GLASNIK

URADNI VESTNIK OKRAJA LJUBLJANA

LJUBLJANA, 1. MARCA 1963 — LETO X., ŠTEV. 14

OBČINSKI LJUDSKI ODBORI

PRAVILNIK O NAČINU UVELJAVLJANJA PRAVIC DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA SKUPŠČINE KOMUNALNE SKUPNOSTI ZAVAROVANCEV KRANJ

136.

Na podlagi člena 102. Zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni list FLRJ, št. 22/62), je skupščina komunalne skupnosti zavarovancev Kranj na svoji seji dne 5. februarja 1963 predpisala naslednji

PRAVILNIK
o načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva.

I.
SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik določa način in pogoje, kako uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva osebe, ki so zavarovane po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju (Uradni l. FLRJ, št. 22/62) pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje v Kranju, oziroma pri njegovih podružnicah v Škofji Loki in Tržiču.

2. člen

Določbe tega pravilnika veljajo za zavarovane osebe, navedene v členih 12. do 21. zakona o zdravstvenem zavarovanju, izvzemši za vojaške osebe in uslužbence Ljudske milice, v kolikor za slednje po določbi člena 142 zakona o zdravstvenem zavarovanju 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 ustanovah, (Zdravstvenih domovih, obratnih ambulantah, splošnih in specializiranih zdravstvenih zavodih), katerim je to svojstvo priznano po določbah zveznega in republiškega zakona o organizaciji zdravstvene službe.

II.
UVELJAVLJANJE PRAVICE DO ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

a) Izbira ambulantno poliklinične zdravstvene ustanove in zdravnika

5. člen

Ambulantno zdravstveno varstvo (splošno in specifično) po določbah člena 31 zakona o zdravstvenem zavarovanju uveljavljajo osebe, zavarovane pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Kranj, lahko pri vseh zdravstvenih domovih na območju tega zavoda, tj. v okviru občine Kranj, Škofja Loka in Tržič.

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj, uveljavljajo te pravice lahko tudi pri zdravstvenih ustanovah na območju krajevno pristojnega komunalnega zavoda za socialno zavarovanje.

Izjemoma lahko zavarovane osebe, kadar se začasno nahajajo izven območja zaposlitve oz. stalnega prebivališča (letni dopust, potovanja), uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva pri zdravstveni ustanovi, na katere območju 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 ustanovah, navedenih v prejšnjem členu, lahko zavarovana oseba prosto izbere zdravnika splošne prakse ter specialiste: ginekologa, pediatra, zobnega terapevta in okulista v zvezi s predpisom očal.

Brez privolitve oz. napotnice zdravnika splošne prakse lahko zavarovana oseba išče zdravstveno pomoč tudi v ambulantah oz. dispanzerjih za žene, otroke ter v antiveneričnem dispanzerju.

Po določbah prvega odstavka tega člena izbrani zdravnik je zdravnik posameznik v smislu čl. 105 in 106 zakona o zdravstvenem zavarovanju.

Tako izbranega zdravnika posameznika zavarovana oseba brez opravičljivega razloga ne more menjati pred potekom enega leta od dneva prvega obiska. Ta določba ne velja za primer, če je bil obisk pri zdravniku ali obisk zdravnika na domu zavarovane osebe izvršen zaradi nujnosti oz. ko je obisk opravil službujoči zdravnik.

Za opravičljiv razlog, ko je dovoljeno menjati izbranega zdravnika posameznika pred potekom enega leta, se štejejo:

sprememba mesta zaposlitve ali stanovanja zavarovane osebe, sprememba delovnega časa zdravnika ali zavarovane osebe in nesoglasje z zdravnikom.

Upravičenost menjave zdravnika posameznika presoja predstojnik zdravstvene ustanove, v spornem primeru pa je dokončno veljavno mnenje zdravniške komisije. V kolikor zavarovana oseba izbere novega zdravnika v drugi zdravstveni ustanovi, odloči o upravičenosti Komunalni zavod za socialno zavarovanje Kranj na podlagi mnenja zdravniške komisije.

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 oz. z 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 domov na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj. K specialistu izven omenjenega območja je zavarovana oseba lahko napotena le v primeru, če zadevne specialistične ambulante ni na teritoriju Komunalnega zavoda za soc. zavarovanje Kranj.

8. člen

Ne glede na ugotovitve in priporočila specialista se mora zavarovana oseba v vsem ravnati po odredbah izbranega zdravnika, ki jo je napotil k specialistu.

Popolna diagnostična obdelava ali zdravljenje pri specialistu je dovoljeno le s pristankom zdravnika, ki je to obdelavo ali zdravljenje naročil.

Tudi v primeru daljšega specialističnega zdravljenja mora napotnica biti obnovljena vsakih 30 dni.

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 čl. 6 tega pravilnika in to v primerih, če zdravljenje ni možno v ambulanti ali na domu bolnika.

Zavarovane osebe se praviloma lahko zdravijo v naslednjih stacionarnih zavodih:

a) v splošni bolnici na Jesenicah;

b) v kliničnih bolnicah v Ljubljani, v kolikor gre za obolenje, katerega ni možno zdraviti na Jesenicah, oz. če je zadevni oddelek na Jesenicah polno zaseden;

c) v bolnici za porodništvo in ginekologijo v Kranju;

d) v bolnici za TBC in pljučne bolezni na Golniku;

e) v diagnostičnem — bolniškem oddelku v Kranju — največ do 14 dni;

f) v provizoriju bolnice za očesno TBC — Jezersko;

g) v drugih stacionarnih ustanovah izven območja Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj v primeru, če zdravljenje ni možno v enem izmed naštetih stacionarnih zavodov.

