

ŽELEZARNA JESENICE informatör



Jesenice, 7. januarja 1993

Štev.: 1/III

Zdravstveno zavarovanje po novem

V sredo, 6. januarja, je v Delu izšel obsežen članek o zdravstvenem zavarovanju po novem, predvsem o izbiri osebnega zdravnika, in nekaj koristnih nasvetov.

Izbira osebnega zdravnika

Zakaj nova zdravstvena zakonodaja, v tem okviru pa še posebej zavarovalnica, zdaj tako poudarjata uveljavljanje izbire osebnega zdravnika? Kaj se spreminja? Kdo pridobiva, kdo izgublja? Kdo bo torej (lahko) moj izbrani zdravnik? Me lahko odkloni, če bo že presežena "njegova kvota"?

Z izbiro osebnega zdravnika zavarovanci dobijo posebne pravice, ki naj bi omogočile razvoj boljših odnosov med zdravnikom in pacientom. Gre za bolj celostne in osebne odnose, ki jih skuša zakon uveljaviti na podlagi koncepta družinskega zdravnika. Zato zakon daje tudi osebnemu zdravniku posebna pooblastila glede uveljavljanja pravic zavarovancev iz obveznega zdravstvenega zavarovanja.

Pripravljen je tudi poseben OBRAZEC, ki ga bodo zavarovanci izpolnili praviloma OB PRVEM OBISKU pri zdravniku v OSNOVNI ZDRAVSTVENI SLUŽBI. Torej ni treba samo zaradi izbire

svojega zdravnika takoj v zdravstveni zavod (če ste sicer zdravi), vprašanje je le, če zdravnik mogoče že ni polno zaseden. Zgornja meja je določena na 3000 pacientov, v poprečju pa naj bi imeli posamezni zdravniki okrog 1800 pacientov.

IZBIRA OSEBNEGA ZDRAVNIKA NI MOŽNOST, AMPAK OBVEZNOST. Kot pacienti (naj bo v zdravstvenem zavodu ali pri zasebniku v osnovni zdravstveni dejavnosti) si torej MORAMO IZBRATI SVOJEGA OSEBNEGA ZDRAVNIKA.

Nihče ne sme določiti, katerega zdravnika naj si kdo izbere. To velja tudi za zdravstvene zavode in delodajalce, ki tega ne smejo zahtevati iz organizacijskih ali drugih razlogov. Tudi starost zavarovane osebe ne more biti razlog za omejevanje izbire (otroci niso dolžni imeti izbranega zdravnika samo v otroških dispanzerjih).

Pri prvi izbiri zdravnika mora zavarovana oseba izpolniti predpisani obrazec, ki ga dobi v ambulanti, in ga podpisati. Nihče ne more tega storiti v njenem imenu; izjema so le mladoletne in opravično nesposobne osebe, za katere odločajo o izbranem zdravniku praviloma starši ali skrbniki.

S podpisom obrazca izberemo osebnega zdravnika ZA ENO LETO. Lahko pa se zgodi, da moramo (zaradi selitve v bolj oddaljen kraj in bi bili stroški prevoza previsoki) predčasno izbrati drugega osebnega zdravnika.

V tem primeru morata zavarovana oseba (pacient) in zdravnik podpisati soglasje o izpisu. Če soglasja ni, odloča o izpisu zdravniška komisija. Novoizbrani zdravnik lahko zavarovancu, ki si ga je izbral za osebnega zdravnika pred potekom enega leta, da v podpis izjavo le, če ima zavarovanec podpisano soglasje o izpisu ali ustrezno odločbo Zavoda za zdravstveno zavarovanje Slovenije.

Če zdravnik trajno preneha z delom (zaradi upokojitve ali spremembe zaposlitve), za vse "njegove" paciente skrbi njegov naslednik, vendar pa lahko pacienti takoj izberejo drugega zdravnika.

