

Skupščine komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja delavcev občin na območju okraja

PRAVILNIK O UVELJAVLJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

453

Na podlagi 32. in 102. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ št. 22/62) so skupščine komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja delavcev občin Ljubljana-Bežigrad, Ljubljana-Center, Ljubljana-Moste-Polje-Litija, Ljubljana-Siška, Ljubljana-Vič-Rudnik-Grosuplje, Domžale, Kamnik, Kočevje-Ribnica in Vrhnika-Logatec-Cerknica na svojih zasedanjih sprejele

PRAVILNIK o uveljavljanju zdravstvenega varstva

I.

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Pravilnik določa, na kakšen način uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo, ki jim gre po 31. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju, na račun skladov zdravstvenega zavarovanja komunalnih skupnosti (v nadaljnjem besedilu: sklad).

Pravilnik je obvezen za organe, ki izvajajo zdravstveno varstvo, in za osebe, ki so na podlagi določil zakona o zdravstvenem zavarovanju zavarovane v zgoraj naštetih komunalnih skupnostih ne glede na to, kje je njihovo bivališče.

Izvrzete so vojaške osebe in uslužbenci organov za notranje zadeve.

2. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in na podlagi zakona izdanih predpisov ter po tem pravilniku.

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

Sklad plača vse stroške zdravstvenega varstva, če nastanejo z uveljavljanjem pravic po zakonitih predpisih in tem pravilniku.

3. člen

Zavarovana oseba, ki brez opravičljivega razloga uveljavlja zdravstveno varstvo mimo določil tega pravilnika, plača sama vse stroške neposredno zdravstvenemu zavodu, kjer je iskala zdravniško pomoč. V tem primeru grede v breme zavarovane osebe tudi morebitni prevozni stroški.

Komunalni zavod lahko v primeru iz 1. odstavka tega člena po prosti presoji odloči, če zavarovani osebi

na njeno zahtevo povrne stroške in v kolikšni višini.

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

4. člen

Kadar je treba v postopku uveljavljanja zdravstvenega varstva dati mnenje, ali če je prišlo v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva do spora, presoja primer komunalni zavod. Komunalni zavod da mnenje tudi tedaj, kadar zahteva zavarovana oseba povračilo stroškov zdravstvenega varstva, ki so nastali mimo določil tega pravilnika. Če je za presojo primera potrebno strokovno zdravniško mnenje, mora komunalni zavod pred izdajo odločbe dobiti mnenje svojega strokovnega organa. Strokovni organ komunalnega zavoda so zdravniške komisije in komisija zdravniških izvedencev.

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

II.

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

5. člen

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

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo z neposredno prosto izbiro zdravstvenega doma, zdravstvene postaje ali obratne ambulante praviloma v komunalni skupnosti, kjer biva oziroma kjer so zaposlene.

Pri tem neposredno izbirajo zdravnike, ki delajo v naslednjih ambulantnih ali dispanzerskih enotah zdravstvenega zavoda: v splošni ambulanti, zobni ambulanti, dispanzerju za predšolsko in šolsko mla-

dino, dispanzerju za žene, protituberkuloznem in protiveneričnem dispanzerju ter drugih dispanzerskih enotah.

6. člen

Izbrani zdravstveni zavod je v vseh svojih enotah dolžan nuditi zavarovanim osebam predpisano zdravstveno varstvo, skrbeti za ohranitev in izboljševanje njihovega zdravja, voditi predpisane evidence in vpeljati takšno organizacijo dela, ki bo zavarovanim osebam omogočala najlažje uveljavljanje njihovih pravic. Če izbrani zdravstveni zavod nima ustreznih enot, napoti zavarovano osebo s posebno napotnico v najbližji ustrezeni zdravstveni zavod.

Dispanzersko in ostalo preventivno zdravstveno varstvo nudi praviloma dispanzer, ki je najbližji po kraju bivališča.

7. člen

Zavarovana oseba se v izbranem zdravstvenem zavodu vpiše. Vpis se izvede, ko se zavarovana oseba posluži prvič v koledarskem letu uslug zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika.

Vpis se izvede tako, da se v zdravstveno izkaznico vpiše koledarsko leto in odtisne štampiljka izbranega zdravstvenega zavoda.

8. člen

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

Aktivni zavarovanec, ki mu je zaradi organizacije dela v zdravstvenem zavodu ali dela v delovni organizaciji nemogoče, da bi se stalno posluževal izbranega zdravnika, se lahko posluži tudi drugega zdravnika v istem zdravstvenem zavodu. Drugi zdravnik ima ista pooblastila kot izbrani zdravnik, mora pa izvid pregleda, način zdravljenja in morebitne ukrepe zabeležiti v zdravstveni karton, ki ga ima zavarovanec pri izbranem zdravniku.

