

URADNI VESTNIK

CELJE

Leto XII

28. marec 1967

Št. 7

VSEBINA

Skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje

79. Sklep o spremembah in dopolnitvah sklepa o višini obveznega prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva

80. Sklep o finančnem načrtu sklada za zdravstveno zavarovanje delavcev za leto 1967

81. Sklep o spremembah sklepa o višini denarnih nadomestil zavarovancem ob zadržanosti z dela zaradi začasne nezmožnosti (bolniški stalež)

82. Pravilnik, po katerem uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialnega zavarovanja Celje zavarovani člani komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Brežice, Celje, Laško, Mozirje, Sevnica, Slovenske Konjice, Sentjur pri Celju, Smarje pri Jelšah in Zalec svoje pravice do zdravstvenega varstva

79.

Po 34. členu temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22/62, 53/62, 15/65, 29/66 in 52/66) in skladno s sklepom Skupščine skupnosti socialnega zavarovanja delavcev SRS o posameznih oblikah zdravstvenih storitev, za katere ni mogoče predpisati, da bi morale zavarovane osebe prispevati k stroškom zanje in tistih oblikah zdravstvenih storitev, za katere so komunalne skupnosti dolžne predpisovati obvezen prispevek zavarovanih oseb k stroškom (Uradni list SRS, št. 3/67) je Skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 22. marca 1967 sprejela

SKLEP

o spremembah in dopolnitvah sklepa o višini obveznega prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva.

I

V 1. točki sklepa o višini obveznega prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Uradni vestnik Celje, št. 3-30/67) se za besedilo »kadar uveljavijo pri kateremkoli zdravstvenem zavodu« dodajo besede: »na območju tukajšnje skupnosti«, nato pa nadaljuje stavek »katero od oblik zdravstvenega varstva«.

Celotno besedilo 1. točke se po tej spremembi glasi:

Vse, pri komunalni skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe plačajo, kadar uveljavijo pri kateremkoli zdravstvenem zavodu na območju tukajšnje skupnosti katero od oblik zdravstvenega varstva, za katero je s tem sklepom predpisan obvezen prispevek (participacija) k stroškom, prispevek v višini, ki je določen s tem sklepom.

II

Ta sklep velja od naslednjega dne po objavi v Uradnem vestniku Celje.

Št. 022-11/1966-2/4-S/12
Celje, dne 22. marca 1967

Predsednik skupščine
Maks Toplišček l. r.

80.

Po 4. točki 22. člena temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24/65, 57/65, 29/66 in 52/66) je Skupščina

komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 22. marca 1967 sprejela

SKLEP

o finančnem načrtu sklada za zdravstveno zavarovanje delavcev za leto 1967

I

Sprejme se finančni načrt sklada za zdravstveno zavarovanje delavcev Celje, ki izkazuje:

— čistih dohodkov	72,333.000,00 N-din
— skupnih dohodkov	72,333.000,00 N-din

II

Odredbodajalcu se naroča, da v okviru finančnega načrta predvidena sredstva uporablja racionalno in namensko.

III

Podrobnejša razčlenitev dohodkov in izdatkov v finančnem načrtu je sestavni del tega sklepa.

IV

Ta sklep velja od naslednjega dne po objavi v Uradnem vestniku Celje.

Št. 022-11/66-2/4-S/23
Celje, dne 22. marca 1967

Predsednik skupščine
Maks Toplišček l. r.

81.

Po 60. členu temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22/62, 53/62, 15/65, 29/65 in 52/66) je Skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 22. marca 1967 sprejela

SKLEP

o spremembah sklepa o višini denarnih nadomestil zavarovancem ob zadržanosti z dela zaradi začasne nezmožnosti (bolniški stalež)

I

Besedilo 3. točke sklepa o višini denarnih nadomestil zavarovancem ob zadržanosti z dela zaradi začasne nezmožnosti (bolniški stalež) (Uradni vestnik

Celje, št. 3-34/67) se v celoti črta in nadomesti s sledečim besedilom:

Od 31. dneva dalje gredo nadomestila vsem zavarovancem v breme sklada za zdravstveno zavarovanje komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje in se določijo v naslednjih odstotkih od osnove, izračunane po 2. točki tega sklepa:

brez predhodnega zavarovanja (manj kot 9 mesecev neprekinjeno, oziroma 18 mesecev v zadnjih 2 letih)	s predhodnim zavarovanjem (več kot 9 mesecev neprekinjeno, oziroma 18 mesecev v zadnjih 2 letih)
od 31. do 60. dneva 70 %	80 % od osnove
od 61. dneva dalje 80 %	90 % od osnove

II

Besedilo 4. točke se v celoti črta in nadomesti s naslednjim besedilom:

Vsa denarna nadomestila zavarovancem, ki so v delovnem razmerju pri zasebnih delodajalcih, se določijo v naslednjih odstotkih od osnove, izračunane po 2. točki tega sklepa:

brez predhodnega zavarovanja (manj kot 9 mesecev neprekinjeno, oziroma 18 mesecev v zadnjih dveh letih)	s predhodnim zavarovanjem (več kot 9 mesecev neprekinjeno, oziroma 18 mesecev v zadnjih 2 letih)
od 1. do 7. dneva 50 %	60 % od osnove
od 8. do 30. dneva 60 %	70 % od osnove
od 31. do 60. dneva 70 %	80 % od osnove
od 61. dneva dalje 80 %	90 % od osnove

III

Ta sklep začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem vestniku Celje, uporablja pa se od 1. aprila 1967.

Št. 022-11/1966-S/16
Celje, dne 22. marca 1967

Predsednik skupščine
Maks Toplišek l. r.

82.

Po drugem odstavku 32. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22/62, 53/62, 15/66, 29/66 in 52/66) je Skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 22. marca 1967 sprejela

PRAVILNIK

po katerem uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Brežice, Celje, Laško, Mozirje, Sevnica, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah in Žalec svoje pravice do zdravstvenega varstva.

TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Pravilnik urejuje:

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

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

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

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

2. člen

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

Po določitih tega pravilnika uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva tudi vojaške osebe in delavci organov za notranje zadeve, kolikor ne določajo drugače predpisi Državnega sekretariata za narodno obrambo in Sekretariata za notranje zadeve, ki jih po določitih 142. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju ta dva organa izdaja.

3. člen

Po določitih tega pravilnika uveljavljajo pri skupnosti zavarovane osebe:

1. Osnovno zdravstveno varstvo — v enotah zdravstvenega doma v občini svojega delovnega mesta ali v občini, kjer prebivajo. Osnovno zdravstveno varstvo nudijo dispanzerji za otroke, dispanzerji za žene, dispanzerji za šolarje ter ostali dispanzerji in ambulantne splošne prakse; delavcem v delovnem razmerju pa tudi obratne ambulantne;

V osnovno zdravstveno varstvo spada tudi zobozdravstveno varstvo;

2. Specialistično zdravljenje in pomoč — v specialistični ambulanti z napotnico zdravnika iz 1. točke tega člena, brez napotnice pa le, če zakon to izrecno določa;

3. Zdravljenje v bolnicah — v najbližji bolnici na območju skupnosti, v katero jih je poslal z napotnico katerikoli zdravnik;

4. Medicinsko rehabilitacijo kot nadaljevanje ali nadomestilo bolničnega zdravljenja — v zavodih za rehabilitacijo ali zdraviliščih, v katere jih je poslala z napotnico zdravniška komisija po predlogu zdravnika ali skupine zdravnikov po pravilniku o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje in v mejah pooblastil skupščine skupnosti;

5. Pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih naprav po določitih 28. člena tega pravilnika.

Neglede na 2., 3. in 4. točko tega člena uveljavijo zavarovane osebe pravico do zdravstvenega varstva brez napotnice v nujnih primerih, kadar dobijo prvo pomoč, ali če zakon tako določa, in sicer v mejah 8. odstavka 104. člena temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja.

4. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določitih tega pravilnika, odloča Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje potem, ko je obvezno dobil mnenje zdravniške komisije.

