



URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 42

Ljubljana, 10. decembra 1970

Cena 9 dinarjev

Leto XXVII

VSEBINA:

PREDPISI OBČINSKIH SKUPŠČIN:

- 425. Odlok o oblikovanju in družbeni kontroli cen obrtnih storitev in izdelkov ter gostinskih storitev (Brežice)
- 426. Odlok o ustanovitvi sklada za financiranje skupnih potreb narodne obrambe v občini Brežice
- 427. Odlok o določitvi manjših vodotokov na območju občine Brežice
- 428. Odlok o spremembah in dopolnitvah odloka o tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov v družbeni lastnini v občini Brežice
- 429. Odlok o spremembah odloka o povračilu stroškov in nagradah odbornikom, članom svetov, komisij in drugih kolegialnih organov SOB Brežice v zvezi z opravljanjem njihove funkcije v občinski skupščini in njenih organih
- 430. Odlok o preskrbi s pitno vodo ter o upravljanju in vzdrževanju javnih krajevnih vodovodov v občini Ljubljana Moste-Polje

SPLOŠNI AKTI KOMUNALNIH SKUPNOSTI:

- 431. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor
- 432. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja delavcev (Maribor)
- 433. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota
- 434. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor
- 435. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja kmetov (Maribor)
- 436. Sklep o ustanovitvi skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota
- 437. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota

Predpisi občinskih skupščin

SKUPŠČINA OBČINE BREŽICE

425.

Na podlagi 13. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67, št. 23/67, št. 40/68, št. 11/69 in št. 15/70) in 125. člena statuta občine Brežice (Uradni list SRS, št. 27/70) je občinska skupščina na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o oblikovanju in družbeni kontroli cen obrtnih storitev in izdelkov ter gostinskih storitev

1. člen

Delovne organizacije in lastniki samostojnih obrtnih delavnic, ki opravljajo obrtne storitve in izdelujejo obrtne izdelke, ter tiste delovne organizacije, ki nudijo gostinske storitve, kakor tudi zasebni gostinci, oblikujejo cene svojih storitev in izdelkov na območju občine Brežice prosto.

Ne glede na določilo prvega odstavka tega člena oblikujejo delovne organizacije, lastniki samostojnih obrtnih delavnic in zasebni gostinci cene po določbah predpisov širših družbeno-političnih skupnosti in te skupščine.

2. člen

Kot ukrep družbene kontrole cen se za vse obrtne storitve in izdelke ter gostinske storitve predpiše obveščanje o cenah.

Delovne organizacije in lastniki samostojnih obrtnih delavnic iz 1. člena tega odloka kakor tudi zasebni gostinci, morajo obveščati pristojni upravni organ SOB Brežice o cenah svojih storitev ali izdelkov.

3. člen

Obvestilo o ceni (cenik) mora vsebovati:

1. firmo in sedež prijavitelja,
2. naziv storitve ali izdelka,
3. mersko enoto,

4. prodajno ceno,

5. datum, ko je cenik postal veljaven.

4. člen

Delovne organizacije in lastniki samostojnih obrtnih delavnic iz 1. člena tega odloka, kakor tudi zasebni gostinci, morajo obveščati pristojni upravni organ skupščine občine Brežice o vseh spremembah cen.

5. člen

Vse spremembe cen obrtnih storitev in izdelkov ter gostinskih storitev je prijaviti pristojnemu organu SOB Brežice 15 dni pred uveljavitvijo zvišanja oziroma spremembe cene za tržišče.

6. člen

Delovne organizacije, lastniki samostojnih obrtnih delavnic, kakor tudi zasebni gostinci, morajo v roku 30 dni po uveljavitvi tega odloka prijaviti pristojnemu organu za cene SOB Brežice cenike za obrtne proizvode in storitve ter cenike za gostinske storitve.

7. člen

V gostinskih obratih in obrtnih delavnicah morajo biti izobešeni ceniki tako, da so najlažje dostopni potrošnikom.

8. člen

Kršilci določil tega odloka se kaznujejo po določbah zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67, št. 23/67, št. 40/68, št. 11/69 in št. 15/70).

9. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 38-36/70

Brežice, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Brežice
Vinko Jurkas l. r.

426.

Na podlagi 78. in 125. člena statuta občine Brežice (Uradni list SRS, št. 27/70) ter 68. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36-196/64, št. 43-334/67 in št. 40-302/63) je skupščina občine Brežice na seji občinskega zbora in na seji zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o ustanovitvi sklada za financiranje skupnih potreb narodne obrambe v občini Brežice

1. člen

Ustanovi se sklad za financiranje skupnih potreb narodne obrambe v občini Brežice (v nadaljnjem besedilu: sklad).

