

Introduzione

I servizi sanitari garantiti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria vengono erogati dal proprio medico di base. Ci si può rivolgere ad un altro medico in caso il medico di base non sia disponibile o in caso di cure o assistenza medica urgente. I servizi sanitari sono prestati dal medico curante su presentazione della tessera sanitaria slovena.

Come scegliere il medico di base?

Le persone assicurate fino ai 19 anni di età hanno diritto alla scelta di un pediatra specializzato o uno specialista in medicina scolastica, eccezionalmente può essere uno specialista in medicina generale o un medico di famiglia. Per le persone assicurate di età superiore ai 19 anni, il medico personale può essere il medico di medicina generale, o uno specialista di medicina del lavoro del traffico e dello sport, o un medico di medicina generale con post-laurea in medicina sociale.

Gli assicurati hanno il diritto di scegliere il proprio dentista e le donne il proprio medico ginecologo. Il dentista prescelto per la fascia di età fino ai 19 anni è in genere un dentista abilitato all'assistenza odontoiatrica per minori e i giovani.

Il medico di base viene scelto a propria discrezione tra i medici di un poliambulatorio o tra i medici privati che forniscono servizi di assistenza sanitaria di base secondo un contratto con l'Istituto per l'assicurazione sanitaria della Slovenia (denominazione breve: ZZS).

La scelta si svolge compilando un modulo specifico presso il medico prescelto. Per i minori di 15 anni la scelta viene fatta dai genitori o dal tutore.

L'elenco dei medici disponibili e il loro orario di lavoro devono essere visibilmente esposti nell'ambulatorio o nella sala d'attesa del poliambulatorio o ambulatorio privato. L'elenco degli istituti sanitari, l'elenco dei nomi dei medici che svolgono attività come medici di base, e altre informazioni utili si possono trovare sul sito internet del ZZS: <http://www.zzs.si/izvajalci> o <http://www.zzs.si> (capitolo Scelta di un medico di base).

Il medico non è disponibile in caso abbia raggiunto il massimo di scelte.

L'assicurazione sanitaria obbligatoria non rimborsa le spese di viaggio per il tragitto se il medico prescelto opera in un'altro ambito territoriale.

Le donne possono scegliere il ginecologo personale di un istituto sanitario pubblico (di solito in poliambulatorio o ospedale) o tra i medici privati che hanno un contratto con il ZZS. In caso di scelta presso una clinica, la differenza di prezzo del servizio è a proprie spese se la visita si svolge al di fuori dell'orario di lavoro.

È possibile sostituire il medico di base?

Sì, ma in genere almeno un anno dopo l'ultima scelta e senza obbligo di spiegazioni, compilando il modulo specifico presso il medico sostitutivo.

In casi eccezionali è possibile cambiare medico se vi siano incomprendimenti o mancanza di fiducia che portino ad un impedimento della collaborazione o in caso di trasferimento dell'assistito. Il cambiamento può essere reciproco e può essere effettuato di comune accordo o in base alle decisioni del ZZS. In caso di cambiamento il vostro medico è tenuto ad inviare la vostra cartella clinica al medico sostitutivo. Lo stesso procedimento vale se il medico di base va in pensione o per propria cessata attività.

Come usufruire dei diritti previsti dall'assicurazione sanitaria obbligatoria?

Ogni qualvolta si ricorra ad un servizio medico bisogna essere in possesso della tessera sanitaria. In caso di bisogno di cure e di assistenza medica di urgenza si ha il diritto alle prestazioni anche se sprovvisti della tessera e senza versamento anticipato. Il medico valuterà l'urgenza del servizio fornito.

Quali sono i compiti del vostro medico di base?

Il vostro medico di base si prende cura della vostra salute diagnosticando malattie o infortuni, prescrivendo le cure necessarie (anche al poliambulatorio o a domicilio) e monitorando la malattia, prescrivendo i farmaci e ausili medici necessari. È dovere rispettare le istruzioni del medico sull'uso razionale dei farmaci, dato che qualsiasi altro uso potrebbe risultare dannoso alla salute. Il medico di base si occupa anche della prevenzione di alcune malattie in conformità con il specifico programma. Se lo ritiene necessario indirizza il paziente da un medico specialista o ne ordina il ricovero. Provvede a organizzare il trasporto con ambulanza o altri mezzi e rilascia i documenti necessari per il rimborso delle spese viaggio.

