

# URADNI VESTNIK

## GORENJSKE

LETO III.

V Kranju, 10. avgusta 1966

STEVILKA 14

VSEBINA

### PRAVILNIK

## o načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Kranj

Na podlagi 102. člena Temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Ur. list SFRJ št. 22/62, 53/62 in 15/65) je Skupščina komunalne

skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Kranj na svojem III. zasedanju dne 26. 7. 1966 predpisala naslednji

spanzerjih za žene, otroke ter v antiveneričnem in protituberkuloznem disperzerju.

Po določbah 1. odstavka tega člena izbrani zdravnik, je zdravnik posameznik v smislu 105. in 106. člena TZZZ.

Člako izbranega zdravnika posameznika zavarovana oseba brez opravičljivega razloga ne more menjati pred potekom 1 leta od dneva prvega obiska. Ta določba ne velja v primeru, če je bil obisk pri zdravniku ali obisk zdravnika na domu zavarovane osebe, izvršen zaradi nujnosti ali ko je obisk opravil dežurni zdravnik.

Za opravičljiv razlog, ko je dovoljeno menjati izbranega zdravnika posameznika pred določenim rokom, se štejejo: sprememba kraja zaposlitve ali stanovanja zavarovane osebe, sprememba delovnega časa zdravnika ali zavarovane osebe in nesoglasje z zdravnikom.

Upravičenost menjave zdravnika posameznika presoja v spornih primerih zdravniška komisija.

### PRAVILNIK

## o načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva

#### I.

### Splošne določbe

#### 1. člen

Ta pravilnik določa način in pogoje, kako uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva osebe, ki so zavarovane po določbah Temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje v Kranju (v nadaljnjem besedilu: KZSZ) in pri njegovih podružnicah na Jesenicah, v Radovljici, v Škofji Loki in Trzinu.

#### 2. člen

Določbe tega pravilnika veljajo za zavarovane osebe navedene v členih 12. do 21. Temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: TZZZ), izjemoma za vojaške osebe in uslužbenke Milice, v kolikor za slednje po določbi 142. člena TZZZ pristojni organ predpiše poseben postopek za uveljavljanje posameznih pravic.

#### 3. člen

##### Pravilnik vsebuje:

1. splošne določbe;
2. uveljavljanje pravic do zdravstvenega varstva;
3. uveljavljanje pravic do povračil in podpor;
4. ekupne in končne določbe.

#### 4. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva samo v javnih zdravstvenih zavodih (zdravstvenih domovih, obratnih ambulantah, splošnih in specializiranih zdravstvenih zavodih), katerim je to svojstvo priznano po določbah zveznega in republiškega zakona o organizaciji zdravstvene službe (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni zavodi).

#### II.

### Uveljavljanje pravic do zdravstvenega varstva

#### a) Izбира ambulantno-poliklinično zdravstvenega zavoda in zdravnika

#### 5. člen

Ambulantno zdravstveno varstvo (splošno in specifično) po določbah 21. člena TZZZ lahko uveljavljajo osebe, zavarovane pri KZSZ Kranj, pri vseh zdravstvenih zavodih v območju občine, v kateri imajo stalno bivališče ali so tam zaposlene.

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja KZSZ Kranj, lahko uveljavljajo te pravice tudi pri zdravstvenih zavodih v območju svojega stalnega bivališča.

Izjemoma lahko zavarovane osebe, kadar se začasno nahajajo izven območja zaposlitve ali stalnega bivališča (letni dopust, potovanja) lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva pri zdravstveni ustanovi, kjer se takrat nahajajo.

Pravico do zdravstvenega varstva v obratnih ambulantah gospodarskih organizacij lahko uveljavljajo samo delavci zadevne gospodarske organizacije, če so se odločili za zdravljenje v teh ambulantah.

#### 6. člen

V zdravstvenih zavodih, navedenih v prejšnjem členu, lahko zavarovana oseba prosto izbere zdravnika splošne prakse ter specialiste: ginekologa, pediatra, zobnega terapevta in okulista.

Brez privolitve ali napatnice zdravnika splošne prakse lahko zavarovana oseba išče zdravstveno pomoč tudi v ambulantah oziroma di-

#### 7. člen

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih — specialistih, ki niso navedeni v čl. 6 tega pravilnika, lahko uveljavi zavarovana oseba samo z napatnico izbranega zdravnika splošne prakse ali z napatnico specialista, h kateremu se lahko obrne naravnost.

Ob izdaji napatnice po prejšnjem odstavku ima zavarovana oseba pravico prosto izbirati zdravnika specialista, h kateremu naj bo napatena, vendar lahko izbira le med specialisti zdravstvenih zavodov v območju KZSZ Kranj. K specialistu izven omenjenega območja je zavarovana oseba lahko napatena le v primeru če zadevne specialistične ambulante ni v območju KZSZ Kranj.

