



# URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 25

V LJUBLJANI, dne 23. junija 1967

Cena 1,20 din

Leto XXIV

## VSEBINA

### SPLOŠNI AKTI KOMUNALNIH SAMOUPRAVNIH ORGANIZACIJ:

112. Pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva na področju komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana.
113. Sklep o višini nadomestila osebnega dohodka ob zadržanosti od dela na področju komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana.

## Splošni akti komunalnih samoupravnih organizacij

112.

Na podlagi 32. in 102. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22/62 in št. 53/62, ter Uradni list SFRJ, št. 15/65, št. 29/66, št. 52/66 in št. 23/67) je skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana na 6. seji dne 23. junija 1967 sprejela

### PRAVILNIK

#### o uveljavljanju zdravstvenega varstva

#### I. SPLOŠNE DOLOČBE

##### 1. člen

Ta pravilnik določa, kako uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo, ki jim gre po 31. členu temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju na račun sklada zdravstvenega zavarovanja komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: sklad).

Določbe tega pravilnika so obvezne za organe, ki izvajajo zdravstveno varstvo, in za osebe, ki so na podlagi določil temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju zavarovane pri komunalni skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana ne glede na to, kje je njihovo bivališče.

Določbe tega pravilnika ne veljajo za vojaške osebe in za delavce organov za notranje zadeve.

##### 2. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva po določbah temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju in na njegovi podlagi izdanih predpisov ter po določbah tega pravilnika.

Zavarovane osebe imajo pravico uveljavljati zdravstveno varstvo samo v zavodih, ki se štejejo po veljavnih predpisih za zdravstvene zavode, in v drugih organizacijah, s katerimi ima komunalni zavod za socialno zavarovanje Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: komunalni zavod) sklenjene ustrezne posebne pogodbe.

Razen obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom posameznih oblik zdravstvenih storitev plača sklad vse stroške zdravstvenega varstva, če nastanejo z uveljavljanjem pravic na podlagi zakonitih predpisov in tega pravilnika.

##### 3. člen

Zavarovana oseba, ki brez opravičljivega razloga uveljavlja zdravstveno varstvo mimo določil zakona

ali tega pravilnika, plača sama vse stroške neposredno zdravstvenemu zavodu, kjer je iskala zdravniško pomoč. V tem primeru gredo v breme zavarovane osebe tudi morebitni prevozni stroški.

Komunalni zavod lahko v primeru iz prejšnjega odstavka po prosti presoji odloči, da zavarovani osebi na njeno zahtevo povrne stroške in v kolikšni višini.

Ce sklad plača tiste stroške, ki bi jih sicer morala plačati zavarovana oseba sama, ima pravico zahtevati povračilo od zavarovane osebe.

##### 4. člen

Kadar je treba v postopku za uveljavljanje zdravstvenega varstva dati mnenje ali če je prišlo v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva do spora, presoja primer komunalni zavod.

Ce je za presojo primera potrebno strokovno zdravniško mnenje, mora komunalni zavod pred izdajo odločbe dobiti mnenje svojega strokovnega organa. Strokovni organ komunalnega zavoda je zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev.

V posameznih primerih komunalni zavod lahko pooblasti zdravniško komisijo ali komisijo zdravniških izvedencev drugega komunalnega zavoda, da opravi pregled ali da izvid in mnenje.

#### II. DOLOČILA O IZBIRI ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVNIKA TER O REGISTRACIJI IN CASU, V KATEREM ZAVAROVANA OSEBA BREZ UTEMELJENIH RAZLOGOV NE MORE MENJATI ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVNIKA

##### 5. člen

Pri uveljavljanju pravice do zdravstvenega varstva velja načelo proste izbire zdravnika javne zdravstvene službe in zdravstvenih zavodov.

Zaposleni zavarovanci uveljavljajo zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravstvenem zavodu glede na kraj bivanja oziroma zaposlitve.

Zaposleni zavarovanci uveljavljajo dispanzersko in drugo preventivno zdravstveno varstvo pri dispanzerju, ki je najbližji kraju njihovega bivališča.

Upokojenci in druge zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravstvenem zavodu glede na kraj bivanja.

Zavarovane osebe lahko izbirajo zdravnika zobne ambulante na območju komunalne skupnosti, kjer bivajo oziroma so zaposleni.

## 6. člen

Zavarovane osebe neposredno izbirajo zdravnike v zdravstvenih domovih.

Ce izbrani zdravstveni dom nima ustrezne enote, sme zavarovana oseba zahtevati izdajo posebne napotnice za uveljavljanje zdravstvenega varstva v ustrezni enoti drugega zdravstvenega zavoda.

## 7. člen

Zavarovana oseba se v izbranem zdravstvenem domu vpiše. Vpis se opravi, ko zavarovana oseba prvič v koledarskem letu uporabi storitve zdravstvenega doma oziroma zdravnika.

Vpis se opravi tako, da se v zdravstveno izkaznico vpiše koledarsko leto in odtisne štampljka izbranega zdravstvenega doma.