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

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

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in listino o istovetnosti (osebna izkaznica), v smislu 100. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju zavarovane osebe pa še z ustreznim potrdilom o vplačanem prispevku.

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

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

IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

6. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva v smislu 101. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju v breme sklada tukajšnje skupnosti, veljajo sledeča temeljna načela:

1. Zavarovane osebe uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva v celoti v breme sklada — upoštevajoč 4. točko tega člena — pri zdravstvenih zavodih v tukajšnji skupnosti, s katerim je skupnost sklenila pogodbo po splošnem sporazumu z zdravstvenim centrom.

2. Zavarovane osebe, ki so sicer zavarovane pri tukajšnji skupnosti, pa stalno prebivajo izven njenega območja, uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva po določilih pravilnika, ki velja v skupnosti, kjer ima zavarovana oseba stalno prebivališče, brez ozira na to, ali je skupnost z zdravstvenim zavodom sklenila pogodbo ali ne.

3. Pri zdravstvenih zavodih izven skupnosti, s katerimi skupnost nima pogodbe, lahko zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo:

a) v celoti v breme sklada v primerih, ko uveljavijo tako obliko zdravstvenega varstva ali pomoči, ki je zdravstveni zavodi v tukajšnji skupnosti ne nudijo; to uveljavijo s posebno napotnico, ki jo izda izbrani zdravnik po določbi tega pravilnika in splošnega sporazuma med skupnostjo in zdravstvenim centrom;

b) delno v breme sklada in to le za stroške za medicinsko pomoč, ki so jo zdravstveni zavodi, s katerimi zavodi nima pogodbe, nudili zavarovanim osebam v nujnih primerih (104. člen temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju).

4. Prispevek k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (participacija) predpiše v okvirih 34. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju in na njegovi podlagi izdanih predpisov za zavarovane osebe skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

7. člen

V vseh drugih primerih, ko je uveljavila zavarovana oseba zdravstveno varstvo v zdravstvenem zavodu, s katerim skupnost nima pogodbe, pa plača skupnost samo tolikšen znesek, kolikor zneske v okvirnem sporazumu med skupnostjo in zdravstvenim centrom ugotovljeni povprečni znesek (povprečna cena) za tisto oziroma sorodno obliko zdravstvenega varstva v tukajšnji skupnosti.

To načelo velja tudi za prevoze z reševalnimi avtomobili.

8. člen

Razliko med stroški za uveljavljeno zdravstveno varstvo in zneskom, ki je ugotovljen (postavljen) v sporazumu v smislu prejšnjega člena, kot strošek oziroma cena za tisto oziroma sorodno obliko zdravstvenega varstva v tukajšnji skupnosti, plača zavarovana

oseba sama neposredno v zdravstvenem zavodu, ki je varstvo nudil.

9. člen

Zdravstveni zavodi v tukajšnji skupnosti, s katerimi sklene skupnost pogodbo v mejah okvirnega sporazuma z zdravstvenim centrom, bodo izdajali za vse oblike zdravstvenega varstva, ki ga bodo zavarovane osebe uveljavile v drugih zdravstvenih zavodih, posebne napotnice, na katerih bo navedeno, bodisi:

1. da gre vse varstvo v breme tukajšnje skupnosti v celoti,

2. višina, do katere bo skupnost plačala uveljavljeno obliko zdravstvenega varstva, ugotovljeno po 7. členu tega pravilnika.

10. člen

Zdravstvenim zavodom, s katerimi skupnost nima pogodbe, ki pa bodo opravili za zavarovano osebo katerokoli zdravstveno storitev brez napotnice, izdane po določilih prejšnjega člena tega pravilnika ali bodo izdali lastno napotnico (ex off), bo skupnost plačala le stroške za medicinsko pomoč, ki so jo dali zavarovanim osebam v nujnih primerih (8. točka 104. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju).