9. člen

Zavarovana oseba ne more v teku koledarskega leta menjati izbranega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda, razen iz opravičljivih razlogov.

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

10. člen

Kadar želi zavarovana oseba menjati zdravstveni zavod ali zdravnika iz drugih razlogov, ureja to z upraviteljem zdravstvenega zavoda.

Proti odločitvi upravnika je v roku treh dni dopustna pritožba pri pristojni zdravniški komisiji.

11. člen

Kadar zavarovana oseba po preteku koledarskega leta ali po sporazumu izbere drug zdravstveni zavod oziroma drugega zdravnika, novo izbrani zdravstveni zavod oziroma zdravnik preskrbi vso dotedanjo medicinsko dokumentacijo od prejšnjega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika.

12. člen

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

Če to stori brez soglasja zdravnika, plača sama vse stroške nadaljnje zdravljenja. Povračilo stroškov lahko uveljavlja pri komunalnem zavodu.

13. člen

Zdravnika specialista izbira zavarovana oseba posredno, to je šele tedaj, ko je pristojni zdravnik spoznal, da je potreben specialni pregled oziroma zdravljenje. Zdravnik je dolžan v tem primeru napotiti zavarovano osebo k ustreznemu specialistu, ki si ga sama izbere.

Tudi stacionarni zdravstveni zavod (bolnico) izbira zavarovana oseba posredno, to je šele tedaj, ko je zdravnik spoznal, da je potrebno bolnično zdravljenje. Zdravnik je dolžan napotiti zavarovano osebo v tisti ustrezni stacionarni zdravstveni zavod, ki si ga je zavarovana oseba sama izbrala.

14. člen

Nujno potrebno zdravniško pomoč zavarovana oseba lahko zahteva pri katerikoli zdravstvenem zavodu oziroma zdravniku splošne prakse ali zdravniku specialistu.

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

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

III.

UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V AMBULANTNO-POLIKLINIČNI SLUŽBI

A. Zdravstveno varstvo v zdravstvenih domovih, zdravstvenih postajah in obratnih ambulantah

15. člen

Sklad plačuje stroške zdravstvenega varstva zavarovanih oseb z območja občine, kjer ni zdravstvenega doma, v višini, kot bi nastali, če bi si zavarovana oseba izbrala najbližji zdravstveni dom ali zdravstveno postajo.

16. člen

Zavarovani osebi, ki si izbere za uveljavljanje zdravstvenega varstva zdravstveni dom, zdravstveno postajo ali obratno ambulantno izven območja komunalne skupnosti po kraju bivališča ali zaposlitve, plačuje sklad vse stroške zdravljenja.

V tem primeru sklad ne plačuje morebitnih potnih stroškov oziroma jih plačuje le v tisti višini, kot bi nastali, če bi zavarovana oseba uveljavljala zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravniku.

17. člen

Zdravnik, pri katerem zavarovana oseba zahteva nujno zdravniško pomoč ali zdravniško pomoč med začasno spremembo bivališča, ima pravico in dolžnost zdraviti zavarovano osebo in odrediti ukrepe, ki so v zvezi z zdravljenjem.

18. člen

Zdravniške obiske v bivališču bolne zavarovane osebe lahko opravi izbrani zdravnik ali zdravnik najbližjega zdravstvenega zavoda, ki opravlja hišne obiske bolnikov.

Če izbrani zdravnik ni zdravnik najbližjega zdravstvenega zavoda oziroma njegove enote, plača zavarovana oseba sama morebitno razliko v višini potnih stroškov.

Kjer je v zdravstvenem zavodu uvedena dežurna zdravniška služba, opravlja nujne zdravniške obiske dežurni zdravnik.

Zdravnik, ki je opravil hišni obisk ali zdravljenje v bivališču bolnika, je dolžan poslati izbranemu zdravniku poročilo o opravljenem obisku, o zdravstvenem stanju bolnika ter o odredenih medicinskih ukrepih, kadar je to potrebno.

Zdravnik je dolžan zabeležiti obisk v zdravstveno izkaznico.

Zdravniško pomoč v svojem bivališču lahko zahteva zavarovana oseba:

- a) v primeru nujnosti,
- b) kadar ni sposobna priti v zdravstveni zavod.

19. člen

Zavarovana oseba, ki kliče zdravnika v svoje bivališče, plača sama stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da obisk ni bil potreben.

Povračilo stroškov uveljavi komunalni zavod na predlog zdravnika, ki je opravil obisk.