Skladno z določbo v čl. 5 lahko zavarovane osebe v primeru nujnosti uveljavijo zdravniško pomoč v katerem koli stacionarnem zdravstvenem zavodu, ko se nahajajo (začasno) izven območja Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj po službenih ali zasebnih opravkih.

10. člen

Za stacionarne zdravstvene ustanove, specializirane za zdravljenje s prirodnimi zdravilnimi faktorji (kopališka in klimatična zdravilišča), se po tem pravilniku štejejo naravna zdravilišča, ki so organizirana kot bolniški zavodi, tj., da imajo ustrezno zdravstveno službo in bolnični hišni red

Svojstvo specializirane zdravstvene ustanove mora biti ugotovljeno oz. priznano z odločbo pristojnega republiškega organa.

V okviru prejšnjega odstavka bo Upravni odbor Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje vsako leto določil zdravilišča, v katera bodo zavarovane osebe lahko napotene.

11. člen

Kopališko in klimatsko zdravljenje v naravnih zdraviliščih se lahko odobri na račun sklada zdravstvenega zavarovanja le v primeru, če je te vrste zdravljenje neogibno potrebno kot nadaljevanje ambulantnega ali bolničnega zdravljenja.

Zdravljenje v naravnem zdravilišču odobri zdravniška komisija na predlog izbranega zdravnika. Ob izdaji napotnice lahko zavarovana oseba izbira med istovrstnimi naravnimi zdraviliščí, ki ustrezajo glede na njeno obolenje in glede na sklep Upravnega odbora o določenih zdraviliščih.

12. člen

Zavarovana oseba nastopi kopališko ali klimatično zdravljenje, ko prejme poziv naravnega zdravilišča.

Če zavarovana oseba zdravljenja v naravnem zdravilišču ni nastopila v roku 3 mesecev po izstavitvi napotnice, mora zdravniška komisija ponovno odločiti o potrebi zdravljenja ter izdati novo napotnico.

13. člen

Kopališko zdravljenje se lahko odobri v trajanju do 21 dni, klimatično zdravljenje pa v trajanju do 30 dni.

Izjemoma lahko zdravnik zdravilišča podaljša kopališko zdravljenje do 7 dni, klimatično zdravljenje pa do 14 dni. Če gre za zaprto tuberkulozo, se lahko zdravljenje podaljša toliko, da traja skupno zdravljenje največ 75 dni za odrasle in 90 dni za otroke do 15. leta starosti. Podaljšanje odredi zdravniška komisija.

14. člen

Del stroškov za nastanitev in prehrano v naravnem zdravilišču, ki je določen s predpisom republiškega Izvršnega sveta, plača zavarovana oseba praviloma neposredno upravi zdravilišča.

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

15. člen

Zavarovane kakor tudi nezavarovane osebe, ki morajo po določbi čl. 130 zakona o delovnih razmerjih ob sklenitvi delovnega razmerja dokazati delovno sposobnost, morajo biti zdravniško pregledane v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer se nameravajo zaposliti ali pa v zdravstvenem domu, ki je najbližji mestu zaposlitve.

Pogodba med Komunalnim zavodom za socialno zavarovanje in zdravstveno ustanovo določa, katera ambulanta oz. zdravnik je upravičen opraviti te preglede.

16. člen

Pravico do zdravniških pregledov (čl. 31, tč. 1 ZZZ), s katerimi se spremlja zdravstveno stanje in ugotavlja delovna zmožnost na posameznem delovnem mestu (čl. 57 ZDR), 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.

17. člen

Pravice do strokovno medicinskih ukrepov za zboljšanje zdravja oz. za preprečevanje obolenj po čl. 31/2 zakona o zdravstvenem zavarovanju, uveljavljajo zavarovane osebe na svojo zahtevo pri zdravstvenem domu na območju Komunalnega zavoda za soc. zavarovanje Kranj, ki je najbližji njihovemu stanovanju, lahko pa tudi v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer so zaposleni. Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja Komunalnega zavoda Kranj, uveljavljajo te pravice pri zdravstvenem domu, ki je njihovemu stanovanju najbližji.

Te pravice so:

a) pregledi v dispanzerjih za otroke, žene, anti TBC in ambulantah za kožno venerične bolezni;

b) obiski in nasveti v posvetovalnicah za matere in noseče žene;

c) obiski babic na domu porodnic;

d) obvezna cepljenja;

e) saniranje bacilonoscev, kemična profilaksa, dezinfekcije.

Upravi odbor zavoda za socialno zavarovanje je pooblaščen glede na finančno zmogljivost sklada zdravstvenega zavarovanja, da v pogodbah z zdravstvenimi ustanovami zagotovi tudi druge ukrepe zdravstvene preventive, npr. obiske patronažnih sester, preglede zavarovancev na določenih delovnih mestih, preglede otrok itd.

18. člen

K stroškom za neobvezna cepljenja prispevajo zavarovane osebe 30 % skupnega zneska. Upravni odbor Komunalnega zavoda lahko v posameznih primerih določi tudi višji ali nižji odstotek.