## 8. člen

Izbrani zdravnik je tisti zdravnik, ki si ga je zavarovana oseba izbrala, da jo stalno zdravi, oziroma tisti, pri katerem se je v koledarskem letu najprej javila v redni ordinaciji. Izbrani zdravnik se ne vpiše posebej, temveč mora biti razviden iz tekočega vpisa v zdravstveni izkaznici.

Zaposleni zavarovanec, ki mu zaradi organizacije dela v zdravstvenem zavodu ali dela v delovni organizaciji ni mogoče, da bi stalno hodil k izbranemu zdravniku, lahko gre tudi k drugemu zdravniku v istem zdravstvenem zavodu. Drug zdravnik ima ista pooblastila kot izbrani zdravnik, mora pa izvid pregleda, način zdravljenja in morebitne ukrepe zabeležiti v zdravstveni karton, ki ga ima zavarovanec pri izbranem zdravniku.

## 9. člen

Zavarovana oseba ne more med koledarskim letom menjati izbranega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda, razen iz opravičljivih razlogov.

Opravičljivi razlogi so: sprememba bivališča zavarovane osebe oziroma zdravnika, sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa zavarovanca ali izbranega zdravnika.

## 10. člen

Kadar želi zavarovana oseba menjati zdravstveni zavod ali zdravnika iz drugih razlogov in se ne more sporazumeti z izbranim zdravnikom, ureja to z direktorjem zdravstvenega zavoda.

Zoper odločitev direktorja je v treh dneh dopustna pritožba pri zdravniški komisiji komunalnega zavoda.

## 11. člen

Kadar zavarovana oseba po preteku koledarskega leta ali po sporazumu izbere drug zdravstveni zavod oziroma drugega zdravnika, ima pravico pri prejšnjem zdravstvenem zavodu oziroma pri prejšnjem zdravniku zahtevati, naj njeno dotedanjo medicinsko dokumentacijo pošlje novemu izbranemu zdravstvenemu zavodu oziroma novemu izbranemu zdravniku.

## 12. člen

Zavarovana oseba med zdravljenjem akutnih bolezni ne more menjati zdravnika, razen v utemeljenih primerih in v soglasju z zdravnikom, ki je zdravljenju pričel.

## 13. člen

Zdravnika-specialista izbira zavarovana oseba posredno, to je šele tedaj, ko je pristojni zdravnik spoznal, da je potreben specialni pregled oziroma zdrav-

ljenje. Zavarovana oseba ima pravico do specialističnega zdravstvenega varstva pri ustreznem krajevno najbližjem specialistu.

Tudi bolnišnico izbira zavarovana oseba posredno, to je šele tedaj, ko je zdravnik spoznal, da je potrebno bolnišnično zdravljenje. Zavarovana oseba ima pravico do bolnišničnega zdravstvenega varstva v ustrezni krajevno najbližji bolnišnici.

## 14. člen

Do nujno potrebne zdravniške pomoči je upravičena zavarovana oseba pri kateremkoli zdravstvenem zavodu oziroma zdravniku splošne prakse ali zdravniku-specialistu.

Zdravnik, ki je dal prvo pomoč, pošlje komunalnemu zavodu na njegovo zahtevo poročilo o zdravstvenem stanju zavarovane osebe in obrazloži nujnost pomoči.

Komunalni zavod presoja utemeljenost nujnosti in odloča, v kolikšni višini plača sklad stroške zdravniške pomoči in morebitnega prevoza.

## III. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V AMBULANTNO-POLIKLINIČNI SLUŽBI

## A. Zdravstveno varstvo v zdravstvenih domovih

## 15. člen

Kadar zaposleni zavarovanec zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč med začasno spremembo bivališča pri zdravstvenem zavodu, ki zanj ni krajevno pristojen po zaposlitvi oziroma bivališču, sme pri takšnem zdravstvenem zavodu zahtevati le zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, ki so v zvezi z zdravljenjem, nima pa pravice zahtevati od takšnega zdravstvenega zavoda, da odloča o njegovi nezmožnosti za delo.

## 16. člen

Zdravniške obiske v bivališču bolne zavarovane osebe opravlja zdravnik najbližjega zdravstvenega doma, ki opravlja hišne obiske bolnikov.

Ce je v zdravstvenem domu uvedena dežurna zdravniška služba, mora zavarovana oseba zahtevati dežurnega zdravnika.

Zdravniško pomoč v svojem bivališču lahko zahteva zavarovana oseba:

a) v primeru nujnosti;

b) kadar ni sposobna, da bi prišla v zdravstveni dom.

## 17. člen

Strokovno nego bolnika odreja zdravnik, ki zdravi zavarovano osebo v njenem bivališču. Strokovno nego opravlja ustrezna enota najbližjega zdravstvenega doma, ki deluje na območju bivališča zavarovane osebe.

## B. Zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih

## 18. člen

Zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih na podlagi napotnice, ki ji jo izda pristojni zdravnik.

Pri ponovnem pregledu pri istem zdravniku-specialistu, opravljenem po odredbi izbranega zdravnika ali izbranega zdravnika-specialista, napotnica ni potrebna.