20. člen

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

B. Zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih

21. člen

Zavarovana oseba si prosto izbere zdravnika-specialista, ko je izbrani zdravnik spoznal, da je potreben specialistični pregled oziroma zdravljenje.

Zdravnik je dolžan v primerih iz prvega odstavka tega člena izdati napotnico s strokovnimi podatki za zdravnika-specialista.

Sklad plača stroške zdravstvenega varstva ter potne stroške do najbližjega ustreznega zdravnika-specialista.

Zavarovana oseba, ki zahteva bolj oddaljenega zdravnika-specialista, plača sama razliko potnih stroškov.

Izjemoma lahko napoti zdravnik zavarovano osebo k bolj oddaljenemu zdravniku-specialistu, če se dolo-

čena preiskava pri bližnjem zdravniku-specialistu ne more uspešno opraviti ali če je bližnji zdravnik-specialist preobremenjen in bi zavarovana oseba morala dalj časa čakati na pregled ter bi se s tem zavleklo zdravljenje.

Razlog za napotitev k bolj oddaljenemu zdravniku-specialistu mora biti naveden na napotnici.

22. člen

Zavarovane osebe smejo brez napotnice izbrati zdravnika-specialista v dispanzerju izbranega zdravstvenega zavoda ali v drugem zdravstvenem zavodu, ki dela na dispanzerski način in s katerim ima izbrani zdravstveni zavod sklenjeno posebno pogodbo. Ti zdravniki-specialisti so: pediater, ginekolog, ftizilog, venerolog in internist v primeru diabetičnega obolenja.

Tako izbranega zdravnika-specialista je mogoče menjati samo v skladu z določili II. poglavja tega pravilnika.

Zavarovana oseba sme iti brez napotnice na pregled k okulistu zaradi določitve ostrine vida in predpisa očal.

23. člen

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

24. člen

Zdravniki-specialisti, ki smejo sprejemati zavarovane osebe brez napotnice, opravljajo naloge, ki jih po zakonu opravlja posamezen zdravnik.

Zdravniki-specialisti, ki sprejemajo zavarovane osebe z napotnico, opravljajo predvsem naloge, za katere je zaprosil zdravnik, ki je izdal napotnico.

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

V vsakem primeru obolenja zavarovane osebe so zdravniki-specialisti dolžni dati na zahtevo zdravstvenega ali komunalnega zavoda svoje mnenje o delovni zmožnosti oziroma invalidnosti.

C) Konziliarni zdravniški pregledi

25. člen

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

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

Konzilij odloči pri konziliarnem pregledu, kdo plača stroške pregleda.

IV.

UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V STACIONARNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

A) Zdravljenje v bolnicah

26. člen

Zavarovano osebo napoti v bolnico izbrani zdravnik ali zdravnik-

specialist, pri katerem je bila predhodno pregledana ali zdravljena. Zdravnik mora izdati za sprejem v bolnico predpisano napotnico.

Zavarovana oseba si bolnico prosto izbere. Zdravnik, ki izda napotnico, mora upoštevati izbiro zavarovane osebe.

Če si zavarovana oseba izbere bolnico, ki je bolj oddaljena od njenega bivališča kot najbližja, v kateri bi se lahko zdravila, plača sama morebitno razliko v potnih stroških.

Zdravnik lahko napoti zavarovano osebo v drugo, bolj oddaljeno bolnico, kadar pričakuje uspešnejše zdravljenje ali če v bližnji bolnici ni možen sprejem zaradi pomanjkanja prostora.

B. Zdravljenje v naravnih zdraviliščih

27. člen

Zavarovane osebe se lahko napoti samo v tista naravna zdravilišča, ki poslujejo z odobrenjem sekretariata za zdravstvo pristojne republike.

Zavarovane osebe se lahko napoti na zdravljenje v naravna zdravilišča samo po določbah navodila o indikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki ga je izdal Svet za zdravstvo LRS (03/9-2391/6 z dne 6. 12. 1962).

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih je praviloma dopustno samo kot nadaljevanje predhodnega zdravljenja v ambulantni ali bolnici. V utemeljenih primerih se zavarovano osebo lahko napoti v zdravilišče brez predhodnega zdravljenja.

28. člen

Zavarovana oseba mora prispevati k stroškom namestitve in prehrane v naravnem zdravilišču v tolikšni višini, kot to določi s sklepom pristojni republiški organ.

29. člen

Zavarovano osebo napoti na zdravljenje v naravno zdravilišče izbrani zdravnik po lastni presoji ali na predlog zdravnika-specialista. Zdravnik, ki izda napotnico, jo pošlje za ustrezno medicinsko dokumentacijo v potrditev zdravniški komisiji komunalnega zavoda.