#### 8. člen

Navodila za zdravljenje zavarovanim osebam, ki so bile poslani specialistu, daje izbrani zdravnik. Zdravnik specialist pa lahko odredi popolnejšo diagnostično obdelavo.

V primeru daljšega specialnega zdravljenja mora biti napatnica obnovljena vsakih 30 dni.

#### b. Zdravljenje v stacioniranih zdravstvenih ustanovah

#### 9. člen

Zdravljenje v stacioniranih zdravstvenih ustanovah lahko zavarovana oseba uveljavi le z napatnico posameznega zdravnika, katerega je izbrala v smislu 6. člena tega pravilnika in to v primerih če zdravljenje ni mogoče v ambulanti ali na domu bolnika. V nujnem primeru lahko izda napatnico vsak zdravnik, v primeru nezgode in v zelo nujnih primerih pa se zavarovana oseba lahko zateče v stacionarni zdravstveni zavod tudi brez napatnice. Zavarovane osebe se zdravijo v naslednjih stacionarnih zavodih:

- a) Splošna bolnica na Jesenicah
- b) Bolnica za duševne bolezni Begunje
- c) Bolnica za TBC Golnik
- d) Bolnica za ginekologijo in porodništvo Kranj

e) Bolniški oddelek ZD Kranj  
f) Bolniški oddelek OA Železarne Jesenice  
g) Provizorij za očesno TBC Jezerško  
h) v drugih stacionarnih ustanovah izven območja KZSZ Kranj v primeru, če zdravljenje ni mogoče v enem naštetih stacionarnih zavodov. Skladno z določbo v 5. členu lahko zavarovane osebe v primeru nujnosti uveljavljajo zdravniško pomoč v katerikoli stacionarnem zdravstvenem zavodu, kadar se začasno nahajajo izven območja KZSZ Kranj po službenih ali zasebnih opravkih.

c) Pregledi ob sklenitvi delovnega razmerja, ugotavljanje zmožnosti za delo in preprečevanje obolenj.

#### 10. člen

Osebe, ki morajo po določbi 2. točke 19. člena Temeljnega zakona o delovnih razmerjih (Ur. list SFRJ št. 17/65) ob sklenitvi delovnega razmerja dokazati delovno sposobnost, morajo biti zdravniško pregledane v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer se nameravajo zaposliti ali pa v zdravstvenem domu, ki je najbližji mestu zaposlitve.

Pogodba med KZSZ in zdravstveno ustanovo določa, katera ambulanta oziroma zdravnik je upravičen opraviti te preglede.

Zdravniška potrdila drugih zdravstvenih zavodov ali zdravnikov se ne upoštevajo.

#### 11. člen

Pravico do zdravniških pregledov (1. točka 31. člena TZZZ), s katerimi se spremlja zdravstveno stanje in ugotavlja delovna zmožnost na posameznem delovnem mestu, uveljavljajo zavarovane osebe:

- a) v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer so zaposlene;
- b) v zdravstvenem domu, ki je najbližji mestu zaposlitve;
- c) v krajevno pristojnem zavodu za zdravstveno varstvo, po potrebi pa tudi v drugi zdravstveni ustanovi v kolikor določenih pregledov ni mogoče opraviti v ustanovah pod točko a) in b) tega člena;
- d) pri zdravniku, ki v določeni organizaciji odgovarja za izvajanje preventive.

Pri in periodični pregledi se opravljajo v smislu ustreznih predpisov.

#### 12. člen

Pravice do medicinskih ukrepov za izboljšanje zdravja in preprečevanje obolenj (po 2. točki 31. člena TZZZ), uveljavljajo zavarovane osebe na svojo zahtevo pri zdravstvenem zavodu v območju KZSZ Kranj, ki je najbližji njihovemu stanovanju, lahko pa tudi v obratnih ambulantah gospodarske organizacije, kjer so zaposleni. Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja KZSZ Kranj, uveljavljajo te pravice pri zdravstvenem zavodu, ki je njihovemu stanovanju najbližji.

#### 13. člen

K stroškom za neobvezna cepljenja prispevajo zavarovane osebe ali delovna organizacije 50 % stroškov. Izvršilni odbor skupščine komunalne skupnosti lahko v posameznih primerih določi nižji odstotek, vendar ne manj kakor 25 odstotkov.

Delež stroškov se poravnava neposredno zdravstveni ustanovi.