## 19. člen

Zavarovane osebe smejo brez napotnice izbrati zdravnika-specialista v dispanzerju izbranega zdrav-

stvenega doma ali v drugem zdravstvenem zavodu, ki dela na dispanzerski način in s katerim ima izbrani zdravstveni dom sklenjeno posebno pogodbo. Takšni zdravniki-specialisti v dispanzerjih so: pediater, ginekolog, ftiziolog in venerolog.

Zavarovane osebe smejo brez napotnice izbrati zdravnika-specialista, in sicer: okulista, da določi ostrino vida in predpiše očala, ginekologa ter internista v primeru diabetičnega obolenja.

## 20. člen

Če je zavarovani osebi potrebna zdravniška pomoč zdravnika-specialista zaradi poškodbe ali nenadnega težjega obolenja, lahko zahteva pomoč brez napotnice izbranega zdravnika. Pri ponovnem pregledu mora zdravniku-specialistu predložiti napotnico, če izbrani zdravnik meni, da je še potrebno zdravljenje pri zdravniku-specialistu.

## 21. člen

Zdravniki-specialisti ne odločajo o delovni zmožnosti zavarovancev, razen v primerih iz VII. poglavja tega pravilnika.

## C. Konziliarni zdravniški pregledi

## 22. člen

Konziliarni zdravniški pregled zavarovane osebe lahko zahteva zdravnik, ki bolnika zdravi, bolna zavarovana oseba sama, njeni svojci, zdravstveni ali komunalni zavod in delovna, sindikalna ali druga prizadeta organizacija.

Stroške pregleda plača sklad, če je pregled zahteval zdravnik, ki bolnika zdravi; če pa je zahtevala konziliarni pregled zavarovana oseba ali kdo drug, plača stroške pregleda tisti, ki ga je zahteval, če pregled iz medicinskih razlogov ni bil potreben.

Konzilij odloči pri konziliarnem pregledu, kdo plača stroške pregleda.

## IV. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V BOLNIŠNICAH

## A. Zdravljenje v bolnišnicah

## 23. člen

Zavarovano osebo napoti v bolnišnico izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist, pri katerem je bila poprej pregledana ali se je zdravila. Pri sprejemu v bolnišnico mora zavarovana oseba predložiti predpisano napotnico.

Kadar je pričakovati uspešnejše zdravljenje v bolj oddaljeni bolnišnici ali če v najbližji bolnišnici ni mogoč sprejem zaradi pomanjkanja prostora, lahko zavarovana oseba z odobritvijo zdravniške komisije komunalnega zavoda uveljavlja zdravstveno varstvo tudi v bolnišnici, ki ji ni najbližja.

## B. Zdravljenje v naravnih zdraviliščih

## 24. člen

Zavarovane osebe se lahko napotijo samo v tista naravna zdravilišča, za katera je ugotovil pristojni sekretariat za zdravstvo, da izpolnjujejo pogoje za zdravljenje bolnih zavarovanih oseb.

Zavarovane osebe se lahko napotijo na zdravljenje v naravna zdravilišča, če pri njih obstojijo predpisane indikacije za zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih je dopustno samo kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja.

## 25. člen

Bolnišnice smejo premestiti bolne zavarovane osebe v naravna zdravilišča zaradi neposrednega nadaljevanja bolnišničnega zdravljenja v primerih, ko iz medicinskih razlogov zdravljenje zavarovane osebe v bolnišnici ni več nujno potrebno.

O premestitvi v primerih iz prejšnjega odstavka odloča tričlanski konzilij bolnišničnih zdravnikov.

## 26. člen

Konzilij bolnišničnih zdravnikov sme odrediti zdravljenje v naravnem zdravilišču kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja, če je zdravljenje v naravnem zdravilišču za zavarovano osebo ustrežnejše kot zdravljenje v bolnišnici ali če je bolnišnica prezasedena in bi se pričetek zdravljenja zaradi tega zavlekel, v naravnem zdravilišču pa je možno enakovredno zdravljenje.

## 27. člen

Zavarovana oseba ne more uveljavljati pravice do spremstva za bivanje v naravnem zdravilišču.

## V. UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

## A. Ugotavljanje zdravstvenega stanja in zmožnosti za delo na določenem delovnem mestu

## 28. člen

Preglede pred vstopom na delo v delovno organizacijo na območju komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana opravljajo tisti zdravstveni zavodi, ki jih za to delo določi medobčinski zdravstveni center.

Pregledi pred vstopom na delo, opravljeni v drugih zdravstvenih zavodih, in na njihovi podlagi izdana zdravniška spričevala ne veljajo za vstop na delo v delovno organizacijo na območju komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana.

Delovna organizacija, ki zaposli delavca brez prejšnjega pregleda ali upošteva zdravniško spričevalo, izdano mimo določil prvega in drugega odstavka tega člena, plačuje sama vse stroške zdravstvenega varstva, nastale zaradi kasneje odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo. Delovna organizacija je dolžna povrniti skladu stroške zdravstvenega varstva, če bi jih sklad plačal v nasprotju z določili tega odstavka.

Medobčinski zdravstveni center določi minimalni obseg pregleda pred vstopom na delo za območje komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana, če minimalni obseg pregleda ni določen z drugimi predpisi.