Zdravniška komisija pošlje napotnico z medicinsko dokumentacijo naravnemu zdravilišču, če meni, da je tako zdravljenje potrebno, sicer pa jo vrne zdravniku z napotki za nadaljnje zdravljenje.

30. člen

Brez predhodne potrditve napotnice po zdravniški komisiji pošiljajo zdravniki in zdravniki-specialisti zavarovane osebe v zavod za medicinsko rehabilitacijo invalidov v Laškem ali Ljubljani, če je podana indikacija za zdravljenje v teh zavodih.

31. člen

Zdravniki bolnic lahko premeščajo zavarovane osebe v naravna zdravilišča oziroma specializirane zdravstvene zavode, če gre za neposredno nadaljevanje bolničnega zdravljenja.

Premestitev odredi tričlanski konzilij bolničnih zdravnikov, ki ga imenuje komunalni zavod na predlog posameznega bolničnega oddelka oziroma bolnice.

32. člen

Napotnico za ambulantno zdravljenje v naravnem zdravilišču izstavi izbrani zdravnik in ni potrebna potrditev zdravniške komisije komunalnega zavoda. Sklad plača v tem primeru stroške zdravljenja, ne

pa stroškov nastanitve in prehrane. Če zavarovani osebi ni bila izdana napotnica za ambulantno zdravljenje v naravnem zdravilišču, odloči o povračilu stroškov zdravljenja komunalni zavod.

33. člen

Zavarovane osebe, ki ne morejo hoditi ali le s težavo hodijo, se lahko ob ustrezni indikaciji napoti samo v Zavod za rehabilitacijo invalidov v Laškem in v Zavod za rehabilitacijo invalidov SRS v Ljubljani.

34. člen

V breme sklada se praviloma ne odobrava spremstvo za bivanje v naravnem zdravilišču.

V izjemnih primerih odloča o potrebi spremstva zdravniška komisija komunalnega zavoda.

V.

UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

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

35. člen

Pregled pred vstopom na delo opravlja tista obratna ambulanta ali enota zdravstvenega zavoda, ki je pristojna za območje, kjer je sedež delovne organizacije oziroma njene obrate.

Morebitne potrebne specialne preglede opravi tisti zdravstveni zavod, ki ga odredi zdravnik, ki je opravil osnovni pregled.

Sklad plača stroške pregledov iz 1. in 2. odstavka tega člena, če je pregledani zavarovana oseba, razen stroškov pregledov, opravljenih po določili 6. člena temeljnega zakona o preprečevanju in zatiranju nalezljivih bolezni (Uradni list SFRJ št. 17/64). Zavarovane osebe plačajo stroške pregleda same. Delovna organizacija plača preglede, ki so bili opravljeni na podlagi njenih predpisov zaradi posebnih delovnih pogojev na posameznem delovnem mestu.

Če zdravnik ugotovi, da pregledani za določeno delovno mesto ni sposoben, pregledani pa se s tem mnenjem ne strinja, se lahko pritoži na zdravniško komisijo komunalnega zavoda, ki da dokončno mnenje.

Stroške pregleda pri zdravniški komisiji plača sklad, če zdravniška komisija ugotovi pritožbi pregledane ga, pri zavrnitvi pritožbe pa plača stroške pregleda pregledani sam.

Opomba: Pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana-Center nima določila 5. odstavka 35. člena.

36. člen

Sistematske preglede delavcev opravljajo tiste ambulante ali zdravstveni zavodi, ki so ustrezno organizirani in s katerimi sklepa komunalni zavod posebne dogovore glede sistematskih pregledov v posameznih delovnih organizacijah.

B. Ukrepi za izboljšanje zdravja in preprečevanje obolenj

37. člen

Preventivni ukrepi, ki se izvajajo po odloku občinske skupščine ali po priporočilu zdravstvenega centra v skladu s občinsko skupščino, so obvezni za vse zavarovance, ki bivajo na območju pristojne občine. Sklad prispeva k stroškom ukre-

pov iz 1. odstavka tega člena na podlagi posebnega dogovora in v okviru programa zdravstvenega varstva.

C. Zdravila, zdravilna sredstva, pomožni in sanitetni material

38. člen

Zdravila, zdravilna sredstva, pomožni in sanitetni material, ki je potreben zavarovani osebi za zdravljenje izven zdravstvenega zavoda, smejo predpisovati splošni zdravniki in zdravniki-specialisti v ambulantni, poliklinični in dispanzerski zdravstveni službi.