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja KZSZ Kranj, plačajo določen odstotek stroškov za neobvezna cepljenja, kakršen je določen v območju zavoda, kjer prebivajo.

d) Nujna zdravniška pomoč: zdravljenje na domu, nega družinskega člana

#### 14. člen

Zdravniško pomoč na svojem domu lahko zavarovane osebe zahtevajo:

- a) v primeru nujnosti, ki jo presodi zdravnik
- b) v primeru zdravljenja, kadar je to mogoče v domači oskrbi in kadar zavarovana oseba ni sposobna prihajati v zdravstveno ustanovo.

Zdravniško pomoč na domu lahko nudi zdravnik, zdravnik-specialist ali pa drugi strokovno usposobljeni zdravstveni delavec, po odredbah lečečega zdravnika ali zdravnika specialista.

#### 15. člen

V primeru nujne prve pomoči je zavarovana oseba za sebe ali družinskega člana upravičena zahtevati le obisk dežurnega zdravnika najbližjega zdravstvenega zavoda ali krajevne ambulante.

Ce je po prvem nujnem obisku potrebno nadaljnje zdravljenje, lahko zavarovana oseba zahteva, da jo zdravi izbrani zdravnik.

Zavarovana oseba, ki je zahtevala obisk zdravnika na domu in ta ni bil nujen, je dolžna povrniti stroške obiska. Če je bil poziv za obisk opravičljiv ali ne, presodi zdravnik, ki je obisk napravil. V spornem primeru da svoje mnenje zdravniška komisija.

#### 16. člen

Zdravljenje na domu za sebe ali družinskega člana je zavarovana oseba upravičena zahtevati v primeru, če zdravljenje ni možno v ambulanti in ni potrebno zdravljenje v stacionarnem zavodu.

Obseg in vrsto storitev na domu zavarovane osebe določa pogodba med KZSZ in zadevno zdravstveno ustanovo.

Sklad zdravstvenega zavarovanja poravnava stroške zdravljenja in nege na domu le v primeru, če to pomoč nudijo zdravnik ali drugi zdravstveni delavci pristojnega zdravstvenega zavoda.

Ce zavarovana oseba želi, da jo na domu zdravi zdravnik iz oddaljene zdravstvene ustanove, je dolžna nositi razliko stroškov.

#### 17. člen

Pravico do dopusta zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana (5. točka 48. in 3. točka 49. člena TZZZ) je zavarovana oseba upravičena zahtevati le tedaj, če izbrani zdravnik presodi, da za nego bolnika resnično ni mogoče dobiti ustreznega varstva.

V izrednih primerih lahko dopust za nego bolnika podaljša samo zdravniška komisija na predlog zdravnika, vendar največ do skupno 30 dni; v primerih obolenja za škrlatinko in zlatenico pri otrocih pa do skupno 42 dni.

#### e) Zdravila in sanitetni material

#### 18. člen

Zavarovanim osebam predpisuje zdravila in sanitetni material na recepte v breme sklada zdravstvenega zavarovanja le izbrani zdravnik-posameznik (6. člen), zdravnik specialist in dežurni zdravnik, kadar zavarovano osebo zdravi.

Ostali zdravniki na območju KZSZ n. pr. upokojeni zdravniki, zdravniki, ki delajo izključno v preventivi ali drugih ustanovah, lahko predpisujejo zdravila na recepte v breme sklada zdravst. zavarovanja le po posebnem pooblastilu Izvršilnega odbora skupščine komunalne skupnosti.

Na teh receptih mora biti vedno oznaka »usluga«.

#### 19. člen

Na recept, izdan po prejšnjem členu, lahko zavarovane osebe dobijo zdravila v katerikoli lekarni na območju SFRJ.

Pri nabavi zdravil so zavarovane osebe dolžne plačevati svoj delež k stroškom za vsako prejeto zdravilo v višini, ki je določena s sklepom jugoslov. skupnosti socialnega zavarovanja ali drugih pristojnih organov.

#### 20. člen

Zavarovana oseba je upravičena le do prvenstveno domačih zdravil, če so ta zdravila na zalogi ter so enake sestave in učinka, kakor uvožena zdravila.

Ce ima lekarna na zalogi domača in uvožena zdravila, ki so enake učinkovitosti in učinka, lahko zavarovana oseba na njeno željo dobi tuja zdravila, mora pa poleg obveznega dela stroškov plačati še razliko v ceni med domačim in uvoženim zdravilom.

#### 21. člen

Ce zavarovana oseba ne more nabaviti v lekarni svojega območja ali v območju SFRJ zdravil, za katera je dano dovoljenje, da so v prometu v Jugoslaviji, lahko taka zdravila nabavi v inozemstvu. V tem primeru KZSZ ali njegova podružnica zavarovani osebi povrne stroške za to zdravilo po nabavni ceni v inozemstvu, preračunano v jug. valuto po uradnem tečaju. Tudi v tem primeru je zavarovana oseba dolžna plačati obvezni del stroškov k posameznemu zdravilu.