Svoj delež stroškov plačajo zavarovane osebe neposredno zdravstveni ustanovi ob priliki cepljenja.

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja Komunalnega zavoda za soc. zavarovanje Kranj, plačajo odstotek stroškov za neobvezna cepljenja, kakor je določen na območju zavoda, kjer prebivajo.

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

19. člen

Zdravniško pomoč na svojem domu lahko zavarovane osebe zahtevajo:

a) v primeru nujnosti;

b) v primeru zdravljenja, če je to možno v domači oskrbi in zavarovana oseba ni sposobna prihajati v zdravstveno ustanovo.

Zdravniško pomoč na domu lahko nudi zdravnik ali pa drugi strokovno usposobljeni zdravstveni delavci.

20. člen

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

Če je po prvem nujnem obisku potrebno nadaljnje zdravljenje, lahko zavarovana oseba zahteva, da jo obiskuje oz. zdravi njen izbrani zdravnik.

Zavarovana oseba, ki zahteva obisk zdravnika na domu, ne da bi to bilo nujno, je dolžna skladu zdravstvenega zavarovanja povrniti stroške obiska. Če je bil poziv na obisk opravičljiv ali ne, presodi zdravnik, ki je obisk opravil, v spornem primeru pa Komunalni zavod ali pristojne podružnice na podlagi mnenja zdravniške komisije.

21. člen

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

Obseg oz. vrsto storitev na domu zavarovane osebe določa pogodba med Komunalnim zavodom in zadevnim zdravstvenim domom.

Sklad zdravstvenega zavarovanja plača vse stroške zdravljenja in nege na domu le v primeru, če to pomoč nudijo zdravniki ali drugi zdravstveni delavci zdravstvenega doma, ki je na območju Komunalnega zavoda Kranj najbližji stanovanju obolele zavarovane osebe.

Če zavarovana oseba želi, da jo na domu zdravi zdravnik iz oddaljenejšega zdravstvenega doma, je dolžna nositi razliko stroškov.

22. člen

Pravico do dopusta zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana (čl. 48/5 ZZZ) je zavarovana oseba upravičena zahtevati le tedaj, če izbrani zdravnik presodi, da za nego bolnika ne zadošča pomoč zdravstvenega osebja ali laične negovalke.

Če je zavarovana oseba določena, da neguje obolelega ožjega člana družine, je dopust možno podaljševati preko 7 oz. 15 dni le v primerih, če gre:

a) za akutno obolenje ožjega družinskega člana pa bi podaljšanje nege po mnenju pristojnega zdravnika pripomoglo k čim hitrejšemu ozdravljenju;

b) za akutno obolenje otroka do 3 let, ki mu je nujno potrebna nega matere zavarovanke.

V primerih iz prve točke prejšnjega odstavka se lahko podaljša nega obolelega družinskega člana na predlog pristojnega zdravnika pripomoglo k čim hitrejšemu ozdravljenju; b) za akutno obolenje otroka do 3 let, ki mu je nujno potrebna nega matere zavarovanke.

V primerih iz prve točke prejšnjega odstavka se lahko podaljša nega obolelega družinskega člana na predlog pristojnega zdravnika še za največ 7 dni, v primerih druge točke na predlog pristojnega zdravnika pa za največ 15 dni, na predlog ZK pa tudi dalje, vendar skupno trajanje odobrene nege ne more prekoračiti 75 dni.

e) Zdravila in sanitetni material

23. člen

Zavarovanim osebam lahko predpisuje zdravila in sanitetni material na recepte in na račun sklada za zdravstveno zavarovanje le izbrani zdravnik posameznik (čl. 6), zdravnik specialist in dežurni zdravnik v stacionarnih zavodih, kadar zavarovano osebo zdravi.

Ostali zdravniki na območju Komunalnega zavoda npr. upokojeni zdravniki, zdravniki, ki delajo izključno v preventivi ali drugih ustanovah, lahko predpisujejo zdravila na recepte v breme sklada zdravstvenega zavarovanja le po posebnem pooblastilu Upravnega odbora Komunalnega zavoda za soc. zavarovanje v Kranju.

Na teh receptih mora vedno biti oznaka »usluga«.

24. člen

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

Ob dvigu zdravil so zavarovane osebe dolžne plačati svoj delež k stroškom za vsako prejeto zdravilo v višini, ki je določena s sklepom Zveznega zavoda za soc. zavarovanje (Uradni list FLRJ, št. 26/62)

Če zavarovana oseba ob priliki dviga zdravil nima denarja, izdaja zdravila pa je nujna, mora v lekarni podpisati izjavo, s katero lekarno pooblašča, da slednja v breme osebnega dohodka zavarovane osebe lahko izterja dolg pri gospodarski organizaciji ali ustanovi. V vsakem primeru lahko lekarna zaračuna tudi vse stroške izterjave.

25. člen

Zavarovana oseba je upravičena dobiti prvenstveno domača zdravila, če so ta zdravila na zalogi ter so enake sestave in učinka, kakor tuja uvožena zdravila.

Če ima lekarna na zalogi domača in tuja 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 tujim zdravilom.

