



Kaj morate kot zavarovana oseba vedeti O SPECIALISTIČNI AMBULANTNI DEJAVNOSTI?

Izbrani osebni zdravnik lahko zaradi konzultacije, diagnostičnih, terapevtskih ali rehabilitacijskih zdravstvenih storitev izda napotnico, in sicer za tista zdravstvena stanja, ki jih obravnava na svojem delovnem področju. Z napotnico prenaša svoja pooblastila na napotnega zdravnika (v nadaljevanju: specialista). Izbrani osebni zdravnik izda napotnico tudi v primeru, če oceni, da imate pravico do medicinskega pripomočka, za predpisovanje katerega ni sam pooblaščen. Izbrani osebni zdravnik lahko za isto zdravstveno stanje prenese pooblastila za isto obdobje le na enega specialista iste vrste specialnosti.

Izbrani osebni zdravnik ob napotitvi seznanja specialista z napotno diagnozo, strokovno obrazložitev in vso zdravstveno dokumentacijo, ki se nanaša na vaše zdravstveno stanje, ki je razlog za napotitev in je potrebna za izvedbo zdravstvene storitve. Pred tem opravi vse zdravstvene storitve, ki jih zagotavlja izbrani osebni zdravnik.

Kaj določa napotnica?

Na napotnici izbrani osebni zdravnik označi vrsto specialnosti, vrsto zdravstvene storitve in vrsto pooblastila, ki se prenaša na specialista glede zdravstvenega stanja, zaradi katerega vas napotuje. Z napotnico na specialista lahko prenese pooblastila za:

- pregled zaradi podaje mnenja in predloga o nadaljnji zdravstveni obravnavi, pri čemer specialist zagotovi diagnostične zdravstvene storitve, ki so potrebne za podajo mnenja in predloga;
- zdravljenje, pri čemer specialist zagotovi vse potrebne diagnostične, terapevtske in rehabilitacijske zdravstvene storitve, kar vključuje tudi predpis medicinskih pripomočkov in receptov za uvedena zdravila in živila ter zdravila in živila, ki jih potrebujete pri redni terapiji;
- nadaljnjo napotitev na drugo zdravstveno storitev.

Specialist, na katerega je izbrani osebni zdravnik prenesel tudi pooblastilo za nadaljnjo napotitev, vas lahko napoti na drugo zdravstveno storitev le zaradi zdravstvenega stanja, zaradi katerega je sam prejel napotnico in le v obdobju veljavnosti napotnice izbranega osebnega zdravnika.

Brez napotnice lahko greste na specialistični pregled na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja le k okulistu zaradi pregleda vida in predpisa medicinskega pripomočka za izboljšanje vida, k psihiatru, ali če potrebujete pregled zaradi odkrivanja kontakto pri tuberkulozi in spolno prenosljivih boleznih. K drugim specialistom pa samo, če potrebujete nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč in izbrani osebni zdravnik ni dosegljiv. Zdravstvene storitve in druge pravice iz obveznega zdravstvenega zavarovanja lahko pri zdravniku uveljavljate praviloma le s kartico zdravstvenega zavarovanja.

Izbrani osebni zdravnik vas lahko na račun obveznega zdravstvenega zavarovanja zaradi iste bolezni v določenem času napoti le k enemu specialistu določene stroke.

Kako dolgo velja napotitev?

Pooblastila, ki jih izbrani osebni zdravnik da specialistu z napotnico, so časovno omejena. Na napotnici je označeno obdobje njene veljavnosti, ki je lahko največ eno leto, razen v primeru ortodontskega zdravljenja, ko napotnica velja do zaključka tega zdravljenja.

Veljavnost napotnice začne teči od dneva, ko vas specialist sprejme. Veljavnost napotnice preneha, ko specialist opravi zdravstvene storitve, zaradi katerih je prejel pooblastila, najpozneje pa s pretekom njene veljavnosti. Če je potrebna nadaljnja zdravstvena obravnava za isto zdravstveno stanje pri specialistu iste vrste specialnosti, se nova napotnica izstavi največ 15 dni pred iztekom veljavnosti prejšnje izstavljene napotnice.

Kako izberete ustreznega specialista in se naročite?

Ko prejmete napotnico, se sami odločite, h kateremu specialistu ustrezne stroke boste šli. Seznam zdravnikov specialistov najdete na spletni strani NIJZ <https://cakalnedobe.ezdrav.si>, spletni strani ZZZS <http://www.zzss.si/izvajalci> in v ZZZS knjižici z naslovom »Kako do zdravnika in drugih zdravstvenih delavcev«. Pri izbiri vam lahko z informacijami pomaga tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Za izbiro pa so pomembni tudi podatki o čakalnih dobah pri posameznih specialistih.