Ce zavarovana oseba nabavi inozemska zdravila, za kateri ni daro dovoljenje, da so v prometu v Jugoslaviji, ni upravičena zahtevati povračila nabavnih stroškov.

#### f) Proteze in ortopedski pripomočki

#### 22. člen

Potrebe po ortopedskem pripomočku ali sanitarni napravi ugotavlja ustrezeni zdravnik-specialist, ki izstavi zavarovani osebi recept, v skladu z določbami »Pravilnika o indikacijah, o standardih za material, trajnostni dobi za protetična sredstva in sanitarne priprave (Ur. list FLRJ št. 51/62)«.

Pred nabavo ortopedskega pripomočka ali sanitarne naprave je zavarovana oseba dolžna predložiti recept zavodu oziroma njegovi podružnici v potrditev in izdajo naročilnice.

Na naročilnici označi zavod ali podružnica, katero podjetje ali Zavod naj izdela ali dobavi predpisani ortopedski pripomoček ali sanitarno napravo.

Pripomočke iz 22. in 24. čl. omenjenega Pravilnika lahko predpiše tudi izbrani zdravnik.

Za paraplegike in težje invalide, ki so potrebni rehabilitacije ali priučitve uporabe aparatov, ugotavlja prvo in nadaljnjo potrebo za vse vrste protez in priprav. ustreznih zavod. Ustrezeni zdravstveni zavod je tudi pristojen, da potrjuje indikacije za izdelavo navedenih pripomočkov, ki so jih predpisali zdravnik-ortoped ali drugi zdravstveni delavci. Nadalje je isti zavod pristojen kontrolirati ustreznost in kvaliteto izvršenih izdelkov.

Za slušne aparate potrjuje ustreznost in kvaliteto ustreznih zdravstveni zavod.

#### 23. člen

Stroški za nabavo ortopedskih in drugih pripomočkov gredo v breme sklada za zdravstveno zavarovanje le, če so izdelani iz materialov in po standardih, ki so predpisani s Pravilnikom jugoslovanske skupnosti zavarovancev.

Zavarovana oseba lahko zahteva izdelavo ortopedskih pripomočkov in sanitarnih naprav tudi iz boljšega materiala ali po višjem standardu, vendar mora sama doplačati razliko v ceni.

#### 24. člen

Zavarovana oseba je dolžna in mora skrbno ravnati ter pazljivo uporabljati ortopedske pripomočke in sanitarne naprave.

Ce postane ortopedski pripomoček ali sanitarna naprava neuporabna po njeni krivdi pred potekom trajnostne dobe, določene s pravilnikom, nima pravice do popravila ali nabave novega pripomočka na račun sklada zdravstvenega zavarovanja.

Pred potekom trajnostne dobe, določene za posamezne vrste ortopedskih pripomočkov ali sanitarnih naprav, ima zavarovana oseba pravico, da dobi nove ali se ji popravijo stari, če so postali neuporabni zaradi anatomske ali funkcionalne spremembe ali zaradi netrpežnosti materiala.

Pristojni zdravnik-specialist ali ustreznemu zdravstveni zavodu ugotovi, če se pripomočki izdelajo ali popravijo pred potekom trajnostne dobe na račun sklada zdravstvenega zavarovanja ali na stroške zavarovane osebe.

V primeru spora da svoje mnenje zdravniška komisija. Na podlagi tega se izstavi odločba t. upravcem post. pku.

## g) Zobozdravstveno varstvo

## 25. člen

Zobozdravstvene in zobotehnične storitve uveljavljajo zavarovane osebe pri zdravstvenem zavodu ali zobni ambulanti v območju KZSZ Kranj, smiselno določilom 5. člena tega pravilnika.

## 26. člen

Zobozdravstveno pomoč oziroma zobotehnične storitve lahko zavarovana oseba uveljavi le po strogem vrstnem redu vpisa v zobni ambulanti.

Prednost sprejema v Zobni ambulanti lahko zavarovana oseba zahteva le v nujnih primerih, n. pr. če trpi bolečine, v slučaju poškodbe, če je sanacija zobovja nujna zaradi izvrševanja poklica in če je postavljena medicinska indikacija od izbranega zdravnika.

Upravičenost zahteve za prednost sprejema presodi predstojnik zobne ambulante, v spornih primerih pa odloči KZSZ ali njegova podružnica.

## 27. člen

Zobotehnična in protetična dela se izdelajo iz predpisanega standardnega materiala in po indikacijah, kakor to določa Pravilnik jugoslovanske skupnosti soc. zavarovanja.

Ce zavarovana oseba želi, da se ji zobotehnična in protetična dela napravijo iz boljšega materiala ali da se ji napravijo določena dela, ki niso predvidena po omenjenem pravilniku, plača sama razliko v ceni materiala in stroške za storitve, ki po omenjenem pravilniku niso dovoljene.

