

URADNI VESTNIK OKRAJA CELJE

LETO VIII

30. marec 1963

ŠTEVILKA 14

VSEBINA

KOMUNALNA SKUPNOST SOCIALNEGA ZAVAROVANJA
DELAVCEV CELJE

- 112. Sklep o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju
- 113. Pravilnik s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah svoje pravice do zdravstvenega varstva

KOMUNALNA SKUPNOST SOCIALNEGA ZAVAROVANJA
DELAVCEV ŠOSTANJ

- 114. Sklep o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju
- 115. Sklep o določitvi zneska pogrebneine
- 116. Sklep o povračilih za stroške prehrane in nastanitve socialnih zavarovancev med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju
- 117. Sklep o določitvi zneska podpore za opremo otroka
- 118. Pravilnik s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu

za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Šostanj svoje pravice do zdravstvenega varstva

KOMUNALNA SKUPNOST SOCIALNEGA ZAVAROVANJA
DELAVCEV ZALEC

- 119. Sklep o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju
- 120. Sklep o določitvi zneska pogrebneine
- 121. Sklep o povračilih za stroške prehrane in nastanitve socialnih zavarovancev med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju
- 122. Sklep o določitvi zneska podpore za opremo otroka
- 123. Pravilnik s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Zalec svoje pravice do zdravstvenega varstva

OBCINSKI LJUDSKI ODBOR ŠOSTANJ

- 124. Odlok o proračunu občine Šostanj za leto 1963

112.

Po 4. točki 21. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list FLRJ, št. 22-269/62) je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje na zasedanju dne 9. marca 1963 sprejela

SKLEP

o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju

1.

Potrdi se zaključni račun bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje za leto 1962, ki izkazuje:

skupnih dohodkov	3.559.088.480 din
skupnih izdatkov	3.567.971.590 din
presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj)	8.883.110 din

2.

Presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj v znesku) 8.883.110 din
se krije iz nerazporejenih presežkov bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje po zaključnem računu za leto 1954, ki znaša 9.162.329 din

3.

Preostali del nerazporejenega presežka bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje po zaključnem računu za leto 1954 v znesku 279.219 din bo razdelila skupščina naknadno s posebnim sklepom.

4.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje.

Št. 01-245/1963-3/12
Celje, dne 9. marca 1963.

Direktor
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Milan Kavčič l. r.

113.

Skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Celje, Laško, Mozirje Slov. Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah želi omogočiti svojim zavarovanim osebam, da uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva, ki jih nudi zdravstvena služba po sodobnih znanstveno- medicinskih metodah s sodobnimi sredstvi.

Predvsem želi vskladiti te pravice, zlasti pravico zavarovane osebe, ki jo predvideva 101. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, s stvarnimi, ekonomskimi možnostmi svojih skladov, z razvojem družbeno ekonomskih odnosov na svojem območju in precizneje določiti način, po katerem zavarovane osebe uveljavljajo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju zagotovljeno zdravstveno varstvo na račun skladov skupnosti.

Zato je po 102. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje, za občine Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah na zasedanju dne 9. marca 1963 na predlog upravnega odbora Komunalnega zavoda Celje sprejela

PRAVILNIK

s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah svoje pravice do zdravstvenega varstva.

1. poglavje

TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Pravilnik urejuje:

1. pogoje in način, kako uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo, ki jim je zagotovljeno in naštetu v 31. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju;

2. obseg in način povračila stroškov za zdravstveno varstvo, ki gre v breme sklada za zdravstveno zavarovanje skupnosti, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo predpisov tega pravilnika, pa ne gre za nujen primer;

3. pogoje, pod katerimi se zavarovani osebi povrnejo potni stroški;

4. pogoje, pod katerimi se podaljša izplačevanje nadomestila za nego obolelega člana družine.

2. člen

Pravico do zdravstvenega varstva po določitih tega pravilnika v breme sklada za zdravstveno zavarovanje tukajšnje skupnosti imajo pod pogoji in na način, ki je določen s tem pravilnikom, vse zavarovane osebe, ki jih našteva II. poglavje (členi 12-27) zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Po določitih tega pravilnika uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva tudi vojaške osebe oziroma uslužbenci organov za notranje zadeve, kolikor ne določajo drugače predpisi Državnega sekretariata za narodno obrambo in Državnega sekretariata za notranje zadeve, izdani po določbah 142. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

3. člen

Po določitih tega pravilnika uveljavijo pri tukajšnji skupnosti zavarovane osebe:

a) **Osnovno zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku na območju občine, ki so si ga izbrale kot izbranega zdravnika in ki opravlja splošno prakso pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

b) **Specialistično zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku-specialistu, h kateremu jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse in ki upravlja ustrezno specialistično dejavnost pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Celje. Izjemoma pa si lahko zavarovana oseba izbere brez napotnice najbližjega zdravnika-specialista: ginekologa, pediatra, stomatologa in okulista za predpis očal.

c) **Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih:** Praviloma v najbližjem ustreznem stacionarnem zavodu (bolnici) na območju Komunalnega zavoda Celje, v katerega jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse ali posamezni zdravnik-specialist ustrezne specialnosti.

č) **Zobozdravstveno varstvo:** Praviloma pri najbližjem zobozdravstvenem terapevtu na območju občine, ki so si ga izbrale in ki opravlja zobozdravstvene storitve pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

d) **Preventivno zdravstveno varstvo:** V smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju praviloma pri zdravniku, ki ga izbere zavarovana oseba po istih načelih kot zdravnika — posameznika (prvi odstavek tega člena).

4. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določitih tega pravilnika odloča pristojni organ komunalnega zavoda potem ko je obvezno dobil mnenje zdravniške komisije.

V primerih, ko komunalni zavod zavarovani osebi odklanja kakršnokoli pravico, ki jo uveljavlja po določitih tega pravilnika, mora izdati o zahtevku pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

V zadevah, ki niso urejene s tem pravilnikom, se uporabijo določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in listino o istovetnosti (osebna izkaznica).

Zavarovana oseba, ki išče zdravstveno pomoč brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, trpi sama stroške pregleda in zdravljenja, razen če gre za nujne primere, ki jih predvideva 17. člen splošnega zakona o organizaciji zdravstvene službe.

Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba, lahko pod pogoji tega pravilnika zahteva pri komunalnem zavodu povrnitev teh stroškov.

2. poglavje

PROSTA IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

6. člen

Svojo pravico, ki jo ima zavarovana oseba po 101. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, uveljavijo zavarovane osebe v breme sklada tukajšnje skupnosti na način, ki je predpisan v tem poglavju.

7. člen

Posameznega zdravnika splošne prakse izbere zavarovana oseba praviloma na območju občine, kjer ima svoje stalno bivališče, izmed zdravnikov splošne prakse, ki opravljajo ustrezno dejavnost v kateremkoli zdravstvenem zavodu na istem območju, pri čemer pa ima pravico do povračila potnih stroškov le pod pogoji 8. poglavja tega pravilnika.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki imajo lastno obratno ambulanto, pa izbere praviloma zdravnika v tej ambulanti kot izbranega zdravnika — posameznika splošne prakse. Drugim zavarovanim osebam pa lahko nudijo obratne ambulante zdravstveno varstvo le, če pri tem ne zanemarijo svoje osnovne preventivne dejavnosti.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblastile določenega zdravnika, pa izbere praviloma tega pooblaščenega zdravnika kot izbranega posameznega zdravnika splošne prakse.

8. člen

Delazmožnost zavarovancev se presoja po določitih 7. poglavja tega pravilnika.

Povračilo potnih stroškov do izbranega zdravnika splošne prakse, ki si ga je zavarovana oseba izbrala po določitih prejšnjega člena, ji gre le pod pogoji iz 39. člena tega pravilnika.

V kolikor si zavarovana oseba izbere posameznega zdravnika splošne prakse mimo določil prejšnjega člena, gre v breme sklada samo stroški za njeno zdravstveno varstvo, dočim trpi vse potne stroške s tem v zvezi sama.

9. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih k specialistu ustrezne specialnosti napoti izbrani zdravnik splošne prakse, to pa praviloma na območju komunalnega zavoda.

Stroške takega zdravstvenega varstva trpi sklad v celoti s potnimi stroški vred.

Kadar pa si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drugega zdravnika-specialista, pri katerem išče zdravstveno varstvo, gre v breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do najbližjega zdravnika ustrezne specialnosti oziroma do zdravnika-specialista, h kateremu je bila napotena.

10. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo zdravnika-specialista brez napotnice, namesto da bi iskala zdravstveno varstvo pri zdravniku-posamezniku splošne prakse, trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo v celoti, potne stroške pa mora trpeti v celoti zavarovana oseba sama.

11. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zdravstvenih zavodih uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih v ustreznem stacionarni zavod na območju komunalnega zavoda napoti izbrani zdravnik splošne prakse ali izbrani ali zaprošeni zdravnik-specialist ali zdravniška komisija.

Stroške takega zdravstvenega varstva, ki je bilo odredeno po prvem odstavku tega člena, trpi sklad v celoti, v teh primerih ima zavarovana oseba tudi pravico do potnih stroškov.

12. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zdravstveni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, gredo v breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do zdravstvenega zavoda, v katerega je bila napotena oziroma do najbližnjega zdravstvenega zavoda.

13. člen

Izbrani posamezni zdravnik splošne prakse se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenih razlogov pred potekom enega leta ne more menjati.

Če zavarovana oseba ni zadovoljna z načinom zdravljenja posameznega zdravnika splošne prakse ali z njegovim odnosom do bolnika ali nastopijo drugi razlogi, ki onemogočajo zavarovani osebi nadaljnje zdravljenje pri njem, ga lahko zamenja in si skladno z določili tega pravilnika izbere drugega.

Tak zahtevek stavi zaavrovana oseba predstojniku zdravstvenega zavoda, ki zadevo uredi, v spornem primeru pa ga predloži skupno s pismenim mnenjem prizadetega zdravnika in s svojim mnenjem zdravniški komisiji, ki da končno mnenje.

Določila tega člena se uporabljajo tudi za zdravnika specialista in stacionarni zavod.

14. člen

V kolikor zavarovane osebe, ki bodo prvič po uveljavitvi tega pravilnika uveljavljale zdravstveno varstvo, ne izberejo drugega zdravnika posameznika splošne prakse, velja načelo, da je zavarovana oseba že izbrala zdravnika posameznika splošne prakse takrat, ko je zadnjič uveljavila zdravstveno varstvo pri zdravniku splošne prakse, ki je zabeležen v zdravstveni izkaznici.

3. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V AMBULANTI — POLIKLINIČNIH ZAVODIH

15. člen

Zdravstveno varstvo v ambulantno-polikliničnih zavodih uveljavijo zavarovane osebe kot osnovno zdravstveno varstvo, kot specialistično zdravstveno varstvo, kot zobozdravstveno varstvo in kot pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Vse te oblike zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe pri zdravniku posamezniku ali terapevtu — posamezniku, ki so si ga izbrale po določilih 2. poglavja tega pravilnika in ki delajo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah, pomožnih zdravstvenih postajah, obratnih ambulantah, zobnih ambulantah, dispanzerjih, šolskih poliklinikah in sličnih organizacijskih enotah javne zdravstvene službe, ki nudijo državljanom to vrsto zdravstvenega varstva.