Zavarovanec lahko pošče pomoč pri drugem zdravniku (ki ni naš osebni zdravnik) samo v nujnih primerih. Če nujnost ni dokazana, zavod za te zdravstvene storitve ne bo poravnal stroškov.

ZDRAVNIK NE SME ODKLANJATI ZAVAROVANCEV, ki si ga izberejo, **DOKLER NE DOSEŽE OPREDELJENEGA ŠTEVILA**. Zavarovanec naj bi praviloma izbral osebnega zdravnika ali zdravstveni zavod v kraju bivanja ali v kraju zaposlitve. Lahko se odloči tudi drugače, vendar le na svoj račun, ker zavarovalnica v takih primerih ne namerava pokrivati dodatnih potnih stroškov.

Ženskam novi zakon omogoča, da si prosto izberejo svojega osebnega zdravnika - GINEKOLOGA, za zdravljenje otrok pa tudi OSEBNEGA OTROŠKEGA ZDRAVNIKA oziroma pediatra.

Pri prosti izbiri ginekologa naj opozorimo na pojasnilo Ministrstva za zdravstvo, družino in socialno varstvo, da lahko prosto izbiramo le med tistimi ginekologi, ki delajo v zdravstvenih domovih ali so zasebniki. V ginekoloških ambulantah, ki delujejo v klinikah ali bolnišnicah, je izbira omejena, ker lahko po svoji presoji te storitve opredelijo tudi kot nadstandard, za kar je potrebno doplačilo.

Na splošno velja, da OSEBNI ZDRAVNIK poleg tega, da svojega bolnika zdravi in mu predpisuje zdravila na recept ter skrbi za njegovo zdravstveno dokumentacijo, tudi UGOTAVLJA ZAČASNO NEZMOŽNOST ZA DELO ZARADI BOLEZNI ALI POŠKODBE DO 30 DELOVNIH DNI. Če je potrebno, bolnika napoti k ustreznim specialistom, na zdravljenje v bolnišnico, v določenih primerih pa tudi na zdravniško komisijo.

V določenih primerih (ko gre za posebnosti v zdravstvenem stanju ali za kronične bolezni, kar zahteva stalen specialističen nadzor) lahko zavarovančev osebni zdravnik DEL SVOJIH POOBLASTIL glede diagnostike in zdravljenja takih bolezni, vključno s predpisovanjem zdravil in napotitvami k drugim specialistom, PRENESE NA SPECIALISTA USTREZNE STROKE. Na ta način pooblaščen specialist mora OSEBNEGA ZDRAVNIKA REDNO OBVEŠČATI O SVOJIH UKREPIH IN POTEKU ZDRAVLJENJA.

Nespoštovanje dogovorjenih načel glede osebnega zdravnika je kršitev predpisanega postopka, kar ima lahko posledice za zavarovano osebo. Zdravnik, ki NI zavarovančev osebni zdravnik, namreč NIMA POOBLASTIL za ugotavljanje delazmožnosti, predpisovanje zdravil na recept in podobno. To lahko naredi le v primeru, če je zavarovancu potrebna nujna medicinska pomoč.

Na pregled k specialistu ali na zdravljenje v bolnišnico nas torej lahko napoti le osebni zdravnik, poleg napotnice pa moramo imeti s seboj tudi potrjeno zdravstveno izkaznico.

Opozorilo Kliničnega centra

Svoje paciente v Univerzitetnem kliničnem centru v Ljubljani opozarjajo, da prihajajo k njim z urejeno dokumentacijo, in sicer:

- z zdravstveno izkaznico, ki mora biti potrjena v zadnjih 30 dneh, razen za študente, za katere velja potrditev za en semester;
- z veljavno izkaznico ali drugim dokumentom, ki dokazuje, da je bolnik sklenitelj prostovoljnega zdravstvenega zavarovanja;
- z osebno izkaznico ali potnim listom, s katerim bo pacient dokazal istovetnost podatkov v zdravstveni knjižici;
- z NAPOTNICO, s katero vas je osebno izbrani zdravnik napotil v njihov zavod.