Na zdravstvene storitve, za katere vam je bila izdana napotnica, se lahko pri specialistu naročite:

- elektronsko preko sistema eNaročanje na naslovu <https://naročanje.ezdrav.si/> ali elektronske pošte ali spletne strani,
- telefonsko, v okviru ordinacijskega časa,
- po pošti ali
- osebno med ordinacijskim časom.

Naroči vas lahko tudi zdravnik, ki je izdal napotnico. Napotnica se označi s stopnjo nujnosti v skladu z zakonom, ki ureja pacientove pravice.

Napotnico je potrebno specialistu predložiti v naslednjih rokih:

- napotnico s stopnjo nujnosti »nujno« najpozneje naslednji dan po njeni izstavitvi;

- napotnico s stopnjo nujnosti »zelo hitro« v petih dneh po njeni izstavitvi;
- napotnico s stopnjo nujnosti »hitro« in »redno« v štirinajstih dneh po njeni izstavitvi.

Napotnica preneha veljati, če ni predložena v navedenem roku.

Obvezno zdravstveno zavarovanje bo krilo stroške opravljenih specialističnih storitev, če:

- ste izbrali specialista oziroma zdravstveni zavod, ki ima pogodbo z Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije (v nadaljevanju: ZZZS) za opravljanje takih storitev in
- bodo storitve opravljene v obsegu, ki je označen na napotnici.

V primeru, da si izberete specialista, ki ni najbližji vašemu prebivališču, vam obvezno zdravstveno zavarovanje povrne potne stroške le v višini, kot veljajo v primeru potovanja do najbližjega specialista, ki je usposobljen za storitve zaradi katerih ste napoteni.

Kako hitro lahko pridete do ustreznega specialista?

Zdravnik, ki izda napotnico, na napotnici označi stopnjo nujnosti. Te so:

- nujno,
- zelo hitro,
- hitro in
- redno.

Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »nujno«, se izvedejo takoj oziroma 24 ur od predložitve napotnice in niso predmet čakalne dobe oziroma čakalnega seznama. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »zelo hitro«, se izvedejo v 14 dneh od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »hitro«, se izvedejo v treh mesecih od predložitve napotnice. Zdravstvene storitve, ki so označene s stopnjo nujnosti »redno«, se izvedejo najpozneje v šestih mesecih od predložitve napotnice. Ob sumu na maligno bolezen se vedno določi stopnja nujnosti »zelo hitro« ali »nujno«. Do 31. decembra 2020 veljajo nekatere izjeme glede najdaljše dopustne čakalne dobe pri stopnji nujnosti »hitro« ali »redno«, in sicer:

- za začetek ortodontskega zdravljenja: 6 mesecev,
- za izdelavo protetičnih nadomestkov: 6 mesecev po zaključeni sanaciji zobovja,
- za ortopedske operacije: 12 mesecev,
- za operacije krčnih žil: 12 mesecev,
- za oralno in maksilofacialno kirurgijo: 12 mesecev,
- za prvi pregled na področju revmatologije: 12 mesecev za stopnjo nujnosti redno.

Stopnja nujnosti se določi le za prvi pregled. Za kontrolni pregled se ne določi stopnja nujnosti, ampak se pregled opravi glede na medicinsko indikacijo in strokovno presojo specialista, ki vas zdravi.

Ob tem je dobro vedeti, da so se zdravniki in zdravstveni zavodi, ki imajo pogodbo z ZZZS, obvezali, da bodo:

- nudili zavarovanim osebam zdravstvene storitve, ki sodijo v program obveznega zdravstvenega zavarovanja, enakomerno skozi vse leto,
- uvedli čakalno knjigo za prvi obisk pri določenem specialistu za storitve, ki jih je mogoče odložiti, vanjo dosledno vpisovali datum in uro naročenega prvega pregleda in spoštovali vrstni red po čakalni knjigi,
- v času zdravljenja upoštevali doktrinarna stališča o čakalnih dobah.

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

Če odgovorna oseba ob uvrščanju v čakalni seznam ugotovi, da čakalna doba za določeno zdravstveno storitev presega najdaljšo dopustno čakalno dobo, vam predlaga izvedbo zdravstvene storitve pri drugem izvajalcu zdravstvene dejavnosti, ki ne presega dopustne čakalne dobe. Če boste termin pri drugem izvajalcu odklonili, vas bo odgovorna oseba uvrstila na svoj čakalni seznam in posebej označila, da želite izvedbo zdravstvene storitve pri tem izvajalcu zdravstvene dejavnosti.

