

## Komunalna skupnost socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto

217.

svojem 2. zasedanju dne 8. marca 1963 tale

### SKLEP

I.

Potrdi se zaključni račun Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Novo mesto za leto 1962, ki izkazuje:

1. V skladu zdravstvenega zavarovanja:	
Ciste dohodke v znesku	1.916.818.432 din
Skupne izdatke v znesku	1.898.406.756 din
Presežek dohodkov	18.411.676 din
2. V skladu preventivnega zdravstvenega varstva:	
Dohodke v znesku	21.733.957 din
Izdatke v znesku	21.733.957 din
3. V skladih s posebnim namenom:	
Razpoložljiva sredstva	3.820.946 din
Porabljena sredstva	3.820.946 din

Predsednik skupščine  
skupnosti zavarovancev  
Novo mesto:  
**Jože Padovan I. r.**

Številka: 401-15/63.

Direktor:

**Miha Počrvina I. r.**

218.

munalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto na svojem II. zasedanju dne 8. marca 1963 tale

### SKLEP

I.

Presežek dohodkov po zaključnem računu za leto 1962 se razdeli:	
Na komunalno skupnost Novo mesto odpade	10.362.194 din
Na komunalno skupnost Celje (za občine Brežice, Krško in Sevnica) odpade	8.049.482 din
Skupaj	18.411.676 din

II.

Nerazporejeni presežek iz leta 1954 se razdeli:	
Na komunalno skupnost Novo mesto odpade	4.575.045 din
Na komunalno skupnost Celje (za občine Bročice, Krško in Sevnica) odpade	3.553.953 din
Skupaj	8.128.999 din

III.

Presežek 10.362.194 din, ki odpade na komunalno skupnost Novo mesto, se razdeli:

V rezervni sklad zdravstvenega zavarovanja 5.362.194 din. Ostanek 5.000.000 din pa se uporabi za kreditiranje zdravstvene službe za pospeševanje preventivnega in drugega varstva zavarovancev.

IV.

Nerazporejeni presežek iz leta 1954 v znesku 4.575.045 din, ki odpade na Komunalno skupnost Novo mesto, se razporedi v rezervni sklad zdravstvenega zavarovanja.

Številka: 401-11/63.

Predsednik skupščine  
skupnosti zavarovancev

Novo mesto:  
**Jože Padovan I. r.**

Direktor:  
**Miha Počrvina I. r.**

219. Na podlagi 1. odst. 80. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju (Ur. list FLRJ št. 22/62) in sklepa skupščine republiške skupnosti socialnega zavarovanja delavcev LR Slovenije sprejema skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto na svojem 2. zasedanju dne 8. marca 1963

### SKLEP

o povračilu stroškov za prehrano in nastanitev zavarovanih oseb v zvezi s koriščenjem zdravstvenega varstva v drugem kraju ob pogojih pravilnika o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva.

I.

Povračilo stroškov za prehrano in nastanitev zavarovanih oseb v zvezi s koriščenjem zdravstvenega varstva v drugem kraju (dnevni) znaša ob pogojih, določenih v pravilniku o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva zavarovanih oseb:

a) 1000 din, če zavarovana oseba ne prenočuje v drugem kraju in je na poti nad 12 ur;

b) 1500 din, če zavarovana oseba prenočuje v drugem kraju in je na poti nad 12 do 24 ur;

c) 500 din, če je zavarovana oseba na poti nad 8 do 12 ur.

Za otroke do dopolnjenega 7. leta starosti gre polovica povračila, določenega v prejšnjem odstavku.

II.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem glasniku OLO Ljubljana, uporablja pa se od 1. aprila 1963 dalje. S tem dnem preneha veljati sklep o določanju povračila za stroške oskrbe in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju, ki ga je sprejela skupščina tretjega sklica Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Novo mesto na XII. zasedanju dne 21. decembra 1961.

Številka: 401-14/63.

Predsednik  
skupščine zavarovancev  
Novo mesto:

**Jože Padovan I. r.**

Direktor:

**Miha Počrvina I. r.**

220.

Na podlagi 1. odst. 85. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju (Ur. list FLRJ št. 22/62) in sklepa skupščine republiške skupnosti socialnega zavarovanja delavcev LR Slovenije z dne 12. februarja 1963 sprejema skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto na svojem 2. zasedanju dne 8. marca 1963

### SKLEP

o višini pogrebne za zavarovane osebe.

I.

Zavarovane osebe uveljavljajo pogrebno ob pogojih 84. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju. Znesek pogrebne znaša:

a) za otroke do 7. leta starosti — 10.000 din;

b) za otroke od 7. do 15. leta starosti — 20.000 din;

c) za zavarovane osebe nad 15 let starosti — 26.000 din.

### PRAVILNIK

o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva zavarovanih oseb

222.

Na podlagi 102. in 103. ter 32., 33., 49., 89., 101. in 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju (Ur. list FLRJ št. 22/62) sprejema skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Novo mesto na svojem zasedanju dne 8. marca 1963

II.  
Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem glasniku OLO Ljubljana, uporablja pa se od 1. aprila 1963 dalje. S tem dnem preneha veljati sklep o določanju povračila za pogrebne stroške zavarovanih oseb, ki ga je sprejela skupščina tretjega sklica Okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Novo mesto na XII. zasedanju dne 21. decembra 1961.

Številka: 401-15/63.

Predsednik skupščine  
skupnosti zavarovancev  
Novo mesto:

**Jože Padovan I. r.**

Direktor:

**Miha Počrvina I. r.**

221.

Na podlagi 1. odst. 82. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju (Ur. list FLRJ št. 22/62) in sklepa skupščine jugoslovanske skupnosti socialnega zavarovanja (Uradni list FLRJ št. 44/62) o najmanjšem znesku podpore za opremo otroka sprejema skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto na svojem 2. zasedanju dne 8. marca 1963

### SKLEP

o višini zneska podpore za opremo otroka.

I.

Zavarovanci uveljavljajo za svoje družinske člane oz. zavarovanke podporo za opremo otroka ob pogojih 81. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Znesek podpore za opremo otroka znaša za vsakega otroka 10.000 dinarjev.

II.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem glasniku Okraja Ljubljana, uporablja pa se od 1. aprila 1963 dalje.

Številka: 401-12/63.

Predsednik skupščine  
skupnosti zavarovancev  
Novo mesto:

**Jože Padovan I. r.**

Direktor:

**Miha Počrvina I. r.**

### PRAVILNIK

o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva zavarovanih oseb Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Novo mesto, ki ga zagotavlja zakon o zdravstvenem zavarovanju in o načinu plačevanja stroškov za zdravstveno varstvo, ki

gredo na račun sklada zdravstvenega zavarovanja ter dela stroškov, ki jih zavarovana oseba prispeva sama.

### Splošne določbe

#### 1. člen

S tem pravilnikom se določajo: a) pogoji za uveljavljanje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva;

b) višina stroškov, ki gredo v breme sklada zdravstvenega zavarovanja v primerih, če zavarovana oseba koristi zdravstveno varstvo mimo določil tega pravilnika, razen če ne gre za nujne ali medicinsko upravičene primere, ter pogoji za kritje takih stroškov;

c) višine premije in pogoji za premiranje zavarovanih oseb, ki ohranjajo in uporabljajo določene ortopedske pripomočke dalj, kot je določeno, da morajo trajati;

č) višina prispevka zavarovanih oseb za kritje stroškov neobveznih cepljenj;

d) pogoji za uveljavljanje povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva in

e) pogoji in čas za negovanje obolelega ožjega družinskega člana in pogoji za izjemno podaljševanje po zakonu predpisanega časa nege.

#### 2. člen

Zavarovane osebe po tem pravilniku so vse osebe, ki so zavarovane po zakonu o zdravstvenem zavarovanju.

#### 3. člen

Zavarovane osebe koristijo zdravstveno varstvo v breme sklada zdravstvenega zavarovanja praviloma v tistih zdravstvenih zavodih in pri tistih pravnih in fizičnih osebah, s katerimi ima Komunalni zavod za socialno zavarovanje Novo mesto (v nadaljevanju »komunalni zavod«) sklenjeno pogodbo in ki so jim ti tudi krajevno pristojni.

Zavarovane osebe, ki so jim krajevno pristojni zdravstveni zavodi, s katerimi komunalni zavod nima sklenjene pogodbe, koristijo zdravstveno varstvo pri teh zavodih.

Če v krajevno pristojnih zdravstvenih zavodih zavarovane osebe ne morejo uveljaviti določenih oblik zdravstvenega varstva, uveljavljajo te pravice pri najbližjih zdravstvenih zavodih, ki so sposobni nuditi take oblike zdravstvenega varstva.

Zavarovane osebe, ki so na službenih potovanjih, letnih dopustih in podobno in so zato izven kraja svojega stalnega prebivališča, lahko koristijo določene pravice iz zdravstvenega varstva pri zdravstvenih zavodih, ki so v trenutku potrebe najbližji v kraju bivanja take osebe.

#### 4. člen

Zavarovane osebe imajo zagotovljene pravice do zdravstvenega varstva v takem obsegu, kot ga določa zakon o zdravstvenem zavarovanju in ta pravilnik.

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva morajo biti zavarovanim osebam zagotovljene vse oblike zdravljenja po sodobnih znanstvenih medicinskih metodah in s sodobnimi sredstvi.

#### 5. člen

Svojsvo zavarovane osebe se pri uveljavljanju zdravstvenega varstva dokazuje z zdravstveno izkaznico ali s potrdilom za zdravstveno varstvo.

Pogoj za uveljavljanje zdravstvenega varstva v breme sklada zdravstvenega zavarovanja je pravilno izpolnjena in potrjena zdravstvena izkaznica oz. potrdilo za zdravstveno varstvo in odrezek nakaznice veljajo en mesec po potrditvi.