## 28. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva, da se ji izdelajo nove ali popravijo stare proteze in protetična dela tudi pred potekom predpisane trajnostne dobe, če je do okvare ali nerabnosti prišlo zaradi anatomsko-fizioloških sprememb ali zaradi netrpčnosti materiala kakor tudi zaradi drugih opravičljivih razlogov, n. pr. nezgode pri delu.

Ce je prišlo do okvare ali nerabnosti proteze po nepazljivosti zavarovane osebe, se ji izdelava nova proteza, ali izvrši novo protetično delo pred potekom trajnostne dobe na njene stroške in po določenih cenah, upoštevajoč amortizirano vrednost glede na čas dejanske uporabe in trajnostno dobo protetičnega sredstva.

Ce se proteza ali protetično delo izdelava ali popravi pred potekom trajnostne dobe na stroške sklada za zdravstveno zavarovanje ali na stroške zavarovane osebe, presodi predstojnik zobne ambulante, v spornem primeru pa odloči KZSZ ali njegova podružnica na podlagi mnenja zdravniške komisije.

**b) Ostale določbe o uporabi pravice do zdravstvenega varstva**  
Stanovanje na območju tujih zavodov.

## 29. člen

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja KZSZ Kranj, uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva praviloma po določbah Pravilnika KZSZ, na katerega območju prebivajo.

**Sprememba bivališča.**

## 30. člen

Zavarovanec, ki ima začasno stanovanje, je v času trajanja nezmožnosti za delo dolžan ostati in se zdraviti v tem stanovanju.

Ce pristojni zdravnik smatra, da je za zavarovanca koristna oskrba na njegovem stalnem domu in ni neogibno potrebno zdravljenje v stacionarnem zavodu, predlaga zdravniški komisiji, da mu odobri zdravljenje na domu.

V kolikor je po mnenju zdravniške komisije potreben takemu zavarovancu zdravstveni nadzor, se mora zavarovanec prijaviti krajevno najbližji zdravstveni ustanovi.

**Presojanje zmožnosti za delo.**

## 31. člen

Dopust zaradi nezmožnosti za delo v primeru boleznih ali poškodbe, skrajšanega delovnega časa, poroda ali skrajšanega delovnega časa po porodu, za časa bivanja v stacionarnem zavodu

in drugih primerih po 48. členu TZZZ, odredi zavarovancu:

a) če je zaposlen v gospodarski organizaciji, kjer je obratna ambulanta, izbrani zdravnik v tej ambulanti ali če ima zavarovanec izbranega zdravnika pri drugi ustanovi, predstojnik obratne ambulante;

b) če je zaposlen pri drugih gospodarskih organizacijah ali ustanovah, izbrani zdravnik splošne prakse zdravstvene ustanove ali zdravnik, ki ga gospodarska organizacija in Zdravstveni dom sporazumno določita za presojo delanemožnosti.

Ce izbrani zdravnik (6. člen) priporoči bolniški dopust zaradi enega izmed vzrokov po prejšnjem odstavku, se mora zavarovanec takoj javiti zdravniku, ki je zanj pristojen za sprejem v stališč delanemožnih. V kolikor to iz zdravstvenih razlogov ne more, mora pristojnega zdravnika obvestiti najpozneje v 48 urah po pošti ali na drug primeren način.

Glede trajanja bolniškega dopusta je mero-dajno edino mnenje pristojnega zdravnika. Zavarovanec lahko uveljavi pravico do nadome-stila osebnega dohodka samo na podlagi potrdi-la o trajanju nezmožnosti za delo, ki ga izstavi pristojni zdravnik splošne prakse.

Priznavanje bolniškega dopusta za več kot 48 ur nazaj ni dopustno.

Zavarovanec se mora pristojnemu zdravniku javljati na pregled po njegovem naročilu.

## 32. člen

Sklad zdravstvenega zavarovanja komunalne skupnosti nosi v celoti stroške zdravstvenega varstva samo, če zavarovana oseba uveljavlja pravico po določbah tega pravilnika.

Sklad zdravstvenega zavarovanja plača vse stroške zdravljenja tudi, če je zavarovana oseba uveljavila pravico do zdravstvenega varstva, neupoštevajoč določbe tega pravilnika zaradi nujnosti ali drugih opravičljivih razlogov. Nujnost oziroma upravičenost presoja zdravniška komisija.