Ostali zdravniki smejo predpisovati na recepte zavarovanim osebam le po predhodnem posebnem pismenem pooblastilu komunalnega zavoda. Na teh receptih mora biti zabeležena pripomba »usluga«.

39. člen

Zavarovani osebi se smejo predpisovati samo registrirana zdravila, katerih promet je odobren v naši državi.

40. člen

Zavarovana oseba lahko dvigne predpisana zdravila v vsaki lekarni ali lekarniški postaji.

41. člen

Zavarovana oseba je dolžna plačati lekarni s predpisom določen prispevek za vsako izdano zdravilo. Če zavarovana oseba zaradi tega ne bi hotela prevzeti zdravila, lekarna recept zadrži.

42. člen

Če zavarovana oseba v nujnem primeru nima denarja za plačilo določenega prispevka, je lekarna kljub temu dolžna izdati zdravilo.

Zavarovana oseba potrdi na hrbti strani recepta, da ni plačala določenega prispevka.

Prispevek je dolžna naknadno plačati lekarni.

43. člen

Kadar zavarovana oseba nabavi v inozemstvu zdravilo, ki je v naši državi registrirano, pa ga začasno ni v prodaji, je upravičena do povračila stroškov v znesku, kolikor bi zdravilo stalo v lekarni na območju komunalne skupnosti.

Povračilo stroškov uveljavlja pri komunalnem zavodu. Znesek se zniža za obvezni prispevek.

44. člen

Sklad praviloma ne povrne stroškov za neregistrirana zdravila, ki jih nabavijo zavarovane osebe v inozemstvu.

C. Preprečevanje in zdravljenje zobnih in ustnih bolezni

45. člen

Zavarovana oseba si lahko zdravi zobne in ustne bolezni v katerikoli zobni ambulanti.

Sklad plača vse stroške zdravljenja, potne stroške pa le v višini, kot predpisuje ta pravilnik.

46. člen

Sklad plača vse stroške preprečevanja zobne gnilobe s fluorkalcijem, ki ga izvajajo ustrezni oddelki pristojnih zdravstvenih zavodov (zobne ambulante, dispanzerji za žene, predšolsko in šolsko mladino).

D. Zobotehnična in zobna protetična sredstva

47. člen

Zavarovane osebe so upravičene do zobotehničnih in zobnih prote-

tičnih sredstev v tistem obsegu, kot določajo veljavni predpisi.

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

48. člen

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

Zavarovani osebi, ki prinese sama plemenito kovino, povrne zdravstveni zavod, kjer se je zdravila, vrednost standardnega materiala po ceni, kot jo plačuje komunalni zavod zdravstvenemu zavodu v času izvršene storitve. Povračilo se izvrši po dejanski teži izdelka s pribitkom 10 % kala, vendar skupno največ 1,80 gr za izdelano prevleko ali člen v mostu.

49. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva, da se ji izdelajo nove oziroma popravijo stare zobne proteze ali zobno protetična dela tudi predno preteče predpisana trajnostna doba, če je do okvare oziroma nerabnosti prišlo zaradi anatomske-fizioloških sprememb ali zaradi netrpčnosti materiala oziroma zaradi drugih opravičljivih razlogov.

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

Ali naj se zobna proteza oziroma zobno protetično delo izdela na novo ali popravi in ali plača stroške sklad ali zavarovana oseba, presodi zdravniška komisija komunalnega zavoda.

E. Proteze, ortopedski pripomočki ter sanitarne priprave

50. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do protetičnih in ortopedskih pripomočkov ter sanitarnih priprav v obsegu, kakor določajo veljavni predpisi.

Potrebe po ortopedskem pripomočku ali sanitarni pripravi ugotavlja zdravnik, ki izda zavarovani osebi recept v skladu s veljavnimi predpisi.

Poleg pripomočkov iz 22. in 24. člena pravilnika o indikacijah, o standardih za material in o trajnostni dobi za protetična in ortopedska sredstva in sanitarne priprave (Uradni list FLRJ št. 51/62), lahko predpiše splošni zdravnik še: navleke za krn ter gumijaste nogavice, gumijaste kratke nogavice in gumijaste kolenice.

Pred nabavo ortopedskega pripomočka ali sanitarne priprave je zavarovana oseba dolžna predložiti recept komunalnemu zavodu v potrditev in zaradi izdaje naročilnice.

51. člen

Za paraplegike in težje invalide, ki so potrebni rehabilitacije ali priučitve zaradi uporabe aparata, ugo-

tavlja prvo in nadaljnjo potrebo za vse vrste protez in priprav ustrezni zdravstveni zavod.