Zavarovana oseba, ki išče zdravstveno varstvo brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice oz. potrdila ali brez odrezka, mora sama plačati stroške takega varstva.

Če zavarovana oseba naknadno dokaže upravičenost do zdravstvenega varstva na račun sklada zdravstvenega zavarovanja, ima pravico do povračila plačanih storitev. Povračilo za storitve pri zdravstvenih zavodih, s katerimi ima komunalni zavod sklenjene pogodbe o pavšalnem plačevanju, uveljavlja taka oseba pri zdravstvenem zavodu, ki ji je nudil storitve. Za vse ostale storitve in za storitve zdravstvenih zavodov, s katerimi komunalni zavod nima sklenjenih pogodb, pa uveljavlja zavarovana oseba povračilo neposredno pri komunalnem zavodu oz. njegovi podružnici.

Zdravstveni zavod oz. komunalni zavod povrne zavarovani osebi iz 3. odstavka stroške v višini 75% za storitve, ki so bile izvršene v ambulantno-polikliničnih zavodih.

#### 6. člen

Osebi, ki je pridobila svojstvo zavarovane osebe na podlagi delovnega razmerja, to svojstvo preneha en mesec po prenehanju delovnega razmerja. S takimi osebami so v tem pogledu izenačeni tudi zavarovanci-obrtniki in pogodbeni zavarovanci.

### Prosta izbira zdravnika in zdravstvenega zavoda

#### 7. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva imajo zavarovane osebe pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda, na katerega se nameravajo obračati.

#### 8. člen

Zavarovana oseba si praviloma izbere zdravstveni zavod na območju komunalnega zavoda. Če ima zdravstveni zavod ambulantno-polikliničnega tipa več splošnih ambulant, si zavarovana oseba izbere eno od teh ambulant za najmanj eno leto.

V tem času lahko zavarovana oseba spremeni zdravstveni zavod iz upravičenih razlogov, kot so: sprememba stalnega prebivališča, sprememba kraja zaposlitve, ali če so nastali drugi upravičeni razlogi, zaradi katerih ne more nadaljevati zdravljenja pri izbranem zdravstvenem zavodu.

Pogoje proste izbire zdravnika in način uredi komunalni zavod s posebnimi zdravstvenimi zavodi s pogodbo o plačevanju in nudenju zdravstvenega varstva zavarovanim osebam.

#### 9. člen

Zdravstveni zavod oz. ambulanta, ki si jo je zavarovana oseba izbrala, je dolžna v zdravstveno izkaznico odtisniti žig svoje ambulante, priložiti datum in, če gre za izbrana zdravnika, vtisniti še imenski žig zdravnika z imensko šifro (podpis)

Če si je zavarovana oseba izbrala drug zdravstveni zavod oz. ambulanto iz razlogov 8. čl. tega pravilnika, mora zdravnik novo izbrane ambulante zahtevati zdravstveno dokumentacijo od prejšnjega zavoda, kjer se je taka oseba zdravila. Zdravstveni zavod mora na zahtevo odstopiti medicinsko dokumentacijo novo izbranemu zavodu.

#### 10. člen

Zavarovana oseba je dolžna iskati zdravniško pomoč pri izbranem zdravniku, razen v primerih nujnosti in kadar se ne nahaja v kraju prebivališča, pa ji je zdravstvena pomoč potrebna.

Če je v zdravstvenem zavodu, v katerem si je zavarovana oseba izbrala zdravnika, organizirana dežurna služba za opravljanje hišnih obiskov za celotno območje, se za zdravljenje na domu ne more upoštevati prosta izbira zdravnika razen za primere iz 50. čl.

V primerih, da opravlja zdravljenje na domu zdravnik, ki si ga zavarovana oseba ni izbrala, je ta dolžan o poteku zdravljenja obvestiti zdravnika, ki si ga je ta oseba izbrala, da bi se s tem zagotovila enotnost v odločanju o pravicah zavarovane osebe.

#### 11. člen

Zavarovana oseba si lahko na območju komunalnega zavoda izbere tudi zdravnika-specialista. Če na območju komunalnega zavoda ni posameznih specialistov, si zavarovana oseba lahko izbere te pri zdravstvenem zavodu, ki je njej krajevno najbližji.

#### 12. člen

Zavarovana oseba si lahko izbere stacionarni zdravstveni zavod na območju komunalnega zavoda oz. stacionarni zavod, s katerim ima komunalni zavod sklenjeno pogodbo.

Če stacionarni zavod, ki si ga je zavarovana oseba izbrala, nima določenih specialnih služb in zato v tem primeru ne more nuditi odgovarjajoče zdravniške pomoči, ima zavarovana oseba pravico, da si izbere za te specialnosti drug stacionarni zavod, ki je najbližji njemu kraju prebivališča in ki ji to pomoč lahko nudi.

#### 13. člen

Če si zavarovana oseba izbere stacionarni zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda in je zdravljenje v tem zavodu dražje ali če si zavarovana oseba izbere specializiran stacionarni zavod za storitve, ki bi jih lahko v enaki kvaliteti in v istem času opravil stacionarni zavod z območja komunalnega zavoda, gredo v breme sklada zdravstvenega zavarovanja stroški takega zdravljenja samo do višine stroškov, ki bi nastali z zdravljenjem v stacionarnem zavodu na območju komunalnega zavoda, ki je taki zavarovani osebi krajevno najbližji. Razliko stroškov nosi zavarovana oseba sama.

Napojnica, ki se izda taki zavarovani osebi, mora imeti vpisane potrebne podatke za izbran stacionarni zdravstveni zavod oz. njegov oddelek in pa soglasje komunalnega zavoda oz. njegove podružnice o tem, do kakšne višine se stroški takega zdravljenja krijejo iz sklada zdravstvenega zavarovanja. Zdravnik, ki tako napojnico izda, mora na njenem vrhnjem delu vpisati: »Zdravljenje po tej napojnici se ne

more opraviti v breme sklada zdravstvenega zavarovanja brez soglasja Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Novo mesto (podružnica Crnomelj).«

#### 14. člen

Če gre za stacionarne zavode, specializirane za zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji, si zavarovana oseba lahko izbira le med tistimi, ki so glede na indikacijo njene bolezni enako sposobni nuditi uspešno zdravljenje.

### Koriščenje zdravstvenega varstva v ambulantno-polikliničnih zavodih

#### 15. člen

Zdravstvena zaščita v ambulantno-polikliničnih zavodih se uveljavlja praviloma pri zdravniku splošne prakse, ki si ga zavarovana oseba izbere.

#### 16. člen

Pregled in zdravljenje pri zdravniku-specialistu, ki si ga je zavarovana oseba izbrala, je mogoče izvršiti le na podlagi napotnice izbranega zdravnika splošne prakse. Brez napotnice je mogoče opraviti pregled in zdravljenje v zobnih, ginekoloških in protituberkuloznih ambulantah, pri okulistu zaradi ugotavljanja ostrine vida, za predpis očal in pri pediatru in venerologu.

#### 17. člen

Osebe v delovnem razmerju morajo iskati zdravniško pomoč izven rednega delovnega časa.

Če take osebe iščejo zdravniško pomoč v delovnem času, pa bi jo lahko dobile tudi izven delovnega časa, nimajo pravice do nadomestila osebnega dohodka za izgubljen delovni čas, razen če zdravnik potrdi, da so upravičeno iskale zdravniško pomoč v delovnem času. Tako upravičenost potrdi zdravnik v zdravstveni izkaznici na straneh od 24 do 55 v stolpcu »nakazilo za izplačilo nadomestila, izdano dne« z besedo »upravičenost«. Kolikor v zdravstveni izkaznici ni tega potrdila, se smatra, da je zavarovana oseba iskala zdravniško pomoč v delovnem času brez upravičenega vzroka.

#### 18. člen

Za izvajanje določil 17. člena so zdravstveni zavodi ambulantno-polikliničnega tipa dolžni v mejah svojih možnosti in v okviru potreb temu primerno organizirati svojo službo.

#### 19. člen

Za posamezne kategorije zavarovanih oseb (otroke, nosečnice itd.) morajo zdravstveni zavodi praviloma zagotoviti ločen ordinacijski čas, če pa to zaradi objektivnih razlogov ni mogoče, morajo zagotoviti tem osebam prednost pri sprejemanju.

Prednost pri sprejemanju je treba omogočiti tudi zavarovanim osebam, ki se vezane na prevoze javnimi prometnimi sredstvi, če je prebivališče takih oseb oddaljeno od ambulante več kot 10 km.

#### 20. člen

V primeru nujne zdravniške pomoči se mora zavarovanim osebam takoj nuditi vsa potrebna zdravniška pomoč ne glede na to, če je zdravnik ali zavod, v katerem taka oseba nujno zdravniško pomoč izbran od te osebe ali ne.

V primeru, da posamezni zdravstveni zavod nima organizirane dežurne službe izven rednega delovnega časa, je ta dolžan, da si za svoje območje zagotovi dežurno službo pri drugem, praviloma pri zdravstvenem zavodu iz sosednjega območja komunalnega zavoda.

## 21. člen

Zavarovane osebe, ki iščejo zdravniško pomoč, morajo biti ob sprejemu v zdravstvenem zavodu seznanjene o tem, kdaj bodo predvidoma prišle na vrsto za pregled.

## 22. člen

Zdravnik, ki je opravil pregled zavarovane osebe, mora poskrbeti, da se vse ugotovitve tega pregleda in napotila bolniku vpišejo v zdravstveni karton. Prav tako mora poskrbeti, da se vpišejo v zdravstveno izkaznico vsi podatki, ki jih ta zahteva.

