

# Uradni vestnik Gorenjske

LETO IV.

Številka 21

## VSEBINA

## PREDPISI SAMOUPRAVNIH ORGANOV

## KOMUNALNA SKUPNOST SOCIALNEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV KRANJ:

202. Pravilnik o načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva

## PREDPISI OBCINSKIH SKUPŠČIN

## OBCINA KRANJ:

203. Odločba o ugotovitvi poprečnih zneskov na grad vajencem, ki jih plačujejo družbene obrtno organizacije na območju občine Kranj

## OBCINA TRŽIČ:

204. Odlok o družbeni pomoči udeležencem NOV, vojaškim vojnim invalidom, žrtvam fašističnega nasilja in njihovim družinam ter koroškim borec 1918—1919

## Predpisi samoupravnih organov Komunalna skupnost socialnega zavarovanja delavcev Kranj

202.

5. člen

Na podlagi 102. člena Temelnjega 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 VI. zasedanju dne 31. 7. 1967 sprejela prečiščeno besedilo

### PRAVILNIKA O NAČINU UVELJAVLJANJA PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

I.

## SPLOSNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik določa način in pogoje, kako uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva osebe, ki so zavarovane po določbah Temelnjega 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. Temelnjega zakona o zdravstvenem zavarovanju (v nadaljnjem besedilu: TZZZ), izvzemši 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. skupne 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 priznано po določbah zveznega in republiškega zakona o organizaciji zdravstvene službe (v nadaljnjem besedilu: zdravstveni zavodi).

II.

### UVELJAVLJANJE PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

a) Izbira ambulantno-poliklinično zdravstvenega zavoda in zdravnika

Ambulantno zdravstveno varstvo (splošno in specifično) po določbah 31. 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 zavarovane osebe, kadar se začasno nahajajo izven območja zaposlitve ali stalnega bivališča (letni dopust, potovanja), lahko uveljavljajo pravico 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 napotnice zdravnika splošne prakse lahko zavarovana oseba išče zdravstveno pomoč tudi v ambulantah oziroma dispanzerjih za žene, otroke ter v antiveneričnem in protituberkuloznem dispanzerju.

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

Tako 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 določnim 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.

7. člen

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih — specialistih, ki niso navedeni v čl. 6 tega pravilnika,

lahko uveljavi zavarovana oseba samo z napotnico izbranega zdravnika splošne prakse ali s napotnico specialista, h kateremu se lahko obrne naravnost.

Ob izdaji napotnice po prejšnjem odstavku ima zavarovana oseba pravico prosto izbrati zdravnika specialista, h kateremu naj bo napotena, vendar lahko izbira le med specialisti zdravstvenih zavodov v območju KZSZ Kranj. K specialistu izven omenjenega območja je zavarovana oseba lahko napotena 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.

Napotnica za obisk pri specialistu, katero izstavi izbrani zdravnik, velja samo za enkratno ordinacijo oz. pregled.

8. a člen

Zavarovana oseba lahko uveljavi nujno zdravniško pomoč pri katerem koli zdravniku splošne prakse, specialistu ali zobnem terapevtu tudi izven območja komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Kranj.

V kolikor pa zavarovana oseba uporabi zdravstveno varstvo v splošnih, specialističnih ali zobnih ordinacijah izven območja Gorenjske skupnosti mimo določb 5., 6., 7., 8. člena in prvega odstavka tega člena, ni upravičena do povračila stroškov zdravljenja v breme sklada zdravstvenega zavarovanja.

b) Zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih ustanovah

9. člen

Zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih ustanovah lahko zavarovana oseba uveljavi le z napotnico 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 napotnico vsak zdravnik, v primeru nezgode in v zelo nujnih primerih pa se zavarovana oseba zateče v stacionarni zdravstveni zavod tudi brez napotnice. 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 Zvezarne Jesenice
- g) Provizorij za očesno TBC Jezerško
- h) Vojna bolnica v Ljubljani
- i) 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 kateremkoli stacionarnem zdravstvenem zavodu, kadar se začasno nahajajo izven območja KZSZ Kranj po službenih ali zasebnih opravilih.

Zavarovana oseba, ki se na lastno željo želi zdraviti v drugem stacionarnem zdravstvenem zavodu za primer, ki ni naveden v tem členu (nujnost, začasna odsotnost), ni upravičena do povračila stroškov zdravljenja v breme sklada zdravstvenega zavarovanja.

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

10. člen

Kadar stacionarna zdravstvena ustanova ali zdravnik specialist priporoči zdravljenje zavarovane osebe v specializirani zdravstveni ustanovi, odloči o tem zdravniška komisija pri komunalnem zavodu za soc. zavarovanje Kranj.

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.
- Prvi in periodični pregledi se opravljajo v smislu ustreznih predpisov.

