

Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti O SPECIALISTIČNI AMBULANTNI DEJAVNOSTI?

Kaj obsega pravica do specialistične ambulantne dejavnosti?

Pravica do storitev specialistične ambulantne dejavnosti obsega:

- specialistične preglede,
- zahtevnejše storitve s področja diagnostike, zdravljenja in rehabilitacije, ki ne sodijo v osnovno zdravstveno dejavnost in se lahko opravijo na ambulantni način.

V okviru specialistične ambulantne dejavnosti ima ženska tudi pravico do oploditve z biomedicinsko pomočjo, če izpolnjuje pogoje iz zakona, ki ureja zdravljenje neplodnosti in postopke oploditve z biomedicinsko pomočjo.

Potrebo po zdravstveni storitvi v specialistični ambulantni dejavnosti v breme obveznega zdravstvenega zavarovanja ugotovi vaš izbrani **osebni zdravnik** ali **napotni zdravnik**.

Osebni zdravnik je pristojen za izdajo napotnice za zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju. Za isto zdravstveno stanje zavarovane osebe lahko izda napotnico le za enega napotnega zdravnika iste vrste specialnosti.

Napotnega zdravnika je dolžan seznaniti z vašim zdravstvenim stanjem, napotno diagnozo, vrsto zdravstvene storitve, strokovno obrazložitev in napotnici priložiti vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na vaše zdravstveno stanje in je razlog za napotitev. Kot posredovanje zdravstvene dokumen-

tacije se šteje tudi objava vaše dokumentacije v Centralnem registru podatkov o pacientih, kar se navede na napotnici.

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

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

- **zagotovi** 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,
- **napoti** na drugo zdravstveno storitev, če meni, da je to potrebno in gre za zdravstvene storitve, ki jih sicer ne opravlja sam.

Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri specialistu praviloma uveljavljate le s kartico zdravstvenega zavarovanja ali biometrično osebno izkaznico.

Kdaj napotnica ni potrebna?

Napotnica ni potrebna za:

- uveljavljanje nujne medicinske pomoči ali nujnega zdravljenja,
- preventivne zdravstvene storitve,
- pregled pri specialistu okulistu zaradi 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.

Kako dolgo velja napotnica?

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

Če napotnice ne bo **zaključil napotni zdravnik**, se bo napotnica **samodejno zaključila** (programsko) po preteku 2 let od zadnje zdravstvene storitve, opravljene na podlagi te napotnice, razen če ste na ta dan vpisani na čakalni seznam na podlagi te napotnice ali napotnice, ki je izdana na njeni podlagi. To pomeni, da so bile vse potrebne zdravstvene storitve po tej napotnici dejansko že izvedene in da niso načrtovane nove.

Napotnica preneha veljati tudi v primerih, ki so navedeni v zakonu o pacientovih pravicah, ki določa razloge za črtanje s čakalnega seznama.

Kako izberete ustreznega specialista in se naročite?

Ko prejmete napotnico, se sami odločite, h kateremu specialistu ustrezne stroke boste šli.

Seznam zdravnikov specialistov najdete



Pri izbiri vam lahko z informacijami pomaga tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Pri izbiri bodite pozorni na čakalno dobo pri posameznem specialistu.

Na specialistično zdravstveno storitev se lahko naročite sami ali vas naroči izvajalec, ki izdaja napotnico, in sicer **elektronsko** (na portalu zVEM na spletni strani zvem.ezdrav.si, v sistemu eNaročanje na spletni strani *narocanje.ezdrav.si*, na spletnih straneh izvajalca ali po elektronski pošti), **telefonsko**, **po pošti** ali **osebno** v ordinaciji.

Izvajalcu zdravstvene dejavnosti v mreži izvajalcev javne zdravstvene dejavnosti je treba **predložiti napotnico** s stopnjo nujnosti:

- **nujno**: najpozneje naslednji dan,
- **zelo hitro**: v 7 dneh,
- **hitro** ali **redno**: v 21 dneh po njeni izdaji.