2. člen

Sklad je pravna oseba.

Ime sklada je: sklad za financiranje narodne obrambe.

Sedež sklada je v Brežicah.

3. člen

Sklad se ustanovi, da se trajno zagotovijo sredstva za financiranje nalog občine na področju teritorialne obrambe, civilne zaščite in drugih zadev narodne obrambe, s katerimi se ustvarjajo pogoji za zadovoljitev obrambnih potreb, ki so skupnega pomena za občino in delovne organizacije na območju občine Brežice.

4. člen

Viri sredstev sklada so:

1. sredstva proračuna,
2. sredstva delovnih in drugih organizacij,
3. drugi dohodki.

5. člen

Sklad financira:

1. organizacijo in pouk enot teritorialne obrambe in civilne zaščite na območju občine Brežice,
2. osnovni in dopolnilni pouk prebivalstva za obrambo in zaščito,
3. nabavo in vzdrževanje materialnih sredstev, zlasti rezerv sanitetnega materiala in zdravil, sredstev zvez, alarmnih sredstev, orožja, v skladu z razvojnimi načrti narodne obrambe v občini,
4. osebne in materialne izdatke delavcev teritorialne obrambe.

6. člen

Upravni odbor šteje 5 članov, ki jih imenuje občinska skupščina.

7. člen

Upravni odbor opravlja zlasti te naloge:

1. sprejme statut sklada, ki ga potrdi občinska skupščina,
2. sprejme finančni načrt in zaključni račun sklada,
3. odloča o uporabi sredstev sklada,
4. opravlja druge naloge, ki jih določa statut sklada in drugi predpisi.

8. člen

Upravne zadeve sklada opravlja oddelek za narodno obrambo, finančne zadeve pa referat za proračun in sklade skupščine občine Brežice.

9. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 402-45/70-1

Brežice, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Brežice
Vinko Jurkas l. r.

427.

Na podlagi 125. člena statuta občine Brežice (Uradni list SRS, št. 27/70) in 13. člena zakona o vodah (Uradni list SRS, št. 22/66) je skupščina občine Brežice na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi manjših vodotokov na območju občine Brežice

1. člen

Za manjše potoke in jarke v občini Brežice v smislu določil drugega odstavka 13. člena zakona o vodah se štejejo vsi vodotoki na območju občine Brežice, razen vodotoki Sava, Krka in Sotla in regulirani del Gabernice.

2. člen

Upravljalci, lastniki oziroma uporabniki obrežnih zemljišč ob manjših potokih in jarkih so dolžni redno čistiti struge, odstranjevati neprimerno zarast in napolnjene predmete, ki zapirajo pretočni profil ter gojiti na bregovih za varstvo bregov primerno zarast.

3. člen

Dela navedena v 2. členu tega odloka je treba opraviti vsako leto v dobi pred 30. septembrom.

4. člen

Za kršitve tega odloka se storilci kaznujejo po določilih zakona o vodah. Nadzor nad izvajanjem določil tega odloka opravlja upravna služba pristojna za kmetijstvo.

5. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS. Z dnem, ko začne veljati ta odlok, preneha veljati odlok o čiščenju in vzdrževanju manjših vodotokov na območju občine Brežice (Uradni vestnik okraja Celje, št. 20-327/61).

Št. 324-7/70-1

Brežice, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Brežice
Vinko Jurkas l. r.

428.

Na podlagi 4., 6., 36. in 48. člena temeljnega zakona o gospodarskem poslovanju (gospodarjenju) s stanovanjskimi hišami v družbeni lastnini (Uradni list SFRJ, št. 35/65 in št. 50/68) in 125. člena statuta občine Brežice (Uradni list SRS, št. 27/70) je skupščina občine Brežice na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembah in dopolnitvah odloka o tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov v družbeni lastnini v občini Brežice

Odlok o tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov v družbeni lastnini v občini Brežice (Uradni vestnik Celje, št. 3/66 in Skupščinski dolenjski list, št. 12/68) se spremeni in dopolni tako, da njegovo prečiščeno besedilo glasi:

ODLOK

o tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov v družbeni lastnini v občini Brežice

1. člen

Ta odlok razmejuje vzdrževalna dela na
— investicijsko vzdrževanje
— tekoče vzdrževanje

in določa tehnične normative vzdrževanja.