Ce se zavarovana oseba obrne za zdravniško pomoč na zdravstveno ustanovo, ki ni na območju občine in na katero se v smislu 5. člena tega pravilnika ne more obrniti, mora stroške pregleda ali storitve plačati sama. Pri KZSZ ali njegovi podružnici pa po predložitvi ustreznega potrdila lahko zahteva povračilo stroškov, kolikor bi znašali, če bi bilo zdravstveno varstvo uporabljeno v zdravstveni ustanovi, ki je najbližja stanovanju zavarovane osebe ali v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer je zavarovana oseba zaposlena.

Ce se zavarovana oseba brez napolnice zdravnika splošne prakse obrne na zdravnika-specialista, razen v primerih, dovoljenih v 6. členu tega Pravilnika, mora sama plačati stroške pregleda ali storitve. Od KZSZ oz. njegove podružnice bo lahko zahtevala povračilo stroškov le v primeru, če bo od izbranega zdravnika splošne prakse predložila potrdilo, da sta bila pregled ali storitev specialista nujno potrebna. Sklad zdravstvenega zavarovanja bo povrnil stroške na podlagi predloženega potrdila o vplačilu, vendar največ v višini, kolikor znašajo stroški enakega pregleda ali storitve pri najbližjem zdravniku enake specialnosti.

Prav tako mora zavarovana oseba, ki se je z napolnico obrnila k specialistu izven območja KZSZ, kljub temu, da ustreznih specialistov obstoja na tem področju, plačati sama stroške pregleda in storitve, lahko pa zahteva, da ji KZSZ oz. podružnica povrne stroške do višine, kolikor bi znašala, če bi šla k specialistu na tem območju.

Zavarovana oseba, ki zahteva zdravljenje v stacionarnem zavodu izven določb tega pravilnika, mora sama doplačati morebitno razliko stroškov med ceno izbranega stacionarnega zavoda in ceno zavoda, določeno po 9. členu tega pravilnika.

Na napolnici mora biti označena želja zavarovane osebe za zdravljenje v izbranem zavodu, kakor tudi da sama plača razliko v ceni. Razliko plača zavarovana oseba na poziv KZSZ ali podružnice.

Ce zavarovana oseba pred potekom enega leta samovoljno menja izbranega zdravnika, mora pri novoizbranem zdravniku sama plačati stroške pregledov in storitev. Na podlagi potrdila zdravstvene ustanove bo KZSZ ali podružnica povrnila stroške zdravljenja po predhodnem mnenju predstojnika zdravstvene ustanove ali zdravniške komisije (6. člen).

## III.

## Povračila in podpore

## a) Potni in prevozni stroški

## 33. člen

Povračilo potnih stroškov, ki jih utrpe zavarovane osebe pri uveljavljanju pravice do zdravstvenega varstva po Temeljnem zakonu o zdravstvenem zavarovanju, se prizna praviloma za najkrajšo relacijo in po najnižji tarifi za redna prevozna sredstva javnega prometa, to je po redni ceni v avtobusnem prometu ali po ceni za prevoz v II. razredu na potniških in motornih vlakih ali v turističnem razredu na ladjah.

Izjemno od določbe prejšnjega odstavka lahko odobri KZSZ ali njegova podružnica prevoz z brzovlakom ali uporabo višjega razreda na potniškem vlaku, če to predlaga zdravnik posameznik ali zdravstvena ustanova, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe ali glede na dolžino potovanja. Ne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, je dovoljena uporaba brzovlaka, če je namembna postaja oddaljena nad 100 km.

Odobritev uporabe brzega vlaka ali višjega razreda v potniškem vlaku velja tudi za spremeljvalca zavarovane osebe.

## 34. člen

Zavarovana oseba ima pravico do potnih stroškov, če mora potovati iz kraja zaposlitve ali stanovanja, kjer ni zdravnika do najbližjega zdravnika ali zdravstvene ustanove v drugem kraju, če je ta kraj oddaljen od zaposlitve ali stanovanja 10 ali več km.

## 35. člen

Povračilo stroškov za prehrano in nastanitev zavarovanih oseb med poljo in bivanjem v drugem kraju, se izplačuje v obliki stalnih zneskov (dnevnic).

Za vsakih 24 ur neprekinjenega potovanja ali odsotnosti od stalnega bivališča in ostanek časa, ki je daljši kot 16 ur ter za potovanja, ki trajajo najmanj 16 ur, se izplačuje dnevnic v polnem znesku.

Za potovanja, ki trajajo več kot 8, te la manj kot 16 ur, se izplačuje polovica dnevnic.

Zavarovane osebe do sedmih let starosti so upravičene do povračila stroškov za prehrano in nastanitev v polovičnem znesku.

Višino dnevnic določi skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Kranj s posebnim sklepom.