26. člen

Če zavarovana oseba ne more nabaviti v lekarni svojega območja ali v območju FLRJ zdravil, za katera je dano dovoljenje, da so v prometu v Jugoslaviji, lahko taka zdravila dobavi iz inozemstva. V takem primeru bo Komunalni zavod oz. njegova podružnica zavarovani osebi povrnila stroške za to zdravilo po nabavni ceni v inozemstvu, preračunano v jugoslovansko valuto po uradnem tečaju. Tudi v tem primeru je zavarovana oseba dolžna plačati obvezni del stroškov k posameznemu zdravilu.

Če 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

27. člen

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

Pred nabavo ortopedskega pripomočka ali sanitarne priprave je zavarovana oseba dolžna predložiti recept zavodu oz. njegovi podružnici v potrditev in izdajo naročilnice. Na naročilnici označi zavod oz. podružnica, katero podjetje ali zavod naj izdela ali dobavi predpisani ortopedski pripomoček oz. sanitarno napravo.

Pripomočke iz čl. 22 in 24 omenjenega pravilnika lahko predpiše tudi splošni zdravnik (kilni pas, suspenzorij, korzet, palice ali bergle, ortopedske vložke, usnjeno kapo, lasuljo, vrečico za vodo, nočno posodo, brizgalko, žepni pljuvalnik, gumijasto blazino itd.).

Izjemno od prejšnjega odstavka ugotavlja prvo in nadaljno potrebo za vse vrste protez in naprav za paraplegike in težje invalide, ki so potrebni rehabilitacije ali priučitve zaradi uporabe aparata, Zavod za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani. Ta zavod tudi potrjuje indikacije za izdelavo navedenih pripomočkov, ki so jih predpisali zdravniki ortopedi ali drugi zdravstveni zavodi.

28. 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.

29. člen

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

Če 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 za zdravstveno zavarovanje.

Pred potekom trajnostne dobe, določene za posamezno vrsto ortopedskega pripomočka ali sanitarne naprave, ima zavarovana oseba pravico, da se ji nabavijo novi, ali popravijo stari pripomočki na račun sklada za zdravstveno zavarovanje, če so postali neuporabni oz. če so se poškodovali zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb oz. zaradi netrpežnosti materiala.

Pristojni zdravnik specialist (čl. 27/1) oz. Zavod za rehabilitacijo invalidov (čl. 27/3) ugotovi, ali naj se pripomočki izdelajo oz. popravijo pred potekom trajnostne dobe na račun sklada zdravstvenega zavarovanja oz. na stroške zavarovane osebe.

Če nastane pri tem spor, se predloži zadeva v mnenje in oceno zdravniški komisiji. Na podlagi mnenja in ocene zdravniške komisije izstavi zavod za socialno zavarovanje odločbo v upravnem postopku.

30. člen

Zavarovana oseba, ki ohrani ali uporablja proteze ter ortopedske in druge pripomočke in naprave dalj, kakor določa trajnostna doba, je upravičena prejeti od sklada zdravstvenega zavarovanja posebno premijo.

Premija se izplačuje zavarovanim osebam III. in IV. skupine 3. člena »Pravilnika o indikacijah, standardih za material in trajnostni dobi« in sicer za:

a) protetična sredstva po čl. 4, upoštevajoč trajnostno dobo po čl. 6 »pravilnika«;

b) ortotična sredstva po čl. 7, upoštevajoč trajnostno dobo po čl. 9;

c) invalidske vozičke po čl. 15, upoštevajoč trajnostno dobo po čl. 16 »pravilnika«.

Za invalidske vozičke ter protetične in ortotične pripomočke, kjer je predpisana trajnostna doba 48 mesecev, se premija izplačuje v višini 10 % nabavne vrednosti vozička oz. pripomočka, v ostalih primerih, kjer je za protetični ali ortotični pripomoček določena manjša doba trajanja, se premija izplačuje v višini 15 % nabavne vrednosti. Premija se izplača za vsako polno leto uporabe pripomočka preko predpisane trajnostne dobe. Ob izplačilu premije se odbijejo morebitni zneski popravil pripomočka, ki so nastali po krivdi zavarovane osebe in niso upravičeni po čl. 28 »pravilnika«.

Pravica do izplačila premije zapade z dnem preteka leta, za katero se premija izplača, zahtevo za izplačilo pa je pri Komunalnem zavodu ali njegovi podružnici možno vložiti v roku enega leta po zapadlosti.

Komunalni zavod ali podružnica izplača zapadlo premijo takoj, ko se prepriča, da je zahteva utemeljena in dokazana.

g) Zobozdravstveno varstvo

31. člen

Zobozdravstvene in zobotehnične storitve lahko uveljavljajo zavarovane osebe pri kateremkoli zdravstvenem domu ali zobni ambulanti na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj, lahko pa tudi pri zobnih ambulantah izven tega območja.

Če zavarovana oseba izbere zobozdravstveno ustanovo, ki ni najbližja njenemu stanovanju, povrne sklad zdravstvenega zavarovanja stroške za opravljeno delo samo do višine, kol-

kor bi stroški znašali pri najbližji zobozdravstveni ustanovi. Ta določba ne velja, če so zavarovancu bile opravljene zobozdravstvene storitve v obratni zobni ambulanti.