11. člen

Skladno s temi načeli si zavarovana oseba izbere posameznega zdravnika praviloma na območju občine, kjer ima svoje stalno bivališče, izmed zdravnikov, ki opravljajo ustrezno dejavnost, v kateremkoli zdravstvenem domu na istem območju, pri čemer pa ima pravico do povračila potnih stroškov le pod pogoji 44. člena tega pravilnika.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizaciji, ki ima lastno obratno ambulanto, pa izbere praviloma zdravnika v tej ambulanti kot izbranega zdravnika — posameznika. Druge zavarovane osebe pa uveljavijo zdravstveno varstvo v obratni ambulanti le, če je to mogoče na tak način, da obratna ambulanta pri tem ne zanemari osnovne preventivne dejavnosti.

Zavarovanec, ki je zaposlen v organizaciji, ki je v dogovoru s pristojnim zdravstvenim domom pooblastila določenega zdravnika za ocenjevanje delazmožnosti, pa izbere praviloma tega zdravnika kot izbranega zdravnika.

12. člen

Presojanje delazmožnosti aktivnih zavarovancev je urejeno v 43., 44. in 45. členu tega pravilnika.

13. člen

Povračilo potnih stroškov do izbranega zdravnika, ki si ga je zavarovana oseba izbrala po določilih tega pravilnika, ji gre le pod pogojem iz 44. člena tega pravilnika.

Kolikor si zavarovana oseba izbere posameznega zdravnika mimo določil 11. člena tega pravilnika, pa plača skupnost samo tisti del stroškov, kot ga določa 7. člen tega pravilnika.

14. člen

Specialistično zdravljenje in pomoč uveljavijo zavarovane osebe na način, ki je predviden v 3. členu tega pravilnika.

Kolikor si zavarovana oseba izbere na lastno pobudo drugega zdravnika — specialista, pri katerem išče specialistično pomoč, plača skupnost samo tisti del stroškov kot določa 7. člen tega pravilnika.

15. člen

Kolikor zavarovana oseba uveljavi specialistično zdravljenje in pomoč brez napotnice zdravnika, ki dela v enotah za osnovno zdravstveno varstvo, plača

stroške tako uveljavljenega zdravljenja in pomoči sama.

16. člen

Zdravljenje v bolnicah uveljavijo zavarovane osebe praviloma na ta način, da jih v ustreznem zavodu na območju skupnosti, s katerim je skupnost sklenila pogodbo, napoti izbrani zdravnik, zaproseni zdravnik-specialist ali zdravniška komisija.

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

17. člen

Kadar išče zavarovana oseba zdravstveno pomoč v drugem stacionarnem zavodu, ne pa v tistem, kamor jo je napotil zdravnik, plača skupnost samo tisti del stroškov, ki ga določa 7. člen tega pravilnika.

18. člen

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

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

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

Določila tega člena se uporabijo tudi za zdravniška-specialista in stacionarni zavod.

19. člen

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

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V AMBULANTNO-POLIKLINIČNIH ZAVODIH

20. člen

Osnovno zdravstveno varstvo (3. člen pravilnika) uveljavijo zavarovane osebe v zdravstvenih domovih ali obratnih ambulantah; specialistično zdravljenje in pomoč pa v specialističnih ambulantah v najbližji bolnici tukajšnje skupnosti.

Vse oblike zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe pri zdravniku — posamezniku, ki so ga izbrale po določilih tega pravilnika in ki delajo v javni zdravstveni službi in ki nudijo občanom navedene oblike zdravstvenega varstva.

21. člen

Izbrani zdravnik opravlja splošno zdravstveno varstvo v obsegu in na način, ki je predviden v tem pravilniku oziroma statutu ali pravilniku dotičnega zdravstvenega zavoda, mora pa napotiti zavarovano osebo v drug zdravstveni zavod, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

Zobozdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe po istih načelih kot osnovno zdravstveno varstvo.

Pravico do zobno protetičnih del uveljavijo zavarovane osebe skladno s pravilnikom o indikacijah za zobno in protetično pomoč, o standardih za material, iz katerega se izdelujejo zobna protetična sredstva ter o njihovi trajnostni dobi (Uradni list FLRJ, št. 51/62) in skladno s sklepi skupščin skupnosti o soudeležbi pri stroških za zobno protetična dela.

22. člen

Specialistično zdravljenje in pomoč, katerega organizator in nosilec je področna bolnica, vsaka za svoje območje, uveljavljajo zavarovane osebe tako, kot predvideva 14. člen tega pravilnika.