16. člen

Zdravstveno varstvo v ambulantno-polikliničnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe praviloma pri posameznem zdravniku splošne prakse, pri zobozdravstvenem terapevtu, zdravniku v ustreznem dispanzerju

in pri zdravniku specialistu-pediatru, ginekologu in okulistu za predpis očal.

Po določitih prvega odstavka tega člena izbrani zdravnik opravlja splošno zdravstveno varstvo v obsegu in na način, ki je predviden v pravilih statuta ali pravilnikih dotičnega zdravstvenega zavoda, mora pa napotiti zavarovano osebo v višje organiziran zdravstveni zavod, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

17. člen

Specialistično-zdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba bodisi tako, da jo k zdravniku-specialistu napoti zdravnik splošne prakse, bodisi tako, da si po določitih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika specialista ustrezne specialnosti.

Zaprošeni ali izbrani zdravnik specialist se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenega razloga na enak način kot ga predvideva 13. člen tega pravilnika ne more zamenjati pred končanim zdravljenjem.

18. člen

Zaprošeni zdravnik-specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in preglede, za katere je zaprošen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki ji je nudila zdravstveno varstvo, naroči na ponovne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak kontrolni pregled za nujen.

19. člen

Osnovne evidence in dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, ki iščejo zdravstveno varstvo, mora imeti in voditi posamezni izbrani zdravnik v obsegu in na način, ki je predviden z ustreznimi predpisi.

Zdravnik-specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil na prošnjo izbranega zdravnika ali na lastno pobudo zavarovane osebe obvestiti zdravnika splošne prakse o izvidih in načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa zdravniku splošne prakse poslati dokumentacijo.

Kadarkoli zavarovana oseba izbere drugega zdravnika splošne prakse ali specialista, mora prejšnji poslati na zahtevo novoizbranega vso potrebno dokumentacijo za zavarovano osebo.

20. člen

Ko nudijo zdravstveno varstvo po določitih tega pravilnika, razen v nujnih primerih — vsi zdravstveni delavci naj dajo — prednost temle kategorijam zavarovanih oseb in v temle vrstnem redu:

1. zavarovancem, ki na dan, ko iščejo zdravstveno varstvo sicer redno delajo in pridejo samo med rednim delovnim časom po ustrezno zdravniško pomoč; za take primere lahko posamezni zdravstveni zavod tudi določi čas, ko bo take zavarovance sprejemal;

2. zavarovanci, ki so sicer v staležu bolnih in ta dan iščejo zdravstveno varstvo, med njimi naj se da prednost tistim, ki so prišli iz drugega kraja;

3. ostale zavarovane osebe.

4. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V STACIONARNIH ZAVODIH

21. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih uveljavijo zavarovane osebe kot posebno obliko zdravstvenega varstva v tistih zavodih, ki dajejo bolnikom zdravstveno pomoč in oskrbo pod stalnim zdravstvenim nadzorom in to v bolnicah (splošnih, specialnih), klinikah, zdraviliščih in drugih zdravstvenih zavodih, ki so ustrezno organizirani.

Zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo v teh zavodih praviloma na območju komunalnega zavoda in to v onih, v katere jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse oziroma specialist ustrezne specialnosti, ali v onih, ki so si jih same izbrale po določilih 2. poglavja tega pravilnika.

22. člen

Če zavarovano osebo napoti v stacionarni zavod zdravnik splošne prakse ali specialist ali drug stacionarni zavod ali zdravniška komisija, grede stroški takega zdravljenja s potnimi stroški vred v breme sklada.

23. člen

Kadar si je pa zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, ne pa tistega, v katerega je bila napotena, trpi sklad stroške takega zdravljenja v celoti.

V primerih iz prejšnjega odstavka tega člena grede zavarovani osebi potni stroški samo do stacionarnega zavoda, v katerega je bila napotena, razliko pa trpi sama.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo je stacionarni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki ji je nudil zdravstveno varstvo, naročil na ponovne kontrolne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik-posameznik tak pregled za nujen.

24. člen

Zdravstveno varstvo v zdraviliščih uveljavijo v celoti v breme sklada za zdravstveno zavarovanje:

1. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotil v skladu z načeli, ki jih predvideva pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih (Uradni list FLRJ, št. 10-79/55) ustrezní oddelek bolnice neposredno po zdravljenju v bolnici in smatra, da je to nujno potrebno, bodisi za zdravljenje, bodisi za to, da se povrne delazmožnost;

2. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotila po načelih istega pravilnika zdravniška komisija komunalnega zavoda na predlog izbranega zdravnika, kadar je smatrala, da je tako zdravljenje potrebno, bodisi za ozdravljenje, bodisi, da se povrne delazmožnost.

Tako odrejeno zdravljenje ne more trajati v breme sklada dalj kot 28 koledarskih dni, izjemno pa ga lahko komunalni zavod z odločbo svojega pristojnega organa podaljša, potem ko si je pribavil mnenje zdravniške komisije, vendar ne več kot za nadaljnjih 28 dni.

Predlog za tako podaljšanje mora staviti bodisi zdravilišče, bodisi izbrani zdravnik vsaj 8 dni pred iztekom roka neposredno pri zdravniški komisiji.

Medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe lahko stacionarni zavod podaljša, dokler je to potrebno.

V primerih, ko uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo po določilih tega člena, ji grede tudi potni stroški po določilih 8. poglavja tega pravilnika.

5. poglavje

UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

25. člen

Vsak posamezni zdravnik splošne prakse vodi takšne evidence in ima tak način dela, da ima stalen pregled nad zdravstvenim stanjem vseh zavarovanih oseb, za katere je izbrani zdravnik v smislu tega pravilnika, za aktivne zavarovance pa tudi pregled o njihovi delazmožnosti glede na delo, ki ga dejansko opravljajo.

Prav tako opravi zdravnik splošne prakse vse kontrolne preglede, ki jih priporočajo v okviru svoje dejavnosti zdravniki-specialisti ali stacionarni zavodi.

26. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju

uveljavijo zavarovane osebe po določilih 3. poglavja tega pravilnika, bodisi pri posameznih zdravnikih splošne prakse, bodisi v posvetovalnicah, bodisi v dispanserjih, pri vsakem v okviru njegove redne dejavnosti.

27. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti bodisi po zveznih, bodisi po republiških, bodisi po občinskih predpisih in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvideva zakon o zdravstvenem zavarovanju, ne grede v breme sklada, čeprav gre za osebe, ki sicer uživajo zdravstveno varstvo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju.

28. člen

Glede zdravstvenega varstva, ki ga uveljavijo zavarovane osebe s tem, da dobijo ustrezna zdravila, babiško pomoč, zobotehnično pomoč, proteze in ortopedske pripomočke, veljajo izključno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in ni niti obseg niti način njihovega uveljavljanja s tem pravilnikom zožen ali razširjen.

6. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO, ČE ZAVAROVANA OSEBA PREBIVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

29. člen

Skladno s 151. členom zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, ki predpisuje, da pripada prispevek skladu skupnosti, na katerem območju se opravlja dejavnost, iz katere izvira obveznost izplačevanja, grede v breme sklada tukajšnje skupnosti tudi stroški zdravstvenega varstva za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, za katere se prispevek plačuje tukajšnjemu skladu skupnosti in ki so redno na tem območju prijavljeni v zavarovanje.

Pri tukajšnji skupnosti tako zavarovana oseba, ki ima svoje stalno prebivališče izven območja te skupnosti, lahko uveljavlja zdravstveno varstvo na račun tukajšnjega sklada v obsegu in način, ki ga predvideva ustrezní pravilnik skupnosti socialnega zavarovanja v kraju njenega stalnega prebivališča.

30. člen

Na ta način uveljavljeno zdravstveno varstvo plača sklad tukajšnje skupnosti v celoti direktno zdravstvenemu zavodu, ki ga je nudil.

31. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki samo začasno prebiva izven njenega območja, (službena potovanja, zasebna potovanja, dopusti in slično) lahko uveljavi pri kateremkoli zunanjem zdravstvenem zavodu na račun skupnosti samo najnujnejšo zdravstveno pomoč.

Obseg in način te pomoči določi zdravstveni zavod, ki jo je dal.

Če je v takih primerih nujno potrebno zdravljenje v bolnici, trpi stroške takega zdravljenja do 3 mesecev tukajšnji sklad. Če pa traja zdravljenje v bolnici dalj kot 3 mesece, trpi sklad od prvega dne četrtega meseca dalje samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje na območju tukajšnje skupnosti.

To določilo pa velja le, če premestitev zavarovane osebe ne bi škodovalo njenemu zdravljenju.

32. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, jih plača direktno zdravstvenemu zavodu, ki je varstvo nudil.

33. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstvenemu zavodu, ki ji je pomoč nudil, povrne sklad zavarovani osebi te stroške na način, ki je predviden v 48. členu tega pravilnika.

34. člen

Aktivni zavarovanec, ki začasno biva ločeno od svoje družine zato, ker je zaposlen v drugem kraju, pa je za delo nezmožen, se lahko zdravi na svojem domu le, če mu tako zdravljenje dovoli izbrani zdravnik posameznik.

Zavarovanec v takem primeru nima pravice do povračila potnih stroškov.

Komunalni zavod pa lahko s svojo odločbo odobri povračilo potnih stroškov, če zdravniška komisija smatra, da je z ozirom na zdravstveno stanje zavarovanca tak način zdravljenja nujno potreben (domača nega, hrana, stanovanje in slično).

7. poglavje

ZDRAVSTVENI ZAVODI IN ZDRAVNIKI, KI OCENJUJEJO DELAZMOŽNOST

35. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja samo posamezni zdravnik splošne prakse, ki si ga je zavarovanec izbral kot izbranega zdravnika po določilih tega pravilnika in ki opravlja splošno prakso, pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

Ta zdravnik pa mora takoj obvestiti o delazmožnosti zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki imajo lastno obratno ambulanto, zdravnika, ki dela v tej ambulanti, oz. če gre za delanezmožnost zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblastile določenega zdravnika, pa tega zdravnika.

36. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju občine Celje, presoja obratne ambulante za svojo gospodarsko organizacijo, če pri njej obstojajo, za vse druge organizacije pa oddelek za medicino dela pri Zdravstvenem domu Celje.

V vseh ostalih občinah skupnosti pa presoja delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti, obratna ambulanta za svojo organizacijo, če pri njej obstoja, sicer pa tisti zdravnik splošne prakse, ki ga za to pooblasti bodisi organizacija, bodisi upravnik občinskega zdravstvenega doma.

Stroške za pregled po določilih tega člena trpi sklad le, če je pregledana oseba zavarovana oseba.

37. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja po določilih 7. poglavja zakona o zdravstvenem zavarovanju (101. do 119. člen) tudi zdravniška komisija oziroma komisija zdravniških izvedencev.

8. poglavje

POTNI STROŠKI

38. člen

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

1. povračilo prevoznih stroškov,
2. povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

39. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k najbližjemu zdravniku ali v najbližji zdravstveni zavod, v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov; v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 5 km.

40. člen

Zavarovana oseba si lahko po določilih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika splošne prakse kot izbranega zdravnika, vendar ji gredo potni stroški za prvi pregled in za vse kasnejše preglede in storitve, pri tem izbranem zdravniku pa le po določilih 39. člena tega pravilnika.

41. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določilih tega pravilnika, ji gre praviloma povračilo prevoznih stroškov za potovanje z najhitrejšim in najcenejšim prevoznim sredstvom (vlak, avtobus).

Za prevoz z vlakom se prizna zavarovani osebi načeloma stroške za II. razred potniškega vlaka, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 100 km, se ji priznajo potni stroški za I. razred potniškega vlaka ali ladje, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 250 km, pa stroški za I. razred brzovlaka oziroma ladje.

42. člen

Izjemoma lahko zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljeno.

V primerih iz prvega odstavka tega člena gredo zavarovani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno v napotnici oziroma potnemu nalogu.

Vendar pa ni mogoče odrediti prevoza z rešilnim avtom v breme sklada skupnosti na relaciji, ki je daljša od 100 km, če tega predhodno ne oceni zdravniška komisija tukajšnjega zavoda, v nujnih primerih pa posamezni zdravnik.

43. člen

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

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

To svojo odsotnost pa mora zavarovana oseba, ko stavi zahtevek za povračilo, dokumentirati z ustreznim potrdilom zdravstvenega zavoda, zavod za socialno zavarovanje pa odredi povračilo, upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

Skupščina komunalne skupnosti pa lahko v sklepu, s katerim odredi višino dnevnic, določi tudi zvišano dnevnic za primere, ko mora zavarovanec v kraju, kamor je poslan, prenočiti izven stacionarnega zavoda.

Za otroke do dopolnjenega 7. leta starosti, gre polovica zneskov, ki jih dobijo kot dnevnic odrasle zavarovane osebe.

44. člen

Prevozi zavarovanih oseb z rešilnimi avtomobili gredo v breme sklada le v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe tak način prevoza nujno potreben.

Način prevoza v smislu prvega odstavka tega člena presoja in odreja:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik;

2. iz bolnice — predstojnik ustreznega oddelka;

3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnico, pa tak prevoz ni bil predhodno odrejen, lahko tak prevoz v breme sklada naknadno odobri predstojnik ustreznega oddelka.

Pri odrejanju prevozov z rešilnimi avtomobili je — razen v nujnih primerih — prvenstveno odrediti prevoze z rešilnimi avtomobili teritorialno pristojne rešilne postaje.

45. člen

Zavarovane osebe tudi nimajo pravico do potnih stroškov, kadar jih zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki jim je nudil zdravstveno pomoč, naroči na kontrolne preglede, ali če sami želijo konsiliarne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak pregled za nujen.

9. poglavje

NEGA OBOLELEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

46. člen

Po določilih 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju gre zavarovancem nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolelega ožjega družinskega člana največ za 15 dni, če oboleli družinski član še ni star 15 let in največ do 7 dni, če je ta star nad 15 let, ali če gre za negovanje žene ob porodu.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka ob negi žene ob porodu ima zavarovanec le, če žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

Izjemoma se v prvem odstavku tega člena določeni čas lahko podaljša do največ 30 dni. O takem podaljšanju in o pravici do nadomestila osebnega dohodka odloči pristojni organ zavoda s svojo odločbo na predlog posameznega zdravnika potem ko da zdravniška komisija o zadevi svoje mnenje.

Nadomestilo osebnega dohodka se v teh izjemnih primerih obračunava na enak način kot za dneve, ko gre redno nadomestilo osebnega dohodka po zakonu o zdravstvenem zavarovanju.

10. poglavje

POSTOPEK IN NAČIN PRI POVRAČILU STROŠKOV ZAVAROVANIM OSEBAM

47. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so predvidene s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme sklada, plača stroške komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja, v imenu skupnosti, direktno zdravstvenemu zavodu, ki je ustrezno obliko varstva nudil.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplača v teh primerih zavarovani osebi tudi potne stroške in nadomestila na način, ki je predviden v zakonu o zdravstvenem zavarovanju (zlasti v 120. do 131. členu) in v zakonu o organizaciji in finansiranju socialnega zavarovanja.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplačuje denarne datjave na podlagi predloženih dokazov brez formalne odločbe, kadar pa pravico do datjave odklanja, izda zavarovani osebi pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

48. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstvenemu zavodu zdravstveno varstvo, ki bi ji po določilih tega pravilnika sicer šlo, ima pravico do

povračila, o katerem odloča komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja v imenu skupnosti.

V teh primerih izplača komunalni zavod za socialno zavarovanje zavarovani osebi povračila na podlagi predloženih dokazil brez formalne odločbe, kadar pa pravico do datjave odklanja, izda zavarovani osebi pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

49. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavijo vse pravice do povračil, ki jim gredo po tem pravilniku v roku enega leta potem, ko so zdravstveno storitev plačale oziroma ko so utpele kakršenkoli izdatek v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo.

11. poglavje

KONČNE DOLOČBE

50. člen

Ta pravilnik bo zavod razmnožil v potrebnem številu izvodov, da bo na razpolago zavarovanim osebam.

51. člen

Zdravniška komisija pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje je pooblaščen, da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki bi nastali v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

52. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje, uporablja se pa od 1. januarja 1963.

Št. 01-245/1963-S/6

Celje, dne 9. marca 1963

Direktor Komunalnega zavoda Predsednik skupščine
za socialno zavarovanje Celje Milan Kavčič l. r.
Milan Loštrk l. r.

114.

Po 4. točki 21. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list FLRJ, št. 22-269/62) je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Šoštanj na zasedanju dne 11. marca 1963 sprejela

SKLEP

o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju.

1.

Potrdi se zaključni račun bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje za leto 1962, ki izkazuje:

skupnih dohodkov	3.559.088,480 din
skupnih izdatkov	3.567.971.590 din
presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj)	8.883.110 din

2.

Presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj) v znesku 8.883.110 din se krije iz nerazporejenih presežkov bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje po zaključnem računu za leto 1954, ki znaša 9.162.329 din

118.

Skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Šoštanj želi omogočiti svojim zavarovanim osebam, da uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva, ki jih nudi zdravstvena služba po sodobnih znanstvenih medicinskih metodah s sodobnimi sredstvi.

Predvsem želi vskladiti te pravice, zlasti pravico zavarovane osebe, ki jo predvideva 101. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, s stvarnimi, ekonomskimi možnostmi svojih skladov, z razvojem družbeno ekonomskih odnosov na svojem območju in precizneje določiti način, po katerem zavarovane osebe uveljavljajo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju zagotovljeno zdravstveno varstvo na račun skladov skupnosti.

Zato je po 102. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Šoštanj na zasedanju dne 11. marca 1963 na predlog upravnega odbora Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Celje sprejela

PRAVILNIK

s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Šoštanj svoje pravice do zdravstvenega varstva.

I. poglavje**TEMELJNE DOLOČBE****1. člen**

Pravilnik urejuje:

1. pogoje in način, kako uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo, ki jim je zagotovljeno in naštetu v 31. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju;

2. obseg in način povračila stroškov za zdravstveno varstvo, ki gre v breme sklada za zdravstveno zavarovanje skupnosti, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo predpisov tega pravilnika, pa ne gre za nujen primer;

3. pogoje, pod katerimi se zavarovani osebi povrnejo potni stroški;

4. pogoje, pod katerimi se podaljša izplačevanje nadomestila za nego obolelega člana družine.

2. člen

Pravico do zdravstvenega varstva po določitih tega pravilnika v breme sklada za zdravstveno zavarovanje tukajšnje skupnosti imajo pod pogoji in na način, ki je določen s tem pravilnikom, vse zavarovane osebe, ki jih našteva II. poglavje (členi 12-27) zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Po določitih tega pravilnika uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva tudi vojaške osebe oziroma uslužbenci organov za notranje zadeve, kolikor ne določajo drugače predpisi Državnega sekretariata za narodno obrambo in Državnega sekretariata za notranje zadeve izdani po določbah 142. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

3. člen

Po določitih tega pravilnika uveljavijo pri tukajšnji skupnosti zavarovane osebe:

a) **Osnovno zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku na območju občine, ki so si ga izbrale kot izbranega zdravnika in ki opravlja splošno prakso pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

b) **Specialistično zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku-specialistu, h kateremu jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse in ki upravlja ustrezno specialistično dejavnost pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje

Celje. Izjemoma pa si lahko zavarovana oseba izbere brez napotnice najbližjega zdravnika-specialista: ginekologa, pediatra, stomatologa in okulista za predpis očal.

c) **Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih:** Praviloma v najbližjem ustreznem stacionarnem zavodu (bolnici) na območju komunalnega zavoda ali na območju sosednje občine Slovenj Gradec, v katerega jih je poslal z napotnico posamezen zdravnik splošne prakse ali posamezen zdravnik — specialist ustrezne specialnosti.

č) **Zobozdravstveno varstvo:** Praviloma pri najbližjem zobozdravstvenem terapevtu na območju občine, ki so si ga izbrale in ki opravlja zobozdravstvene storitve pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

d) **Preventivno zdravstveno varstvo:** V smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju praviloma pri zdravniku, ki ga izbere zavarovana oseba po istih načelih kot zdravnika — posameznika (prvi odstavek tega člena).

4. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določitih tega pravilnika odloča pristojni organ komunalnega zavoda potem ko je obvezno dobil mnenje zdravniške komisije.

V primerih, ko komunalni zavod zavarovani osebi odklanja kakršnokoli pravico, ki jo uveljavlja po določitih tega pravilnika, mora izdati o zahtevku pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

V zadevah, ki niso urejene s tem pravilnikom, se uporabijo določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in listino o istovetnosti (osebna izkaznica).

Zavarovana oseba, ki išče zdravstveno pomoč brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, trpi sama stroške pregleda in zdravljenja, razen če gre za nujne primere, ki jih predvideva 17. člen splošnega zakona o organizaciji zdravstvene službe.

Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba, lahko pod pogoji tega pravilnika zahteva pri komunalnem zavodu povrnitev teh stroškov.

2. poglavje**PROSTA IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA****6. člen**

Svojo pravico, ki jo ima zavarovana oseba po 101. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, uveljavijo zavarovane osebe v breme sklada tukajšnje skupnosti na način, ki je predpisan v tem poglavju.

7. člen

Posameznega zdravnika splošne prakse izbere zavarovana oseba praviloma na območju občine, kjer ima svoje stalno bivališče, izmed zdravnikov splošne prakse, ki opravljajo ustrezno dejavnost v kateremkoli zdravstvenem zavodu na istem območju, pri čemer pa ima pravico do povračila potnih stroškov le pod pogoji 8. poglavja tega pravilnika.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki imajo lastno obratno ambulanto, pa izbere praviloma zdravnika v tej ambulanti kot izbranega zdravnika — posameznika splošne prakse. Drugim zavarovanim osebam pa lahko nudijo varstvo le, če pri tem ne zanemarijo osnovne preventivne dejavnosti.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom poobla-

stile določenega zdravnika, pa izbere praviloma tega pooblaščenega zdravnika kot izbranega posameznega zdravnika splošne prakse.

8. člen

Delazmožnost zavarovancev se presoja po določilih 7. poglavja tega pravilnika.

Povračilo potnih stroškov do izbranega zdravnika splošne prakse, ki si ga je zavarovana oseba izbrala po določitih prejšnjega člena, ji gre le pod pogoji iz 39. člena tega pravilnika.