32. člen

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

Prednost sprejema v zobni ordinaciji lahko zavarovana oseba zahteva le v nujnih primerih, npr. če trpi bolečine, v slučaju poškodbe, če je sanacija zobovja nujna zaradi izvrševanja poklica oz. če je postavljena medicinska indikacija od izbranega zdravnika.

Upravičenost zahteve za prednost sprejema presodi predstojnik zobne ambulante, v spornih primerih pa odloči Komunalni zavod oz. njegova podružnica na podlagi mnenja zdravniške komisije.

33. člen

Zobotehnična in protetična dela se izdelajo iz predpisanega standardnega materiala in po indikacijah, kakor to določa pravilnik Jugoslovanske skupnosti socialnega zavarovanja.

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

34. člen

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

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

Ali naj se proteza oz. protetično delo izdela ali popravi pred pretekom trajnostne dobe na stroške sklada za zdravstveno zavarovanje oz. na stroške zavarovane osebe, presodi predstojnik zobne ambulante, v spornem primeru pa odloči Komunalni zavod ali njegova podružnica na podlagi mnenja zdravniške komisije.

h) Ostale določbe o uporabi pravice do zdravstvenega varstva

Stanovanje na območju tujih zavodov

35. člen

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj, uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva praviloma po določbah pravilnika zavoda za soc. zavarovanje, na katerega območju prebivajo.

Pravice po določbah tega pravilnika pa te osebe uveljavljajo, če je to mogoče in če je za njih ugodnejše, npr. določbe o zobozdravstvenem varstvu, ortopedskih pripomočkih, zdraviliščih, negi na domu itd.

Sprememba bivališča

36. člen

Za časa trajanja nezmožnosti za delo je zavarovanec, ki ima začasno stanovanje, praviloma dolžan ostati in se zdraviti v tem stanovanju.

Če pristojni zdravnik domneva, da je za ozdravljenje zavarovanca koristna oskrba na njegovem stalnem domu, ker ni neogibno potrebno zdravljenje v stacionarnem zavodu, lahko zavarovancu dovoli odpotovati na njegov dom. Dopust za zdravljenje v drugem kraju tj. na stalnem domu zavarovanca, lahko odobri pristojni zdravnik največ v trajanju do 30 dni. Daljšo odsotnost pod navedenimi pogoji lahko odobri zdravniška komisija.

Pristojni zdravnik lahko izroči zavarovanca v zdravljenje in nadzor zdravstveni ustanovi, ki je krajevno najbližja stanovanju zavarovanca.

Zavarovanec, ki spremeni bivališče za časa trajanja delanezmožnosti brez dovoljenja pristojnega zdravnika, se mora redno javljati na naročene preglede.

Kot pristojni zdravnik po tem členu je mišljen zdravnik, ki je upravičen odrejati dopust zaradi nezmožnosti za delo.

Presoja nezmožnosti za delo

37. člen

Dopust zaradi nezmožnosti za delo v primeru bolezni ali poškodbe, skrajšanega delovnega časa, poroda ali skrajšanega delovnega časa po porodu, za časa bivanja v stacionarnem zavodu in drugih primerih po čl. 48 zakona o zdravstvenem zavarovanju, odredi zavarovancu:

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

b) če je zaposlen pri drugih gospodarskih organizacijah ali ustanovah, izbrani zdravnik splošne prakse zdravstvenega doma ali krajevne ambulante oz. zdravnik, ki ga gospodarska organizacija in zdravstveni dom sporazumno določita za presojo delanezmožnosti.

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

Glede trajanja bolniškega dopusta je merodajno edino mnenje pristojnega zdravnika. Zavarovanec lahko uveljavi pravico do nadomestila osebnega dohodka samo na podlagi potrdila o trajanju nezmožnosti za delo, ki ga izstavi pristojni zdravnik splošne prakse. Zavarovanec mora pristojnemu zdravniku dostaviti vse izvide in priporočila izbranega zdravnika ter se javljati na preglede, kakor odredi pristojni zdravnik.

38. člen

Sklad zdravstvenega zavarovanja komunalne skupnosti zavarovancev Kranj 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, ne upoštevajoč določbe tega pravilnika zaradi nujnosti ali drugih opravičljivih razlogov. Nujnost oz. opravičenost presoja zdravniška komisija.

Če se zavarovana oseba obrne za zdravniško pomoč na zdravstveno ustanovo, ki ni na območju Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Kranj in na katero se v smislu čl. 5 tega pravilnika ne more obrniti, mora stroške pregleda ali storitve plačati sama, pri Komunalnem zavodu ali njegovi podružnici pa po predložitvi ustreznega potrdila lahko zahteva povračilo stroškov, kolikor bi znašali, če bi bilo zdravstveno varstvo uporabljeno v zdravstvenem domu, ki je najbližji stanovanju zavarovane osebe oziroma v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer je zavarovana oseba zaposlena.

Če se zavarovana oseba brez napotnice zdravnika splošne prakse obrne na zdravnika specialista, izvzemši v primerih, dovoljenih v čl. 6 tega pravilnika, mora sama plačati stroške pregleda ali storitve. Od Komunalnega zavoda oz. njegove podružnice bo lahko zahtevala povračilo stroškov le v primeru, če bo od izbranega zdravnika splošne prakse predložila potrdilo, da sta bila pregled oz. storitev specialista potrebna. Sklad zdravstvenega zavarovanja bo povrnil stroške na podlagi predloženega potrdila o plačilu, vendar največ v višini, kolikor znašajo stroški enakega pregleda ali storitve pri najbližjem zdravniku enake specialnosti.