## 12. člen

Pravice do medicinskih ukrepov za zboljšanje 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 prispeva zavarovane osebe ali delovne 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 nadaljno 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 osebe 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 zaštevno zdravstveno ustanovo.

Sklad zdravstvenega zavarovanja poravnava stroške zdravljenja in nege na domu le v primeru, če to pomoč nudijo zdravniki 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, ki delajo izključno v preventivi ali drugih ustanovah, lahko predpisujejo zdravila na recepte v breme sklada zdravstvenega 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 kakovosti 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 zdravila, 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 katera ni dano 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 naprave (Ur. l. 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 priložne uporabe aparatov, ugotavlja prvo in nadaljnjo potrebo za vse vrste protez in priprav ustrezeni zavod. Ustrezeni zdravstveni zavod je tudi pristojen, da potrjuje indikacije za izdelavo navedenih pripomočkov, ki so jih predpisali zdravniki-ortopedi 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 anatomskih ali funkcionalnih sprememb ali zaradi netrpežnosti materiala.

Pristojni zdravnik-specialist ali ustrezeni zdravstveni zavod 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 o ustreznem postopku.

## 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 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 netrpežnosti 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 izdela 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 izdela ali popravi pred potekom trajnostne dobe na stro-



ške 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.

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

29. člen

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja KZSZ Kranj, uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva praviloma po določbah Pravidnika 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.

Če 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 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 bolezn 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 delanezmožnosti.

Če 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 stalez delanezmožnih. 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 merozdajno edino mnenje pristojnega zdravnika. Zavarovanec lahko uveljavi pravico do nadomestila osebnega dohodka smno na podlagi potrdila 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, neupoštevač določbe tega pravilnika zaradi nujnosti ali drugih opravičljivih razlogov. Nujnost oziroma upravičenost presoja zdravniška komisija.

Če 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.

Če se zavarovana oseba brez napotnice zdravnika splošne prakse obrne na zdravnika-specialista, razen v primerih, dovoljenih v 6. členu tega Pravidnika, 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 napotnico obrnila k specialistu izven območja KZSZ, kljub temu, da ustrezní specialist obstoja na tem področju, plačati 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 napotnici 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.

Če 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.****POVRACILA IN PODPORE****a) Potni in prevozni stroški**

33. člen

Povračilo potnih stroškov, ki jih utrpel zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic 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 ladajah.

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 spremeljevalca 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.

Sklad zdravstvenega zavarovanja ne trpi potnih stroškov, če znašajo v obe smeri manj kakor 3,40 ND. V kolikor znašajo več, se izplačilo zniža za omenjeni znesek.

35. člen

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

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

Za potovanja, ki trajajo več kot 8, toda 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 določí skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja Kranj s posebnim sklepom.

36. člen

Če 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 naveden v 9. členu tega pravilnika, se ji povrnejo 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

Če je zavarovancu po določbah 35. člena tega pravilnika dovoljeno za čas trajanja delanezmožnosti 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 delanezmožnosti sam spremeni bivališče, ali ga spremeni z dovoljenjem pristojne zdravniške komisije, četudi 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:

a) če je treba prepeljati v zdravstveni zavod osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo;

b) če je treba prepeljati osebo, ki je zbolela za duševno boleznijo in ni zmožna potovati z rednim prometnim sredstvom;

c) če je treba prepeljati v zdravstveno ustanovo osebo, ki se je življenjsko nevarno poškodovala, ali so nujni zdravniški posegi v zdravstveni ustanovi;

d) 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

Za potovanje se potni stroški izplačujejo po opravljenem potovanju po predloženem obračunu.

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



## b) Prejemki ob rojstvu otroka

## 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 mesec.

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

## c) Pogrebne in posmrtnine

## 42. člen

Povračilo 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 zavarovavca ali upokojenca ostal vsaj en družinski član, ki je v trenutku smrti imel pravico 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 uveljavlja 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 zdravnikovih navodil, v redu prihajati na određene 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

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

## 47. člen

Zavarovavec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med časom 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 zdravnikovih navodil;

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

4. če dobiva 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 zavarovavec nima pravice tudi takrat, ko ni dobil osebnega dohodka, ker ni nastopil dela in v času prestajanja kazni zapora.

## 48. člen

Ce 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.

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

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

## Predpisi občinskih skupščin

### Občina Kranj

203.

Na podlagi 2. člena odloka o najnižjih zneskih nagrad vajencem v občini Kranj (Uradni vestnik Gorenjske, št. 25-297/65) oddelek za gospodarstvo skupščine občine Kranj izdaja

## ODLOČBO

o ugotovitvi povprečnih zneskov nagrad vajencem, ki jih plačujejo družbene obrtne organizacije na območju občine Kranj

1. Povprečni mesečni zneski nagrad vajencem, ki jih plačujejo družbene obrtne organizacije, so za:

prvo leto učenja	147.— N din
drugo leto učenja	202.— N din
tretje leto učenja	237.— N din

2. V prvi točki te odločbe zapisani povprečni mesečni zneski nagrad vajencem so najnižje nagrade, ki jih morajo samostojni obrtniki plačevali vajencem mesečno v posameznem letu učenja.

