skladno s svojo strokovno presojo opravi vse utemeljene zdravstvene storitve s svojega delovnega področja, pri čemer:

- zavarovani osebi zagotovi tudi vse potrebne storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila ali živila ter zdravila in živila, ki jih zavarovana oseba potrebuje v redni terapiji,
- zavarovano osebo napoti na drugo zdravstveno storitev, če meni, da je to potrebno in gre za zdravstvene storitve, ki jih sicer ne opravlja sam.

(2) Napotni zdravnik lahko odkloni sprejem pooblastila za izvedbo zdravstvenih storitev 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 v treh delovnih dneh od prejema napotnice izdajatelju

napotnico posreduje v dopolnitev prek portala zVEM. Če izdajatelj v treh delovnih dneh napotne listine ne dopolni, se zavarovana oseba ne uvrsti na čakalni seznam, napotna listina se vrne izdajatelju in o tem obvesti zavarovano osebo. Kadar izvajalec presodi, da vrsta zdravstvene storitve na napotnici ni ustrezno določena, je pa ustrezna vrsta zdravstvene storitve razvidna iz drugih podatkov na napotnici ali spremljajoče dokumentacije, zavarovano osebo uvrsti na čakalni seznam za ustrezno zdravstveno storitev, pri čemer ne sme zahtevati dopolnitve ali izdaje nove napotnice.

(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) Na podlagi prejete napotnice osebnega ali napotnega zdravnika klinični psiholog lahko izvaja storitve s svojega delovnega področja, ne sme pa predpisovati niti medicinskega pripomočka niti zdravil in živil na recept. Klinični psiholog lahko zaradi izvedbe klinično-psihološkega dela naroči 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, portala zVEM 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 21 dneh po njeni izdaji.

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

(4) Rok 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. Izvajalec zavarovano osebo uvrsti na čakalni seznam v roku pet dni po predložitvi napotnice oziroma v roku dveh dni po opravljeni triaži.

(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 katerem koli izvajalcu, se posledično za to storitev zavarovane osebe ne vpisujejo na 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.

(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 zakona, ki ureja pacientove pravice in pravilnika, ki ureja naročanje, upravljanje čakalnih seznamov in najdaljše dopustne čakalne dobe.

## **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 ali nujno zdravljenje vključno z nujnimi zobozdravstvenimi storitvami, 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 30 dneh od uvrstitve na čakalni seznam.

– hitro

Stopnja nujnosti »hitro« se določi, kadar je zdravstveno stanje zavarovane osebe tako resno, da zahteva obravnavo prej kot v 90 dneh od uvrstitve na čakalni seznam.

– 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 180 dneh od uvrstitve na čakalni seznam.

(3) Ob sumu na maligno bolezen se določi 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) Če je izdana napotnica s stopnjo nujnosti »nujno« velja ta stopnja nujnosti le za izvedbo zdravstvenih storitev, ki sodijo v nujno medicinsko pomoč ali nujno zdravljenje. Če je zavarovana oseba na podlagi tako izdane napotnice storitve 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 lahko določi datum za kontrolni pregled oziroma nadaljnjo zdravstveno storitev. V primeru, da se zavarovana oseba odloči nadaljnje potrebne zdravstvene storitve opraviti pri drugem izvajalcu (npr. ki je bližji njenemu prebivališču), mora izvajalec, pri katerem je zavarovana oseba že uveljavljala storitve (nujnega zdravljenja ali nujne medicinske pomoči), elektronsko napotnico vrniti v ustrezen status, ki omogoča zavarovani osebi, da se na podlagi te (veljavne) napotnice naroči pri drugem izvajalcu.

(6) Pri uvrščanju na 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:

- uveljavljanje nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja;
- pregled pri specialistu okulistu zaradi pregleda ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida;
- pregled in zdravljenje pri specialistu psihiatru;
- pregled in zdravljenje v primeru spolno prenosljivih bolezni;
- pregled zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in za kontrolne preglede po končanem zdravljenju, ki so predpisani z zakonom.

(2) Napotnica se ne izda za preventivne zdravstvene storitve in sobivanje iz 40. člena Pravil.

(3) 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 prvega odstavka tega člena, je zavarovana oseba obravnavana kot samoplačnik in nima pravice do povračila stroškov iz obveznega zdravstvenega 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.

(4) V primeru, ko zavarovana oseba uveljavlja pravico do okulističnega pregleda na podlagi napotnice, pri katerem se ugotovi, da po mnenju zdravnika specialista okulista potrebuje medicinski pripomoček 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.