Prav tako mora zavarovana oseba, ko se je z napotnico obrnila k specialistu izven območja Komunalnega zavoda, kljub temu, da ustrezni specialist obstoja na tem območju, plačati sama stroške pregleda in storitve, lahko pa zahteva, da ji Komunalni zavod oz. podružnica povrne stroške do višine, kolikor bi znašali, če bi šla k specialistu na tem območju.

Zavarovana oseba, ki zahteva zdravljenje v stacionarnem zavodu izven določb čl. 10 tega pravilnika, mora sama doplačati morebitno razliko stroškov med ceno izbranega stacionarnega zavoda in ceno zavoda, določeno po omenjenem členu. Razliko stroškov plača zavarovana oseba ob odhodu iz stacionarnega zavoda oz. po dogovoru z upravo javoda. Na napotnici mora biti označena želja zavarovane osebe za zdravljenje v izbranem zavodu, kakor tudi da sama plača razliko v ceni.

Če zavarovana oseba pred potekom enega leta samovoljno menja izbranega zdravnika, mora pri novo izbranem zdravniku sama plačati stroške pregledov in storitev. Na podlagi potrdila zdravstvene ustanove bo Komunalni zavod oz. podružnica povrnila stroške zdravljenja po predhodni pribavi mnenja predstojnika zdravstvenega doma oz. zdravniške komisije (čl. 6).

III. POVRAČILA IN PODPORE

a) Potni in prevozni stroški

39. člen

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

Izjemno od določbe prejšnjega odstavka lahko odobri zavod oz. njegova podružnica prevoz z brzovlakom ali uporabo višjega razreda na potniškem vlaku, če to predlaga zdravnik posameznik ali zdravstveni zavod, 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 spremljevalca zavarovane osebe.

40. člen

Zavarovana oseba ima pravico do potnih stroškov, če mora potovati iz kraja zaposlitve ali stanovanja, kjer ni zdravnika, do najbližjega zdravnika ali zdravstvenega zavoda v drugem kraju, če je ta kraj odaljen od kraja zaposlitve ali stanovanja 8 ali več kilometrov.

41. člen

Povračilo stroškov za nastanitev in prehrano v času potovanja in bivanja v drugem kraju se izplača v obliki stalnih zneskov (dnevnice).

Če traja potovanje do 8 ur, zavarovani osebi ne pripada dnevnica.

Če traja potovanje nad 8 ur do 12 ur, pripada zavarovani osebi polovica dnevnice.

Če traja potovanje nad 12 ur, pripada cela dnevnica. Pri daljših potovanjih se izplača za vsakih 24 ur potovanja po ena cela dnevnica; za preostanek časa od 8 do 12 ur se izplača polovična dnevnica, za preostanek, ki znaša nad 12 ur, pa cela dnevnica.

Če zavarovana oseba na potovanju, ki traja nad 12 ur, vendar manj kot 24 ur, ne prenočuje, se ji zmanjša dnevnica za 30 %.

Za otroke nad 7 let se dnevnice po 2. in 3. odstavku tega člena znižajo za polovico.

Višino dnevnice določi skupščina Komunalnega zavoda s sklepom.

42. člen

Če zavarovana oseba pri uveljavljanju zdravstvenega varstva prosto izbere za zdravljenje zdravnika oz. zdravstveni zavod, ki ni najbližji kraju zaposlitve ali stanovanja (čl. 75 ZZZ in čl. 5 ter 8 tega pravilnika), ali če izbere bolnični zavod, ki ni naveden v čl. 10 tega pravilnika, ali naravno zdravilišče, ki ga ni predlagal zdravnik, se ji povrnejo le potni stroški, ki bi nastali, če bi uveljavljala zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravniku ali zdravstvenem zavodu oz. stacionarnem zavodu in naravnem zdravilišču po določbah čl. 10 in 12 tega pravilnika.

43. člen

Če je zavarovancu v smislu čl. 35 tega pravilnika dovoljeno za časa trajanja nezmožnosti za delo spremeniti bivališče, je upravičen do povračila potnih stroškov na način in ob pogojih iz členov 39 do 41.

Zavarovanec, ki med trajanjem delanezmožnosti sam spremeni bivališče, je upravičen do povračila potnih stroškov največ v znesku, kolikor bi znašali, če bi zavarovanec ostal v kraju zaposlitve.

44. 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 zdravstveni zavod osebo, ki se je življenjsko nevarno poškodovala ali so nujni zdravniški posegi v zdravstvenem zavodu;

d) če je treba prepeljati v zdravstveni zavod 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 b) in d) prvega odstavka tega člena imajo zavarovane osebe pravico tudi do prevoza iz zdravstvenega zavoda na dom

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

45. člen

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

Sklad zdravstvenega zavarovanja bo v takem primeru povrnil prevozne stroške le na podlagi predloženega računa, na katerem mora pristojni krajevni urad potrditi primernost cene. Računu mora biti priloženo zdravniško potrdilo.

46. člen

Za potovanje po teritoriju Komunalnega zavoda Kranj, Jesenice ali Ljubljana se potni stroški izplačujejo po opravljenem potovanju po predloženem obračunu. Za potovanje izven navedenih območij lahko zavarovana oseba dobi izplačilo naprej.