V kolikor si zavarovana oseba izbere posameznega zdravnika splošne prakse mimo določil prejšnjega člena, gredo v breme sklada samo stroški za njeno zdravstveno varstvo, dočim tpi vse potne stroške s tem v zvezi sama.

9. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih k specialistu ustrezne specialnosti napoti izbrani zdravnik splošne prakse, to pa praviloma na območju komunalnega zavoda ali pa za sosednje občine Slovenj Gradec.

Stroške takega zdravstvenega varstva trpi sklad v celoti s potnimi stroški vred.

Kadar pa si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drugega zdravnika-specialista, pri katerem išče zdravstveno varstvo, gredo v breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do najbližjega zdravnika ustrezne specialnosti oziroma do zdravnika-specialista, h kateremu je bila napotena.

10. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo zdravnika-specialista brez napotnice, namesto da bi iskala zdravstveno varstvo pri zdravniku-posamezniku splošne prakse, trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo v celoti, potne stroške pa mora trpeti v celoti zavarovana oseba sama.

11. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zdravstvenih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih v ustrezni stacionarni zavod, bodisi na območju komunalnega zavoda ali pa sosednje občine Slovenj Gradec, napoti izbrani zdravnik splošne prakse ali izbrani ali zaprošeni zdravnik — specialist ali zdravniška komisija.

Stroške takega zdravstvenega varstva, ki je bilo odrejeno po prvem odstavku tega člena, trpi sklad v celoti, v teh primerih ima zavarovana oseba tudi pravico do potnih stroškov.

12. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zdravstveni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, gredo v breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do zdravstvenega zavoda, v katerega je bila napotena oziroma do najbližnjega zdravstvenega zavoda.

13. člen

Izbrani posamezni zdravnik splošne prakse se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenih razlogov pred potekom enega leta ne more menjati.

Če zavarovana oseba ni zadovoljna z načinom zdravljenja posameznega zdravnika splošne prakse ali z njegovim odnosom do bolnika ali nastopijo drugi razlogi, ki onemogočajo zavarovani osebi nadaljnje zdravljenje pri njem, ga lahko zamenja in si skladno z določili tega pravilnika izbere drugega.

Tak zahtevek stavi zavarovana oseba predstojniku zdravstvenega zavoda, ki zadevo uredi, v spornem primeru pa ga predloži skupno s pismenim mnenjem prizadetega zdravnika in s svojim mnenjem zdravniški komisiji, ki da končno mnenje.

Določila tega člena se uporabljajo tudi za zdravnika specialista in stacionarni zavod.

14. člen

V kolikor zavarovane osebe, ki bodo prvič po uveljavitvi tega pravilnika uveljavljale zdravstveno varstvo, ne izberejo drugega zdravnika posameznika splošne prakse, velja načelo, da jo zavarovana oseba že izbrala zdravnika posameznika splošne prakse takrat, ko je zadnjič uveljavila zdravstveno varstvo pri zdravniku splošne prakse, ki je zabeležen v zdravstveni izkaznici.

3. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V AMBULANTI — POLIKLINIČNIH ZAVODIH

15. člen

Zdravstveno varstvo v ambulantno-polikliničnih zavodih uveljavijo zavarovane osebe kot osnovno zdravstveno varstvo, kot specialistično zdravstveno varstvo kot zobozdravstveno varstvo in kot pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Vse te oblike zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe pri zdravniku posamezniku ali terapevtu — posamezniku, ki so si ga izbrale po določitih 2. poglavja tega pravilnika in ki delajo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah, pomožnih zdravstvenih postajah, obratnih ambulantah, zobnih ambulantah, dispanzerjih, šolskih poliklinikah in sličnih organizacijskih enotah javne zdravstvene službe, ki nudijo državljanom to vrsto zdravstvenega varstva.

16. člen

Zdravstveno varstvo v ambulantno-polikliničnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe praviloma pri posameznem zdravniku splošne prakse, pri zobozdravstvenem terapevtu, zdravniku v ustreznem dispanzerju in pri zdravniku specialistu-pediatru, ginekologu in okulistu za predpis očal.

Po določitih prvega odstavka tega člena izbrani zdravnik opravlja splošno zdravstveno varstvo v obsegu in na način, ki je predviden v pravilih, statutu ali pravilnikih dotičnega zdravstvenega zavoda, mora pa napotiti zavarovano osebo v višje organiziran zdravstveni zavod, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

17. člen

Specialistično-zdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba bodisi tako, da jo k zdravniku-specialistu napoti zdravnik splošne prakse, bodisi tako, da si po določitih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika specialista ustrezne specialnosti.

Zaprošeni ali izbrani zdravnik specialist se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenega razloga na enak način kot ga predvideva 13. člen tega pravilnika ne more zamenjati pred končanim zdravljenjem.

18. člen

Zaprošeni zdravnik-specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in preglede, za katere je zaprošen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar je zdravstveni zavod izven območja skupnosti ali sosednje občine Slovenj Gradec, ki ji je nudil zdravstveno varstvo, naroči na ponovne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak kontrolni pregled za nujen.

19. člen

Osnovne evidence in dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, ki iščejo zdravstveno varstvo, mora imeti in voditi posamezni izbrani zdravnik v obsegu in na način, ki je predviden v ustreznimi predpisi.

Zdravnik-specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil na prošnjo izbranega zdravnika ali na lastno pobudo zavarovane osebe obvestiti zdravnika splošne prakse o izvidih in načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa zdravniku splošne prakse poslati dokumentacijo.

Kadarkoli zavarovana oseba izbere drugega zdravnika splošne prakse ali specialista, mora prejšnji poslati na zahtevo novoizbranega vso potrebno dokumentacijo za zavarovano osebo.

20. člen

Ko nudijo zdravstveno varstvo po določilih tega pravilnika, naj dajo — razen v nujnih primerih — vsi zdravstveni delavci prednost temle kategorijam zavarovanih oseb in v temle vrstnem redu:

1. zavarovancem, ki na dan, ko iščejo zdravstveno varstvo sicer redno delajo in pridejo samo med rednim delovnim časom po ustrezno zdravniško pomoč; za take primere lahko posamezni zdravstveni zavod tudi določi čas, ko bo take zavarovance sprejemal;

2. zavarovanci, ki so sicer v staležu bolnih in ta dan iščejo zdravstveno varstvo, med njimi naj se da prednost tistim, ki so prišli iz drugega kraja;

3. ostale zavarovane osebe.

4. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V STACIONARNIH ZAVODIH

21. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih uveljavijo zavarovane osebe kot posebno obliko zdravstvenega varstva v tistih zavodih, ki dajejo bolnikom zdravstveno pomoč in oskrbo pod stalnim zdravstvenim nadzorom in to v bolnicah (splošnih, specialnih), klinikah, zdraviliščih in drugih zdravstvenih zavodih, ki so ustrezno organizirani.

Zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo v teh zavodih praviloma na območju komunalnega zavoda in v sosedni občini Slovenj Gradec in to v onih, v katere jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse oziroma specialist ustrezne specialnosti ali v onih, ki so si jih same izbrale po določilih 2. poglavja tega pravilnika.

22. člen

Če zavarovane osebe napoti v stacionarni zavod zdravnik splošne prakse ali specialist ali drug stacionarni zavod ali zdravniška komisija, grede stroški takega zdravljenja s potnimi stroški vred v breme sklada.

23. člen

Kadar si je pa zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, ne pa tistega, v katerega je bila napotena, trpi sklad stroške takega zdravljenja v celoti.

V primerih iz prejšnjega odstavka tega člena grede zavarovani osebi potni stroški samo do stacionarnega zavoda, v katerega je bila napotena, razliko pa trpi sama.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo je stacionarni zavod izven območja komunalnega zavoda ali sosednje občine Slovenj Gradec, ki ji je nudil zdravstveno varstvo, naročil na ponovne kontrolne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik — posameznik tak pregled za nujen.

24. člen

Zdravstveno varstvo v zdraviliščih uveljavijo v celoti v breme sklada za zdravstveno zavarovanje:

1. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotil v skladu z načeli, ki jih predvideva pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje v na-

ravnih zdraviliščih (Uradni list FLRJ, št. 10-79/55) ustreznemu oddelku bolnice neposredno po ozdravljenju v bolnici in smatra, da je to nujno potrebno bodisi za ozdravljenje, bodisi za to, da se povrne delazmožnost;

2. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotila po načelih istega pravilnika zdravniška komisija komunalnega zavoda na predlog izbranega zdravnika, kadar je smatrala, da je tako zdravljenje potrebno, bodisi za ozdravljenje, bodisi, da se povrne delazmožnost.

Tako odrejeno zdravljenje ne more trajati v breme sklada dalj kot 28 koledarskih dni, izjemno pa ga lahko komunalni zavod z odločbo svojega pristojnega organa podaljša, potem ko je dobil mnenje zdravniške komisije, vendar ne več kot za nadaljnjih 28 dni.

Predlog za tako podaljšanje mora staviti bodisi zdravilišče, bodisi izbrani zdravnik vsaj 8 dni pred iztekom roka neposredno pri zdravniški komisiji.

Medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe lahko stacionarni zavod podaljša, dokler je to potrebno.

V primerih, ko uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo po določilih tega člena, ji grede tudi potni stroški po določilih 8. poglavja tega pravilnika.

5. poglavje

UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

25. člen

Vsak posamezni zdravnik splošne prakse vodi takšne evidence in ima tak način dela, da ima stalen pregled nad zdravstvenim stanjem vseh zavarovanih oseb, za katere je izbrani zdravnik v smislu tega pravilnika, za aktivne zavarovance pa tudi pregled o njihovi delazmožnosti glede na delo, ki ga dejansko opravljajo.

Prav tako opravi zdravnik splošne prakse vse kontrolne preglede, ki jih priporočajo v okviru svoje dejavnosti zdravniki-specialisti ali stacionarni zavodi.

26. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju uveljavijo zavarovane osebe po določilih 3. poglavja tega pravilnika, bodisi pri posameznih zdravnikih splošne prakse, bodisi v posvetovalnicah, bodisi v dispanserjih, pri vsakem v okviru njegove redne dejavnosti.

27. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti bodisi po zveznih, bodisi po republiških, bodisi po občinskih predpisih in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvideva zakon o zdravstvenem zavarovanju, ne grede v breme sklada, čeprav gre za osebe, ki sicer uživajo zdravstveno varstvo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju.

28. člen

Glede zdravstvenega varstva, ki ga uveljavijo zavarovane osebe s tem, da dobijo ustrezna zdravila, babiško pomoč, zobotehnično pomoč, proteze in ortopedske pripomočke, veljajo izključno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in ni niti obseg niti način njihovega uveljavljanja s tem pravilnikom zožen ali razširjen.

6. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO, ČE ZAVAROVANA OSEBA PREBIVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

29. člen

Skladno s 151. členom zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, ki predpisuje, da

pripada prispevek skladu skupnosti, na katere območju se opravlja dejavnost, iz katere izvira obveznost izplačevanja, gredo v breme sklada tukajšnje skupnosti tudi stroški zdravstvenega varstva za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, za katere se prispevek plačuje tukajšnjemu skladu skupnosti in ki so redno na tem območju prijavljeni v zavarovanje.