2. člen

Za investicijsko vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov se štejejo celotne ali delne zamenjave konstrukcij, elementov in opreme ter obnovitev dela na konstrukcijah, elementih in opremi, zlasti pa:

- zamenjava, obnova strešne kritine,
- zamenjava, obnova, rekonstrukcija strešne konstrukcije,
- zamenjava, obnova, strelododov, skupnih TV in radijskih anten,
- zamenjava, obnova dimnikov in zračnikov,
- zamenjava, obnova mizarskih, kleparskih in ključavničarskih elementov,
- obnova fasad,
- zamenjava, obnova stopnišč, balkonov in ograj,
- zamenjava, obnova stropov, stropnih konstrukcij in podov,
- obnova vertikalne in horizontalne izolacije,
- obnova ponikovalnic in greznic,
- zamenjava ali obnova hišne kanalizacije,
- zamenjava ali obnova elektro, vodovodne in plinske instalacije,
- zamenjava ali obnova centralne, etažne in toplovodne instalacije brez opreme kotlovnice,
- zamenjava ali obnova instalacij in opreme v skupnih pralnicah in sušilnicah,
- zamenjava ali obnova drvarnic in drugih pomožnih objektov, ki spadajo k zgradbi,
- zamenjava ali obnova osebnih in tovornih dvigal,
- pleskanje kompletnih oken in vrat na fasadah, rolet, vetrnic, balkonskih, vrtnih in dvoriščnih ograj, strešnih žlebov, dimniških in strešnih obrob, snegobranov in strelododov,
- stroški tehničnih, finančnih in administrativnih opravil, priprave in izvajanje investicijskega vzdrževanja.

3. člen

Investicijska vzdrževalna dela se lahko v okviru finančnih možnosti izvajajo v sodobnejših izvedbah, vendar pod pogojem, da se po izvršitvi del opravi ponovno vrednotenje po veljavnem priročniku o točkovanju.

4. člen

Poleg del iz 2. člena tega odloka se štejejo za investicijsko vzdrževanje tudi zamenjava posameznih elementov in opreme v stanovanju, če je pretekla njihova normalna doba trajanja in je v tem času ob normalni uporabi element ali oprema resnično dotrajana.

Stroški zaradi poškodb elementov in opreme v stanovanjih in poslovnih prostorih po krivdi uporabnikov gredo v njihovo breme.

Normalne dobe trajanja elementov in opreme ter tekoča vzdrževalna dela, ki jih mora izvrševati uporabnik na lastne stroške so:

1. zidan štedilnik 40 let
čiščenje štedilnika, plošče in dimne cevi, popravilo in zamenjava šamotne obloge, pekači, kotličkov za vodo, grelne plošče, šamotne obloge, kurilne rešetke, obrobov, vrat in posode za pepel
2. železni premični štedilnik 10 let
ista vzdrževalna dela kot pod tč. 1 ter redna zaščita z grafitnimi premazi
3. emajliran železni štedilnik — kabinet 15 let
ista vzdrževalna dela kot pod tč. 2
4. plinski štedilnik 30 let
redno čiščenje, vzdrževanje, popravila in nadomestitev stikal, gorilne šobe, gorilcev, gumbov in priključne cevi
5. električni štedilnik 15 let
redno čiščenje, vzdrževanje, popravila in nadomestitev grelnih teles, stikal, kontrolnih luči, termostátov, gumbov in priključnega kabla
6. lončena peč (kurjenje z drvmi ali lignitom) 20 let
čiščenje peči in vrat, popravilo in prelaganje, nadomestitev kurilnih rešetk, vrat in pločevinastih vložkov
7. železna peč — litoželezna 20 let
čiščenje peči, plošče in dimnih cevi ter zaščita z grafitnim premazom, popravila in nadomestitev šamotne obloge, kurilne rešetke, dimnih cevi, obrobov, vrat in posode za pepel
8. železna peč — pločevinasta 12 let
vzdrževanje enako kot pod tč. 7
9. lutzova peč 20 let
vzdrževanje enako kot pod tč. 7
10. termoakumulacijska električna peč 20 let
vzdrževanje in nadomestitev priključnega kabla, grelcev, stikal, gumbov ter kontrolnih luči
11. emajlirana peč na plinsko olje 10 let
čiščenje, vzdrževanje in nadomestitev gorilnika, dimnih cevi in gumbov
12. trajnožareča peč na trdo gorivo 15 let
čiščenje, vzdrževanje in nadomestitev kurilne rešetke, vrat, dimnih cevi in gumbov
13. toplovodni pločevinasti radiator 20 let
vzdrževanje in popravila ventilov, tesnil, zamenjava kolesčka na ventilu ter pleskanje
14. toplovodni litoželezni radiator 40 let
vzdrževanje in popravilo ventilov, tesnil, zamenjava kolesčkov na ventilu ter pleskanje
15. plinski radiator 35 let
čiščenje gorilcev, mazanje pipe, pregled vleke dimnika in nadomestitev metuljkastega gorilca ter pleskanje