Če napotnica izvajalcu ni predložena v zgoraj navedenih rokih, **preneha veljati**.

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, na podlagi katerega izvajalec prevzame napotnico. Izvajalec vas uvrsti na čakalni seznam v roku pet dni po predložitvi napotnice oziroma v roku dveh dni po opravljeni triaži.

Roki za predložitev napotnice za porod ne veljajo.

Rok za predložitev napotnice **ne velja** za naročanje na **kontrolne preglede** (pri kontrolnem pregledu se upošteva le medicinska indikacija, pri čemer se stopnja nujnosti ne določa).

Kdaj morate za storitve plačati ali doplačati?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki ga krije obvezno zdravstveno zavarovanje. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni treba doplačevati. V primeru (do)plačila vas mora izvajalec zdravstvene dejavnosti o tem vnaprej obvestiti in od vas pridobiti **pisno soglasje**, da se z (do)plačilom strinjate.

Izvajalec zdravstvene dejavnosti lahko od vas zahteva plačilo:

1. **pogodbene cene zdravstvene storitve**, če uveljavljate zdravstveno storitev, ki ni nujna, v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov;
2. **cene zdravstvene storitve, ki jo določijo izvajalec**, če uveljavljate zdravstveno storitev:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali biometrične osebne izkaznice, če ne gre za nujno storitev;
 - ki ni pravica iz obveznega zdravstvenega zavarovanja (npr. zaradi uveljavljanja zahtev ali pravic na drugih področjih ali pri drugih organih – pri zavarovalnicah, sodiščih, v kazenskem postopku, izdaja potrdil za voznike motornih vozil, ukrepi v zvezi z varstvom pri delu);
 - v času, ki ne spada v standard (med 20. in 7. uro, če ne gre za nujno storitev oziroma reševalni prevoz);

– pri specialistu brez napotnice, če ne gre za nujno zdravljenje, nujno medicinsko pomoč oziroma druge primere, ko napotnica ni potrebna.

3. dela cene zdravstvene storitve v višini razlike med izvajalčevo in pogodbeno ceno, ko lahko uveljavljate zdravstveno storitev v drugačnem ali višjem standardu, če je na podlagi pogodbe z ZZZS izvajalčeva cena višja od pogodbene cene (npr. nastanitev v zdravilišču ali bolnišnici v višjem standardu, izbira ginekologa pri izvajalcu terciarne dejavnosti).

Vse specialistične storitve razen nujnih (vključno s predpisanimi zdravili, živili in medicinskimi pripomočki) morate plačati:

- kadar vam zdravstvene storitve opravi specialist ali zdravstveni zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZZS;
- kadar vam zdravstvene storitve opravijo v samoplačniški ambulanti.

V teh primerih vam ZZZS stroške povrne le, če je šlo za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč. V zdravstvenih zavodih in pri zasebnih zdravnikih, ki imajo pogodbo z ZZZS, lahko deluje samoplačniška ordinacija le zunaj pogodbene določenega delovnega časa, ta pa mora biti označen na vhodu v ordinacijo.

Kako hitro lahko pridete do ustreznega specialista? Kakšne so dopustne čakalne dobe?

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.

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 za zavarovano osebo, pri čemer se upošteva razumen čas.

Stopnje nujnosti so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba
nujno	24 ur od predložitve napotnice
zelo hitro	30 dni od uvrstitve na čakalni seznam
hitro	90 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	manj kot 180 dni od uvrstitve na čakalni seznam

Izjeme glede najdaljše dopustne čakalne dobe so:

Stopnja nujnosti	Najdaljša dopustna čakalna doba
zelo hitro	ob sumu na maligno obolenje
	15 dni od uvrstitve na čakalni seznam
hitro	za izdelavo protetičnih nadomestkov
	180 dni po zaključeni sanaciji zobovja
ali	za ortopedske operacije
	360 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	za operacije krčnih žil
	360 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	za oralno in maksilofacialno kirurgijo
	360 dni od uvrstitve na čakalni seznam
redno	za prvi pregled na področju revmatologije
	360 dni od uvrstitve na čakalni seznam

Ob **sumu na maligno bolezen** se določi stopnja nujnosti »zelo hitro« ali »nujno«.