Kaj mora upoštevati specialist?

Specialist mora opraviti storitev, za katere ga je pooblastil zdravnik, ki je izdal napotnico. Če so podatki na napotnici pomanjkljivi, specialist sam zaprosi zdravnika, ki je napotnico izdal, da mu pošlje dodatno dokumentacijo in potrebne podatke.

Če niso predhodno opravljene vse zdravstvene storitve, ki jih mora zagotoviti izbrani osebni zdravnik, specialist v treh dneh vrne napotnico izbranemu osebnemu zdravniku in vas o tem obvesti.

Specialist po opravljeni zdravstveni storitvi posreduje vam in izbranemu osebnemu zdravniku pisni izvid, ki vsebuje diagnostične in druge podatke

o opravljeni zdravstveni storitvi, mnenje o zdravstvenem stanju in predlog o nadaljnji zdravstveni obravnavi. Specialist posreduje izvid 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.

Kdaj morate za storitve plačati ali doplačati?

Izvajalci zdravstvene dejavnosti vam zagotovijo zdravstvene storitve v standardu, ki se krije iz obveznega zavarovanja. Če imate urejeno obvezno zdravstveno zavarovanje in sklenjeno tudi prostovoljno zdravstveno zavarovanje za doplačila ter pravice uveljavljate v skladu s Pravili obveznega zdravstvenega zavarovanja, vam zdravstvenih storitev ni potrebno doplačevati. V primeru (do)plačil vas je izvajalec zdravstvene dejavnosti dolžan 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 medicinska pomoč ali nujno zdravljenje v času, ko nimate poravnanih obveznosti plačevanja prispevkov,
2. **cene zdravstvene storitve, ki jo določi izvajalec**, če uveljavljate zdravstveno storitev:
 - brez kartice zdravstvenega zavarovanja ali drugega dokumenta, ki dokazuje urejenost obveznega zavarovanja, če ne gre za nujno zdravljenje in nujno medicinsko pomoč,
 - 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 protidil 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 zdravljenje in nujno medicinsko pomoč 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 izvajalčev in pogodbeno ceno**, ko lahko skladno s predpisi 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 in medicinskimi pripomočki) pa morate plačati:

- kadar vam zdravstvene storitve opravi specialist ali zdravstveni zavod, ki nima sklenjene pogodbe z ZZZS, ali
- 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 pogodbeno določenega delovnega časa, ta pa mora biti označen na vhodu v ordinacijo.

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 za prvi pregled se obrnite na zdravnika, na vodstvo zdravstvenega zavoda, na 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 plačil in drugih vprašanj, ki se tičejo obveznega zdravstvenega zavarovanja, pa smo vam na voljo pri območnih enotah in izpostavah ZZZS. Pri tem imate več možnosti:

- lahko zahtevate, da zaposleni pri območni enoti ali izpostavi ZZZS zabeleži vašo izjavo na zapisnik ali
- svojo težavo napišete v pritožno knjigo oziroma svoje pisno vprašanje, pripombo ali pritožbo oddate v območno enoto ali izpostavo ZZZS.

Pripombe ali pritožbe obravnavajo pooblaščen delavci ZZZS. Pri tem morajo upoštevati načelo varstva osebnih podatkov. Če želite in izpeljava postopka to omogoča, vam bodo zagotovili tudi anonimnost.

Želimo Vam veliko zdravja in čim manj zapletov, kadar potrebujete zdravstveno pomoč!



30,6
odstotka

slovenskih zdravnikov, ki so doživeli ali bili priča nasilju, se zaradi zelo pogostega nasilja pacientov ali njihovih svojcev na delovnem mestu ne počuti varno.

(Vir: Raziskava o nasilju nad zdravniki, maj 2018, Zdravniška zbornica Slovenije.)

Ustavimo nasilje nad zdravniki!

Uspešno zdravi lahko le zdravstveno osebje, ki se na delovnem mestu počuti varno.



Pravne podlage, ki opredeljujejo pravice in postopke pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb v zdravstveni dejavnosti, so:

- 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),
- Splošni dogovor za pogodbeno leto (objavljen na spletni strani ZZZS – <http://www.zzss.si/>, poglavje Elektronska gradiva ZZZS),
- pogodba med konkretnim izvajalcem zdravstvenih storitev (zdravstvenim zavodom ali zasebnim zdravnikom) in Zavodom za zdravstveno zavarovanje Slovenije.