Ustrezni zavod je tudi pristojen, da potrjuje indikacije za izdelavo navedenih pripomočkov, ki so jih predpisali zdravniki ortopedi ali drugi zdravstveni delavci. Isti zavod je nadalje pristojen kontrolirati ustreznost in kvaliteto izvršenih izdelkov vseh ortopedskih pripomočkov.

Za slušne aparate potrjuje ustreznost in kvaliteto ustrezni zdravstveni zavod.

52. člen

Nabavo protez, ortopedskih pripomočkov ter sanitarnih priprav, ki niso našteje v veljavnih predpisih, odobrava komunalni zavod na predlog zdravnika oziroma zdravniškega specialista.

53. člen

Zavarovana oseba, ki zahteva izdelavo ortopedskega pripomočka ali sanitarne naprave iz boljšega materiala ali po višjem standardu, kakor je določen v ustreznem pravilniku, plača sama razliko v ceni.

54. člen

Zavarovana oseba je dolžna skrbno ravnati in pazljivo uporabljati proteze, ortopedske pripomočke ter sanitarne priprave.

Zavarovana oseba nima pravice do popravila ali nabave nove proteze, ortopedskega pripomočka ali sanitarne priprave na račun sklada, če pride do njihove neuporabnosti pred pretekom trajnostne dobe po njeni krivdi.

Pred potekom trajnostne dobe ima zavarovana oseba pravico do nabave novih oziroma do popravila starih protez, ortopedskih pripomočkov ali sanitarnih priprav na račun sklada, če pride do njihove neuporabnosti zaradi anatomske ali funkcionalnih sprememb oziroma zaradi netrpčnosti materiala, o čemer odloča pristojni zdravnik-specialist oziroma ustrezni zavod.

Če nastane pri tem spor, se predloži zadeva komunalnemu zavodu zaradi izdaje odločbe po predhodnem izvidu in mnenju njegovega strokovnega organa.

VI.

UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

55. člen

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

56. člen

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

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

57. člen

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

Spremembo bivališča med nezmožnostjo za delo sme odobriti zavarovancu izbrani zdravnik, če v kraju novega bivališča obstajajo boljši in ustrežnejši pogoji za bivanje in negovanje in ti boljši pogoji vodijo do hitrejšega ozdravljenja in hitrejšje usposobitve za delo. Potne stroške plača v tem primeru zavarovanelec sam.

Če je potrebna sprememba bivališča za daljšo dobo (nad 30 dni), napoti pristojni zdravnik zavarovancu na zdravniško komisijo, ki odloči o kraju novega bivališča, trajanju bivanja, povrnitvi potnih stroškov in morebitni ponovni predstavitvi izbranemu zdravniku ali zdravniški komisiji komunalnega zavoda.

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

58. člen

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

Zdravnik, ki zdravljenje nadaljuje, je dolžan občasno obveščati izbranega zdravnika o poteku zdravljenja.

59. člen

Zavarovanelec, ki med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, izgubi pravico do nadomestila osebnega dohodka in nosi sam stroške nadaljnjega zdravljenja tega obolenja.

VII.

OCENJEVANJE ZMOŽNOSTI ZA DELO

60. člen

Za ocenjevanje zmožnosti za delo so pristojni:

1. od zavarovanca izbrani zdravnik, ki dela v zdravstvenem zavodu na območju občine po kraju zaposlitve ali bivališča;

2. zdravnik obratne ambulante, če ima delovna organizacija takšno ambulanto, sicer pa zdravnik zdravstvenega zavoda, ki je krajevno pristojen za delovno organizacijo oziroma njen obrat, kadar si je zavarovana oseba izbrala zdravnika izven kraja zaposlitve ali bivališča. V tem primeru je dolžan izbrani zdravnik dostaviti zdravniku obratne ambulante oziroma področnega zdravstvenega zavoda vso medicinsko dokumentacijo, potrebno za presojo zmožnosti za delo.

61. člen

Delovne organizacije oziroma njihovi obrati, ki nimajo obratne ambulante, lahko v sporazumu z zdravstvenim zavodom in občinskim svetom za zdravstvo nalože posameznim zdravnikom zdravstvenega zavoda, da vodijo evidenco nezmožnih za delo v njihovih organizacijah oziroma obratih.

V tem primeru je potrebno, da delovna organizacija sklene posebno pogodbo z zdravstvenim zavodom, v kateri se določi, da isti zdravnik, ki vodi evidenco nezmožnih za delo, izvaja v organizaciji oziroma njenem obratu preventivno zdravstveno varstvo, kot je določeno v navodilih za ustanavljanje obratnih ambulant.