Delovne organizacije s svojimi predpisi določijo razširjeni obseg pregleda za posamezna delovna mesta, na katerih je večja nevarnost za poškodbe in obolenja.

## 29. člen

Zdravstvene preglede, ki se po posebnih predpisih opravljajo od časa do časa zaradi neposrednega varstva delavcev glede na značaj njihovega dela pri posameznih organizacijah oziroma glede na starost in spol zaposlenih delavcev, opravljajo tisti zdravstveni zavodi, ki jih določi medobčinski zdravstveni center.

Ce nista s posebnimi predpisi določena obseg pregleda in čas, ko se morajo pregledi opraviti, določi to medobčinski zdravstveni center.

Sklad plača stroške teh pregledov samo v obsegu, ki ga določa pogodba, sklenjena med komunalnim zavodom in posamezno delovno organizacijo.

#### B. Ugotavljanje zdravstvenega stanja zavarovanih oseb pred odhodom v tujino

##### 30. člen

Predpisane zdravniške preglede zavarovanih oseb pred njihovim odhodom v tujino opravlja zdravnik, ki je pristojen po določilih tega pravilnika za ugotavljanje nezmožnosti za delo pri aktivnih zavarovanih, pri drugih zavarovanih osebah pa izbrani zdravnik.

Ce zavarovane osebe odhajajo v tujino zunaj evropskih držav, opravi zdravniški pregled zdravniška komisija komunalnega zavoda po predhodnem pregledu pri zdravniku, določenem v prejšnjem odstavku.

#### C. Zdravila, zdravilna sredstva, pomožni in sanitetni material

##### 31. člen

Zavarovanim osebam grede samo tista registrirana zdravila, ki se jim smejo predpisovati po posebnih predpisih.

##### 32. člen

Zavarovana oseba lahko prevzame predpisana zdravila v vsaki lekarni.

##### 33. člen

Zavarovana oseba je dolžna plačati lekarni s predpisom določen prispevek za vsako izdano zdravilo.

Ce zavarovana oseba zaradi plačila prispevka ne bi hotela prevzeti zdravila, lekarna zadrži recept.

##### 34. člen

Ce zavarovana oseba nima denarja za plačilo določenega prispevka, zdravilo pa nujno potrebuje, je lekarna kljub temu dolžna, da ji izda zdravilo.

Zavarovana oseba potrdi na hrbtni strani recepta, da ni plačala obveznega prispevka.

Zavarovana oseba je dolžna obvezni prispevek naknadno plačati lekarni.

##### 35. člen

Ce zavarovana oseba nabavi v tujini zdravilo, ki je v naši državi registrirano in se sme predpisovati zavarovanim osebam, pa ga začasno ni v prodaji, je upravičena do povračila stroškov v višini prodajne cene, izkazane z receptom, na katerem lekarna, ki je izdala zdravilo, s svojo štampljko in označbo cene potrdi realizacijo recepta.

V primeru iz prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov za nabavljeno zdravilo po prodajni ceni zdravila, preračunani v jugoslovansko valuto po uradnem tečaju na dan izdaje zdravila.

Zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov pri komunalnem zavodu. Znesek povračila se zniža za obvezni prispevek.

##### 36. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povrnitve stroškov za neregistrirana zdravila, nabavljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so

bila registrirana domača ali uvožena zdravila brez-uspešna.

Pred povračilom stroškov je potrebno priskrbeti strokovno mnenje ustrezne klinike.

Glede samega načina uveljavljanja povračila stroškov za takšna nabavljena zdravila se uporabljajo določila prejšnjega člena.

##### 37. člen

Sklad plača stroške za tista sredstva za preprečevanje nosečnosti, ki se uživajo, vendar samo v primerih, če so sredstva predpisali zdravniki-ginekologi.

#### Č. Preprečevanje zobnih in ustnih bolezni

##### 38. člen

Sklad plača stroške preprečevanja zobne gnilobe s fluorokalcijem, če preprečevanje izvajajo ustrezni oddelki pristojnih zdravstvenih domov (zobne ambulante, dispanzerji za žene, predšolsko in šolsko mladino).

#### D. Zobotehnična in zobna protetična sredstva

##### 39. člen

Zavarovane osebe so upravičene do zobotehničnih in zobnih protetičnih sredstev v tistem obsegu, ki ga določajo veljavni predpisi.

Zavarovani osebi se smejo na njeno željo napraviti zobotehnična in zobna protetična dela iz boljšega materiala in v večjem obsegu, kot so določena v ustreznem predpisu, vendar plača zavarovana oseba sama neposredno zobni ambulanti razliko v ceni materiala in v stroških za storitve, ki so zagotovljene s predpisom, in tistimi, ki so dejansko opravljene.

##### 40. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva izdelavo zobotehničnih del iz plemenite kovine, če jo zdravstveni zavod ima na razpolago. V tem primeru sama plača razliko med cenq izdelka iz standardnega materiala in iz plemenite kovine.

Zavarovani osebi, ki prinese sama plemenito kovino, povrne zdravstveni zavod, pri katerem se je zdravila, vrednost standardnega materiala po ceni, po kateri ga plačuje komunalni zavod zdravstvenemu zavodu v času opravljene storitve. Povračilo se obračuna po dejanski teži izdelka s pribitkom 10% kala, vendar skupno največ 1,80 grama za izdelano prevleko ali člen v mostu.