## 36. člen

Ce zavarovana oseba pri uveljavljanju zdravstvenega varstva prosto izbere za zdravljenje zdravnika, ali zdravstveno ustanovo, ki ni najbližja kraju zaposlitve ali stanovanja (75. člen TZZZ in 5. in 8. čl. tega pravilnika), ali če izbere bolnični zavod, ki ni na ceden v 9. členu tega pravilnika, se ji povrneje le potni stroški, ki bi nastali, če bi uveljavljala zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravniku ali zdravstveni ustanovi ali stacionarnem zavodu po določbah 9. člena tega pravilnika.

## 37. člen

Ce je zavarovancu po določbah 35. člena tega pravilnika dovoljeno za čas trajanja delanemožnosti spremeniti bivališče, ker je pristojna zdravniška komisija mnenja, da je to glede na njegovo zdravstveno stanje in okrevanje nujno, je upravičen do povračila potnih stroškov in na način in ob pogojih iz 33. in 35. člena tega pravilnika.

Zavarovanec, ki med trajanjem delanemožnosti sam spremeni bivališče, ali ga spremeni z

dovoljenjem pristojne zdravniške komisije, če tudi to glede na njegovo zdravstveno stanje in okrevanje ni potrebno, je upravičen do povračila potnih stroškov največ v znesku, kolikor bi znašali, če bi zavarovanec ostal v kraju zaposlitve.

#### 38. člen

V nujnih primerih imajo zavarovane osebe pravico do prevoza v zdravstveni zavod z reševalnim avtomobilom. Za nujni primer se šteje:

- če je treba prepeljati v zdravstveni zavod osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo;
- če je treba prepeljati osebo, ki je zbolela za duševno boleznijo in ni zmožna potovati z rednim prometnim sredstvom;
- če je treba prepeljati v zdravstveno ustanovo osebo, ki se je življenjsko nevarno poškodovala, ali so nujni zdravniški posegi v zdravstveni ustanovi;
- če je treba prepeljati v zdravstveno ustanovo osebo, ki je težko pokretna (mavčeve obveze itd.), tako, da ni zmožna potovati z rednim prometnim sredstvom.

Za življenjsko nevarne poškodbe in nujne zdravniške posege se štejejo vsi tisti primeri, pri katerih je po načelih zdravniške vede nujna takojšnja zdravniška intervencija in če bi opustitev take intervencije pomenila neposredno nevarnost za življenje zavarovane osebe, ali če bi opustitev intervencije pomenila trajno poslabšanje zdravstvenega stanja.

V primerih iz točke d) tega člena imajo zavarovane osebe pravico tudi do prevoza iz zdravstvene ustanove na dom.

Nujnost prevoza v primerih iz 1. in 3. odstavka tega člena ugotavlja zdravnik — posameznik ali zdravnik stacionarnega zavoda, ki je zavarovano osebo zdravil.

#### 39. člen

V primeru, kjer ni na razpolago reševalnega avtomobila, lahko zavarovana oseba ob pogojih v primerih iz prejšnjega člena uporabi tudi drugo prevozno sredstvo, n. pr. vprežni voz ali zasebni avtomobil.

Sklad zdravstvenega zavarovanja bo v takem primeru povrnil prevozne stroške le na podlagi predloženega računa. Računu mora biti priloženo zdravniško potrdilo.

#### 40. člen

Se potni stroški izplačujejo po potovanju po predloženem obračunu.

Potni stroški se izplačujejo pri blagajni KZSZ ali posrednici, po pošti ali pri organizaciji, ki je za to pooblaščen.

#### 41. člen

Podpora za opremo otroka se izplačuje v višini, ki jo določi skupščina komunalne skupnosti zavarovancev s svojim sklepom.

Izplačilo te podpore uveljavlja zavarovana oseba pri zavodu ali njegovi podružnici s tem, da predloži pismeno mnenje posvetovalnice za žene, da je pričakovati porod v roku 1 meseca.

Če zahteva zavarovana oseba izplačilo podpore po rojstvu otroka, mora predložiti izpisek iz matične knjige rojenih.

#### e) Pogrebne in posmrtnine

#### 42. člen

Povračila pogrebnih stroškov ob smrti zavarovane osebe, se izplača v pavšalnem znesku, ki

ga določi skupščina komunalne skupnosti zavarovancev s svojim sklepom.

Pogrebne se izplačujejo po predložitvi izpiska iz matične knjige umrlih in zdravstvene izkaznice umrlega.

Osebi, izven ožjega družinskega kroga umrle zavarovane osebe, se izplača pogrebna, če s predložitvijo plačanih računov dokaže, da je oskrbela pogreb.

Pogrebna zapade v izplačilo z dnem smrti zavarovane osebe ali z dnem, ko je uradno ugotovljena smrt.

#### 43. člen

Posmrtnina se izplača, če je v družini umrlega zavarovanca ali upokojenca ostal vsaj en družinski član, ki je v trenutku smrti imel pravice do zdravstvenega varstva po umrlem.