62. člen

Ginekolog oziroma zdravnik s posebnim tečajem, ki dela v dispanzerju za žene zdravstvenega zavoda, kjer zavarovana oseba biva ali je zaposlena, ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico odločanja o delovni zmožnosti zavarovank, kadar

gre za bolezen, ki je v zvezi z nosečnostjo ali otročinstvom.

Prav tako presoja nosečnost zavarovane biva, ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico odločanja o delovni zmožnosti zavarovancev, kadar gre za tuberkulozna obolenja.

63. člen

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

64. člen

Pediater ali izbrani zdravnik s posebnim tečajem, ki dela v šolskem dispanzerju ali dispanzerju za otroke, ima pravico odločati o bolniškem dopustu zavarovancev, kadar gre za nego bolnega otroka.

65. člen

Nezmožnost za delo se prizna od tistega dne, ko zdravnik pri pregledu ugotovi, da zavarovane ni sposoben opravljati svoje delo. Zdravnik je dolžan nezmožnost za delo zabeležiti v zdravstveno izkaznico.

Priznanje nezmožnosti za delo za nazaj (retrogradna nezmožnost za delo) načeloma ni dopustno.

Izjemoma sme priznati nezmožnost za delo za nazaj v utemeljenih primerih pristojni zdravnik na podlagi dokumentacije hospitalnega zavoda, kjer se je bolnik neposredno prej zdravil.

Po prosti presoji sme priznati pristojni zdravnik nezmožnost za delo največ za 3 dni nazaj od dneva pregleda.

V vseh ostalih primerih presoja utemeljenost retrogradne nezmožnosti za delo zdravniška komisija komunalnega zavoda.

VIII.

POVRAČILO POTNIH STROŠKOV

66. člen

Zavarovana oseba je upravičena do povračila prevoznih stroškov po določilih zakona o zdravstvenem zavarovanju in tega pravilnika za vlak in ladjo II. razreda ali avtobus.

Zavarovana oseba je upravičena do povračila prevoznih stroškov do najbližjega zdravniškega oziroma zdravniškega specialista, če v kraju bivališča ali zaposlitve ni ustreznega zdravnika in če je razdalja do najbližjega zdravniškega najmanj pet kilometrov.

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

Ce mora zavarovana oseba zaradi istega obolenja najmanj petkrat v mesecu potovati na razdalji pod pet kilometrov, lahko uveljavlja povračilo vseh prevoznih stroškov.

67. člen

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

68. člen

Zavarovana oseba je upravičena do povračila stroškov za prehrano in nastanitev (dnevnic) med potovanjem in prebivanjem v drugem

kraju. Višino dnevnic določi skupščina skupnosti s svojim sklepom.

Zavarovana oseba, ki jo komunalni zavod ali pristojni zdravnik napoti ali pokliče v drug kraj, je upravičena do izplačila akontacije na potne stroške v višini 80 % stroškov. V roku 7 dni po končanem potovanju mora predložiti komunalnemu zavodu potrdilo o izvršenem potovanju; če zavarovana oseba, ki je prejela akontacijo, ni potovala ali se v drugem kraju ni javila na določenem mestu, mora povrniti prejeto akontacijo.

69. člen

Spremljevalec zavarovane osebe ima pravico do potnih stroškov po 76. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju. Spremljevalec je upravičen do povračila potnih stroškov z istim prevoznim sredstvom kot zavarovana oseba, razen če je prevoz spremljevalca že pokrit s plačilom prevoznega sredstva za zavarovano osebo.

Ce spremljevalec sam potuje, je upravičen do povračila potnih stroškov za vlak in ladjo II. razreda ali avtobus.

Ce je zavarovana oseba upravičena do dnevnic, ima enako pravico tudi spremljevalec.

70. člen

Zavarovana oseba je upravičena do uporabe rešilnega avtomobila, kadar gre za nujnost ali neposredno življenjsko nevarnost zavarovane osebe in kadar ni mogoče prevoza izvršiti z drugimi prevoznimi sredstvi.

Kot nujni in za življenje neposredno nevarni se štejejo primeri, kjer je po načelih zdravniške vede nujno potrebna takojšnja zdravniška intervencija in bi opustitev take intervencije pomenila neposredno nevarnost za življenje ali trajno poslabšanje zdravstvenega stanja zavarovane osebe.

Uporabo rešilnega avtomobila odredi pristojni zdravnik z napotnico. V nujnem primeru lahko pokliče zavarovana oseba sama rešilni avtomobil, vendar mora potrditi nujnost prevoza zdravnik zavoda, kamor je bila prepeljana.

Utemeljenost nujnosti presoja v primeru spora komunalni zavod.