(5) Okulist pri pregledu vida oziroma predpisovanju medicinskega pripomočka, ki se opravi brez napotnice, opravi storitve oziroma preiskave v obsegu, ki ga za ugotavljanje vida opredeljuje strokovna doktrina. Če pri pregledu vida ugotovi potrebo po nadaljnji obravnavi oziroma zdravljenju ali kontrolnih pregledih, pri čemer gre za zdravstvene storitve, ki presegajo obseg storitev, potrebnih za sam pregled ugotavljanja vidne ostrine in predpisovanja medicinskih pripomočkov za izboljšanje vida, bo za izvedbo teh storitev izdal napotnico.

(6) 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 osebnega 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.

(7) 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) Z izdajo napotnice se na napotnega zdravnika samodejno prenesejo pooblastila za izvedbo specialističnih zdravstvenih storitev z njegovega delovnega področja. Tako napotni zdravnik zavarovani osebi zagotovi potrebne zdravstvene storitve s področja diagnostike, zdravljenja in medicinske rehabilitacije, ji predpiše medicinske pripomočke in recepte za uvedena zdravila ali živila ter jo lahko napoti na drugo zdravstveno storitev, če je to potrebno.

(2) Če je zavarovana oseba napotena na zdravljenje v bolnišnico, je možna njena premestitev v drugo bolnišnico, če potrebo po tem ugotovi napotni zdravnik, zavarovana oseba pa s tem soglaša. Takšna premestitev se opravi brez nove napotnice.

(3) Napotni zdravnik specialist, za katerega napotnica ni potrebna (specialist psihiater; specialist za spolno prenosljive bolezni; specialist okulist, h kateremu je zavarovana oseba prišla na pregled zaradi ugotavljanja vida oziroma predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida; specialist, ki izvaja preglede zaradi odkrivanja kontaktov pri tuberkulozi in zdravnik specialist, ki zavarovani osebi nudi nujno zdravljenje oziroma nujno medicinsko pomoč), ima samodejno vsa pooblastila za izvedbo zdravstvenih storitev z njegovega delovnega področja in lahko zavarovano osebo napotuje k drugim specialistom.



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

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

(2) Napotnica velja, do konca zdravljenja, to je dokler je napotni zdravnik ne zaključi, kar bo storil, ko bo izvedel vse potrebne zdravstvene storitve, povezane z zdravstvenim stanjem, za katere je bila izstavljena napotnica, vključno z morebitnimi operativnimi posegi in kontrolnimi pregledi.

(3) Če napotnice ne bo zaključil napotni zdravnik, se bo napotnica samodejno zaključila (programsko) po preteku 2-letnega roka, šteto od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, če na ta dan zavarovana oseba ni vpisana na čakalni seznam na podlagi te napotnice ali na podlagi napotnice, ki je izdana na njeni podlagi, kar pomeni, da so bile vse potrebne zdravstvene storitve po tej napotnici dejansko že izvedene in da niso planirane nove.

(4) Napotnica preneha veljati tudi v primerih, ki so določeni v zakonu, ki ureja pacientove pravice, ki določa razloge za črtanje s čakalnega seznama (npr. smrt pacienta, na željo pacienta, pacientova zavrnitev izvedbe zdravstvene storitve, neopravičena odsotnost od termina).

(5) O prenehanju veljavnosti napotnice je zavarovana oseba seznanjena:

- s strani napotnega zdravnika - če bo napotnico zaključil sam. To bo praviloma storil s pojasnilom v pisnem izvidu, ki ga izda po opravljeni zdravstveni storitvi;
- s strani osebnega zdravnika - če je napotnica samodejno prenehala veljati zaradi poteka 2-letnega roka. To bo storil ob stiku z zavarovano osebo (npr. ob obisku zavarovane osebe, ob telefonskem pogovoru z zavarovano osebo);
- z vpogledom na portal zVEM (če je zavarovana oseba uporabnik tega portala oziroma eZdravja).

(6) Bolnišnični zdravnik zaključi 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.