##### 41. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva, da se ji izdelajo nove oziroma popravijo stare zobne proteze ali opravi zobna protetična dela tudi pred pretekom predpisane trajnostne dobe, če je do okvare oziroma nerabnosti prišlo zaradi anatomsko-fizioloških sprememb ali iz drugih opravičljivih razlogov.

Ce je prišlo pred pretekom trajnostne dobe do okvare ali nerabnosti proteze ali zobnega protetičnega dela po nepazljivosti ali malomarnosti zavarovane osebe, se ji na njene stroške izdela nova zobna proteza ali opravi novo zobno protetično delo. Pri tem se upošteva amortizirana vrednost glede na čas dejanske uporabe in trajnostne dobe zobne proteze ali zobnega protetičnega sredstva oziroma izdelka.

Ali naj se zobna proteza oziroma zobno protetično delo izdela oziroma opravi na novo ali popravi in ali

plača stroške sklad ali zavarovana oseba, presodi zdravniška komisija komunalnega zavoda.

#### E. Protetična in ortotična sredstva ter sanitarne priprave

##### 42. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav v obsegu, ki ga določajo veljavni predpisi.

Potrebe ugotavlja zdravnik, ki izda zavarovani osebi recept v skladu z veljavnimi predpisi.

Zavarovana oseba lahko zahteva pri splošnem zdravniku mimo določil pravilnika o indikacijah, o standardih za material in o trajnostni dobi za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni list FLRJ, št. 51/62, ter Uradni list SFRJ, št. 23/66 in št. 11/67), da ji predpiše navleke za krn ter gumijaste nogavice, gumijaste kratke nogavice in gumijaste kolenice.

Pred nabavo protetičnega ali ortotičnega sredstva ali sanitarne priprave je zavarovana oseba dolžna predložiti recept komunalnemu zavodu, da recept registrira in da izda naročilnico.

##### 43. člen

Pri težjih invalidih ugotavlja prvo in nadaljnjo potrebo za vse vrste protetičnih in ortotičnih pripomočkov ustrezni zdravstveni zavod, ki tudi kontrolira izvedbo narejenega pripomočka.

Zavarovana oseba, kateri predpiše pripomoček zdravnik-specialist, je dolžna s pripomočkom iti k istemu zdravniku, da kontrolira ustreznost narejenega pripomočka.

Za slušne aparate potrjuje ustreznost zdravstveni zavod oziroma zdravnik-specialist, ki ga je predpisal.

##### 44. člen

Nabavo protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav, ki niso našteje v veljavnih predpisih, in zamenjavo dotrajanih slušnih aparatov in drugih pripomočkov, odobrava na predlog zdravnika oziroma zdravnika-specialista po prosti presoji komunalni zavod.

##### 45. člen

Zavarovana oseba, ki zahteva izdelavo protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kakor je določeno v ustreznem pravilniku, plača sama razliko v ceni.

##### 46. člen

Zavarovana oseba je dolžna skrbno ravnati in pazljivo uporabljati protetična in ortotična sredstva ter sanitarne priprave.

Zavarovana oseba nima pravice do popravila ali nabave novega protetičnega in ortotičnega sredstva ter sanitarne priprave na račun sklada, če postanejo po njeni krivdi neuporabni pred pretekom trajnostne dobe.

Pred pretekom trajnostne dobe ima zavarovana oseba pravico do nabave novega oziroma do popravila starega protetičnega in ortotičnega sredstva ter sanitarne priprave na račun sklada, če postanejo neuporabni zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb oziroma zaradi netrpežnosti materiala; o tem da mnenje ustreznemu zavodu oziroma pristojni zdravnik-specialist.

#### VI. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA ZUNAJ OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

##### 47. člen

Zavarovane osebe, ki začasno bivajo zunaj območja komunalne skupnosti, uveljavljajo nujno zdravstveno varstvo v najbližjem zdravstvenem zavodu ali pri zdravniku javne zdravstvene službe na območju, kjer začasno bivajo.

##### 48. člen

Zavarovana oseba, ki je sama plačala stroške zdravstvenega varstva v primerih iz prejšnjega člena na izrecno zahtevo zdravstvenega zavoda, uveljavlja povračilo stroškov pri komunalnem zavodu.

Komunalni zavod odloča o povračilu stroškov iz prejšnjega odstavka in stroškov prevoza s posebnim prevoznim sredstvom ali s spremstvom do doma oziroma bivališča.

##### 49. člen

Med začasno nezmožnostjo za delo je zavarovanec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival o nastanku nezmožnosti za delo.

Spremembo bivališča med nezmožnostjo za delo za čas do 30 dni sme odobriti zavarovancu izbrani zdravnik, če so v kraju novega bivališča boljše in ustrežnejše možnosti za bivanje in negovanje in če te boljše možnosti lahko pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja in do hitrejše usposobitve za delo. Potne stroške plača v tem primeru zavarovanec sam.