Zdravnik-specialist se prav tako vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba brez upravičenega razloga na enak način, kot ga predvideva 18. člen tega pravilnika, ne more zamenjati pred končnim zdravljenjem.

23. člen

Zdravnik-specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in predloge, za katere je zaprosen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

Kadar zdravstveni zavod izven območja skupnosti, ki je nudil zdravstveno pomoč, naroči zavarovano osebo na ponovne preglede, veljajo glede plačila teh stroškov določila 7. člena tega pravilnika.

24. člen

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

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

Prav tako mora izbrani zdravnik z napotnico vred poslati zdravniku — specialistu za zavarovano osebo ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki jo ima zbrano in ki je za zaproseni pregled potrebna.

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

25. člen

Ko nudijo zdravstveno varstvo po določilih tega pravilnika, naj dajo — razen v nujnih primerih — vsi zdravstveni delavci prednost tem-le kategorijam zavarovanih oseb in v takem-le vrstem redu:

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

2. borem NOV;

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

4. ostalim zavarovanim osebam.

NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO V STACIONARNIH ZAVODIH

26. člen

Bolnično zdravljenje uveljavijo zavarovane osebe kot posebno obliko zdravstvene pomoči v tistih zavodih, ki dajejo bolniku zdravstveno pomoč in oskrbo pod stalnim zdravstvenim nadzorom. Taki zavodi so splošne bolnice, specialne bolnice in klinike.

Za zdravljenje in rehabilitacijo v zavodih za rehabilitacijo in naravnih zdraviliščih veljajo določila 3. člena tega pravilnika.

Zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno pomoč v teh zavodih praviloma na območju skupnosti in to v onih, v katere jih je poslal z napotnico izbrani zdravnik, oziroma specialist ustrezne specialnosti.

27. člen

Če zavarovano osebo napoti po določitih tega pravilnika v bolnico izbrani zdravnik ali zdravnik — specialist ali druga bolnica ali zdravniška komisija, gre do stroški takega zdravljenja, s potnimi stroški vred — upoštevajoč 7. člen tega pravilnika — v celoti v breme sklada.

28. člen

Kadar se je pa zavarovana oseba zdravila ali medicinsko rehabilitirala v drugem zavodu, ne pa v tistem, v katerega je bila napotena, plača skupnost stroške takega zdravljenja oziroma rehabilitacije le po določitih 7. člena tega pravilnika.

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

Zavarovana oseba tudi nima pravice do povračila potnih stroškov, kadar jo je stacionarni zavod izven območja skupnosti, kjer se je zdravila, naročil na ponovne kontrolne preglede. Glede plačila teh pregledov v breme sklada veljajo določila 7. člena takega pravilnika.

29. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo v celoti v breme sklada je možno le, če gre za medicinsko rehabilitacijo, nadaljevanje ali nadomestilo bolničnega zdravljenja. Tako zdravljenje odredi za zavarovano osebo zdravniška komisija na predlog zdravnika in v skladu s pravilnikom o indikacijah in kontraindikacijah.

Pri odločanju po prejšnjem odstavku upošteva komisija:

- načelo, da gre za medicinsko rehabilitacijo,
- pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah.

To obliko zdravstvene pomoči je možno uveljaviti le v tistih zdravstvenih zavodih, ki so organizirani kot zavodi za rehabilitacijo po predpisih o organizaciji zdravstvene službe.

Glede povračila potnih stroškov veljajo v teh primerih določila tega pravilnika.

UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

30. člen

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

31. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu 5. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju uveljavijo zavarovane osebe po določitih tega pravilnika, bodisi pri posameznih zdravnikih, bodisi v posvetovalnicah in dispanzerjih, pri vsakem v okviru njegove redne dejavnosti.

32. člen

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

33. člen

Glede zdravstvenega varstva, ki ga uveljavijo zavarovane osebe s tem, da dobijo ustrezna zdravila, zobotehnično pomoč, protetično in ortotično sredstvo ter sanitarno pripravo, veljajo določila temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju in določila sklepov republiške in komunalne skupnosti, zlasti glede soudeležbe zavarovanih oseb pri stroških (participacija).