#### **15. člen** **(akutno poslabšanje zdravstvenega stanja)**

(1) Če v času veljavnosti napotnice pri zavarovani osebi pride do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja, njen osebni zdravnik pa je ne more sam oskrbeti (npr. da ji predpiše zdravila, fizioterapijo, ali se v okviru e-posveta konzultira s specialistom o nadaljnjem zdravljenju in postopkih), bo napotnemu zdravniku, pri katerem se zavarovana oseba že zdravi, preko sistema eZdravja, predlagal njeno predčasno obravnavo. Spremljanje posredovanih zahtevkov za predčasno obravnavo zavarovane osebe na svoji strani zagotovi napotni zdravnik, ki v petih dneh od prejema sporočila posreduje odgovor osebnemu zdravniku in hkrati zavarovano osebo obvesti o morebitnem predčasnem terminu zdravstvene storitve, če je ta po njegovi strokovni oceni potrebna.

(2) Predčasno obravnavo pri napotnem zdravniku lahko predlaga zavarovana oseba sama, če je drug pooblaščen zdravnik ugotovil, da je prišlo do akutnega poslabšanja zdravstvenega stanja zavarovane osebe (npr. na podlagi pregleda v urgentni ambulanti). V tem primeru se bo lahko zavarovana oseba sama obrnila na napotnega zdravnika, pri katerem ima že veljavno napotnico, ali pa se bo z izvidom urgentne ambulante obrnila na svojega osebnega zdravnika, ki bo v primeru, če bo tudi sam soglašal s potrebo po predčasni obravnavi pri napotnem zdravniku, posredoval zahtevek prek sistema eZdravja.

(3) Opredelitev ali gre za prvi pregled ali za kontrolni pregled se presoja glede na definicije teh pregledov po zakonu, ki ureja pacientove pravice.

## **V. poglavje: ZAMENJAVA NAPOTNEGA ZDRAVNIKA IN NAPOTOVANJE Z »BELO NAPOTNICO«**

### **16. člen (zamenjava napotnega zdravnika)**

(1) Zavarovana oseba lahko napotnega zdravnika zamenja 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;
- pride med njima do nesporazumov, zaradi katerih je zavarovana oseba izgubila zaupanje v napotnega zdravnika;
- se zavarovana oseba za stalno ali za daljšo dobo preseli v drug kraj;
- se v postopku strokovnega nadzora s svetovanjem, izvedenem v skladu z zakonom, ki ureja zdravstveno dejavnost, ugotovi, da zdravstvene storitve niso opravljene 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 napotnega zdravnika poteka tako, da:

- napotni zdravnik napotnico v elektronski obliki da v ustrezen status, kar omogoči zavarovani osebi, da se na podlagi te napotnice naroči pri drugem izvajalcu oziroma napotnem zdravniku,
- prvo izbrani napotni zdravnik osebnemu zdravniku posreduje zdravstveno dokumentacijo, nastalo pri njem v okviru napotitve, razen če je ta dokumentacija v CRPP;
- drugo izbrani napotni zdravnik zahteva zdravstveno dokumentacijo iz prejšnje alineje od osebnega zdravnika, z izjemo dokumentacije, ki je dostopna v CRPP.

(4) Novi izvajalec s tem, ko se zavarovana oseba pri njem naroči, pridobi tudi pravico do dostopa do njene dokumentacije v CRPP.

(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 predložitev napotnice s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, »hitro« in »redno« drugemu izvajalcu je pet dni od dneva prejema napotnice od prejšnjega izvajalca.

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

(1) Zasebni izvajalec pri izvajanju zdravstvenih storitev izven mreže javne zdravstvene dejavnosti 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.

(2) Če zasebni izvajalec ob samoplačniškem pregledu ugotovi, da zavarovana oseba potrebuje nadaljnje zdravstvene storitve specialistično ambulantne in bolnišnične zdravstvene dejavnosti, izda belo napotnico. Na podlagi takšne napotitve zavarovana oseba uveljavlja zdravstvene storitve pri izvajalcu specialistično ambulantne ali bolnišnične zdravstvene dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega 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.).

(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**

### **18. 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) V napotnici morajo biti obvezno izpolnjene vse rubrike, razen če ni pri posamezni rubriki določeno drugače.

### **19. člen (podatki na napotnici)**

Izvajalec pridobiva podatke o zavarovani osebi (osebne podatke in podatke o obveznem zdravstvenem 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 ali Potrdila, ki začasno nadomešča KZZ ali medicinske dokumentacije.

### **20. 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 šifrantih ZZS na spletni strani Zavoda.

(4) V polje »naziv izvajalca« se vpiše naziv izvajalca, pri katerem dela zdravnik, ki izdaja napotnico.