Zahtevek za izplačilo posmrtnine vložijo družina ali njen zastopnik.

## IV.

### Skupne in prehodne določbe

#### 44. člen

Zdravstveno varstvo po določbah tega pravilnika lahko zavarovana oseba uveljavi samo s pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico ali potrdilom o pravici do zdravstvenega varstva. Potrditev obstoja delovnega razmerja v zdravstveni izkaznici in potrdilo o pravici do zdravstvenega varstva, ne smeta biti starejši kakor 30 dni.

Samo v nujnih in neodložljivih primerih lahko zavarovana oseba zahteva zdravniško pomoč brez potrjene zdravstvene izkaznice, vendar pa mora svojo pravico dokazati naknadno.

Na zahtevo zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca je zavarovana oseba dolžna predložiti osebno izkaznico, potrdilo o predhodni zaposlitvi ali druga potrdila, ki dokazujejo upravičenost do določene vrste zdravstvenega varstva.

V zdravstvene izkaznice zavarovanih oseb se obvezno vpiše ime pristojnega zdravnika in ambulante.

#### 45. člen

Med zdravljenjem se morajo zavarovane osebe držati zdravniških navodil, v redu prihajati na odredene preglede in zdravstvene storitve ter pravilno uporabljati zdravila in pripomočke.

Zavarovane osebe nimajo pravice zdravniku vsiljevati svoje volje glede vrste in načina zdravljenja ali predpisov vrste in količine zdravil.

#### 46. člen

Če ni nujno, mora zavarovanec iskati zdravniško pomoč izven svojega delovnega časa. Če stori obratno, nima pravice do nadomestila osebne dohodka za izgubljeni delovni čas.

#### 47. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebne dohodka med začasno nezmožnostjo za delo in se mu nadomestilo ne izplača:

1. če si nalašč povzroči delanezmožnost;

2. če namerno preprečuje ozdravljenje ali usposobitev za delo in se ne drži zdravniških navodil;

3. če se brez opravičljivega vzroka ne odzove vabilom na zdravniški ali komisijski pregled;

4. če dobliva med bolezenskim dopustom osebni dohodek, ali se ukvarja z gospodarsko dejavnostjo.

Pravica se ustavlja v navedenih primerih za čas, ko se to ugotovi in dokler traja takšna okoliščina.

Do nadomestila zavarovanec nima pravice tudi takrat, ko ni dobil osebne dohodka, ker ni nastopil dela in v času prestajanja kazni zapora.

#### 48. člen

Če se zavarovana oseba ne strinja z mnenjem in postopkom posameznega zdravnika, sme v roku 3 dni podati zdravniški komisiji ugovor ustno ali pismeno, ali pa tudi posredno po zdravniku.

Če zdravnik, kateremu je podan ugovor ne spremeni mnenja, mora o tem napraviti zaznamek, ki ga podpiše tudi zavarovana oseba.

Ugovor odstopi zdravnik zdravniški komisiji. Ta daje nanj svoje mnenje in podzame ustrezne ukrepe v smislu določil TZZZ.

Mnenje zdravniške komisije se pismeno javi zavarovani osebi, zdravniku, socialnemu zavarovanju in organizaciji, če je zavarovana oseba zaposlena.

V tem postopku je mnenje zdravniške komisije dokončno.

#### 49. člen

Zoper mnenje zdravniške komisije, kadar presoja delovno zmožnost, upravičenost do novih zračnih ali drugih protez, ortopedskih in ostalih pripomočkov pred potekom trajnostne dobe, brez prejšnjega mnenja posameznega zdravnika, je dovoljen ugovor v roku 3 dni na komisijo zdravniških izvedencev.

Mnenje te komisije je dokončno.

#### 50. člen

Ta pravilnik stopi v veljavo z dnem objave v Uradnem vestniku Gorenjske.

Dosedanja pravilnika komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Kranj, ki je bil sprejet dne 5. 2. 1963 in komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Jesenice, ki je bil sprejet dne 20. 1. 1963, prenehata veljati z dnem, ko stopi v veljavo ta pravilnik.

Številka: 01/1-1211/1

Datum: 1. 8. 1966

Predsednik skupščine  
Jože Kežar i. r.

Izdaja Gorenjski tisk, Kranj. Izhaja po potrebi. Glavni in odgovorni urednik Slavko Bezjak. Rokopise za objavo pošiljajte na naslov: Glas, uredništvo Kranj, C. St. Zagarja 27, p. p. 81. Tekoči račun pri podružnici Narodne banke v Kranju: 515-135. Uradni vestnik Gorenjske izhaja kot redna priloga Glasa in ga dobijo vsi stalni naročniki leta brezplačno.