34. člen

K stroškom za neobvezna cepljenja prispeva vsaka, po določitih temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju, pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba ali njena gospodarska organizacija 50 % njihove cene, ki jih plača zavarovana oseba ali njena gospodarska organizacija direktno zdravstveni ustanovi, kjer je bila cepljena.

35. člen

Vsako protetično in ortotično sredstvo ter sanitarno pripravo, ki jo zavarovana oseba dobi na stroške sklada za zdravstveno zavarovanje, mora ob prevzemu preizkusiti in najkasneje v 30 dneh po prevzemu oziroma po izteku roka za privajanje, če je ta predpisan, njegove pomanjkljivosti reklamirati pri izdelovalcu in zavodu za socialno zavarovanje oziroma njegovi podružnici. Če zavarovana oseba tega ne napravi, izgubi pravico do novega pripomočka pred potekom za tisti pripomoček predpisanega roka trajanja.

36. člen

Zavarovanec, zaposlen v tujini na podlagi dovoljenja pristojnega organa, ki mu v tujini ni zagotovljeno zdravstveno zavarovanje pri tujem nosilcu zavarovanja, mora sam plačati stroške, ki nastanejo z ugotovitvijo svojega zdravstvenega stanja in zdravstvenega stanja ožjih družinskih članov pred odhodom v tujino.

37. člen

Glede na to, da je zdravstveno stanje borcev NOV v splošnem slabše kot pri ostalih zavarovanih osebah, smejo zahtevati zavarovane osebe — borci NOV — sistematičen pregled svojega zdravstvenega stanja, ki ga opravi bodisi zdravstveni zavod, bodisi posebna zdravniška komisija.

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

38. člen

Skladno s 138. členom temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, ki določa, da pripada prispevek skladu skupnosti, na katere območju se opravlja dejavnost, iz katere izvira obveznost izplačevanja, gredo v breme sklada tukajšnje skupnosti tudi stroški zdravstvenega varstva za zavarovance in po njih zavarovane družinske člane, za katere se prispevek plačuje tukajšnjemu skladu skupnosti in ki so redno na tem območju prijavljeni v zavarovanje.

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

39. člen

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

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

40. člen

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

41. člen

V primerih, ko po teh določitvah trpi sklad stroške za zdravstveno varstvo, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstvenemu zavodu, ki ji je pomoč nudil, povrne sklad zavarovani osebi stroške na način, ki je predviden v 57. členu tega pravilnika.

42. člen

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

Zavarovanec v takem primeru nima pravice do povračila potnih stroškov.

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

ZDRAVSTVENI ZAVODI IN ZDRAVNIKI, KI OCENJUJEJO DELAZMOŽNOST

43. člen

Delazmožnost zavarovanca presoja praviloma posamezni zdravnik, ki si ga je zavarovanec izbral kot izbranega zdravnika po določitvah tega pravilnika in ki dela v enotah za osnovno zdravstveno varstvo.

Delovna organizacija lahko v smislu 105. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju sklene z zdravstvenim zavodom pogodbo, v kateri določi pooblaščenega zdravnika. Pooblaščen zdravnik presoja delazmožnost in potrebo po odsotnosti z dela zaradi nege zbolelega družinskega člana za zavarovance te delovne skupnosti. Tako pooblaščen zdravnik presoja tudi delazmožnost zavarovanca za tisti čas, za katerega plačuje nadomestilo osebnega dohodka sklad skupnosti (nad 30 dni).

44. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju skupnosti, presoja zdravnik v obratni ambulanti oziroma zdravnik za medicino dela pri zavodu za zdravstveno varstvo Celje ali pa od pristojnega zdravstvenega doma za take preglede pooblaščen zdravnik.

45. člen

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

POTNI STROŠKI

46. člen

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

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

47. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali zavod za socialno zavarovanje napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k najbližjemu zdravniku ali v najbližji zdravstveni zavod v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km.

48. člen

Zavarovana oseba si lahko po določitvah tega pravilnika izbere zdravnika v zdravstvenem domu, vendar ji gredo potni stroški le po 2. točki prejšnjega člena tega pravilnika.