71. člen

Zavarovana oseba lahko uporabi privatno prevožno sredstvo, kadar ni na razpolago javnih rednih prevoznih sredstev ali bi zaradi značaja bolezni morala sicer poklicati rešilni avtomobil. Sklad plača stroške v višini krajevno primernih cen.

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

72. člen

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

IX.

PODALJŠANJE NEGOVANJA OBOLELEGA OŽJEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

73. člen

Podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi nego-

vanja obolelega ožjega družinskega člana ali žene na porodu se lahko izjemoma odredi preko zakonitega roka, če so izpolnjeni vsi naslednji pogoji:

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

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

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

č) če z zamenjavo delovnega časa odraslih članov, ki žive v gospodinjstvi skupnosti, ni možno ustvariti pogojev za nego.

Opomba: Pogoji pod č) določata samo pravilnika komunalne skupnosti Vrhnika in Kamnik.

74. člen

Zdravnik, ki bolnika zdravi, predlaga komunalnemu zavodu podaljšanje negovanja s podrobno medicinsko utemeljitvijo.

Zavarovane osebe, za katerega zdravnik predlaga podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana, potrdi s posebno pisмено izjavo, da so izpolnjeni pogoji iz točke b, c in č prejšnjega člena. Zavarovane osebe mora zdravnik priložiti predlogu za podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka.

75. člen

Predlog zdravnika prouči zdravniška komisija komunalnega zavoda in nato na podlagi medicinskih podatkov ter ob upoštevanju socialnih in življenjskih pogojev zavarovane osebe in obolelega družinskega člana predlog odobri ali zavrne. Zdravniška komisija v svojem mnenju določi čas podaljšanja, ki praviloma ne sme trajati preko 30 dni.

Zavarovane osebe, ki ni zadovoljen s presojo zdravniške komisije, se lahko pritoži na komisijo zdravniških izvedencev.

76. člen

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

X.

IZOLACIJA V PRIMERU NALEZLJIVIH BOLEZNI

77. člen

Izolacijo zaradi bacilonošstva ali nalezljivih bolezni odredi zdravnik, ki je po določilih tega pravilnika pristojen za ocenjevanje zmožnosti za delo ali pristojni organ zdravstvene ali sanitarne inšpekcijske službe občinske skupščine, ki mora o svoji odredbi obvestiti pristojnega zdravnika zaradi ureditve pravice zavarovance do nadomestila osebnega dohodka.

78. člen

Zavarovane osebe, bacilonošce, zaposlene pri prometu z živili, se mora čim prej premestiti na ustrezno delovno mesto, kjer ni več potrebna izolacija.

XI.

DOLOČILA O VIŠINI PRISPEVKA ZAVAROVANIH OSEB PRI PLAČILU STROŠKOV ZA NEOBVEZNA CEPLJENJA

79. člen

Zavarovane osebe plačajo neposredno zdravstvenemu zavodu, ki izvrši cepljenje, 50 % stroškov za vsa neobvezna cepljenja, ki jih izvaja zdravstvena služba iz epidemioloških razlogov.

80. člen

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

XII.

PREDHODNE IN KONČNE DOLOČBE

81. člen

Zavarovane osebe, ki bodo na dan začetka uporabljanja tega pravilnika uživale pravice do zdravstvenega varstva po prejšnjih predpisih, uživajo od tega dne dalje pravice po prejšnjih predpisih, če so zanje ugodnejše.

Pri zavarovancih, ki bodo na dan začetka uporabljanja tega pravilnika nezmožni za delo, se šteje do ozdravljenja, da je njihova nezmožnost za delo ugotovil pristojni zdravnik.

Isto velja za zavarovane osebe na zdravljenju v zdravstvenih zavodih.

82. člen

Ta pravilnik stopi v veljavo s osmim dnem od objave v Glasniku, uradnem vestniku okraja Ljubljana. Z istim dnem prenehajo veljati dosedanji pravilniki o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

Številka: 190-29/64.

Datum: 1. oktobra 1964.

Predsedniki skupščin komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja delavcev občin: Ljubljana-Bežigrad, Vinko Kastelic, l. r., Ljubljana-Center, Aleksander Senčar l. r., Ljubljana-Moste-Polje-Litija, Jože Einspiller l. r., Ljubljana-Siška, Marjan Petrovič l. r., Ljubljana-Vič-Rudnik-Grosuplje, Jana Kušar l. r., Domžale, Miroslav Požek l. r., Kamnik, Janez Rems l. r., Kočevje-Ribnica, Vladimir Planinc l. r., Vrhnika-Logatec-Cerknica, Stane Zigmund l. r.

VSEBINA

453 Pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva skupščin komunalnih skupnosti socialnega zavarovanja delavcev občin na območju okraja