Pri tukajšnji skupnosti tako zavarovana oseba, ki ima svoje stalno prebivališče izven območja te skupnosti, lahko uveljavlja zdravstveno varstvo na račun tukajšnjega sklada v obsegu in način, ki ga predvideva ustrezni pravilnik skupnosti socialnega zavarovanja v kraju njenega stalnega prebivališča.

30. člen

Na ta način uveljavljeno zdravstveno varstvo plača sklad tukajšnje skupnosti v celoti direktno zdravstvenemu zavodu, ki ga je nudil.

31. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki samo začasno prebiva izven njenega območja, (službena potovanja, dopusti in slično) lahko uveljavi pri kateremkoli zunanjem zdravstvenem zavodu na račun skupnosti samo najnujnejšo zdravstveno pomoč.

Obseg in način te pomoči določi zdravstveni zavod, ki jo je dal.

Če je v takih primerih nujno potrebno zdravljenje v bolnici, trpi stroške takega zdravljenja do 3 mesecev tukajšnji sklad. Če pa traja zdravljenje v bolnici dalj kot 3 mesece, trpi sklad od prvega dne četrtega meseca dalje samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje na območju tukajšnje skupnosti.

To določilo pa velja le, če premostitev zavarovane osebe ne bi škodovala njenemu zdravljenju.

32. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, jih plača direktno zdravstvenemu zavodu, ki je varstvo nudil.

33. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstvenemu zavodu, ki ji je pomoč nudil, povrne sklad zavarovani osebi te stroške na način, ki je predviden v 48. členu tega pravilnika.

34. člen

Aktivni zavarovanec, ki začasno biva ločeno od svoje družine zato, ker je zaposlen v drugem kraju, pa je za delo nezmožen, se lahko zdravi na svojem domu le, če mu tako zdravljenje dovoli izbrani zdravnik posameznik.

Zavarovanec v takem primeru nima pravice do povračila potnih stroškov.

Komunalni zavod pa lahko s svojo odločbo odobri povračilo potnih stroškov, če zdravniška komisija smatra, da je z ozirom na zdravstveno stanje zavarovanca tak način zdravljenja nujno potreben (domača nega, hrana, stanovanje in slično).

7. poglavje

ZDRAVSTVENI ZAVODI IN ZDRAVNIKI, KI OCENJUJEJO DELAZMOŽNOST

35. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja samo posamezni zdravnik splošne prakse, ki si ga je zavarovanec izbral kot izbranega zdravnika po določilih tega pravilnika in ki opravlja splošno prakso, pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

Ta zdravnik pa mora takoj obvestiti o delazmožnosti zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki

imajo lastno obratno ambulanto, zdravnika, ki dela v ambulanti, oziroma če gre za delazmožnost zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblastile določenega zdravnika, pa tega zdravnika.

36. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju tukajšnje skupnosti, presoja obratne ambulante za svojo gospodarsko organizacijo, če pri njej obstojajo, sicer pa tisti zdravnik splošne prakse, ki ga za to pooblasti bodisi gospodarska organizacija, bodisi upravnik občinskega zdravstvenega doma.

Stroške za pregled po določilih tega člena trpi sklad le, če je pregledana oseba zavarovana oseba.

37. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja po določilih 7. poglavja zakona o zdravstvenem zavarovanju (101. do 119. člen) tudi zdravniška komisija oziroma komisija zdravniških izvedencev.

8. poglavje

POTNI STROŠKI

38. člen

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

1. povračilo prevoznih stroškov,
2. povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju.

39. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k najbližjemu zdravniku ali v najbližji zdravstveni zavod, v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov; v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 5 km.

40. člen

Zavarovana oseba si lahko po določilih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika splošne prakse kot izbranega zdravnika, vendar ji gredo potni stroški za vse kasnejše preglede in storitve, pri tem izbranem zdravniku pa le po določilih 39. člena tega pravilnika.

41. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določilih tega pravilnika, ji gre praviloma povračilo prevoznih stroškov za potovanje z najhitrejšim prevoznim sredstvom (vlak, avtobus).

Za prevoz z vlakom se prizna zavarovani osebi načeloma stroške za II. razred potniškega vlaka, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 100 km, se ji priznajo potni stroški za I. razred potniškega vlaka ali ladje, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 250 km, pa stroški za I. razred brzovlaka oziroma ladje.

42. člen

Izjemoma lahko zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljeno.

V primerih iz prvega odstavka tega člena gredo zavarovani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno v napotnici oziroma potnem nalogu.

Vendar pa ni mogoče odrediti prevoza z rešilnim avtom v breme sklada skupnosti na relaciji, ki je daljša od 100 km, če tega predhodno ne oceni zdravniška komisija tukajšnjega zavoda, v nujnih primerih pa posamezni zdravnik.

43. člen

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

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

To svojo odsotnost pa mora zavarovana oseba, ko stavi zahtevek za povračilo, dokumentirati z ustreznim potrdilom zdravstvenega zavoda, zavod za socialno zavarovanje pa odredi povračilo, upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

Skupščina komunalne skupnosti pa lahko v sklepu, s katerim odredi višino dnevnic, določi tudi zvišano dnevnic za primere, ko mora zavarovanec v kraju, kamor je poslan, prenočiti izven stacionarnega zavoda.

Za otroke do dopolnjenega 7. leta starosti gre polovica zneskov, ki jih dobijo kot dnevnic odrasle zavarovane osebe.

44. člen

Prevozi zavarovanih oseb z rešilnimi avtomobili gredo v breme sklada le v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe tak način prevoza nujno potreben.

Način prevoza v smislu prvega odstavka tega člena presojuje in odreja:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik;
2. iz bolnice — predstojnik ustreznega oddelka;
3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnico, pa tak prevoz ni bil predhodno odrejen, lahko tak prevoz v breme sklada naknadno odobri predstojnik ustreznega oddelka.

Pri odrejanju prevozov z rešilnimi avtomobili je — razen v nujnih primerih — prvenstveno odrediti prevoze z rešilnimi avtomobili teritorialno pristojne rešilne postaje.

45. člen

Zavarovane osebe tudi nimajo pravice do potnih stroškov, kadar jih zdravstveni zavod izven skupnosti oziroma izven sosednje občine Slovenj Gradec, ki jim je nudil zdravstveno pomoč, naroči na kontrolne preglede, ali če sami želijo konsiliarne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak pregled za nujen.

9. poglavje

NEGA OBOLELEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

46. člen

Po določilih 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju gre zavarovancem nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolelega ožjega družinskega člana največ za 15 dni, če oboleli družinski član še ni star 15 let in največ do 7 dni, če je ta star nad 15 let, ali če gre za negovanje žene ob porodu.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka ob negi žene ob porodu ima zavarovanec le, če žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

Izjemoma se v prvem odstavku tega člena določeni čas lahko podaljša do največ 30 dni. O takem podaljšanju in o pravici do nadomestila osebnega dohodka odloči pristojni organ komunalnega zavoda s svojo odločbo na predlog posameznega zdravnika potem ko da zdravniška komisija o zadevi svoje mnenje.

Nadomestilo osebnega dohodka se v teh izjemnih primerih obračunava na enak način kot za dneve, ko gre redno nadomestilo osebnega dohodka po zakonu o zdravstvenem zavarovanju.

10. poglavje

POSTOPEK IN NAČIN PRI POVRAČILU STROŠKOV ZAVAROVANIM OSEBAM

47. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so predvidene s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme sklada, plača stroške Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja, v imenu skupnosti, direktno zdravstvenemu zavodu, ki je ustrezno obliko varstva nudil.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplača v teh primerih zavarovani osebi tudi potne stroške in nadomestila na način, ki je predviden v zakonu o zdravstvenem zavarovanju (zlasti v 120. do 131. členu) in v zakonu o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplačuje denarne dajatve na podlagi predloženih dokazov brez formalne odločbe, kadar pa pravico do dajatve odklanja, izda zavarovani osebi pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

48. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstvenemu zavodu zdravstveno varstvo, ki bi ji po določilih tega pravilnika sicer šlo, ima pravico do povračila, o katerem odloča Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja v imenu skupnosti.

V teh primerih izplača komunalni zavod za socialno zavarovanje zavarovani osebi povračila na podlagi predloženih dokazil brez formalne odločbe, kadar pa pravico do dajatve odklanja, izda zavarovani osebi pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

49. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavijo vse pravice do povračil, ki jim gredo po tem pravilniku v roku enega leta potem, ko so zdravstveno storitev plačale oziroma ko so utrpele kakršenkoli izdatke v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo.

11. poglavje

KONČNE DOLOČBE

50. člen

Ta pravilnik bo zavod razmnožil v potrebnem številu izvodov, da bo na razpolago zavarovanim osebam.

51. člen

Zdravniška komisija pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje je pooblaščen, da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki bi nastali v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

52. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje, uporablja se pa od 1. januarja 1963.

Št. 01-247/1963-9/6

Šoštanj, dne 11. marca 1963

Direktor
Kom. zavoda
za soc. zavarovanje
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
ing. Franc Tesovnik l. r.

119.

Po 4. točki 21. člena zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list FLRJ, št. 22-269/62) je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec na zasedanju dne 11. marca 1963 sprejela

SKLEP

o potrditvi zaključnega računa bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje v Celju

1.

Potrdi se zaključni račun bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje za leto 1962, ki izkazuje:

	din
skupnih dohodkov	3.559.088.480
skupnih izdatkov	3.567.971.590
presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj)	8.883.110

2.

	din
Presežek izdatkov nad dohodki (primanjkljaj) v znesku se krije iz nerazporejenih presežkov bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje po zaključnem računu za leto 1954, ki znaša	8.883.110 9.162.329

3.

Preostali del nerazporejenega presežka bivšega okrajnega zavoda za socialno zavarovanje Celje po zaključnem računu za leto 1954 v znesku	279.219 din
---	----------------

bo razdelila skupščina naknadno s posebnim sklepom.

4.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje.

Št. 01-246/1963-8/12

Žalec, dne 11. marca 1963.

Direktor
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Tone Privošnik l. r.

120.

Po 85. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec na zasedanju dne 11. marca 1963 sprejela

SKLEP

o določitvi zneska pogrebnine

1.

Ob smrti socialno zavarovane osebe ima vsakdo, kdor jo pokoplje, pravico do pogrebnine.

2.

Pogrebina se določi v pavšalnih zneskih za celotno območje Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec enotno in znaša:

	din
a) za umrlo odraslo osebo	28.000
b) za umrlega otroka od 7 do 15 let starosti	20.000
c) za umrlega otroka od 1 do 7 let starosti	14.000
č) za umrlega otroka do 1 leta starosti	10.000

3.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje, uporablja se pa od 1. marca 1963. Sklep o določitvi višine pogrebnine (Uradni vestnik okraja Celje, št. 19-184/62) preneha veljati za območje Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec.

Št. 01-246/1963-S/7

Žalec, dne 11. marca 1963.

Direktor
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Tone Privošnik l. r.

121.

Po 80. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) in 43. členu pravilnika, s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec svoje pravice do zdravstvenega varstva je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec na zasedanju dne 11. marca 1963 sprejela

SKLEP

o povračilih za stroške prehrane in nastanitve socialnih zavarovancev med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju

1.