Če je potrebna sprememba bivališča za čas nad 30 dni, napoti izbrani zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo, ki odloči o kraju novega bivališča, o trajanju bivanja, o povrnitvi potnih stroškov in o tem, ali naj se zavarovanec ponovno predstavi izbranemu zdravniku ali zdravniški komisiji komunalnega zavoda.

Potne stroške plača sklad, kadar zdravniška komisija pošlje zavarovanca iz terapevtskih razlogov na zdravljenje v drug kraj.

##### 50. člen

Zavarovanec, ki mu je odobrena sprememba bivališča med boleznijo, nadaljuje zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem zavodu.

##### 51. člen

Če zavarovanec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje, da se med boleznijo brez opravičenega razloga ni držal določenega zdravljenja oziroma da namenoma preprečuje ozdravljenje in usposobitev za delo; pri tem praviloma izgubi pravico do nadomestila osebnega dohodka.

##### 52. člen

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo v tujini mimo določil pravilnika o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja v tujini (Uradni list SFRJ, št. 24/63), lahko zahtevajo povrnitev stroškov takšnega zdravljenja, če je bilo zdravljenje v tujini nujno potrebno zaradi obolenja, ki je nastalo med bivanjem v tujini in se pri obveznem pregledu pred odhodom v tujino ne bi moglo ugotoviti.

Sklad povrne stroške zdravljenja iz prejšnjega odstavka v dinarski vrednosti in v tisti višini, kolikor bi zdravljenje stalo v zdravstvenem zavodu, ki je zavarovani osebi krajevno najbližji.

Nujnost zdravljenja presodi strokovni organ komunalnega zavoda na podlagi zdravniške dokumentacije zdravnika, ki je zdravil zavarovano osebo v tujini.

## VII. PREŠOJANJE ZMOŽNOSTI ZA DELO

## 53. člen

Zavarovanec uveljavlja presojo delovne zmožnosti pri zdravniku svoje obratne ambulante ali pri zdravniku, ki ga je delovna organizacija s pogodbo določila, da je izključno pristojen za presojo delovne zmožnosti zavarovancev, ki so v tej organizaciji v delovnem razmerju.

Ce delovna organizacija nima obratne ambulante in tudi ni določila, kateri zdravnik je izključno pristojen za presojo delovne zmožnosti zavarovancev, uveljavlja zavarovanec presojo delovne zmožnosti pri svojem izbranem zdravniku, ki dela v najbližjem zdravstvenem domu glede na kraj bivanja ali zaposlitve.

## 54. člen

Ginekolog oziroma zdravnik s posebnim tečajem, ki dela v dispanzerju za žene zdravstvenega zavoda, kjer zavarovanka biva, ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico odločanja o delovni zmožnosti zavarovank, kadar gre za bolezen, ki je v zvezi z nosečnostjo ali otročništvom.

Zdravnik iz prejšnjega odstavka lahko presoja tudi nosečnost zavarovank in določa pričetek porodniškega dopusta.

## 55. člen

Ftiziolog, ki dela v protituberkuloznem dispanzerju na območju, kjer zavarovanec biva, ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico odločanja o delovni zmožnosti zavarovancev, kadar gre za tuberkulozna obolenja.

## 56. člen

Pediater ali izbrani zdravnik s posebnim tečajem, ki dela v šolskem dispanzerju ali dispanzerju za otroke na območju, kjer otrok biva, ima pravico odločati o izrednem dopustu zavarovanca, kadar gre za nego bolnega otroka.

## 57. člen

Zavarovanec dokazuje začetek nezmožnosti za delo z zdravstveno izkaznico, v katero zdravnik vpiše začetek nezmožnosti za delo.

Zavarovanec je nezmožen za delo, ki ga opravlja, od tistega dne, ko zdravnik pri pregledu ugotovi takšno nezmožnost za delo.

Izjemoma sme zavarovanec uveljavljati ugotovitev nezmožnosti za delo za nazaj v utemeljenih primerih na podlagi dokumentacije bolnišničnega zavoda, kjer se je neposredno prej zdravil.

Zavarovanec sme uveljavljati pri pristojnem zdravniku ugotovitev nezmožnosti za delo največ za tri dni nazaj od dneva pregleda, če zdravnik pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja in ne gre za poprejšnje zdravljenje v bolnišnici po prejšnjem odstavku.

V vseh drugih primerih presoja utemeljenost pričetka nezmožnosti za delo za nazaj zdravniška komisija komunalnega zavoda.

## VIII. POVRAČILO POTNIH STROŠKOV

## 58. člen

Zavarovana oseba je upravičena do povračila prevoznih stroškov po določilih temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju in tega pravilnika, in sicer za potovanje z vlakom v II. razredu, za potovanje z ladjo v turističnem razredu in za potovanje z avtobusom.

Zavarovana oseba je upravičena do povračila prevoznih stroškov v II. razredu brzovlaka, kadar potuje več kot 300 km daleč.

Zavarovana oseba je upravičena do povračila potnih stroškov do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda, če v kraju bivališča ali zaposlitve ni ustreznega zdravnika in če je razdalja do najbližjega zdravnika ali zavoda najmanj deset kilometrov.