## 23. člen

Zdravnik-specialist, ki je pregledal zavarovano osebo, mora v vsakem primeru obvestiti zdravnika splošne prakse, ki si ga je taka oseba izbrala. V obvestilu morajo biti podane tudi ugotovitve in mnenje za nadaljnje zdravljenje.

Tako obveščanje ni potrebno, kadar gre za preglede v protituberkuloznih in zobnih ambulantah, pri ginekologu in pri okulistu, če gre za pregled zaradi ugotovitve ostrine vida, za predpis očal ter za pregled pri pediatru.

Izvidi, ki jih izdajajo zdravniki specialisti, se morajo pošiljati izbranemu zdravniku splošne prakse praviloma neposredno. V utemeljenih primerih, ko se pošiljajo izvidi preko pacienta, pa morajo biti zaprti v kuverte s pečatom na hrbtni strani.

Kolikor gre za pregled oseb v delovnem razmerju v zobnih ambulantah in se pri tem ugotovi določena ustna bolezen in zaradi veneričnih bolezni, zaradi katerih so take osebe nezmožne za delo, so zdravstveni delavci v teh ambulantah prav tako dolžni obvestiti izbranega zdravnika splošne prakse zaradi sprejema v stalež delanc-zmožnih.

## 24. člen

Zavarovana oseba se je dolžna ravnati po vseh napotilih in navseh zdravnikov in s svojim prizadevanjem skrbeti za čim prejšnje ozdravljenje in usposobitev za delo.

Če se s ponovnimi pregledi ali na kakšen drug način ugotovi, da se zavarovana oseba ne drži napotil in nasvetov zdravnika ali da s svojimi postopki zavira normalen potek zdravljenja, je zdravstveni zavod oz. zdravnik dolžan o tem obvestiti komunalni zavod oz. taki zavarovani osebi pristojno podružnico, če pa gre za osebo v delovnem razmerju, pa še delovno organizacijo, v kateri je taka oseba zaposlena.

V primeru, da se kršitve napotil zdravnik ali bolniškega reda nasploh ugotovijo od strani komunalnega zavoda ali delovne organizacije, sta ta dva dolžna o tem obvestiti zdravnika, ki tako osebo zdravi.

Taka zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju, nima pravice do nadomestila osebnega dohodka ali se ji to preneha izplačevati za ves čas kršitve napotil zdravnik ali drugih določil o bolniškem redu, ki so predpisana v zakonu o zdravstvenem zavarovanju in na njegovi podlagi izdanih predpisov. Poleg

tega se zavarovana oseba za kršitev teh predpisov lahko kaznuje z denarno kaznijo po 138. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju.

## Koriščenje zdravstvenega varstva v stacionarnih zdravstvenih zavodih

## 25. člen

Zdravljenje v stacionarnem zdravstvenem zavodu v breme sklada zdravstvenega zavarovanja je mogoče le na podlagi napotnice zdravnika splošne prakse, ki si ga je zavarovana oseba izbrala oz. ki jo je sprejel na pregled.

Zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih zavodih je mogoče tudi na podlagi napotnice zdravnika-specialista, ki je tako osebo pregledal oz. zdravil po napotnici zdravnika splošne prakse, vendar je ta dolžan najpozneje v treh dneh obvestiti zdravnika, ki je tako osebo poslal na specialni pregled.

## 26. člen

V najnih primerih se mora zavarovana oseba sprejeti v stacionarno zdravljenje tudi brez napotnice. V tem primeru je stacionarni zavod dolžan takoj o tem obvestiti pristojnega zdravnika oz. zdravnika, ki si ga je taka zavarovana oseba izbrala. Obvestilo mora vsebovati tudi diagnozo, pod katero je taka oseba sprejeta na zdravljenje v stacionarni zavod.

## 27. člen

Premeščanje zavarovane osebe iz enega stacionarnega zavoda v drugega je mogoče le takrat, če je zaradi narave obolenja take osebe potrebna preusmeritev v zdravljenje ali zaradi tega, ker stacionarni zdravstveni zavod, v katerem se zdravi, ne more opraviti določenega zdravljenja oz. posegov ali pa ker je prezaseden.

Če se zavarovana oseba premesti, je zdravstveni zavod, ki osebo premešča, dolžan o tem obvestiti pristojnega zdravnika oz. zdravnika, ki si ga je taka zavarovana oseba izbrala.

## 28. člen

Zavarovane osebe pošilja na zdravljenje v stacionarne zavode, specializirane za zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji, pristojni zdravnik splošne prakse na predlog specialista ali po svojem predurku. Preden je zavarovana oseba poslana na tako zdravljenje, mora na napotilo zdravnika dati svoj pristanek zdravniška komisija komunalnega zavoda.

V te zavode morejo pošiljati zavarovane osebe tudi drugi stacionarni zdravstveni zavodi (bolnice, klinike itd.), če je po mnenju teh potrebno nadaljevati zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji. V teh primerih ni potreben pristanek pristojne zdravniške komisije komunalnega zavoda. Ob premestitvi je stacionarni zavod, ki zavarovano osebo premešča, dolžan nemudoma obvestiti pristojnega zdravnika oz. zdravnika, ki si ga je taka zavarovana oseba izbrala.

## 29. člen

Stacionarni zdravstveni zavodi za zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji klimatskega značaja smejo zadrževati zavarovane osebe na zdravljenju največ do 30 dni, zavodi kopališkega značaja pa največ do 25 dni, če zdravniška komisija ne odredi drugače.

Izjemoma lahko zdravnik zdravilišča podaljša kopališko zdravljenje do 5 dni, klimatično pa do

10 dni. Če gre za zaprto tuberkulozo, se lahko zdravljenje podaljša toliko, da traja skupno zdravljenje 75 dni za odrasle in 90 dni za otroke do 15. leta starosti.

Podaljšanje odredi zdravniška komisija na predlog zdravnika zdravilišča ali na lastno pobudo.

Medicinske in druge pogoje, ki so potrebni za izjemno podaljšanje zdravljenja, uredi komunalni zavod na svojem območju z zdravilišči s pogodbo.

## 30. člen

Zdravniška komisija komunalnega zavoda ima vselej pravico ugotavljati potek in uspeh ter dolžino zdravljenja v zavodih, specializiranih za zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji in po potrebi tudi ukrepati.

## 31. člen

Stacionarni zdravstveni zavodi so po odpustu zavarovane osebe iz zavoda dolžni obvestiti pristojnega zdravnika oz. zdravnika, ki je to osebo napotil v stacionarno zdravljenje, o zdravstvenem stanju, poteku in uspehu zdravljenja z mnenjem za nadaljnje zdravljenje in z mnenjem o delovni zmožnosti, če gre za aktivnega zavarovanca.

## Koriščenje ostalih oblik zdravstvenega varstva

## 32. člen

Z namenom, da se ugotovi splošno zdravstveno stanje zavarovanih oseb in da se v ta namen uvedejo v delo zdravstvene službe določeni ukrepi, lahko komunalni zavod organizira za vse zavarovane osebe ali za posamezne skupine teh oseb sistematične preglede.

## 33. člen

Ugotavljanje zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, ki ga organizira komunalni zavod, opravljajo praviloma tisti zdravstveni zavodi, ki so krajevno pristojni tem osebam. Izjemoma lahko zavod formira za to delo posebne strokovne komisije za posamezna območja ali za celotno območje komunalnega zavoda ali pa to delo poveri zdravniški komisiji.

Če se ugotavlja zdravstveno stanje zavarovanih oseb po področnih zdravstvenih zavodih, se s temi s pogodbo urede medsebojne obveznosti in pravice.

Zdravstveno stanje se lahko ugotavlja za vse zavarovane osebe ali za posamezne skupine teh oseb. Če gre za aktivne zavarovance, se zavod predhodno dogovori s prizadetimi gospodarskimi in drugimi organizacijami o načinu in obsegu teh pregledov ter o delu stroškov, ki bi jih za to delo nosile te organizacije same.

Če gre za zavarovane osebe, ki jim zdravstveni zavod, s katerim ima komunalni zavod sklenjeno pogodbo, krajevno ni pristojen, se komunalni zavod lahko pogodi z zdravstvenim zavodom, ki je krajevno pristojen tem osebam.

## 34. člen

Poleg sistematičnih pregledov, ki jih morajo organizirati gospodarske in druge organizacije po veljavnih predpisih, lahko komunalni zavod uvede v tem smislu še posebne preglede ali pa te s svojimi zahtevami vključi v preglede, ki jih organizirajo take delovne organizacije. V tem primeru se s posebno pogodbo urede medsebojne obveznosti.

Te preglede opravljajo v gospodarskih organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante, te ambulante ob sodelovanju drugih zdravstvenih zavodov. V tistih organizacijah, ki pa nimajo svojih obratnih ambulant, se ti pregledi izvrše po posebni strokovni komisiji ali po zdravniški komisiji komunalnega zavoda.

## 35. člen

Če gre za ugotavljanje splošnega zdravstvenega stanja, se mora v ta preglede aktivnih zavarovancev obvezno vključiti tudi ugotavljanje delovne sposobnosti.

## 36. člen

Če se s pregledi ugotovi, da so na posameznih delovnih mestih zaposleni zavarovanci, ki jim je delo na delovnih mestih življenjsko nevarno in za to delo ne izpolnjujejo posebnih pogojev, ali da so na posameznih delovnih mestih, s katerimi je vezana možnost poklicnih ali drugih obolenj, zaposleni zavarovanci, ki so nagnjeni k takim boleznim, ali zavarovanci z zdravstvenimi hibami, pri katerih bi te hibe povzročile posledice, ki bi bile nevarne zanje in za okolico, so delovne organizacije dolžne upoštevati navodila komisije, ki je to ugotovila in take zavarovance premestiti na delovna mesta, ki odgovarjajo njihovim splošnim in zdravstvenim sposobnostim.