Socialno zavarovane osebe imajo ob pogojih členov 38. do 45. citiranega pravilnika pravico do povračila potnih stroškov v obsegu in na način, ki je predviden v tem pravilniku.

2.

Povračila za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju se določijo takole:

- a) za odsotnost nad 12 ur do 24 ur v znesku 1200 din;
 - b) za odsotnost nad 12 ur do 24 ur in če zavarovana oseba v tujem kraju prenočuje izven stacionarnega zavoda v znesku 1600 din;
 - c) za odsotnost od 8 ur do 12 ur v znesku 600 din.
- Za odsotnost izpod 8 ur povračilo ne pripada.

3.

Za zavarovane osebe, ki še niso dopolnile 7 let starosti se določi povračilo iz 2. točke v tehle zneskih:

- a) za odsotnost nad 12 ur do 24 ur v znesku 700 din;
 - b) za odsotnost nad 12 ur do 24 ur in če zavarovana oseba v tujem kraju prenočuje izven stacionarnega zavoda v znesku 700 din;
 - c) za odsotnost od 8 ur do 12 ur v znesku 350 din.
- Za odsotnost izpod 8 ur povračilo ne pripada.

4.

Svojo odsotnost mora zavarovana oseba, ko stavi zahtevek za povračilo, dokumentirati z ustreznim potrdilom zdravstvenega zavoda, zavod za socialno zavarovanje pa odredi povračilo, upoštevajoč prometna sredstva in zveze na dotični relaciji.

5.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje, uporablja se pa od 1. marca 1963.

Sklep o povračilu potnih stroškov zavarovancem (Uradni vestnik okraja Celje, št. 19-185/62) preneha veljati za območje Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec.

Št. 01-246/1963-S/8

Žalec, dne 11. marca 1963.

Direktor
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Tone Privošnik l. r.

122.

Po 82. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) je skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec na zasedanju dne 11. marca 1963 sprejela

SKLEP

o določitvi zneska podpore za opremo otroka

1.

Pod pogoji iz 81. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju imajo socialni zavarovanci pravico do podpore za opremo otroka.

Podpora za opremo otroka se določi v pavšalnem znesku za celotno območje skupnosti enotno na 9.000 din.

3.

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem vestniku okrajja Celje, uporablja se pa od 1. marca 1963.

Št. 01-246/1963-S/9

Žalec, dne 11. marca 1963.

Direktor
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Tone Privošnik l. r.

123.

Skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Žalec želi omogočiti svojim zavarovanim osebam, da uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva, ki jih nudi zdravstvena služba po sodobnih znanstvenomedijskih metodah s sodobnimi sredstvi.

Predvsem želi vskladiti te pravice, zlasti pravico zavarovane osebe, ki jo predvideva 101. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, s stvarnimi, ekonomskimi možnostmi svojih skladov, z razvojem družbeno ekonomskih odnosov na svojem območju in precizneje določiti način, po katerem zavarovane osebe uveljavljajo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju zagotovljeno zdravstveno varstvo na račun skladov skupnosti.

Zato je po 102. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22-268/62) skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec na zasedanju dne 11. marca 1963 na predlog upravnega odbora Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Celje sprejela

PRAVILNIK

s katerim uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Žalec svoje pravice do zdravstvenega varstva.

1. poglavje

TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Pravilnik urejuje:

1. pogoje in način, kako uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo, ki jim je zagotovljeno in naštetu v 31. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju;

2. obseg in način povračila stroškov za zdravstveno varstvo, ki gre v breme sklada za zdravstveno zavarovanje skupnosti, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo predpisov tega pravilnika, pa ne gre za nujen primer;

3. pogoje, pod katerimi se zavarovani osebi povrnejo potni stroški;

4. pogoje, pod katerimi se podaljša izplačevanje nadomestila za nego obolelega člana družine.

2. člen

Pravico do zdravstvenega varstva po določitvi tega pravilnika v breme sklada za zdravstveno zavarovanje tukajšnje skupnosti imajo pod pogoji in na način, ki je določen s tem pravilnikom, vse zavarovane osebe, ki jih našteva II. poglavje (členi 12-27) zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Po določitvi tega pravilnika uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva tudi vojaške osebe oziroma uslužbenci organov za notranje zadeve, kolikor ne določajo drugače predpisi Državnega sekretariata za narodno obrambo in Državnega sekretariata za notranje zadeve izdani po določbah 142. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

3. člen

Po določitvi tega pravilnika uveljavijo pri tukajšnji skupnosti zavarovane osebe:

a) **Osnovno zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku na območju občine, ki so si ga izbrale kot izbranega zdravnika in ki opravlja splošno prakso pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

b) **Specialistično zdravstveno varstvo:** Praviloma pri posameznem zdravniku-specialistu, h kateremu jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse in ki opravlja ustrezno specialistično dejavnost pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Celje. Izjemoma pa si lahko zavarovana oseba izbere brez napotnice najbližjega zdravnika-specialista: ginekologa, pediatra, stomatologa in okulista za predpis očal.

c) **Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih:** Praviloma v najbližjem ustreznem stacionarnem zavodu (bolnici) na območju Komunalnega zavoda Celje, v katerega jih je poslal z napotnico posamezen zdravnik splošne prakse ali posamezen zdravnik — specialist ustrezne specialnosti.

č) **Zobozdravstveno varstvo:** Praviloma pri najbližjem zobozdravstvenem terapevtu na območju občine, ki so si ga izbrale in ki opravlja zobozdravstvene storitve pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

d) **Preventivno zdravstveno varstvo:** V smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju praviloma pri zdravniku, ki ga izbere zavarovana oseba po istih načelih kot zdravnika — posameznika (prvi odstavek tega člena).

4. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določitvi tega pravilnika odloča pristojni organ komunalnega zavoda potem ko je obvezno dobil mnenje zdravniške komisije.

V primerih, ko komunalni zavod zavarovani osebi odklanja kakršnokoli pravico, ki jo uveljavlja po določitvi tega pravilnika, mora izdati o zahtevku pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

V zadevah, ki niso urejene s tem pravilnikom, se uporabijo določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in listino o istovetnosti (osebna izkaznica).

Zavarovana oseba, ki išče zdravstveno pomoč brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, trpi sama stroške pregleda in zdravljenja, razen če gre za nujne primere, ki jih predvideva 17. člen splošnega zakona o organizaciji zdravstvene službe.

Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba, lahko pod pogoji tega pravilnika zahteva pri komunalnem zavodu povrnitev teh stroškov.

2. poglavje

PROSTA IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

6. člen

Svojo pravico, ki jo ima zavarovana oseba po 101. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju, da prosto izbere zdravstveni zavod in zdravstvenega delavca, uveljavijo zavarovane osebe v breme sklada tukajšnje skupnosti na način, ki je predpisan v tem poglavju.

7. člen

Posameznega zdravnika splošne prakse izbere zavarovana oseba praviloma na območju občine, kjer ima svoje stalno bivališče, izmed zdravnikov splošne prakse, ki opravljajo ustrezno dejavnost v kateremkoli zdravstvenem zavodu na istem območju, pri čemer pa ima pravico do povračila potnih stroškov le pod pogoji 8. poglavja tega pravilnika.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki imajo lastno obratno ambulanto, pa izbere praviloma zdravnika v tej ambulanti kot izbranega zdravnika — posameznika splošne prakse. Drugim zavarovanim osebam pa lahko nudijo obratne ambulante zdravstveno varstvo le, če pri tem ne zanemarijo osnovne preventivne dejavnosti.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblaštile določenega zdravnika, pa izbere praviloma tega pooblaščenega zdravnika kot izbranega posameznega zdravnika splošne prakse.

8. člen

Delazmožnost zavarovancev se presoja po določitih 7. poglavja tega pravilnika.

Povračilo potnih stroškov do izbranega zdravnika splošne prakse, ki si ga je zavarovana oseba izbrala po določitih prejšnjega člena, ji gre le pod pogoji iz 39. člena tega pravilnika.

V kolikor si zavarovana oseba izbere posameznega zdravnika splošne prakse mimo določil prejšnjega člena, gre do breme sklada samo stroški za njeno zdravstveno varstvo, dočim trpi vse potne stroške s tem v zvezi sama.

9. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih k specialistu ustrezne specialnosti napoti izbrani zdravnik splošne prakse, to pa praviloma na območju komunalnega zavoda.

Stroške takega zdravstvenega varstva trpi sklad v celoti s potnimi stroški vred.

Kadar pa si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drugega zdravnika-specialista, pri katerem išče zdravstveno varstvo, gre do breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do najbližjega zdravnika ustrezne specialnosti oziroma do zdravnika-specialista, h kateremu je bila napotena.

10. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo zdravnika-specialista brez napotnice, namesto da bi iskala zdravstveno varstvo pri zdravniku-posamezniku splošne prakse, trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo v celoti, potne stroške pa mora trpeti v celoti zavarovana oseba sama.

11. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zdravstvenih zavodih uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta

način, da jih v ustrezni stacionarni zavod na območju komunalnega zavoda napoti izbrani zdravnik splošne prakse ali izbrani ali zaprošeni zdravnik — specialist ali zdravniška komisija.

Stroške takega zdravstvenega varstva, ki je bilo odrejeno po prvem odstavku tega člena, trpi sklad v celoti. V teh primerih ima zavarovana oseba tudi pravico do potnih stroškov.

12. člen

Kadar si je zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zdravstveni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, gre do breme sklada stroški za zdravstveno varstvo v celoti, potni stroški pa samo do zdravstvenega zavoda, v katerega je bila napotena oziroma do najbližjega zdravstvenega zavoda.

13. člen

Izbrani posamezni zdravnik splošne prakse se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenih razlogov pred potekom enega leta ne more menjati.

Če zavarovana oseba ni zadovoljna z načinom zdravljenja posameznega zdravnika splošne prakse ali z njegovim odnosom do bolnika ali nastopijo drugi razlogi, ki onemogočajo zavarovani osebi nadaljnje zdravljenje pri njem, ga lahko zamenja in si skladno z določili tega pravilnika izbere drugega.

Tak zahtevek stavi zavarovana oseba predstojniku zdravstvenega zavoda, ki zadevo uredi, v spornem primeru pa ga predloži skupno s pismenim mnenjem prizadetega zdravnika in s svojim mnenjem zdravniški komisiji, ki da končno mnenje.

Določila tega člena se uporabljajo tudi za zdravnika specialista in stacionarni zavod.

14. člen

V kolikor zavarovane osebe, ki bodo prvič po uveljavitvi tega pravilnika uveljavljale zdravstveno varstvo, ne izberejo drugega zdravnika posameznika splošne prakse, velja načelo, da je zavarovana oseba že izbrala zdravnika posameznika splošne prakse takrat, ko je zadnjič uveljavila zdravstveno varstvo pri zdravniku splošne prakse, ki je zabeležen v zdravstveni izkaznici.

3. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V AMBULANTI — POLIKLINIČNIH ZAVODIH

15. člen

Zdravstveno varstvo v ambulanto-polikliničnih zavodih uveljavijo zavarovane osebe kot osnovno zdravstveno varstvo, kot specialistično zdravstveno varstvo in kot pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Vse te oblike zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe pri zdravniku posamezniku ali terapevtu — posamezniku, ki so si ga izbrale po določitih 2. poglavja tega pravilnika in ki delajo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah, pomožnih zdravstvenih postajah, obratnih ambulantah, zobnih ambulantah, dispanzerjih, šolskih poliklinikah in sličnih organizacijskih enotah javne zdravstvene službe, ki nudijo državljanom to vrsto zdravstvenega varstva.