Zavarovana oseba je upravičena do povračila potnih stroškov tudi do bolj oddaljenega zdravnika, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna.

## 59. člen

Zavarovana oseba, ki v primeru nujnosti ali zato, ker ni na razpolago drugega prevoznega sredstva, uporabi dražje prevozno sredstvo, mora predložiti komunalnemu zavodu ustrezno medicinsko ali drugo dokumentacijo.

## 60. člen

Zavarovana oseba, ki jo komunalni zavod ali pristojni zdravnik napoti ali pokliče v drug kraj, je upravičena do izplačila akontacije na potne stroške v višini 80 %.

V sedmih dneh po končanem potovanju mora predložiti zavarovana oseba komunalnemu zavodu potrdilo o opravljenem potovanju. Če zavarovana oseba, ki je prejela akontacijo, ni potovala ali če se v drugem kraju ni javila na določenem mestu, mora povrniti prejeta akontacijo.

## 61. člen

Spremljevalec je upravičen do povračila potnih stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že vračunan v plačilu prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

Ce spremljevalec potuje sam, je upravičen do povračila potnih stroškov; pri tem mu gre povračilo stroškov za prevoz z vlakom v II. razredu, z ladjo v turističnem razredu ali z avtobusom.

## 62. člen

Zavarovana oseba je upravičena do prevoza z rešilnim avtomobilom, če gre za življenjsko nevarno poškodbo ali za življenjsko nevarno bolezensko stanje ali za drugačen nujen primer, ko je po načelih zdravniške vede potrebna takojšnja zdravniška intervencija.

Zavarovana oseba je upravičena do prevoza z rešilnim avtomobilom tudi v primeru nalezljive bolezni, za katero je obvezna prijava, v primeru duševne bolezni, če je bolnik nevaren za okolico, in v primeru, kadar je iz zdravstvenih razlogov potreben prevoz osebe, ki ne more hoditi ali le s težavo hodi in ji je zaradi tega onemogočen prevoz z rednimi javnimi prevoznimi sredstvi.

Uporabo rešilnega avtomobila odredi poprej pristojni zdravnik z napotnico. V nujnem primeru je zavarovana oseba lahko prepeljana brez poprejšnje napotnice, vendar mora potrditi nujnost prevoza zdravnik zavoda, kamor je bila pripeljana.

Utemeljenost nujnosti iz prejšnjega odstavka presoja v primeru spora komunalni zavod.

## 63. člen

Od odpustu iz bolnišnice ali iz drugega zdravstvenega zavoda zdravnik bolnišnice ali drugega zdravstvenega zavoda lahko odobri prevoz bolnika z rešilnim avtomobilom na njegov dom, če to terja zdravstveno stanje bolnika. Zdravnik bolnišnice ali drugega

zdravstvenega zavoda lahko odredi prevoz bolnika z rešilnim avtomobilom domov samo v njegovo stalno prebivališče na območju komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana oziroma največ 20 km od mej komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana.

Prevoze z rešilnim avtomobilom zunaj območja komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana na večje razdalje do stalnega prebivališča bolnika odobrava na predlog bolnišničnega zdravnika zdravniška komisija komunalnega zavoda.

## 64. člen

Zavarovana oseba lahko uporabi zasebno prevozno sredstvo, kadar ni na razpolago javnih rednih prevoznih sredstev. Zavarovana oseba lahko uporabi namesto rešilnega avtomobila zasebno prevozno sredstvo, kadar rešilni avtomobil ni na voljo.

Sklad plača stroške prevoza z zasebnim prevoznim sredstvom v višini največ do 0,60 dinarjev za prevoženi kilometer.

Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžna zavarovana oseba priložiti registriran račun in ustrezno medicinsko dokumentacijo.

## 65. člen

Potni stroški se izplačajo po opravljenem potovanju, če ni s tem pravilnikom drugače določeno.

## IX. PODALJŠANJE NEGOVANJA OBOLELEGA OŽJEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

## 66. člen

Podaljšanje pravice do nadomestila osebnih dohodkov zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana ali žene ob porodu se lahko izjemoma odobri nad zakoniti rok, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

a) če je zdravstveno stanje bolnika takšno, da bi bila brez ustrezne domače nege potrebna premestitev v bolnišnico;

b) če bolnik živi v skupnem gospodinjstvu z zavarovancem, ki ga neguje;

c) če v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati bolnika;

č) če se z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki živijo v gospodinjstvi skupnosti, ne dajo ustvariti možnosti za nego.

## 67. člen

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do enega leta starosti gre praviloma njegovi materi.

## 68. člen

Kadar je pristojen za odločanje o podaljšanju negovanja obolelega ožjega družinskega člana komunalni zavod, predlaga zdravnik, ki bolnika zdravi, komunalnemu zavodu podaljšanje negovanja s podrobno medicinsko utemeljitvijo.

Zavarovanec, za katerega zdravnik predlaga podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana, potrdi s posebno pismeno izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz točk b), c) in č) 66. člena tega pravilnika. Zavarovančevo izjavo mora zdravnik priložiti predlogu za podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka.