3. Ugotovljeno poprečje velja od 1.7.1967 do 31.12.1967.

4. Ta odločba se objavi v Uradnem vestniku Gorenjske.

Kranj, dne 17/8-1967  
Številka: 12-01/67-04

Načelnik  
po pooblastilu  
Marko Burger l.r.

### Občina Tržič

204.

Na podlagi 75. člena statuta občine Tržič (Uradni vestnik Gorenjske, št. 12/64) je skupščina občine Tržič na seji obeh zborov dne 18. 8. 1967 sprejela.

## ODLOK

o družbeni pomoči udeležencem NOV, vojaškim vojnim invalidom, žrtvam fašističnega nasilja in njihovim družinam ter koroškim borcem 1918—1919

## 1. člen

Družbena pomoč je pomoč družbe borcem in aktivistom NOV, vojaškim vojnim invalidom, žrtvam fašističnega nasilja in njihovim družinam, kakor tudi koroškim borcem 1918—1919 s stalnim bivališčem na območju občine Tržič.

## 2. člen

Upravičencem do družbene pomoči iz 1. člena, se ista lahko daje v naslednjih oblikah: stalna, enkratna in začasna denarna pomoč, pomoč v materialu, pomoč pri šolanju in pomoč v obliki zdravstvenega varstva ter klimatsko-topliškega zdravljenja.

## 3. člen

Družbena pomoč se lahko odobri upravičencem, ki izpolnjujejo naslednje pogoje:

1. da imajo priznano posebno dobo v NOV v dvojnem ali enojnem številu, da jim je s pravno-močno odločbo priznana vojaška vojna invalidnost, da je dokazano, da so žrtve fašističnega nasilja, da so bili prostovoljci — borci za severno mejo 1918—1919;

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 zobnih 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.

Številka: 01/1-2092/1

Kranj, dne 31. 7. 1967

Predsednik skupščine  
Frane Korenčan l.r.

2. da njihovi dohodki ali dohodki njihove družinske skupnosti ne zadoščajo za primerno preživljanje;

3. da so zaradi bolezni ali invalidnosti njihovi dohodki iz delovnega razmerja, iz naslova pokojninsko-invalidskega zavarovanja ali ostalih pridobitnih dejavnosti prenizki in teh dohodkov ni mogoče zvišati po drugi zakoniti poti;

4. v težjih bolezenskih primerih ali ob smrti v družini;

5. da prosilci, ki posedujejo nepremičnino — premoženje in vložijo prošnjo za stalno družbeno pomoč, predhodno dovolijo na to premoženje vknjižbo v korist občinskih finančnih sredstev, namenjenih za uživalce iz 1. člena tega odloka.

## 4. člen

O družbeni pomoči upravičencem iz 1. člena tega odloka odloča na vlogo prosilca ali na predlog organizacije ZZB NOV, komisija za borčevske in invalidske zadeve Skupščine občine Tržič po prosti presoji, po predhodni proučitvi vseh predloženih dokazil.

## 5. člen

Vsi zahtevki in predlogi za družbeno pomoč se vlagajo pri upravnem organu skupščine občine Tržič, pristojnem za reševanje borčevskih in invalidskih zadev, ki je k vlogi dolžan zbrati vsa potrebna dokazila in opravljati vse ostale administrativne posle po tem odloku.

## 6. člen

Odločbo o dodelitvi družbene pomoči izda oddelek za splošne zadeve in družbene službe, skupščine občine Tržič.

Zoper to odločbo je dovoljena pritožba na republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo SRS v roku 15 dni po prejemu odločbe.

## 7. člen

Komisija za borčevske in invalidske zadeve skupščine občine Tržič je pristojna za revizijo družbene pomoči po tem odloku in ob ugotovitvi spremembe pogojev lahko pomoč zmanjša, zviša ali ukine.

## 8. člen

Uživalec družbene pomoči je dolžan o vseh nastalih spremembah, ki bi vplivale na višino pomoči, takoj obvestiti upravni organ skupščine občine Tržič, ki je izdal odločbo o družbeni pomoči.

## 9. člen

Finančna sredstva za družbeno pomoč se vsako leto zagotovijo v proračunu skupščine občine Tržič.

## 10. člen

Z dnem, ko začne veljati ta odlok, preneha veljati odlok o priznavalnih in drugih oblikah denarne pomoči borcem NOV (Uradni vestnik Gorenjske, št. 10-58/66).

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v uradnem vestniku Gorenjske.

Številka: 554-02/67

Tržič, dne 22/8-1967

Predsednik  
Marjan Bizjak l.r.