## 37. člen

Vsak zavarovavec, ki prvič stopi v delovno razmerje oz. če delovno razmerje prekine za več kot šest mesecev ali če spremeni poklic, mora biti obvezno zdravniško pregledan.

Če gre za zavarovanca, ki se razporedi na delo, nevarno za življenje ali ki je očitno škodljivo za zdravje, mora biti še posebej predhodno pregledan, da se ugotovi, če izpolnjuje vse potrebne zdravstvene pogoje za tako delo.

Pri zavarovancih, zaposlenih na takih delovnih mestih, se mora redno ugotavljati njihova delovna sposobnost po obstoječih predpisih.

## 38. člen

Splošne ukrepe za napredek zdravstvenega stanja zavarovanih oseb in za preprečevanje obolenj izvršujejo področni ambulantno-poliklinični zdravstveni zavodi po zakonitih predpisih in programih dela zdravstvene službe posamezne komune ali po pogodbi med njimi in komunalnim zavodom. V ta namen zagotavlja sklad zdravstvenega zavarovanja potrebna sredstva za kritje stroškov dispanzerske službe in službe posvetovalnic, če ti delujejo v smeri napredka zdravstvenega stanja zavarovanih oseb.

## 39. člen

V cilju preprečevanja obolenj mora zdravstvena služba v primerih, ko se pojavijo nalezljive bolezni, takoj ukrepati, da se prepreči nadaljnje širjenje teh bolezni in da ozdravi obolele zavarovane osebe. V ta namen mora po potrebi izvršiti vsa potrebna cepljenja in druge vrste imunizacij, kemičnih profilaks, saniranja bacilonoscev, dezinfekcije in druge varstvene ukrepe na domu, kadar so medicinsko indicirani.

## 40. člen

Za preprečevanje zobnih in ustnih bolezni zavarovanih oseb, zlasti otrok in nosečih žena, mora

zdravstvena služba zagotoviti redno preskrbovanje in razdeljevanje fluor-kalcij tablet ter kontrolirati uživanje teh tablet kakor tudi uspeh te preventivne dejavnosti.

41. člen

Sistematični pregledi šolskih otrok v osemletkah morajo biti redna skrb področnih ambulantno-polikliničnih zavodov. Vsi šolski otroci zavarovanih oseb morajo biti praviloma vsaj enkrat letno sistematično pregledani.

42. člen

Obveznosti za izvrševanje preventivne dejavnosti za zavarovane osebe po tem pravilniku in plačilo za to delo se uredi s pogodbo med zdravstveno službo in komunalnim zavodom.

43. člen

Zavarovane osebe koristijo pravice do zdravil in zdravilnih sredstev ter nekaterih sanitarnih priprav neposredno pri lekarnah na podlagi zdravniškega predpisa (recepta). Za vsako vrsto zdravila in zdravilnega sredstva, ki se izda na recept, mora zavarovana oseba plačati pavšalni prispevek v višini 60 dinarjev. Ta prispevek se plača ob dvigu zdravila v lekarni.

Ce gre za nujen primer, je lekarna dolžna izdati zdravilo ali zdravilno sredstvo, čeprav zavarovana oseba iz kakršnihkoli razlogov ne more plačati predpisanega prispevka pri dvigu zdravila, vendar pa je zavarovana oseba dolžna ta prispevek plačati v lekarni najpозnejše v roku treh dni po prevzemu zdravila. Ce gre za nujen primer, mora zdravnik na izdanem receptu vidno označiti to z besedo »Nujno«.

44. člen

Ce področna lekarna trenutno nima na zalogi zdravila, ki ga zahteva zavarovana oseba na podlagi recepta, ima pa sorodno enakovredno zdravilo, je dolžna o tem obvestiti zdravnika, ki je zdravilo predpisal, zaradi morebitne spremembe v predpisu zdravila.

Ce je po mnenju zdravnika nemogoče zamenjati predpisano zdravilo z drugim in je zato potrebno izdati zavarovani osebi zdravilo, ki ga je prvotno predpisal, je lekarna dolžna, da to zdravilo v najkrajšem času nabavi in ga zavarovani osebi takoj po nabavi tudi izda.

Kolikor bi v tem primeru šlo za nujen primer ali za zdravilo, ki ga ni mogoče dobiti, je lekarna dolžna, da se takoj o tem posvetuje z zdravnikom, ki je tako zdravilo predpisal, da ta nadalje ukrepa.

45. člen

Zavarovanim osebam se lahko predpisujejo samo zdravila, ki so odobrena po veljavnih predpisih, in v količinah, ki jih določa pravilnik o predpisovanju zdravil zavarovanim osebam.

Za zdravila, ki se ne morejo predpisovati v FLRJ in ki se ne morejo predpisovati v breme sklada zdravstvenega zavarovanja, se ne morejo izdajati zdravniški predpisi (recepti) na obrazcu, ki je določen s pravilnikom o izdajanju zdravil zavarovanim osebam.

46. člen

Kolikor lekarna nima domačega zdravila, ima pa zato isto zdravilo iz uvoza, izdaja tega samo tedaj, če domačega zdravila ni mogoče dobiti pri izdelovalcih domačih

zdravil. Če v takem primeru zavarovana oseba vztraja pri uvoženem zdravilu, se ji to lahko izda samo pod pogojem, da lekarni plača razliko med ceno domačega in uvoženega zdravila.

Uvoz zdravil, ki niso odobrena oz. predpisana za FLRJ, se izjemoma lahko opravi v breme sklada zdravstvenega zavarovanja samo zaradi njihovega preizkušanja, če se od tega pričakuje uspešnejše zdravljenje kot z domačimi. Nabavo teh zdravil in njihovo preizkušanje opravlja lahko samo, stacionarni zavod (bolnica) po predhodnem konziliarnem pregledu zavarovane osebe, pri kateri se misli uporabiti to zdravilo.

Ce se pri tem ugotovi uspešno delovanje takega zdravila, se more to uporabljati tudi po hospitalizaciji take zavarovane osebe, vendar mora le-ta za to zdravilo prav tako plačati predpisani prispevek.

Kritje stroškov za nabavo teh zdravil si medsebojno uredita tak stacionarni zdravstveni zavod in komunalni zavod s pogodbo.

47. člen

Ce si zavarovana oseba nabavi uvoženo zdravilo, ki ni registrirano za FLRJ, odloča o povračilu stroškov za to nabavo upravni odbor komunalnega zavoda po predhodnem mnenju zdravniške komisije komunalnega zavoda.

Ce je to zdravilo odobreno za FLRJ, se zavarovani osebi povrne tolikšna vrednost uvoženega zdravila, ki odgovarja prodajni vrednosti takega zdravila pri krajevno pristojni lekarni.

48. člen

Na uporabljena zdravila oz. zdravilna sredstva pri neposredni intervenciji strokovnega zdravstvenega delavca (podkožne, mišične ali intravenozne injekcije, material, ki se uporabi pri obvezovanju ran ali za trdo obvezo, sredstva, ki se uporabljajo s specialnimi napravami, kot so inhalatorji, aerosol in podobno) ali na zdravila, uporabljena pri zdravljenju v stacionarnih zdravstvenih zavodih, zavarovane osebe ne plačajo predpisanega prispevka.

V primeru, da zdravstveni zavod trenutno nima na zalogi zdravila, ki ga je potrebno izdati oz. uporabiti za zavarovano osebo zaradi nujnega primera, mora izjemoma izdati recept in na njem označiti, da je plačnik zdravstveni zavod. Zavarovani osebi se za tako zdravilo ne sme zaračunati predpisanega prispevka.

Kritje stroškov uporabljenih zdravil pri neposredni intervenciji strokovnega zdravstvenega delavca ali pri zdravljenju v stacionarnem zavodu se uredi s pogodbo med zdravstvenimi zavodi in komunalnim zavodom.

49. člen

Teže obolele zavarovane osebe je mogoče zdraviti tudi na njihovem domu, če medicinsko ni potrebno neobhodno zdravljenje v stacionarnem zdravstvenem zavodu in če so za to podani pogoji domače oskrbe.

Ce bi zaradi takega načina zdravljenja nastali za zavarovano osebo večji stroški, kot bi sicer nastali z zdravljenjem v stacionarnem zdravstvenem zavodu, bo sklad zdravstvenega zavarovanja taki osebi povrnil to razliko.

Upravni odbor komunalnega zavoda predpiše v sodelovanju z

zdravstveno službo za socialno delo osnovne pogoje za tako zdravljenje in merila za povračilo stroškov zdravstveni službi in zavarovani osebi.

Tako zdravljenje na domu odredi v mejah predpisanih pogojev pristojni oz. izbrani zdravnik sam ali na predlog stacionarnega zavoda, v katerem se je taka oseba zdravila. Pobudo za tako zdravljenje lahko poda pristojnemu oz. izbranemu zdravniku komunalni zavod, zdravniška komisija tega zavoda in pristojni organ za socialno delo.

Povračilo stroškov takega zdravljenja se uredi s pogodbo med zdravstvenim zavodom in komunalnim zavodom. Povračilo dela stroškov nege si medsebojno uredita taka zavarovana oseba in komunalni zavod oz. njegova podružnica.

50. člen

Zavarovanka, porodnica ima pred porodom, ob porodu in po porodu na domu ali v stacionarnem zdravstvenem zavodu pravico do zdravniške in druge strokovne nege ter pomoči.

Zavarovanka — porodnica, ki je rodila na domu, ima pravico do strokovne pomoči in babiške nege z neposrednimi obiski.