49. člen

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

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

50. člen

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

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

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

51. člen

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

Zahtevek za povračilo dnevnic mora zavarovana oseba dokumentirati tako, da zdravstveni zavod potrdi na potnem nalogu zamudo časa, zavod za socialno zavarovanje pa odredi povračilo, upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

52. člen

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

Soudeležbo zavarovane osebe (participacijo) na stroških za prevoze z rešilnimi avtomobili in primere, ko gredo stroški v celoti v breme sklada, določi skupščina komunalne skupnosti s posebnim sklepom.

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

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik;

2. iz bolnice — predstojnik ustreznega oddelka;

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

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

Za prevoze z rešilnimi avtomobili tistih zdravstvenih zavodov, s katerimi skupnost nima pogodbe, velja tudi načela 7. člena tega pravilnika.

53. člen

Zavarovane osebe tudi nimajo pravice do potnih stroškov, kadar jih zdravstveni zavod izven območja komunalnega zavoda, ki jim je nudil zdravstveno pomoč, naroči na kontrolne preglede ali če želijo sami kontrolne preglede.

54. člen

Izjemoma se lahko povrnejo stroški prevoza zavarovane osebe v bolnico, če gre za zdravstveno indiciran nujni primer, pa je bil prevoz opravljen z drugim vozilom (avtom, vozom), ne pa z reševalnim avtomobilom.

Medicinska indikacija in nujnost prevoza se potrdi v teh primerih na enak način kot prevoz z rešilnim avtomobilom, vendar pa se lahko stroški prevoza povrnejo le s soglasjem zdravniške komisije.

Stroški se povrnejo zavarovani osebi oziroma lastniku prevoznega sredstva, ki je prevoz opravil, v obliki kilometrine v višini, ki velja za kilometrino po vsakokrat veljavnem odloku Skupščine občine Celje za uporabo osebnih avtomobilov.

NEGA ZBOLELEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

55. člen

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

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

Nadomestila za nego zbolelega družinskega člana gredo v smislu 90. člena temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja v breme delovne organizacije, ki tudi po določilih 60. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju določi njihovo višino. Ta določila veljajo tudi za primere iz četrtega odstavka tega člena (podaljšanje do 15 oziroma 30 dni).

Izjemoma se v prvem odstavku tega člena določeni čas lahko podaljša do največ 30 dni. O takem podaljšanju odloči zavod s svojo odločbo na predlog posameznega zdravnika potem, ko da zdravniška komisija o zadevi svoje mnenje.

POSTOPEK IN NAČIN PRI POVRAČILU STROŠKOV ZAVAROVANIM OSEBAM

56. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so predvidene s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre

zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme sklada, plača stroške Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje kot izvajalec socialnega zavarovanja v imenu skupnosti zdravstvenemu zavodu na svojem območju po posebni medsebojni pogodbi, izven svojega območja pa direktno zdravstvenemu zavodu, ki je ustrezno obliko varstva nudil v mejah, ki jih določa ta pravilnik (zlasti 7. člen).

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

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

57. člen

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

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

58. člen

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

KONČNE DOLOČBE

59. člen

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

60. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pravilnik, nehata veljati:

— pravilnik, po katerem uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah — komunalne skupnosti Posavje za občine Brežice, Krško, Sevnica in komunalne skupnosti Velenje za občino Velenje, komunalne skupnosti Žalec za občino Žalec (Uradni vestnik Celje, št. 33/65);

— pravilnik o spremembah in dopolnitvah pravilnika, po katerem uveljavljajo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine Celje, Laško, Mozirje, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju in Šmarje pri Jelšah — komunalne skupnosti Posavje za občine Brežice, Krško, Sevnica — komunalne skupnosti Velenje za občino Velenje — komunalne skupnosti Žalec za občino Žalec (Uradni vestnik Celje, št. 33/65).

61. člen

Ta pravilnik začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem vestniku Celje.

Št. 022-11/1966-2/4-S/21

Celje, dne 22. marca 1967

Predsednik skupščine
Maks Toplišek l. r.