Stopnja nujnosti se določi le za prvi pregled.

Najdaljše dopustne čakalne dobe **ne veljajo za kontrolne preglede**.

Če želite, da se zdravstvena storitev opravi pri točno določenem zdravstvenem delavcu in če imate določen nadomestni termin, na kar boste posebej opozorjeni, takrat omejitev glede najdaljše dopustne čakalne dobe ne velja.

Informacije o naročanju in prvih prostih terminih po posameznih stopnjah nujnosti so dostopne na spletni strani Nacionalnega inštituta za javno zdravje calkanedobe.ezdrav.si/. Podatki o čakalni dobi morajo biti objavljeni na vidnem mestu tudi v čakalnici ali v prostorih izvajalcev zdravstvene dejavnosti in na njihovih spletnih straneh.

Če pooblaščen oseba za čakalni seznam ob uvrščanju na čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev pri tem izvajalcu presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu z dopustno čakalno dobo, pri čemer vas seznani z možnostmi in načini pridobivanja informacij o terminih pri tem izvajalcu. Kadar izvajalca z dopustno čakalno dobo v Republiki Sloveniji ni, vam izvajalec posreduje informacijo o nacionalni kontaktni točki za čezmejno zdravstveno varstvo pri Zavodu za zdravstveno zavarovanje Slovenije. Sistem eNaročanje to informacijo zagotovi samodejno.

Če izvedbo zdravstvene storitve pri izvajalcu z dopustno čakalno dobo odklonite, vas pooblaščen oseba uvrsti na čakalni seznam in označi, da ste možnost izvedbe zdravstvene storitve znotraj najdaljše dopustne čakalne dobe zavrnili.

Kam se lahko obrnete po pomoč, kam naslovite pritožbo?

V zvezi s strokovnimi vprašanji, ki so povezana z vašim zdravstvenim stanjem, vprašanji glede univerzalnih pacientovih pravic ali glede čakalne dobe na zdravstveno storitev, se obrnite na izbranega osebnega zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, zastopnika pacientovih pravic ali na Komisijo RS za varstvo pacientovih pravic. Strokovna vprašanja lahko naslovite tudi Ministrstvu za zdravje ali Zdravniški zbornici Slovenije.

Glede pravic iz obveznega zdravstvenega zavarovanja, postopkov njihovega uveljavljanja, obveznosti (do)plačil in drugih vprašanj, ki zadevajo obvezno zdravstveno zavarovanje, pa smo vam na voljo v kontaktnem centru ZZZS, na telefonski številki 01 30 77 300.



**K kontaktni
center ZZZS
01 30 77 300**



**Zavod za zdravstveno
zavarovanje Slovenije**

www.zzzs.si



Vsebinska plakata je informativne narave.

Za natančnejša pojasnila glejte spletno stran www.zzzs.si in pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb v zdravstveni dejavnosti:

- Zakon o zdravstvenem varstvu in zdravstvenem zavarovanju (Ur. list RS, št. 72/2006 – uradno prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami),
- Pravila obveznega zdravstvenega zavarovanja (Ur. list RS, št. 30/2003 – prečiščeno besedilo s spremembami in dopolnitvami),
- uredba o programih storitev obveznega zdravstvenega zavarovanja, zmogljivostih, potrebnih za njegovo izvajanje, in obsegu sredstev za posamezno leto,
- dogovor za pogodbeno leto (www.zzzs.si/egridava),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.