16. člen

Zdravstveno varstvo v ambulanto-polikliničnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe praviloma pri posameznem zdravniku splošne prakse, pri zobozdravstvenem terapevtu, zdravniku v ustreznem dispanzerju in pri zdravniku specialistu-pediatru, ginekologu in okulistu za predpis očal.

Po določilih prvega odstavka tega člena izbrani zdravnik opravlja splošno zdravstveno varstvo v obsegu in na način, ki je predviden v pravilih statuta ali pravilnikih dotičnega zdravstvenega zavoda, mora pa nepotiti zavarovano osebo v višje organiziran zdravstveni zavod, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

17. člen

Specialistično-zdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba bodisi tako, da jo k zdravniku-specialistu napoti zdravnik splošne prakse, bodisi tako, da si po določilih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika specialista ustrezne specialnosti.

Zaprošeni ali izbrani zdravnik specialist se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenega razloga na enak način kot ga predvideva 13. člen tega pravilnika ne more zamenjati pred končanim zdravljenjem.

18. člen

Zaprošeni zdravnik-specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in preglede, za katere je zaprošen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki ji je nudil zdravstveno varstvo, naroči na ponovne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak kontrolni pregled za nujen.

19. člen

Osnovne evidence in dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, ki iščejo zdravstveno varstvo, mora imeti in voditi posamezni izbrani zdravnik v obsegu in na način, ki je predviden z ustreznimi predpisi.

Zdravnik-specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil na prošnjo izbranega zdravnika ali na lastno pobudo zavarovane osebe obvestiti zdravnika splošne prakse o izvidih in načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa zdravniku splošne prakse poslati dokumentacijo.

Kadarkoli zavarovana oseba izbere drugega zdravnika splošne prakse ali specialista, mora prejšnji poslati na zahtevo novoizbranega vso potrebno dokumentacijo za zavarovano osebo.

20. člen

Ko nudijo zdravstveno varstvo po določilih tega pravilnika, naj dajo — razen v nujnih primerih — vsi zdravstveni delavci prednost temle kategorijam zavarovanih oseb in v temle vrstnem redu:

1. zavarovancem, ki na dan, ko iščejo zdravstveno varstvo sicer redno delajo in pridejo samo med rednim delovnim časom po ustrezno zdravniško pomoč; za take primere lahko posamezni zdravstveni zavod tudi določi čas, ko bo take zavarovance sprejemal;
2. zavarovanci, ki so sicer v staležu bolnih in ta dan iščejo zdravstveno varstvo; med njimi naj se da prednost tistim, ki so prišli iz drugega kraja;
3. ostale zavarovane osebe.

4. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V STACIONARNIH ZAVODIH

21. člen

Zdravstveno varstvo v stacionarnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe kot posebno obliko zdravstvenega varstva v tistih zavodih, ki dajejo bolnikom zdravstveno pomoč in oskrbo pod stalnim zdravstvenim nadzorom in to v bolnicah (splošnih, specialnih), klinikah, zdraviliščih in drugih zdravstvenih zavodih, ki so ustrezno organizirani.

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo v teh zavodih praviloma na območju komunalnega zavoda in to v onih, v katere jih je poslal z napotnico posamezni zdravnik splošne prakse oziroma specialist ustrezne specialnosti ali v onih, ki so si jih same izbrale po določilih 2. poglavja tega pravilnika.

22. člen

Če zavarovane osebe napoti v stacionarni zavod zdravnik splošne prakse ali specialist ali drug stacionarni zavod ali zdravniška komisija, grede stroški takega zdravljenja s potnimi stroški vred v breme sklada.

23. člen

Kadar si je pa zavarovana oseba izbrala na lastno pobudo drug stacionarni zavod, v katerem išče zdravstveno varstvo, ne pa tistega, v katerega je bila napotena, trpi sklad stroške takega zdravljenja v celoti.

V primerih iz prejšnjega odstavka tega člena grede zavarovani osebi potni stroški samo do stacionarnega zavoda, v katerega je bila napotena, razliko pa trpi sama.

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo je stacionarni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki ji je nudil zdravstveno varstvo, naročil na ponovne kontrolne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik — posameznik tak pregled za nujen.

24. člen

Zdravstveno varstvo v zdraviliščih uveljavljajo v celoti v breme sklada za zdravstveno zavarovanje:

1. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotil v skladu z načeli, ki jih predvideva pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih (Uradni list FLRJ, št. 10-79/55) ustrezni oddelek bolnice neposredno po zdravljenju v bolnici in smatra, da je to nujno potrebno, bodisi za ozdravljenje, bodisi za to, da se povrne delazmožnost;

2. zavarovane osebe, ki jih je na tako zdravljenje napotila po načelih istega pravilnika zdravniška komisija komunalnega zavoda na predlog izbranega zdravnika, kadar je smatrala, da je tako zdravljenje potrebno, bodisi za zdravljenje, bodisi, da se povrne delazmožnost.

Tako odrejeno zdravljenje ne more trajati v breme sklada dalj kot 28 koledarskih dni, izjemno pa ga lahko komunalni zavod z odločbo svoje pristojnega organa podaljša, potem ko si je pribavil mnenje zdravniške komisije, vendar ne več kot za nadaljnjih 28 dni.

Predlog za takó podaljšanje mora staviti bodisi zdravilišče, bodisi izbrani zdravnik vsaj 8 dni pred iztekom roka neposredno pri zdravniški komisiji.

Medicinsko rehabilitacijo zavarovane osebe lahko stacionarni zavod podaljša, dokler je to potrebno.

V primerih, ko uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo po določilih tega člena, ji grede tudi potni stroški po določilih 8. poglavja tega pravilnika.

5. poglavje

UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

25. člen

Vsak posamezni zdravnik splošne prakse vodi takšne evidence in ima tak način dela, da ima stalen pregled nad zdravstvenim stanjem vseh zavarovanih oseb, za katere je izbrani zdravnik v smislu tega pravilnika, za aktivne zavarovance pa tudi pregled o njihovi delazmožnosti glede na delo, ki ga dejansko opravljajo.

Prav tako opravi zdravnik splošne prakse vse kontrolne preglede, ki jih priporočajo v okviru svoje dejavnosti zdravniki-specialisti ali stacionarni zavodi.

26. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju uveljavijo zavarovane osebe po določilih 3. poglavja tega pravilnika, bodisi pri posameznih zdravniških splošne prakse, bodisi v posvetovalnicah, bodisi v dispanzerjih, pri vsakem v okviru njegove redne dejavnosti.

27. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti bodisi po zveznih, bodisi po republiških, bodisi po občinskih predpisih in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvideva zakon o zdravstvenem zavarovanju, ne gredo v breme sklada, čeprav gre za osebe, ki sicer uživajo zdravstveno varstvo po predpisih zakona o zdravstvenem zavarovanju.

28. člen

Glede zdravstvenega varstva, ki ga uveljavijo zavarovane osebe s tem, da dobijo ustrezna zdravila, babiško pomoč, zobotehnično pomoč, proteze in ortopedske pripomočke, veljajo izključno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in ni niti obseg niti način njihovega uveljavljanja s tem pravilnikom zožen ali razširjen

6. poglavje

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO, ČE ZAVAROVANA OSEBA PREBIVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

29. člen

Skladno s 151. členom zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, ki predpisuje, da pripada prispevek skladu skupnosti, na katere območju se opravlja dejavnost, iz katere izvira obveznost izplačevanja, gredo v breme sklada tukajšnje skupnosti tudi stroški zdravstvenega varstva za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, za katere se prispevek plačuje tukajšnjemu skladu skupnosti in ki so redno na tem območju prijavljeni v zavarovanje.

Pri tukajšnji skupnosti tako zavarovana oseba, ki ima svoje stalno prebivališče izven območja te skupnosti, lahko uveljavlja zdravstveno varstvo na račun tukajšnjega sklada v obsegu in način, ki ga predvideva ustreznih pravilnik skupnosti socialnega zavarovanja v kraju njenega stalnega prebivališča.

30. člen

Na ta način uveljavljeno zdravstveno varstvo plača sklad tukajšnje skupnosti v celoti direktno zdravstvenemu zavodu, ki ga je nudil.

31. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki samo začasno prebiva izven njenega območja, (službena potovanja, dopusti in slično) lahko uveljavi pri kateremkoli zunanjem zdravstvenem zavodu na račun skupnosti samo najnujnejšo zdravstveno pomoč.

Obseg in način te pomoči določi zdravstveni zavod, ki jo je dal.

Če je v takih primerih nujno potrebno zdravljenje v bolnici, trpi stroške takega zdravljenja do 3 mesecev tukajšnji sklad. Če pa traja zdravljenje v bolnici dalj kot 3 mesece, trpi sklad od prvega dne četrtega meseca dalje samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje na območju tukajšnje skupnosti.

To določilo pa velja le, če premestitev zavarovane osebe ne bi škodovala njenemu zdravljenju.

32. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, jih plača direktno zdravstvenemu zavodu, ki je varstvo nudil.

33. člen

V primerih, ko po predpisih tega poglavja trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstvenemu zavodu, ki ji je pomoč nudil, povrne sklad zavarovani osebi te stroške na način, ki je predviden v 48. členu tega pravilnika.

34. člen

Aktivni zavarovanec, ki začasno biva ločeno od svoje družine zato, ker je zaposlen v drugem kraju, pa je za delo nezmožen, se lahko zdravi na svojem domu le, če mu tako zdravljenje dovoli izbrani zdravnik posameznik.

Zavarovanec v takem primeru nima pravice do povračila potnih stroškov.

Komunalni zavod pa lahko s svojo odločbo odobri povračilo potnih stroškov, če zdravniška komisija smatra, da je z ozirom na zdravstveno stanje zavarovanca tak način zdravljenja nujno potreben (domača nega, hrana, stanovanje in slično).

7. poglavje

ZDRAVSTVENI ZAVODI IN ZDRAVNIKI, KI OCENJUJEJO DELAZMOŽNOST

35. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja samo posamezni zdravnik splošne prakse, ki si ga je zavarovanec izbral kot izbranega zdravnika po določilih tega pravilnika in ki opravlja splošno prakso, pri kateremkoli zavodu javne zdravstvene službe na območju občine.

Ta zdravnik pa mora takoj obvestiti o delazmožnosti zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki imajo lastno obratno ambulanto, zdravnika, ki dela v ambulanti, oziroma če gre za delazmožnost zavarovanca, ki je zaposlen v organizacijah, ki so v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblastile določenega zdravnika, pa tega zdravnika.

36. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju občine Celje, presojuje obratne ambulante za svojo gospodarsko organizacijo, če pri njej obstojajo, za vse druge organizacije pa oddelek za medicino dela pri Zdravstvenem domu Celje.

V vseh ostalih občinah skupnosti pa presoja delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti, obratna ambulanta za svojo organizacijo, če pri njej obstaja, sicer pa tisti zdravnik splošne prakse, ki ga za to pooblasti bodisi organizacija, bodisi upravnik občinskega zdravstvenega doma.