Pri obračunu potnih stroškov mora zavarovana oseba, ki ji je bilo odobreno potovanje z brzim vlakom ali v prvem razredu potniškega vlaka, predložiti uporabljene vozovnice.

Za prevoz z vprežnim vozom izplača Komunalni zavod oz. podružnica najmanj 500 din.

Potni stroški se izplačujejo pri blagajni zavoda ali podružnice, na zahtevo zavarovane osebe pa tudi po pošti.

b) Prejemki ob rojstvu otroka

47. 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 zdravnika posameznika, da je pričakovati porod v roku enega meseca.

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

c) Pogrebnine in posmrtnine

48. člen

Povračilo pogrebnih stroškov ob smrti zavarovane osebe se izplača v pavšalnem znesku, ki ga določi skupščina komunalne skupnosti zavarovancev s svojim sklepom.

Pogrebnine se izplačujejo po predložitvi izpiska iz matične knjige umrlih. Osebi izven ožjega družinskega kroga umrle zavarovane osebe se izplača pogrebnina, če s predložitvijo plačanih računov dokaže, da je oskrbela pogreb.

Za mrtvorojenega otroka se izplača pogrebnina, če je bil opravljen pogreb, kar dokaže zavarovanec s potrdilom pogrebnega podjetja o plačanih stroških pogreba.

Pogrebnina zapade v izplačilo z dnem smrti zavarovane osebe oz. z dnem, ko je uradno ugotovljena smrt.

49. člen

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

Zahtevek za izplačilo posmrtnine vloži družina ali njen zastopnik za izplačilo pogrebnine po umrlem zavarovancu ali upokojencu.

IV. SKUPNE IN PREHODNE DOLOČBE

50. člen

Zdravstveno varstvo po določbah tega pravilnika lahko zavarovana oseba uveljavi samo s pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico oz. v primerih, ko do zdravstvene izkaznice ni upravičena, s potrdilom o pravici do zdravstvenega varstva. Potrditev obstoja delovnega razmerja v zdravstveni izkaznici in potrdilo o pravici do zdravstvenega varstva ne smeta biti starejša kakor 30 dni.

Samo v nujnih in neodložljivih primerih lahko zavarovana oseba zahteva zdravniško pomoč brez potrjene zdravstvene izkaznice oz. potrdila o pravici do zdravstvenega varstva, 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.

51. člen

Med zdravljenjem se morajo zavarovane osebe držati zdravnikovih navodil, v redu prihajati na odrejene 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.

52. člen

Zavarovane osebe, ki bodo na dan, ko se začne uporabljati ta pravilnik, uživale pravice iz zdravstvenega varstva po določbah prejšnjih predpisov o uveljavljanju pravic, uživajo pravice od tega dne po določbah tega pravilnika.

Za zavarovance, ki se na dan, ko stopi v veljavo ta pravilnik, nahajajo v staležu dela zmožnih, ki ni odobren od pristojnega zdravnika v smislu čl. 36 tega pravilnika, se do zaključka obolenja smatra, da so v staležu dela zmožnih po določbah tega pravilnika. Ta določba se smiselno uporablja tudi za zavarovane osebe, ki se na dan uveljavitve tega pravilnika nahajajo v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

53. člen

Ta pravilnik stopi v veljavo z dnem objave v »Glasniku« uradnem vestniku okraja Ljubljana.

Številka: 02/23/5-807.
Datum: 5. februarja 1963.

Predsednik skupščine
Ivo Majdič l. r.

OBČINA KAMNIK

137.

Na podlagi 9. člena zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o poslovnih stavbah in prostorih (Ur. list FLRJ št. 16/59, 48/59 12-143/62) in 2. točke 26. člena statuta občine Kamnik, je sprejel občinski ljudski odbor Kamnik na sejah občinskega zbora in zbora proizvajalcev dne 25. februarja 1963

ODLOK

o določitvi razlogov, iz katerih sme najemodajalec odpovedati pogodbo o najemu poslovnih prostorov

1. člen

Najemodajalec sme odpovedati pogodbo o najemu poslovnih prostorov samo iz naslednjih razlogov:

a) ker so poslovni prostori njemu samemu potrebni za opravljanje dovoljene poklicne dejavnosti;

b) ker uporablja najemnik prostore na tak način, da se poslovnim prostorom in napravam po njegovi krivdi dela škoda;

c) ker najemnik uporablja poslovne prostore na tak način, da stanovalce v hiši ovira v mirni uporabi stanovanja;

č) ker je najemnik s plačilom najemnine za tri zaporedne mesece ali daljši čas v zaostanku.

2. člen

Ta odlok velja takoj, objavi pa se v »Glasniku«, uradnem vestniku okraja Ljubljana.

Številka: 020-6/63-1
Datum: 25. II. 1963.

Predsednik
občinskega ljudskega odbora
France Vidervol l. r.

OBČINA VRHNIKA

138.