Un compito importante del medico di base (fatta eccezione per il ginecologo e il dentista) è di constatare l'inabilità al lavoro e altre ragioni per l'assenza temporanea dal lavoro della durata di 30 giorni lavorativi. Se l'incapacità dura per un periodo di tempo più lungo, verrete indirizzati da un medico designato dal ZZS o da una commissione di invalidità dell'Istituto per la previdenza sociale della Slovenia.

Il medico di base o il medico designato dal ZZS quando stabilisce la vostra inabilità è tenuto a dare indicazioni appropriate per il vostro trattamento durante questo periodo e che sono per voi obbligatorie. Durante il periodo di malattia si può essere soggetti a controllo a domicilio da parte di un operatore che verificherà se rispettate le prescrizioni del vostro medico.

Il medico di base è tenuto a raccogliere, completare e conservare la vostra documentazione medica che sarà trasmessa in caso di sostituzione al medico di base prescelto.

In caso di brevi assenze, il medico di base prende accordo con un'altro medico di competenza nello stesso ambito territoriale per fornirvi tutti i servizi necessari durante questo periodo.

Il ginecologo e il dentista dispongono delle stesse competenze che consentono di informare il medico di base delle proprie valutazioni ma non sono autorizzati a stabilire l'inabilità al lavoro. Il pediatra è autorizzato a concedere l'assenza temporanea dal lavoro ad uno dei genitori per la cura del minore, avvisando entro tre giorni il medico di base del genitore.

Programmi di screening di prevenzione per la diagnosi precoce e la prevenzione delle malattie

Nell'ambito del programma nazionale di prevenzione per le malattie cardiovascolari e altre malattie croniche degli adulti CINDI (www.cindi-slovenija.net/) si dispone in base all'assistenza sanitaria di base delle seguenti possibilità.

- la valutazione dei rischi delle persone di riscontrare malattie cardiovascolari e l'individuazione dei rischi basati sul questionario inviato a casa, compilato e restituito al medico di base e la visita medica preventiva che dovrebbe essere ripetuta ogni 5 anni per le donne dai 40 ai 70 anni e per gli uomini dai 35 ai 65 anni di età;
- assistenza professionale all'individuo per cambiare lo stile di vita attraverso programmi sanitari educativi per persone a cui viene riscontrato durante una visita di controllo il rischio di malattie cardiovascolari e altre malattie croniche.

Nel quadro del programma nazionale di screening ZORA (<http://zora.onko-i.si>) ogni donna tra i 20 e i 64 anni che negli ultimi tre anni non ha fatto un controllo con striscio vaginale del collo dell'utero, viene invitata a presentarsi alla visita di controllo. Il cancro del collo dell'utero si sviluppa lentamente e ha bisogno di più anni per evolvere dalla forma precancerosa in tumore, è possibile scoprire in tempo, con i controlli delle donne ogni tre anni, la maggior parte dei cambiamenti pericolosi della cervice e curarli.

DORA, il programma nazionale di screening per il cancro al seno (<http://dora.onko-i.si/>) ogni due anni consente a tutte le donne tra i 50 e i 69 anni di età, previo invito, di eseguire una mammografia, che permette di rilevare cambiamenti anomali che non sono ancora così grandi da poter essere diagnosticati

SVIT, il programma nazionale per ridurre la malattia e la mortalità dovuta al cancro al colon e all'intestino retto (www.program-svit.si/) consente ogni due anni per tutte le donne e gli

uomini tra i 50 e i 69 anni di età, previo invito, il rilevamento in tempo e la rimozione precancerosa dei mutamenti.

Quando siete tenuti a pagare le prestazioni ricevute o a contribuire al loro pagamento

Se avete stipulato l'assicurazione sanitaria facoltativa e fate valere i vostri diritti in base al Regolamento dell'assicurazione sanitaria obbligatoria non siete sottoposti a ulteriori pagamenti.

Dovete contribuire al pagamento solo nei casi:

- richiedete dei servizi che non sono urgenti fuori dall'orario di lavoro o in orari di servizi di turno (di notte tra le 20 e le 6, la domenica e i giorni non lavorativi);
- usufruite di servizi che non sono necessari presso un medico che non è il prescelto;
- richiedete dei servizi per far valere i diritti in altri ambiti (su richiesta del tribunale, della casa di assicurazione, idoneità alla guida
- o in caso vi rivolgete a un medico privato o un medico che non ha stipulato la concessione con l'Istituto di assicurazione sanitaria.