V primeru poroda na domu ima zavarovanka pravico do najmanj devet takih obiskov. Če rodi zavarovanka v stacionarnem zdravstvenem zavodu, ima pravico do najmanj petih obiskov z vsjo potrebno strokovno pomočjo in nego. Tako strokovno pomoč in nego nudi zavarovankam pristojni ambulantno-poliklinični zavod.

51. člen

Zavarovane osebe, ki izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja in če jim je to indicirano, imajo pravico do zobno protetičnih storitev in do zobno protetičnih sredstev.

Pravice do zobno protetičnih storitev in do zobno protetičnih sredstev uveljavljajo zavarovane osebe praviloma pri zobnih ambulantah na področju komunalnega zavoda. Zavarovane osebe, ki imajo svoje prebivališče izven območja komunalnega zavoda, lahko koristijo te pravice v zobnih ambulantah izven področja komunalnega zavoda.

Ce zobne ambulante na področju komunalnega zavoda ne morejo opraviti določenih del, lahko zavarovane osebe iščejo tako pomoč oz. storitve tudi v zavodih izven območja komunalnega zavoda.

52. člen

Zavarovanim osebam pripadajo zobotehnična pomoč in zobno protetična sredstva v takem obsegu in iz takega materiala, kot ga določa pravilnik o indikacijah za zobno protetično pomoč, o standardih za material, iz katerega se izdelujejo zobna protetična sredstva, ter o njihovi trajnostni dobi (v nadaljnjem besedilu »pravilnik«).

Ce zavarovana oseba zahteva izdelavo zobno protetičnih sredstev iz izven standardnega materiala, ki je dražji, mora razliko v ceni teh dveh materialov nositi sama. To razliko plača v tisti zobni ambulanti, kjer ji je bilo izdelano tako zobno protetično sredstvo.

V primeru, da zobna ambulanta izdela zobno protetična sredstva iz izven standardnega materiala, sme zaračunati samo standardni material, vendar pa mora na obračun-

skem listu izkazati težino uporabljenega materiala in razliko v znesku, ki ga nosi zavarovana oseba sama.

53. člen

Ali gre pri posamezni zavarovani osebi za indicirana zobno protetična dela oz. sredstva ali ne, ugotavlja na podlagi pravilnika zobna ambulanta, pri kateri zavarovana oseba išče to pomoč. Ce s pregledom ugotovi, da so dela, ki jih zavarovana oseba zahteva, indicirana, izda potrdilo o potrebi zobotehničnih del, na katerem to utemeljenost tudi potrdi.

Kolikor zavarovana oseba zahteva, da se ji izvrše v sklopu indiciranih del tudi taka dela, ki niso indicirana, mora za ta dela nositi stroške sama. Zobna ambulanta, pri kateri želi koristiti te pravice, je dolžna na potrdilu vidno označiti, katera dela so indicirana in katera niso.

54. člen

Potrdilo o potrebi zobotehničnih del se izda zavarovani osebi pred začetkom del. To potrdilo predloži zavarovana oseba komunalnemu zavodu oz. njej pristojni podružnici, da ta ugotovi pogoj predhodnega zavarovanja in da ga potrdi.

Ce se ugotovi, da zavarovana oseba ne izpolnjuje pogoj predhodnega zavarovanja, se to ne more potrditi in se zato sicer indicirana zobotehnična dela ne morejo izvršiti v breme sklada zdravstvenega zavarovanja. Komunalni zavod lahko s pogodbo pooblasti, da ugotavlja po predhodni delovni staž same zobne ambulante na podlagi zdravstvene izkaznice.

Zobne ambulante so zavarovanim osebam dolžne pojasniti pogoje za izvršitev takih del na račun sklada zdravstvenega zavarovanja in v primeru, ko same ugotove, da zavarovane osebe nimajo pravice do teh del, tudi ne izdajajo potrdil. Ce pa zavarovana oseba vztraja pri zahtevi, da se ji to potrdilo izda, so zobne ambulante to dolžne storiti.

55. člen

Trajnostne dobe zobotehničnih del in zobno protetičnih sredstev po pravilniku je treba smatrati kot minimalne trajnostne dobe. Ce se po preteku določene dobe ugotovi, da so zobno protetična sredstva še vedno funkcionalno sposobna, se taka sredstva ne morejo menjati v breme sklada zdravstvenega zavarovanja vse dotlej, dokler se ponovno ne ugotovi, da so dotrajala oz. da so neuporabna.

Zavarovana oseba ima tudi pred pretekom določenih rokov pravico, da se ji izdelajo nova oz. popravijo že izdelana zobno protetična sredstva, če so postala neuporabna oz. da so se poškodovala zaradi anatomske-patoloških ali funkcionalnih sprememb ali zaradi netrpčnosti materiala, iz katerega so bila izdelana ali pa iz kakšnih drugih opravičenih razlogov (nesreče pri delu itd.).

Ce so ta sredstva postala neuporabna po krivdi zavarovane osebe, se lahko popravijo, predelajo ali izdelajo nova pred določenim rokom samo na stroške take zavarovane osebe. Ce postanejo taka sredstva neuporabna zaradi nekvadratne izdelave, se morajo popraviti, predelati ali izdelati nova na račun tiste zobne ambulante, ki jih je izdelala.

Ali naj se zobno protetična sredstva popravijo, predelajo ali izdelajo nova pred pretekom določene

ga roka na stroške sklada zdravstvenega zavarovanja, na stroške zavarovane osebe ali na stroške zdravstvenega zavoda, presodi pooblaščen zdravnik — specialist. V primeru spora poda dokončno mnenje zdravniška komisija komunalnega zavoda. Če se v postopku rešuje spor z zdravstvenim zavodom, mora pri presoji sodelovati tudi predstavnik tega zdravstvenega zavoda.

## 56. člen

Proteze, ortopedske in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave (v nadaljevanju "pripomočki") pripadajo zavarovanim osebam pod pogoji, ki jih določa pravilnik o indikacijah, o standardih za material in o trajnostni dobi za protetična sredstva in sanitarne priprave ter pod pogojem izpolnjenega predhodnega zavarovanja.

## 57. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do pripomočkov s potrdilom o potrebi ortopedskega pripomočka, sanitarne priprave, ki jim ga izda izbran zdravnik splošne prakse ali specialist določene specialnosti, h kateremu so bile napotene z napotnico zdravnika splošne prakse. To potrdilo lahko izda tudi določen zdravnik — specialist stacionarnega zdravstvenega zavoda (bolnišnice, klinike), kjer se zavarovana oseba zdravi ali kjer se je neposredno pred tem zdravila. Pravico do optičnih pripomočkov za oči uveljavljajo zavarovane osebe lahko na podlagi potrdila, ki jim ga izda neposredno okulist.

## 58. člen

Zavarovani osebi, ki ji je potrebna sanitarna priprava ali navaden ortopedski pripomoček, izda potrdilo za to vrsto pripomočkov praviloma izbran zdravnik splošne prakse.

## 59. člen

Kadar gre za zamenjavo ortopedskega pripomočka zaradi njegove izrabljenosti in če zaradi tega ni potreben naknadni pregled po specialistu, lahko izda potrdilo o potrebi pripomočka in sanitarne priprave tudi zdravnik splošne prakse.

## 60. člen

Izdane napotnice zdravnika splošne prakse in zdravnika — specialista stacioniranega zavoda, s katerimi se zavarovane osebe pošiljajo na specialistične preglede zaradi predpisa določenega ortopedskega pripomočka, se ne smejo izročati zavarovanim osebam, ampak se morajo pošiljati neposredno k določenemu specialističnemu zavodu oz. specialistu. Ta bo neposredno pozival take zavarovane osebe na preglede. Zavarovana oseba ima za tak pregled praviloma pravico samo do enkratnega povračila potnih stroškov.

## 61. člen

Zavarovane osebe, ki uporabljajo in ohranjajo določene proteze in ortopedske pripomočke dalj, kot je to določeno v pravilniku, imajo pravico do premij. Premija se daje samo za naslednje proteze in ortopedske pripomočke in v naslednji višini:

- a) za invalidski voziček 10% od nabavne vrednosti za vsako leto nad predpisanim rokom trajanja,
- b) za mehanske ortopedske pripomočke (ortopedske aparate) za roke in hrbtenico 20% od nabavne vrednosti za vsako leto nad predpisanim rokom trajanja in

c) za proteze za noge (umetne noge) in za proteze za roke (umetne roke) 20% od nabavne vrednosti za vsako leto nad predpisanim rokom trajanja.

Premija se odobri le tisti zavarovani osebi, ki je ves čas trajnostne dobe redno uporabljala dodeljen pripomoček in če stroški sklada zdravstvenega zavarovanja za vzdrževanje tega pripomočka ne presegajo premije, ki bi ji šla po točkah od a) do c) predhodnega odstavka.

Kolikor so stroški za vzdrževanje, ki jih je kril sklad zdravstvenega zavarovanja, nižji od obračunane premije, ima zavarovana oseba pravico do razlike med obračunano premijo in plačanimi stroški.

Rok trajanja se računa od dneva, ko je bil pripomoček izdan. Če se ugotovi, da zavarovana oseba določen čas ni uporabljala dodeljenega pripomočka, se za tolikšen čas podaljša določena trajnostna doba takega pripomočka.

## 62. člen

Določila o premiranju veljajo samo za tiste zavarovane osebe, ki jim je ortopedski pripomoček iz predhodnega člena dodeljen iz sklada zdravstvenega zavarovanja komunalne skupnosti Novo mesto in ne tudi za zavarovane osebe, ki so jim ti pripomočki dodeljeni iz skladov drugih skupnosti ali iz drugih virov.