## **21. 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, ki jih ni mogoče odložiti do dne, ko bi se lahko zavarovana oseba zglasila pri osebnem zdravniku za izdajo napotnice, in gre za zdravstvene storitve, povezane z zdravstvenim problemom, zaradi katerega je obravnavana.

(3) Če je označen napotni zdravnik, mora biti z zahtevanimi podatki izpolnjena tudi rubrika 4 – NAPOTNICA.

(4) Ne glede na prejšnji odstavek se v primerih, če napotnico izdaja zdravnik specialist, za katerega napotnica ni potrebna (iz 1. odstavka 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.

## **22. 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 treba 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 naj se uporabi pri kontaktu z zavarovano osebo.

### **23. 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 napotnice, ki jo je izdal zdravnik iz rubrike 2-ZDRAVNIK.

(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 ali nujno zdravljenje (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.

### **24. člen** **(veljavnost)**

(1) Rubrika »5 – VELJAVNOST« se ne izpolnjuje.

(2) Dodatna pojasnila o veljavnosti napotnice so v 14. členu tega navodila.

### **25. člen** **(obseg pooblastila)**

(1) Rubrika »6 – OBSEG POOBLASTILA« se ne izpolnjuje.

(2) Dodatna pojasnila so v 13. členu tega navodila.

### **26. 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 povzročena 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).

#### **27. člen (stopnja nujnosti)**

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

(2) Dodatna pojasnila so v 11. členu tega navodila.

#### **28. 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 šifrantih ZZS na spletni strani Zavoda.

#### **29. 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 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.

(3) Na podlagi VZS, ki je navedena na napotnici, se zavarovano osebo naroči na prvo zdravstveno storitev. V okviru te napotne VZS, pa lahko napotni zdravnik izvede potrebne storitve in hkrati zavarovano osebo naroči na več storitev oz. kreira več naročil, ki so vezana na eno izdano napotnico, tudi, če te VZS niso navedene na napotnici.

#### **30. 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 vsakoletnega dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

(2) Če je iz rubrike 10 »VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE« razvidna tudi vrsta radiološkega diagnostičnega postopka, te rubrike ni treba 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 vsakoletnega dogovora o programu storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja.

### **31. 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 rubrika »1. Kratka opredelitev problema in specifično vprašanje«.

### **32. 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. To polje se izpolni le, če iz rubrike 10 »VRSTA ZDRAVSTVENE STORITVE« ni možno določiti specialnosti zdravnika, na katero se napotitev nanaša (npr. ortopedski pregled otroka - prvi). Pri tem se ne sme vpisati ime napotnega zdravnika in tudi ne naziv izvajalca.

### **33. 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.

### **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.

(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 2020).

**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.). Laboratorijski izvidi se priložijo napotnici, če niso objavljeni v CRPP.

**38. člen**  
**(diagnostične preiskave)**

V polje »5. 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 zdaj 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 treba navesti vse poznane alergije (tudi na kontrastna sredstva).

**VII. poglavje: DRUGA NAVODILA**

**40. člen**  
**(obvestilo o terminu)**

Odgovorna oseba za uvrščanje zavarovanih oseb na čakalni seznam, zavarovano osebo obvesti o terminu pregleda ali preiskave v skladu z določbami pravilnika, ki ureja naročanje, upravljanje čakalnih seznamov in najdaljše dopustne čakalne dobe.

**41. 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.



**42. člen**  
**(rok hrambe)**

Napotnico v papirnati obliki mora napotni zdravnik hraniti v medicinski dokumentaciji zavarovane osebe vsaj še eno leto po zaključku zdravljenja. Elektronska napotnica se hrani v skladu z zakonom, ki ureja zbirke podatkov s področja zdravstvenega varstva.

**43. člen**  
**(naročanje napotnice)**

Izvajalci naročajo napotnico v papirnati obliki 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**

**44. člen**  
**(prenehanje veljavnosti)**

Z dnem začetka veljave tega navodila preneha veljati Navodilo za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z Napotnico št.: 0072-18/2018-DI/3 z dne 9. 7. 2021 in Spremembe in dopolnitve Navodila za uveljavljanje pravice do zdravstvenih storitev z Napotnico št.: 0072-18/2018-DI/12 z dne 23. 6. 2022.

**45. člen**  
**(začetek veljavnosti)**

To navodilo začne veljati 10. septembra 2024.

Številka: 0072-25/2024-DI/1  
Ljubljana, dne 2. septembra 2024

doc. dr. Tatjana Mlakar  
generalna direktorica