## 69. člen

Predlog zdravnika preuči zdravniška komisija komunalnega zavoda in nato na podlagi medicinskih podatkov ter ob upoštevanju socialnih in življenjskih razmer zavarovane osebe in obolelega družinskega člana predlog odobri ali zavrne.

## X. IZOLACIJA OB NALEZLJIVIH BOLEZNIH

## 70. člen

Isolacijo zaradi bacilonostva ali nalezljivih bolezni odredi zdravnik, ki je po določilih tega pravilnika pristojen za presojanje zmožnosti za delo, ali pristojni organ sanitarne inšpekcijske službe občinske skupščine, ki mora o svoji odredbi obvestiti pristojnega zdravnika, da uredi pravico zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka.

## 71. člen

Zavarovanci-bacilonosci, zaposleni v prometu z živilom, se morajo po treh mesecih, če so še pozitivni bacilonosci, premestiti na ustrezno delovno mesto, kjer ni več potrebna izolacija. Po osmih mesecih se mora bacilonosец obvezno predstaviti invalidski komisiji zaradi trajne premestitve na drugo delo.

## XI. DOLOČILA O VIŠINI PRISPEVKA ZAVAROVANIH OSEB PRI PLAČILU STROŠKOV ZA NEOBEVNA CEPLJENJA

## 72. člen

Za vsa neobvezna cepljenja, ki jih izvaja zdravstvena služba iz epidemioloških razlogov, plačajo zavarovane osebe ali delovne organizacije, če takšna cepljenja odredijo, neposredno zdravstvenemu zavodu vse materialne stroške cepljenja. Drugi stroški gredo ob breme sklada.

## 73. člen

Za neobvezna cepljenja, ki jih opravijo zdravstveni zavodi zaradi posebnih predpisov na zahtevo zavarovane osebe ali delovnih organizacij, plača naročnik vse stroške sam neposredno zdravstvenemu zavodu.

## XII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

## 74. člen

Pri zavarovanih, ki bodo na dan, ko se začne uporabljati ta pravilnik, nezmožni za delo, se šteje do ozdravljenja, da je njihovo nezmožnost za delo ugotovil pristojni zdravnik. Isto velja za zavarovane osebe na zdravljenju v bolnišnicah.

## 75. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pravilnik, preneha veljati prejšnji pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva (Glasnik, št. 54/64, ter Uradni list SRS, št. 31/66 in št. 6/67).

## 76. člen

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi v »Uradnem listu SRS«.

Št. 190-29/67

Ljubljana, dne 23. junija 1967.

Skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana

Predsednik:

Milovan Hich l. r.

## 113.

Na podlagi 1. točke prvega odstavka 29. člena temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24-440/65, št. 57-946/65, št. 29-369/66, št. 52-618/66 in št. 12-178/67) ter 60., 92. in 99. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62 in št. 53-732/62, ter Uradni list SFRJ, št. 15-316/65, št. 29-368/66, št. 52-622/66 in št. 23-346/67) je sprejela skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana na 6. seji dne 23. junija 1967

## SKLEP

o višini nadomestila osebnega dohodka ob zadržanosti od dela

## I

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih zadržanosti od dela po 48. členu temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju za zavarovance, ki uveljavljajo nadomestilo pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Ljubljana na račun sklada zdravstvenega zavarovanja, in za zavarovance, ki so v delovnem razmerju ali kot vajenci v uku pri zasebnih delodajalcih, znaša — razen v primerih, za katere je s temeljnim zakonom o zdravstvenem zavarovanju in s tem sklepom drugače določeno:

- a) 70 % od osnove za prvih sedem dni,  
80 % od osnove od osmega do šestdesetega dne in 90 % od osnove od enainšestdesetega dne zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki je izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja, preden je nastal primer, ki mu daje pravico do nadomestila;
- b) 50 % od osnove za prvih sedem dni,  
60 % od osnove od osmega do šestdesetega dne in 90 % od osnove od enainšestdesetega dne zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki ni izpolnjeval pogoja predhodnega zavarovanja.

## II

Nadomestilo osebnega dohodka za prvih trideset dničasne nezmožnosti za delo, ki je posledica nesreče pri delu ali poklicnega obolenja (1. točka 61. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju), znaša za zavarovance iz I. točke tega sklepa:

- a) 80 % od osnove za prvih sedem dni in  
90 % od osnove od osmega do tridesetega dne zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki je izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja, preden je nastal primer, ki mu daje pravico do nadomestila;
- b) 60 % od osnove za prvih sedem dni in  
70 % od osnove od osmega do tridesetega dne zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki ni izpolnjeval pogoja predhodnega zavarovanja.

## III

Določbe tega sklepa veljajo tudi za obdobje od 1. marca 1967 do dneva, ko začne veljati ta sklep.

## IV

Z dnem, ko začne veljati ta sklep, preneha veljati sklep o višini nadomestila osebnega dohodka ob zadržanosti od dela (Uradni list SRS, št. 6-22/67).

## V

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v »Uradnem listu SRS«.

Št. 402-14/66

Ljubljana, dne 23. junija 1967.

Skupščina komunalne skupnosti  
socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana

Predsednik:  
Milovan Ilich i.r.