## 63. člen

Premija se izplača samo za celo leto, to pomeni, da se za preseženo dobo uporabe izpod enega leta ta premija ne obračuna in ne izplača.

Zavarovani osebi se premija izplača na njeno zahtevo. Premija zastara v roku enega leta po dnevu, ko se je pripomoček prenehal uporabljati.

**Koriščenje zdravstvenega varstva v času stalnega bivanja izven območja komunalnega zavoda**

## 64. člen

Zavarovane osebe, ki imajo stalno prebivališče izven območja Komunalnega zavoda Novo mesto in ki si niso izbrale zdravnika oz. zdravstveni zavod na območju tega komunalnega zavoda, koristijo zdravstveno varstvo po pravilniku tiste komunalne skupnosti, kjer imajo stalno prebivališče.

Določilo 1. odst. tega člena ne velja za denarne dajatve iz sklada zdravstvenega zavarovanja, razen za pogrebne, če je to za zavarovano osebo ugodnejše.

Zavarovane osebe v delovnem razmerju, ki imajo svoje stalno prebivališče izven območja komunalnega zavoda, pa začasno bivajo na območju Komunalnega zavoda Novo mesto oz. izven kraja zaposlitve, koristijo zdravstveno varstvo v času začasnega bivanja po tem pravilniku.

## 65. člen

Zavarovane osebe v delovnem razmerju, ki so v staležu dela nezmožnih, praviloma ne morejo menjati kraja bivanja. Izjemoma se na zahtevo zavarovanca sprememba bivališča lahko odobri samo tedaj, če se v novem kraju bivanja pričakuje večji uspeh v zdravljenju zaradi boljših pogojev nege.

Predlog za spremembo bivanja poda zdravnik, ki je tako osebo sprejel v stalež dela nezmožnih, o tem pa dokončno odloči zdravniška komisija komunalnega zavoda. Če se odobri sprememba bivali-

šča z odločbo zdravniške komisije, mora zdravnik, ki tako osebo vodi v staležu dela nezmožnosti, ravnati po odločbi komisije. Pri tem pa mora zdravnik, če komisija ne odredi dolžine staleža, spremljati delovno zmožnost zavarovanca sporazumno z zdravnikom, ki zdravj zavarovanca.

V primeru spremembe bivališča mora zdravnik, ki je predlog podal, po odločitvi zdravniške komisije to vidno označiti na vrhujem delu poročila o trajanju začasne nezmožnosti za delo — zadržanosti.

**Zdravstveni zavodi in zdravniki, ki ocenjujejo delovno zmožnost**

## 66. člen

Delovno zmožnost zavarovanih oseb v delovnem razmerju presoja posamezni zdravnik splošne prakse, ki si ga je zavarovana oseba izbrala, in zdravnik specialist, za katerega ni potrebna napotnica zdravnika splošne prakse (ftiziolog, ginekolog), vendar ginekolog samo takrat, če ambulanta, v kateri dela, posluje vsak dan. Če pa gre za presojo nosečnosti v zvezi s porodniškim dopustom, pa lahko ginekolog odreja tak dopust ne glede na to, če ambulanta, v kateri dela, ne posluje vsak dan.

## 67. člen

Zavarovanim osebam, zaposlenim pri gospodarskih organizacijah, ki imajo organizirano svojo ambulanto ali imajo v sporazumu s področnim zdravstvenim zavodom dogovorjenega zdravnika, odloča o delovni zmožnosti ta zdravnik ne glede na to, če si je taka zavarovana oseba izbrala drugega zdravnika in da je v sporazumu med organizacijo in zdravstvenim zavodom določeno, da se presoja delovne zmožnosti omeji le na tega zdravnika. K takemu sporazumu mora dati soglasje upravni odbor komunalnega zavoda.

## 68. člen

Zavarovanim osebam v delovnem razmerju, ki imajo stalno prebivališče izven komunalnega zavoda, pa v organizaciji, v kateri so zaposleni, ni organizirane ambulante ali ni sporazumno določenega zdravnika (28. člen), lahko ocenjuje delovno zmožnost zdravnik, ki si ga je taka oseba izbrala tudi izven območja komunalnega zavoda.

## 69. člen

Delovno zmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti (vstopiti v delovno razmerje), ocenjuje zdravnik tistega zdravstvenega doma, ki je krajevno pristojen organizaciji oz. delodajalcu, pri kateri se misli taka oseba zaposliti.

Na območju komunalnega zavoda smejo ocenjevati tako delovno zmožnost le Zdravstveni dom Novo mesto, Zdravstveni dom Črnomelj, Zdravstveni dom Metlika in Zdravstveni dom Trebnje. S pogodbo s temi zdravstvenimi domovi so določili, kateri zdravnik-poedinec bo lahko presojal delovno zmožnost takih oseb in v ta namen izdajal zdravniška spričevala.

Za osebe, ki se nameravajo zaposliti pri delovnih organizacijah — jugoslovanskih železnic, lahko ocenjujejo delovno zmožnost zdravstveni zavodi teh organizacij neodvisno od prvega odstavka tega člena.

**Povračila potnih stroškov v zvezi s koriščenjem zdravstvenega varstva**

## 70. člen

Povračilo potnih stroškov, ki gre zavarovanim osebam po določenih tega pravilnika, obsega:

- a) povračilo prevoznih stroškov in pa
- b) povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in med prebivanjem v drugem kraju.

## 71. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

- a) kadar jih zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali komunalni zavod napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in po tem pravilniku;

b) kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oz. prebivališča v katerem ni zdravnika k najbližjemu zdravniku ali v najbližji zdravstveni zavod v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje;

c) zavarovane osebe, zaposlene pri delovnih organizacijah, jugoslovanskih železnic uporabljajo za koriščenje zdravstvenega varstva ugodnosti predpisov za brezplačno vožnjo po železnici, ki veljajo za jugoslovanske železnice.

Zavarovanci, zaposleni pri delovnih organizacijah — jugoslovanskih železnic in njihovi družinski člani, ki imajo pravico do ugodnosti za prevoz k zdravniku po internih predpisih, nimajo pravice do povračila potnih stroškov po tem členu v primerih, če lahko koristijo železniška prometna sredstva.

## 72. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do povračila potnih stroškov, kadar odhajajo iz kraja zaposlitve oz. kraja bivališča, v katerem ni zdravnika ali zdravstvenega zavoda v drug kraj do najbližjega zdravnika, če je njihov kraj zaposlitve oz. bivališče oddaljen od zdravstvenega zavoda ali zdravnika več kot 10 km.

Izjemoma lahko določi direktor komunalnega zavoda ali po njem pooblaščen oseba na priporočilo zdravnika ali zdravniške komisije, da se povrnejo potni stroški tudi na relaciji izpod 10 km, pri čemer je treba upoštevati določene objektivne okolnosti (starost zavarovane osebe, značaj bolezni, invalidnost, nosečnost itd.).

Potni stroški ne pripadajo zavarovanim osebam za potovanje k zobozdravniku zaradi zobozdravstvenih del in storitev. Potni stroški se plačajo po 1. odst. tega člena le v primerih nujnih intervencij zaradi ustnih bolezni ali obolenja zob, o čemer odloča zdravnik splošne prakse oz. zdravniška komisija komunalnega zavoda.

Ortodontska dela se izenačujejo z nujnimi zdravniškimi intervencijami.

## 73. člen

Zavarovani osebi, ki je z napotnico poslana na pregled ali zdravljenje k specialistu, pripadajo potni stroški za relacijo od kraja stalnega prebivališča ali od kraja zaposlitve, če je kraj stalnega prebivališča ali zaposlitve oddaljen od takega specialista več kot 7 km ne glede na to, če si je taka zavarovana oseba izbrala zdravnika splošne prakse izven kraja stalnega prebivališča ali zaposlitve.

Če zavarovana oseba išče zdravniško pomoč pri zdravniku specialista, za katerega ni potrebna napotnica (17. člen), ima pravico do povračila potnih stroškov samo za relacijo do najbližjega zdravnika določene specialnosti, če je ta oddaljen od stalnega prebivališča ali zaposlitve take zavarovane osebe več kot 10 km.

## 74. člen

Zavarovane osebe, ki jih pokliče zdravniška komisija, invalidska komisija ali komunalni zavod zaradi ocene dela zmožnosti, invalidnosti ali zaradi drugih pravic iz socialnega zavarovanja, imajo pravico do povračila potnih stroškov pod enakimi pogoji, kot jih določa 1. odst. 73. člena tega pravilnika.

## 75. člen

Če je zavarovana oseba, ki je bila poslana od izbranega zdravnika na specialistični pregled v stacionarni zdravstveni zavod, po odredbi specialista hospitalizirana v tem zavodu, mora ta zavod na potrdilo o potrebi prevoza označiti čas bivanja v stacionarnem zavodu in ne sme potrditi sprejem v specialistični ambulanti.

## 76. člen

Zavarovanim osebam, ki iščejo zdravniško pomoč izven svojega stalnega prebivališča oz. zaposlitve zato, ker so na službenem potovanju, letnem dopustu in podobno (4. odst. 3. čl. tega pravilnika), pripada povračilo potnih stroškov od kraja začasnega bivanja pa do najbližjega zdravnika, če je ta oddaljen več kot 10 km.

Če je taka oseba poslana na pregled ali na zdravljenje k specialistu, se ji povrnejo potni stroški za relacijo od začasnega bivanja pa do najbližjega zdravnika — specialista, če je ta oddaljen več kot 7 km.

## 77. člen

Ko zavarovana oseba zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja ali zaradi boleznih prvič sama uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravniku specialistu, za katerega ni potrebna napotnica (72/3. člen), se potni stroški ne povrnejo.