Na podlagi 12. člena zakona o proračunskem prispevku iz osebnega dohodka delavcev (Uradni list FLRJ št. 17/61, 44/61, 52/61 in 30/62) ter 26. člena statuta občine Vrhnika je Občinski ljudski odbor Vrhnika sprejel na seji občinskega zbora in na seji zbora proizvajalcev dne 8. februarja 1963

ODLOK

o spremembi in dopolnitvi odloka o dopolnilnem proračunskem prispevku iz osebnega dohodka delavcev za leto 1963 objavljen v »Glasniku« okraja Ljubljana št. 76/62

1. člen

V odloku o dopolnilnem proračunskem prispevku iz osebnega dohodka delavcev za leto 1963 objavljenem v »Glasniku« okraja Ljubljana št. 76/62 se v 1. členu 2. odstavek spremeni in se glasi:

Od plačevanja dopolnilnega proračunskega prispevka je izvzeta Jugoslovanska ljudska armada za podoficirje, oficirje in vojaške ter civilne uslužbence na območju občine Vrhnika.

2. člen

Ta odlok velja od dneva objave v »Glasniku« uradnem vestniku okraja Ljubljana, uporablja pa se od 1. januarja 1963.

Štev.: 4/1-010-16/63
Datum: 8. februarja 1963

Predsednik
občinskega ljudskega odbora
Franci Širok l. r.

139.

Na podlagi 11. člena zakona o proračunskem prispevku iz osebnega dohodka delavcev (Uradni list FLRJ št. 17/61, 44/61, 52/61 in 30/62) in 26. člena statuta občine Vrhnika je občinski ljudski odbor Vrhnika na seji občinskega zbora in na seji zbora proizvajalcev dne 8. februarja 1963 sprejel

ODLOK

o oprostitvi finančno samostojnih zavodov od plačevanja dela proračunskega prispevka iz osebnega dohodka delavcev, ki pripada občini Vrhnika

1. člen

Plačevanje dela proračunskega prispevka iz osebnega dohodka, ki pripada občini Vrhnika, se oprostita naslednja zavoda:

a) Učne delavnice zavoda za gluho mladino v Ljubljani;

b) Kulturno-prosvetno-zgodovinski zavod »Borec« v Ljubljani.

2. člen

Oproščeni del proračunskega prispevka iz osebnega dohodka delavcev morata zavoda iz 1. člena tega odloka vložiti v svoj poslovni sklad.

3. člen

Ta odlok velja od dneva objave v »Glasniku« uradnem vestniku okraja Ljubljana, uporablja pa se od 1. januarja 1963.

Štev.: 4/1-010-16
Datum: 8. februarja 1963

Predsednik
občinskega ljudskega od
Franci Širok l. r.

140.

Na podlagi 4. točke opombe k št. 138 dela II. tarife prometnega ka (Uradni list FLRJ št. 25/62) p loka o pooblastvitvi občinskih ljud odborov, da predpišejo vsako let ličine vina in žganja, ki jih smejo izvajalci porabiti doma brez p prometnega davka (Uradni list LR 35/62) ter 26. člena statuta prome davka (Uradni list LRS št. 35/62 26. člena statuta občine Vrhnika Občinski ljudski odbor Vrhnika jel na seji občinskega zbora in na zbora proizvajalcev dne 8. febr 1963

ODLOK

o določitvi količin vina in žganja jih smejo proizvajalci porabiti d brez plačila prometnega davka v izvajalni dobi 1962/63 v občini Vrh

1. člen

Količina vina, ki jo smejo indiv alni proizvajalci vina v občini Vrh porabiti doma brez plačila prome ga davka, se določi na 100 litrov vsakega nad 15 let starega družinsk člana.

Količina vina po prejšnjem odst ku se prizna proizvajalcem vina proizvajalno dobo 1962/63. Za proi jalno dobo se šteje čas od popisa delanih količin vina, ki bo izvrše letu 1962 pa do popisa vina v letu

2. člen

Proizvajalci žganja smejo pora doma brez plačila prometnega da 5 (pet) hektolitrskih stopenj žga na vsakega nad 18 let starega dr skega člana.

Ta količina žganja velja za proi jalno dobo od 1. marca 1963 do 28. bruarja 1964.

3. člen

Količine prometnega davka pro ga vina in žganja iz 1. in 2. člena t odloka se dovoljujejo tudi kmeto delovnim zadrugam in vinogradni zadrugam za člane včlanjenih dru z omejitvijo, da se tem ne morejo voliti posebne davka proste koli vina in žganja, ki jih proizvedejo zasebnem gospodarstvu.

4. člen

Ta odlok velja od dneva objave »Glasniku« uradnem vestniku okra Ljubljana.

Štev.: 4/1-010-04/63
Datum: 8. februarja 1963

Predsednik
občinskega ljudskega odbo
Franci Širok l. r.

VSEBINA

136 — Pravilnik o načinu uveljavljanja p vic do zdravstvenega zavarova skupščine komunalne skupnosti varovancev, Kranj
137 — Odlok o določitvi razlogov, iz ka rih sme najemodajalec odpove pogodbo o najemu poslovnih pro rov občine Kamnik
138 — Odlok o spremembi in do nitvi odloka o dopolnilnem prora skem prispevku iz osebnega doho delavcev za l. 1963 občine Vrh
139 — Odlok o oprostitvi finančno samo nih zavodov od plačevanja dela p računskega prispevka iz osebnega hodka delavcev, ki pripada ob Vrhnika
140 — Odlok o določitvi količin vina in ž nja, ki jih smejo proizvajalci po biti doma brez plačila prometn davka v proizvajalni dobi 1962 občine Vrhnika.