Kaj pa upokojenci?

Njim v januarju ne bo treba posebej dokazovati, da so vključeni v prostovoljno zavarovanje. V tem mesecu jim ne bo treba nič doplačevati, ker bodo upokojenci dobili odrezek za januarsko pokojnino (na katerem bo zaznamovano prostovoljno zavarovanje) šele ob koncu meseca. Upokojenci, ki so se odločili za prostovoljno zdravstveno zavarovanje, bodo hkrati z odrezkom za pokojnino (ali nekaj dni pozneje) prejeli tudi izkaznico; z njo bodo lahko uveljavljali svoje pravice tudi brez odrezka za pokojnino.

Za VOJAŠKE INVALIDE in CIVILNE INVALIDE VOJNE zagotavlja doplačila za zavarovanje slovenska vlada. Plačilo zdravstvenih storitev pa bo v okviru obveznega zavarovanja zagotovljeno tudi za nosilce PARTIZANSKE SPOMENICE 1941, NARODNE HEROJE, ŠPANSKE BORCE ter ODLIKOVANCE z redom Karadordjeve zvezde z mečem, BORCE ZA SEVERNO MEJO in slovenske vojne PROSTOVOLJCE, PREJEMNIKE stalnih občinskih in republiških PRIZNAVALNIN in UŽIVALCE DRUŽINSKIH INVALIDNIN po padlih borcih. Zavod bo vsem izdal izkaznico za zdravstveno zavarovanje, v januarju pa za njih velja enako kot za upokojence. Svoje pravice uveljavljajo z zdravstveno izkaznico, kjer je praviloma že vpisan njihov status.

Premije za prostovoljno zdravstveno zavarovanje v prvem tromesečju 1993

ZAVAROVALNI PAKET	letna premija SIT	polletni obrok SIT	četletni obrok SIT	mesečni obrok SIT
1. POPOLNO ZDR. ZAVAR.*	13.800,00	6.900,00	3.450,00	1.150,00
2. ZDRAVSTVENA VARNOST - CELOTA	13.500,00	6.750,00	3.375,00	1.125,00
3. ZDRAVSTVENA VARNOST - KURATIVA	3.240,00	1.620,00	810,00	270,00
4. VELIKO TVEGANJE	5.700,00	2.850,00	1.425,00	475,00
5. POŠKODBA	4.200,00	2.100,00	1.050,00	350,00
6. ZOBOZDRAV. - CELOTA	3.480,00	1.740,00	870,00	290,00
a) ZOBOZDR. - ZDRAVLJENJE	960,00	480,00	240,00	80,00
b) ZOBOZDR. - PROTETIKA	5.820,00	2.910,00	1.455,00	485,00
7. ZDRAVILA	1.740,00	870,00	435,00	145,00
8. NADSTANDARD	14.220,00	7.110,00	3.555,00	-
9. a) POMOČ NA DOMU	29.000,00	14.500,00	7.250,00	-
b) POMOČ NA DOMU + TEL.	34.800,00	17.400,00	8.700,00	-
10. ZOBNA PROTETIKA - CELOTA	30.000,00	15.000,00	7.500,00	-
11. a) ODDIH A	40.600,00	20.300,00	10.150,00	-
b) ODDIH B	17.400,00	8.700,00	4.350,00	-
12. VOZ - CELOTA	99.200,00	49.600,00	24.800,00	-
13. VOZ - O-S-B	73.600,00	36.800,00	18.400,00	-
14. VOZ - ZOBOZDRAVSTVO	9.900,00	4.950,00	2.475,00	-

Opomba - * S paketom "Popolno zdravstveno zavarovanje" so pokrita vsa doplačila, kar pomeni, da so tu zajeti še vsi paketi od tč. 2 do vključno tč. 7.