## 78. člen

Potni stroški za prihod v stacionirani zdravstveni zavod, za odhod iz njega in za premestitev iz enega stacioniranega zdravstvenega zavoda v drugega se priznajo za potrebno relacijo ne glede na to, če je ta krajša kot 10 oz. 7 km v eno smer, vendar samo do najbližjega stacioniranega zdravstvenega zavoda, ki je zavarovani osebi sposoben nuditi potrebno zdravljenje.

Če si zavarovana oseba izbere stacionirani zdravstveni zavod, ki njenemu stalnemu prebivališču ali kraju zaposlitve ni najbližji in je zato napotena v tak izbran stacionarni zavod, mora zdravnik, ki je napotnico izdal, označiti na potrdilu o potrebi potovanja za uveljavitev zdravstvenega varstva, do katerega stacionarnega zdravstvenega zavoda ji v smislu prejšnjega odstavka povračilo potnih stroškov pripada.

## 79. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določitih tega pravilnika, ji gre praviloma povračilo prevoznih stroškov za najhitrejši in najcenejši prevoznostno sredstvo (avtobus, vlak).

Za prevoz z vlakom se zavarovani osebi prizna načeloma stroške za drugi razred potniškega vlaka,

če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 100 km, se ji priznajo potni stroški za prvi razred potniškega vlaka ali ladje. Če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 250 km, pa stroški za prvi razred brzega vlaka, oz. ladje, vendar mora v zadnjih dveh primerih dokazati, da je bil prevoz s takimi prevoznimi sredstvi resnično izvršen.

## 80. člen

Povračilo prevoznih stroškov s posebnim prevoznim sredstvom se prizna:

a) če gre za utemeljen nujen primer,

b) če je zavarovana oseba nepokretna,

c) če bi se s prevozom s sredstvi javnega prometa pričakovalo poslabšanje zdravstvenega stanja take osebe.

O upravičenosti prevoza s posebnim prevoznim sredstvom odloča zdravnik, ki je tako osebo napotil v zdravstveni zavod, ali zdravniška in invalidska komisija oz. komunalni zavod, če gre za preglede oz. postopke v njihovih pristojnostih.

V primeru, da se posebno prevoznostno sredstvo uporabi na željo zavarovane osebe ali na zahtevo drugih oseb ali organov, odloča o upravičenosti do takega prevoza zdravnik, ki je taki osebi prvi nudil zdravniško pomoč oz. predstojnik določenega oddelka ali po njem pooblaščen zdravnik, če je taka oseba iskala zdravniško pomoč v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

## 81. člen

Kot posebno prevoznostno sredstvo je mišljeno sanitetno vozilo za prevoz bolnikov. Če to ni dosegljivo ali če gre za nujen primer (poškodbe itd.), se lahko uporabijo tudi druga prevoznostna sredstva (osebni avtomobili ali vprege), vendar cena teh prevozov ne more presegati več kot 60 din za prevožen kilometer.

Če se zaradi nujnega primera uporabljajo tudi druga prevoznostna sredstva kot npr. kamion, avion itd., se stroški takega prevoza povrnejo po tarifi lastnikov teh vozil.

## 82. člen

Na potrdilo o potrebi prevoza je zdravnik, ki je v smislu 80. člena upravičen odločati o potrebi prevoza s posebnim prevoznim sredstvom, dolžan označiti, ali gre za upravičen prevoz s posebnim prevoznim sredstvom ali ne.

V primeru, da je bil prevoz izvršen brez upravičenega razloga plača zavod stroške tudi takega prevoza, uvede pa se postopek za povračilo plačanih stroškov neposredno od zavarovane osebe oz. od osebe ali organa, ki je tak prevoz zahteval.

## 83. člen

Prevoz zavarovane osebe s posebnim prevoznim sredstvom do pristojnega zdravstvenega zavoda ambulatno-polikliničnega tipa se praviloma ne more opraviti, razen če gre za nujen primer ali če se posamezne storitve oz. zdravljenje ne more opraviti na bolnikovem domu in če zavarovana oseba ne more koristiti rednega prevoznega sredstva zaradi značajne bolezni.

O tem ali zavarovana oseba lahko koristi redno prevoznostno sredstvo ali ne, odloči posamezni zdravnik in če je potreben prevoz s posebnim prevoznim sredstvom, mora to posebej utemeljiti.

## 84. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravico do povračila potnih stro-

škov na podlagi potrdila o potrebi potovanja za uveljavitev zdravstvenega varstva (obr. ZP-3), ki mora biti za vsako potovanje potrjen od zdravstvenega zavoda oz. zdravnika, ki je opravil pregled oz. določeno storitev ali od zdravniške in invalidske komisije oz. komunalnega zavoda, če je bilo potovanje odrejeno po teh organih.

## 85. člen

Za spremembo bivališča (65. čl.) zavarovanim osebam ne pripada povračilo potnih stroškov, čeprav je sprememba odobrena od zdravniške komisije komunalnega zavoda.

## 86. člen

Povračila za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnevnic) določijo v pavšalnem znesku skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Pravico do polnega zneska dnevnic ima zavarovana oseba, kadar je odsotna iz kraja svojega bivališča oz. zaposlitve 12 do 24 ur in do polovice dnevnic, kadar je odsotna od 8 do 12 ur. Za odsotnosti, ki so krajše od 8 ur nima pravice do dnevnic.

To svojo odsotnost mora zavarovana oseba, ko zahteva povračilo, dokumentirati z ustreznim potrdilom zdravstvene ustanove (84. člen), komunalni zavod pa odredi povračilo ob upoštevanju prometnih sredstev in zvez na tisti relaciji.

Za otroke do dopolnjenega 7. leta starosti se izplača polovico zneskov dnevnic, ki jih dobijo odrasle zavarovane osebe.

## 87. člen

Če potuje zavarovana oseba na zdravljenje v stacionarni zdravstveni zavod in ostane v njem na zdravljenju, ji gre dnevnic le za čas, ko ga prebije na poti iz kraja stalnega prebivališča do zdravstvenega zavoda oz. od odhoda iz zdravstvenega zavoda do prihoda v kraj stalnega prebivališča, vendar se v tem primeru šteje potovanje tja in nazaj vsako za posebno potovanje.

## 88. člen

Če je zavarovani osebi neobhodno potreben tudi spremljevalec, kar ugotovi pristojni zdravnik ali zdravniška oz. invalidska komisija, pripada pravica do povračila potnih stroškov tudi spremljevalcu.

Za otroke izpod 15. leta starosti se šteje, da jim je v vsakem primeru za čas potovanja potreben spremljevalec.

Nega obolelega družinskega člana

## 89. člen

Zavarovani osebi, ki je v delovnem razmerju, gre nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem družinskega člana (zavarovane zakonec in zavarovane otroci; zakonski, nezakonski, posvojeni in pastorki, če živijo v družinski skupnosti zavarovancem in če izpolnjujejo druge pogoje) največ za 15 dni, če oboleli družinski član še ni star 15 let in največ 7 dni, če je ta star nad 15 let ali če gre za negovanje žene ob porodu.

## 90. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka za negovanje žene ob porodu ima zakonec, ki je v delovnem razmerju, le tedaj, če žena rodi doma, ne pa tudi, če rodi v bolnišnici.

## 91. člen

Ne glede na določilo 89. člena tega pravilnika se v izjemnih primerih čas nege lahko podaljša tudi

nad predpisanim časom. O tem podaljšanju in o pravici do nadomestila osebnega dohodka odloči komunalni zavod oz. njegova pristojna podružnica z odločbo na predlog izbranega zdravnika. Preden komunalni zavod oz. podružnica izda odločbo, mora podati svoje mnenje tudi zdravniška komisija komunalnega zavoda.

Kot izjemni primeri so mišljeni zlasti hujši bolniki, ki so priklenjeni na posteljo in jim je zaradi tega v vsakem primeru potrebna nega ožjega družinskega člana.

Nadomestilo osebnega dohodka za tako izjemno podaljšanje nege bremeni neposredno sklad zdravstvenega zavarovanja.

## 92. člen

Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju in ki ji je odrejena nega ožjega družinskega člana, mora podati izbranemu zdravniku pisno izjavo, da nima v družini nikogar, ki bi lahko negoval obolelega ožjega družinskega člana. To izjavo mora izbrani zdravnik oz. zdravstveni zavod dostaviti skupaj s poročilom o trajanjučasne nezmožnosti za delo — zadržanosti.

Prispevek zavarovanih oseb k stroškom neobveznega cepljenja

## 93. člen

Zavarovane osebe prispevajo k stroškom za neobvezno cepljenje 30 odstotkov vseh stroškov takega cepljenja.

Kot stroški cepljenja se smatrajo poleg cepiva in dela tudi prevozi zdravstvenih in drugih delavcev do kraja cepljenja in nazaj, če se cepljenje ne opravi v zdravstvenem zavodu, kakor tudi vsi stroški, ki nastanejo s takim cepljenjem.

Postopek in način plačevanja zdravstvenih storitev in drugih oblik zdravstvenega varstva ter postopek pri uveljavljanju denarnih dajatev zavarovanih oseb

## 94. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki gredo zavarovanim osebam v breme sklada zdravstvenega zavarovanja, plača stroške komunalni zavod oz. njegova podružnica neposredno zdravstvenim zavodom in drugim osebam, ki so nudili ustrezno obliko zdravstvenega varstva.

## 95. člen

Denarne dajatve izplačuje komunalni zavod in njegova podružnica ali po zavodu pooblaščen delovna organizacija na podlagi predloženih dokazov brez formalne odločbe.

V kolikor zavarovana oseba zahteva, da se ji izda odločba, se ji ta izda s pravnim poukom o pritožbi.