Stroške za pregled po določilih tega člena trpi sklad le, če je pregledana oseba zavarovana oseba.

37. člen

Delazmožnost zavarovancev presoja po določilih 7. poglavja zakona o zdravstvenem zavarovanju (101. do 119. člen) tudi zdravniška komisija oziroma komisija zdravniških izvedencev.

8. poglavje

POTNI STROŠKI

38. člen

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

1. povračilo prevoznih stroškov,
2. povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju.

39. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k najbližjemu zdravniku ali v najbližji zdravstveni zavod, v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov; v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 5 km.

40. člen

Zavarovana oseba si lahko po določilih 2. poglavja tega pravilnika izbere zdravnika splošne prakse kot izbranega zdravnika, vendar ji gredo potni stroški za vse kasnejše preglede in storitve, pri tem izbranem zdravniku pa le po določilih 39. člena tega pravilnika.

41. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določilih tega pravilnika, ji gre praviloma povračilo prevoznih stroškov za potovanje z najhitrejšim prevoznim sredstvom (vlak, avtobus).

Za prevoz z vlakom se prizna zavarovani osebi načeloma stroške za II. razred potniškega vlaka, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 100 km, se ji priznajo potni stroški za I. razred potniškega vlaka ali ladje, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 250 km, pa stroški za I. razred brzovlaka oziroma ladje.

42. člen

Izjemoma lahko zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljeno.

V primerih iz prvega odstavka tega člena gredo zavarovani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno v napotnici oziroma potnem nalogu.

Vendar pa ni mogoče odrediti prevoza z rešilnim avtom v breme sklada skupnosti na relaciji, ki je daljša od 100 km, če tega predhodno ne oceni zdravniška komisija tukajšnjega zavoda, v nujnih primerih pa posamezni zdravnik.

43. člen

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

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

To svojo odsotnost pa mora zavarovana oseba, ko stavi zahtevek za povračilo, dokumentirati z ustreznim potrdilom zdravstvenega zavoda, zavod za socialno zavarovanje pa odredi povračilo, upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

Skupščina komunalne skupnosti pa lahko v sklepu, s katerim odredi višino dnevnic, določi tudi zvišano dnevnic za primere, ko mora zavarovanec v kraju, kamor je poslan, prenočiti izven stacionarnega zavoda.

Za otroke do dopolnjenega 7. leta starosti, gre polovica zneskov, ki jih dobijo kot dnevnicu odrasle zavarovane osebe.

44. člen

Prevozi zavarovanih oseb z rešilnimi avtomobili gredo v breme sklada le v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe tak način prevoza nujno potreben.

Način prevoza v smislu prvega odstavka tega člena presoja in odreja:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik;

2. iz bolnice — predstojnik ustreznega oddelka;

3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnico, pa tak prevoz ni bil predhodno odrejen, lahko tak prevoz v breme sklada naknadno odobri predstojnik ustreznega oddelka.

Pri odrejanju prevozov z rešilnimi avtomobili je — razen v nujnih primerih — prvenstveno odrediti prevoze z rešilnimi avtomobili teritorialno pristojne rešilne postaje.

45. člen

Zavarovane osebe tudi nimajo pravice do potnih stroškov, kadar jih zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki jim je nudil zdravstveno pomoč, naroči na kontrolne preglede, ali če sami želijo konsiliarne preglede, razen če smatra izbrani zdravnik splošne prakse tak pregled za nujen.

9. poglavje

NEGA OBOLELEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

46. člen

Po določilih 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju gre zavarovancem nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolelega ožjega družinskega člana največ za 15 dni, če oboleli družinski član še ni star 15 let in največ do 7 dni, če je ta star nad 15 let, ali če gre za negovanje žene ob porodu.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka ob negi žene ob porodu ima zavarovanec le, če žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

Izjemoma se v prvem odstavku tega člena določeni čas lahko podaljša do največ 30 dni. O takem podaljšanju in o pravici do nadomestila osebnega dohodka odloči pristojni organ zavoda s svojo odločbo na predlog posameznega zdravnika potem ko da zdravniška komisija o zadevi svoje mnenje.

Nadomestilo osebnega dohodka se v teh izjemnih primerih obračunava na enak način kot za dneve, ko gre redno nadomestilo osebnega dohodka po zakonu o zdravstvenem zavarovanju.

10. poglavje

POSTOPEK IN NAČIN PRI POVRAČILU STROŠKOV ZAVAROVANIM OSEBAM

47. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so predvidene s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme sklada, plača stroške Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja, v imenu skupnosti, direktno zdravstvenemu zavodu, ki je ustrezno obliko varstva nudil.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplača v teh primerih zavarovani osebi tudi potne stroške in nadomestila na način, ki je predviden v zakonu o zdravstvenem zavarovanju (zlasti v 120. do 131. členu) in v zakonu o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

Komunalni zavod za socialno zavarovanje izplačuje denarne datjave na podlagi predloženih dokazov brez formalne odločbe, kadar pa pravico do datjave odklanja, izda zavarovani osebi pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

48. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstvenemu zavodu zdravstveno varstvo, ki bi ji po določilih tega pravilnika sicer šlo, ima pravico do povračila, o katerem odloča komunalni zavod za social-

no zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja v imenu skupnosti.

V teh primerih izplača komunalni zavod za socialno zavarovanje zavarovani osebi povračila na podlagi predloženih dokazil brez formalne odločbe, kadar pa pravico do dajatve odklanja, izda zavarovani osebi pisмено odločbo s poukom o pritožbi.

49. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavijo vse pravice do povračil, ki jim gredo po tem pravilniku v roku enega leta potem, ko so zdravstveno storitev plačale oziroma ko so utrpele kakršenkoli izdatke v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo.

11. poglavje

KONČNE DOLOČBE

50. člen

Ta pravilnik bo zavod razmnožil v potrebnem številu izvodov, da bo na razpolago zavarovanim osebam.

51. člen

Zdravniška komisija pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje je pooblašena, da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki bi nastali v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

52. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem vestniku okraja Celje, uporabljaja se pa od 1. januarja 1963.

Št. 01-246/1963-S/6

Zalec, dne 11. marca 1963

Direktor Komunalnega zavoda
za socialno zavarovanje Celje
Milan Loštrk l. r.

Predsednik skupščine
Tone Privošnik l. r.

124.

Občinski ljudski odbor Šoštanj je po 14. členu zakona o proračunih in o financiranju samostojnih zavodov (Uradni list FLRJ, št. 52-847/59, 23-388/61, 52-767/61, 28-358/62 in 53-716/62) in 50. členu zakona o občinskih ljudskih odborih (Uradni list LRS, številka 19-88/52) na seji občinskega zbora in na seji zbora proizvajalcev dne 13. marca 1963 sprejel

ODLOK

o proračunu občine Šoštanj za leto 1963

1. člen

Proračun občine Šoštanj za leto 1963 vsebuje:

dohodke v znesku	468,193.000 din
omejitev dohodkov (10% obvezna proračunska rezerva) v znesku	24,203.100 din
sredstva za proračun in sklade	443,989.900 din

2. člen

Od skupnih virov proračunskih dohodkov, ki pripadajo občini Šoštanj, se izloči v korist:

— cestnega sklada 3,45%	9,371.600 din
— sklada za pospeševanje kmetijstva 1,72%	4,672.200 din
— sklada za šolstvo 61,19%	166,218.300 din
— za financiranje upravnih organov Občinskega ljudskega odbora Šoštanj in okrajnega sodišča Šoštanj 33,31%	90,434.300 din

3. člen

Z namensko dotacijo občine Mozirje v znesku 12,500.000 din se zagotovi financiranje okrajnega sodišča Šoštanj in katastrskega urada Šoštanj za tisti del potreb, ki jih mora prispevati občina Mozirje za svoje območje po načelu skupnega financiranja.

4. člen

Upravni organi občinskega ljudskega odbora, ki preizkušajo v letu 1963 nov uslužbenški sistem in se financirajo po načelu dohodka, razporejajo sredstva, predvidena za državno upravo, po posebnem odloku. Na enak način se razporedijo tudi sredstva, ki so zagotovljena za potrebe okrajnega sodišča v Šoštanju.

Finančni načrt sprejme svet delovnega kolektiva skupno s starešino organa.

5. člen

Za odplačilo najetih posojil v znesku 295,977.577 din se zagotovi znesek 35,892.000 din za odplačilo dospelih anuitet v letu 1963.

6. člen

Sprememba namena in višine sredstev med pozicijami funkcionalnih izdatkov se sme izvršiti samo po predhodnem soglasju Sveta za družbeni plan in finance Občinskega ljudskega odbora Šoštanj.

7. člen

Občinski ljudski odbor pooblašča Svet za družbeni plan in finance, da razporeja sredstva proračunske rezerve do 70% od planiranega zneska v proračunu.

8. člen

Svet za družbeni plan in finance občinskega ljudskega odbora sme določiti ukrepe v zvezi z varčevanjem proračunskih sredstev kakor tudi spremeniti višino sredstev za posamezne namene v breme sredstev, predvidenih s tem proračunom za druge namene.

Ukrepe iz prejšnjega odstavka mora Svet za družbeni plan in finance naknadno predložiti v soglasje občinskemu ljudskemu odboru.

9. člen

Ta odlok velja od 1. januarja 1963. Objavi se v Uradnem vestniku okraja Celje.

Št. 400-2/1963-3

Šoštanj, dne 13. marca 1963

Predsednik
Občinskega ljudskega odbora
Šoštanj
ing. Ludvik Mali l. r.

PREGLED DOHODKOV IN IZDATKOV PO PRORAČUNU OBČINE ŠOŠTANJ ZA LETO 1963

Del	Dohodki	Znesek	Del	Dohodki	Znesek	
I.	SKUPNI DOHODKI	271,643.000	1.	Prosveta in kultura	5,752.000	
II.	Dohodki, ki se po posebnih predpisih delijo na pol. ter. enote	500.000	2.	Socialno zavarovanje	24,435.000	
IV.	Posebni dohodki	143,100.000	3.	Zdravstvena zaščita	14,150.000	
VI.	Dohodki uradov in zavodov	9,450.000	5.	Državna uprava	11,593.000	
VII.	Prenešena sredstva	31,000.000	6.	Komunalna dejavnost	24,500.500	
VIII.	Dotacije	12,500.000	7.	Negospod. investicije	—	
Skupaj dohodki		<u>468,193.000</u>	8.	Dotacije: skladom	2,400.000	
				družb. org.	25,927.000	
				skupno financ.	4,130.000	32,457.000
Od skupnih dohodkov se izloči v korist:			9.	Obveznosti do posojil	35,892.000	
— cestnega sklada občine 3,45%	9,371.600		10.	Proračunska rezerva	9,546.000	
— sklada za pospeš. kmetijstva 1,72%	4,672.200		12.	Regresi	2,400.000	
— sklada za šolstvo 61,19%	166,218.300					
— za financiranje državnih organov 33,31%	90,484.300					
— za financ. drž. uprave iz sredstev dotacije 100%	12,500.000					
Ostanek	184,946.600					
— 10% rezerva	24,203.100					
Skupaj		<u>160,743.500</u>	Skupaj		<u>160,743.500</u>	