Coloro che prestano servizi di odontoiatria e fisioterapia sono tenuti a rilasciare le certificazioni dei servizi svolti e dei costi dei servizi al ZZS esclusivamente su richiesta della persona assicurata.

I prestatori di cura a domicilio dopo il completamento del trattamento mensile, rilasciano agli assicurati la documentazione dei servizi svolti e del costo di questi al ZZS esclusivamente su richiesta della persona assicurata.

In entrambi i casi, la documentazione deve includere i seguenti dati: una breve descrizione del servizio prestato, le date del trattamento, il numero di punti o di trattamenti, e i resoconti per il ZZS. Le specificazioni dei servizi di cura a domicilio devono includere anche la data di rilascio della specificazione, la firma dell'operatore sanitario e della persona assicurata o di un suo familiare.

A chi rivolgersi per avere un aiuto o inoltrare un reclamo?

Se avete questioni specifiche inerenti alla vostra salute, ai diritti del paziente o riguardo la lista d'attesa, avete la possibilità di rivolgervi al proprio medico, alla direzione dell'Istituto sanitario o alla Commissione per la tutela dei diritti del malato della RS. Le domande specifiche possono essere indirizzate anche al Ministero della salute o alla Camera dei medici della Slovenia.

Per quanto riguarda i diritti in base alla assicurazione sanitaria obbligatoria, le procedure per esercitare tali diritti, i pagamenti obbligatori e simili, siamo a vostra completa disposizione presso le sedi regionali del ZZS.

A tal proposito sono disponibili diverse opzioni:

- si può richiedere che un dipendente della sede regionale o di una succursale del ZZS riporti la vostra dichiarazione su verbale o
- inoltrare il vostro problema nell'Albo degli elogi e dei reclami o inserire la vostra domanda iscritta, commento o reclamo nell'apposita cassetta postale che si trova nei locali delle sedi o succursali del ZZS.

I responsabili del ZZS sono tenuti a rispondere immediatamente a qualsiasi vostro commento o reclamo, ad esaminarlo e ad avviare un processo di verifica e di provvedimento. A questo proposito viene assicurata la protezione dei dati personali e se lo desiderate (l'attuazione del procedimento lo consente) vi viene garantito l'anonimato.

I responsabili delle succursali e i capi dei reparti competenti delle sedi regionali sono preposti per l'accettazione dei vostri reclami e per stabilire le date di termine del procedimento.

Vi auguriamo siate in salute e quando necessario un decorso sanitario ottimale!

Informazioni supplementari:

- operatori responsabili nelle filiali, uffici regionali e nelle Direzioni del ZZS,
- segreteria telefonica automatica ZZS al n. di tel. 01/30 77 300,
- sito internet <http://www.zzs.si>,
- ZZS sede regionale Celje, n. di tel. 03/42 02 000,
- ZZS sede regionale Capodistria, n. di tel. 05/66 87 200,
- ZZS sede regionale Krško, n. di tel. 07/49 02 490,
- ZZS sede regionale Kranj, n. di tel. 04/23 70 100,
- ZZS sede regionale Lubiana, n. di tel. 01/30 77 200,
- ZZS sede regionale Maribor, n. di tel. 02/29 09 300,
- ZZS sede regionale Murska Sobota, n. di tel. 02/53 61 550,
- ZZS sede regionale Nova Gorica, n. di tel. 05/33 81 000,
- ZZS sede regionale Novo mesto, n. di tel. 07/39 33 500,
- ZZS sede regionale Ravne na Koroškem, n. di tel. 02/82 10 100.

Basi giuridiche che definiscono i diritti e le procedure per l'applicazione dei diritti delle persone assicurate ai servizi sanitari:

- Legge sull'assistenza sanitaria e l'assicurazione sanitaria (Gazzetta Ufficiale della RS, n. 72/06 - testo consolidato ufficiale e successivo),
- norme di assicurazione sanitaria obbligatoria (Gazzetta Ufficiale della RS, n. 30/03 - testo consolidato ufficiale e successivo),
- contratto tra gli operatori sanitari (istituzioni sanitarie o medici privati) e l'Istituto per l'assicurazione sanitaria di Slovenia.

Diritto ai servizi sanitari di base



Publicato dal: Istituto per l'assicurazione sanitaria della Slovenia, Via Miklošičeva 24, Lubiana.
Design: Imago, d. o. o. (S.r.l.), stampa: Tiskarna Skušek, d. o. o. (S.r.l.), Lubiana, giugno 2017.

ZZS

Zavod za zdravstveno zavarovanje Slovenije

www.zzs.si