## 96. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice do denarnih dajatev ali do povračil (5. člen) pri komunalnem zavodu, njegovi podružnici, pooblaščen delovni organizaciji ali pri zdravstvenem zavodu v roku enega leta po tem, ko je nastopil primer, ki jim daje pravico do dajatev oz. po dnevu, ko so zdravstvene storitve plačale oz. ko so utrpeli kakršenkoli izdatek v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo.

Končne določbe

## 97. člen

Zavarovane osebe, ki bodo na dan, ko bo sprejet ta pravilnik už-



Sredstva 6% proračunske rezerve	6.062.104
Skupna sredstva	193.631.171
Izdatki proračuna	191.174.182
Presežek dohodkov	2.456.989

2. Po zaključnem računu rezervnega sklada:	
dohodki	42.900
izdatki	1.149
presežek dohodkov	41.751
3. Po zaključnem računu skupne rezerve gospodarskih organizacij:	
dohodki	2.159.936
izdatki	5.100
presežek dohodkov	2.200.045

4. člen znesku 2.200.045 din se prenese v leto 1963.  
 Presežek dohodkov nad izdatki po zaključnem računu občine v znesku 2.456.989 din se prenese kot dohodek v proračun za leto 1963.

5. člen  
 Presežek stalnega rezervnega sklada v znesku 41.751 din se prenese kot dohodek v leto 1963.

6. člen  
 Presežek rezervnega sklada skupnih gospodarskih organizacij v

7. člen  
 Ta odlok velja od dneva objave v »Glasniku«, uradnem vestniku okraja Ljubljana.

Številka: 400-6/63-04.  
 Ribnica, 18. marca 1963.

Predsednik občinskega ljudskega odbora:  
 Franc Ilc l. r.

**PREGLED**

dohodkov in izdatkov po zaključnem računu proračuna občine Ribnica za leto 1962.

**I. Dohodoki**

	Plan	Doseženo
1. del — Skupni dohodki	196.645.000	161.612.412
2. del — Posebni dohodki	92.960.000	64.179.835
3. del — Dohodki državnih organov	1.100.000	8.127.472
4. del — Ostali dohodki	7.000.000	4.018.803
6. del — Prenesena sredstva	4.003.000	4.018.803
Skupaj proračun:	301.708.000	237.938.522

**O d v o d i:**

Financiranje medobčinskega sklada	14.567.000	11.959.539
Financiranje negospodarskih investicij	25.493.000	21.010.000
10% proračunska rezerva	19.772.000	17.399.916
rezerva	—	6.062.104
Skupaj:	241.876.000	193.631.171

**II. Izdatki**

	Plan	Doseženo
1. del — Prosveta in kultura	5.150.000	4.260.563
2. del — Socialno varstvo	13.400.000	11.238.316
3. del — Zdravstvena zaščita	18.010.000	12.095.113
5. del — Državna uprava	52.490.000	48.081.684
6. del — Komunalna dejavnost	19.420.000	14.337.664
7. del — Negospodarske investicije	3.760.000	3.145.238
8. del — Dotacije:		
— dotacije samost. zavodom	1.250.000	832.425
— skladu za šolstvo	59.919.000	59.919.000
— družbenim organizacijam	8.290.000	7.505.000
— ostale dotacije	7.536.000	7.536.000
9. del — Obveznosti iz posojil	11.741.000	10.150.795
10. del — Proračunska rezerva	16.680.000	12.074.384
	217.646.000	191.174.182
Omejitev	24.230.000	
Saldo 31. 12. 1962		2.456.989
Skupaj:	241.876.000	193.631.171

**VSEBINA:**

- 217. Sklep skupščine skupnosti zavarovancev Novo mesto o potrditvi zaključnega računa za leto 1962.
  - 218. Sklep skupščine skupnosti zavarovancev Novo mesto o razdelitvi presežka dohodkov po zaključnem računu za leto 1962.
  - 219. Sklep skupščine skupnosti zavarovancev Novo mesto o povračilu stroškov za prehrano in nastavitve zavarovanih oseb v zvezi s koriščenjem zdravstvenega varstva v drugem kraju ob pogojih pravilnika o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva.
  - 220. Sklep skupščine skupnosti zavarovancev Novo mesto o višini pogrebnine za zavarovane osebe.
  - 221. Sklep skupščine skupnosti zavarovancev Novo mesto o višini zneska podpore za opremo otroka.
  - 222. Pravilnik o načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva zavarovanih oseb komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Novo mesto.
  - 223. Odlok o zaključnem računu o izvršitvi proračuna za leto 1962 občine Črnomelj.
  - 224. Odlok o zaključnem računu rezervnega sklada za leto 1962 občine Črnomelj.
  - 225. Odlok o uvedbi posebnega krajevnega prispevka za območje zbora volivcev Metlika.
  - 226. Odlok o potrditvi zaključnega računa o izvršitvi proračuna za leto 1962 občine Ribnica.
- Zaključni računi gospodarskih organizacij.

**Zaključni račun MIZARSKE OBRTNE DELAVNICE, Moravče**

AKTIVA		BILANCA na dan 31. decembra 1961		PASIVA	
Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din	Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din
<b>I. Osnovna sredstva</b>			<b>I. Viri stalnih sredstev</b>		
1.	Sedanja vrednost osnovnih sredstev	811	1.	Poslovni sklad	1.508
2.	Sedanja vrednost sredstev skupne porabe	78	2.	Sklad skupne porabe	98
<b>II. Druge oblike sredstev</b>			3.	Rezervni sklad in drugi skladi	105
3.	Banka in blagajna	1.206	<b>II. Druge oblike virov sredstev</b>		
4.	Kupci in druge terjatve	1.676	4.	Kredit pri banki	199
5.	Zaloge	326	5.	Dobavitelji in druge obveznosti	1.220
6.	Druga aktiva	2.138	6.	Druga pasiva	3.105
	<b>SKUPAJ</b>	<b>6.235</b>		<b>SKUPAJ</b>	<b>6.235</b>

Vodja računovodstva: Regina Grilj  
 Predsednik UO: Valentin Orehek  
 Direktor: Ivan Korošec

**Zaključni račun AVTOMEHANIKE, Ljubljana, Samova 14**

AKTIVA		BILANCA na dan 31. decembra 1961		PASIVA	
Zap. št.	Naziv postavke	Znesek v 000 din	Zap. št.	Naziv postavke	Znesek v 000 din
<b>I. Osnovna sredstva</b>			<b>I. Viri stalnih sredstev</b>		
1.	Sedanja vrednost osnovnih sredstev	13.187	1.	Poslovni sklad	7.180
2.	Sedanja vrednost sredstev skupne porabe	—	2.	Sklad skupne porabe	27
<b>II. Druge oblike sredstev</b>			3.	Rezervni sklad in drugi skladi	—
3.	Banka in blagajna	4.157	<b>II. Druge oblike virov sredstev</b>		
4.	Kupci in druge terjatve	5.690	4.	Kredit pri banki	12.609
5.	Zaloge	7.033	5.	Dobavitelji in druge obveznosti	9.983
6.	Druga aktiva	900	6.	Druga pasiva	1.169
	<b>SKUPAJ</b>	<b>30.967</b>		<b>SKUPAJ</b>	<b>30.967</b>

Vodja računovodstva: Vida Klemenčič  
 Predsednik UO: Jože Vidmar  
 Direktor: Anton Debevc

**Zaključni račun gostinskega podjetja »BELOKRANJC«, Ljubljana, Gornji trg 6**

AKTIVA		BILANCA na dan 31. decembra 1961		PASIVA	
Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din	Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din
<b>I. Osnovna sredstva</b>			<b>I. Viri stalnih sredstev</b>		
1.	Sedanja vrednost osnovnih sredstev	2.225	1.	Poslovni sklad	5.173
2.	Sedanja vrednost sredstev skupne porabe	—	2.	Sklad skupne porabe	—
<b>II. Druge oblike sredstev</b>			3.	Rezervni sklad in drugi skladi	2.243
3.	Banka in blagajna	6.658	<b>II. Druge oblike virov sredstev</b>		
4.	Kupci in druge terjatve	279	4.	Kredit pri banki	—
5.	Zaloge	3.827	5.	Dobavitelji in druge obveznosti	5.282
6.	Druga aktiva	210	6.	Druga pasiva	501
	<b>SKUPAJ</b>	<b>13.199</b>		<b>SKUPAJ</b>	<b>13.199</b>

Vodja računovodstva: Irena Urbanič  
 Predsednik UO: Angela Lipovšek  
 Direktor: Josip Tomič

**Zaključni račun ZDRAVSTVENEGA DOMA, Ljubljana-Siška**

AKTIVA		BILANCA na dan 31. decembra 1961		PASIVA	
Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din	Zap. št.	Postavka	Znesek v 000 din
<b>I. Osnovna sredstva</b>			<b>I. Viri stalnih sredstev</b>		
1.	Sedanja vrednost osnovnih sredstev	11.240	1.	Poslovni sklad	12.752
2.	Sedanja vrednost sredstev skupne porabe	—	2.	Sklad skupne porabe	2.395
<b>II. Druge oblike sredstev</b>			3.	Rezervni sklad in drugi skladi	37
3.	Banka in blagajna	3.470	<b>II. Druge oblike virov sredstev</b>		
4.	Kupci in druge terjatve	4.374	4.	Kredit pri banki	—
5.	Zaloge	6.074	5.	Dobavitelji in druge obveznosti	20.788
6.	Druga aktiva	12.930	6.	Druga pasiva	2.116
	<b>SKUPAJ</b>	<b>38.088</b>		<b>SKUPAJ</b>	<b>38.088</b>

Vodja računovodstva: Jože Grintal  
 Predsednik UO: dr. Frida Vudler  
 Direktor: dr. Janez Schrott