16. infra peč	10 let	35. tlaki iz umetnih mas	
vzdrževanje in nadomestitev stikala, špi- rale ter potezne vrvice		a) guma, podolit, lepljen, likolit	20 let
17. peč v kopalnici na trdo gorivo	15 let	b) topli podi, vinaz	10 let
(kurjenje z drvmi ali lignitom)		redno vzdrževanje z umivanjem in lo- ščenjem z dovoljenimi loščili	
čiščenje vodnega kamena, popravilo in nadomestitev kurilnih rešetk, obloge, dimne cevi, vrat, posode za pepel, spaj- kanje kotliča, mešalne baterije		36. ksilit tlak	15 let
18. WC školjka in bide iz fajanse ali porcelana	20 let	redno vzdrževanje z loščenjem	
redno čiščenje, popravila in nadomesti- tev sedežne deske in gumi manšete, nado- mestitev škatle in nosilcev za toaletni papir		37. teraco in venecianski tlak	80 let
19. umivalnik iz porcelana	20 let	(redno vzdrževanje — pranje, mazanje)	
redno čiščenje, popravilo in zamenjava sifona ter nadomestitev zamaška in ve- rižic		38. betonski tlak	20 let
20. WC rezervoar — emailiran	15 let	redno vzdrževanje (čiščenje, pranje)	
popravilo in nadomestitev tesnil, plavača, potezne vrvice in odsesača		39. tlak iz keramičnih ploščic	40 let
21. WC rezervoar — plastični	15 let	redno vzdrževanje s čiščenjem in nado- mestitev razbitih in poškodovanih ploščic	
popravilo in nadomestitev tesnil, plavača, potezne vrvice in odsesača		40. tlak iz marmorja	100 let
22. pločevinasto pomivalno korito — emailirano	15 let	redno vzdrževanje (čiščenje, pranje)	
čiščenje, popravilo in zamenjava sifona, nadomestitev tesnila, zamaškov z veri- žico in lesenih okvirjev		41. lesene rolete (esslinger in polkna)	30 let
23. litoželezno pomivalno korito — emailirano	30 let	vzdrževanje in nadomestitev potezne vrvice in avtomata	
vzdrževanje enako kot pod točko 19		42. pločevinaste ali plastične rolete (žaluzije)	40 let
24. pomivalno korito iz nerjaveče pločevine .	40 let	redno vzdrževanje, popravilo in nado- mestitev okovja	
vzdrževanje enako kot pod točko 19		43. platnene zavese s samonavijalci	7 let
25. plinski bojler	15 let	vzdrževanje in nadomestitev potezne vrvice in avtomata	
redno čiščenje in odstranjevanje vodnega kamna vsaj vsaki 2 leti, vzdrževanje in nadomestitev gorilca		44. lesena vrata	50 let
26. električni bojler	15 let	redno vzdrževanje, popravila in nado- mestitev ključavnice, ključev, kljuk, ščitni- kov, tečajev in druga okovja ter pleska- nje	
redno čiščenje in odstranjevanje vodnega kamna vsaj vsaki 2 leti, vzdrževanje in nadomestitev termostata, varnostnih ven- tilov, kontrolne luči in termometra		45. leseni vratni okvirji	50 let
27. pločevinasta kopalna kad — emailirana . .	30 let	redno vzdrževanje, pleskanje	
čiščenje, vzdrževanje in nadomestitev od- točnih ventilov, sifona, tesnil in zamaška ter verižice		46. lesena okenska krila in okvirji na fasadi .	30 let
28. litoželezna kopalna kad — emailirana . . .	50 let	redno vzdrževanje in nadomestitev oliv in ostalega okovja	
čiščenje, vzdrževanje in nadomestitev od- točnih ventilov, sifona, tesnil in zamaška z verižico		47. lesena notranja okna	40 let
29. vgrajeno kuhinjsko pohištvo: a) mehki les	20 let	redno vzdrževanje in nadomestitev oliv, ostalega okovja ter pleskanje	
b) trdi les	30 let	48. kovinska krila in okvirji na fasadi	80 let
redno čiščenje, vzdrževanje s pleskanjem, oziroma lakiranjem, nadomestitev okovja		redno vzdrževanje in nadomestitev oliv, ostalega okovja	
30. vgrajeno sobno pohištvo: a) mehki les . . .	40 let	49. keramična zidna obloga	50 let
b) trdi les	50 let	redno vzdrževanje s čiščenjem, nado- mestitev razbitih in odlepljenih ploščic	
vzdrževanje enako kot pod točko 29		50. električna instalacija	
31. navaden lesen in ladijski pod		a) nadometna	20 let
a) položen na izolirno podlago	25 let	b) podometna	40 let
b) položen na neizolirano podlago	10 let	redno vzdrževanje, nadomestitev varo- val, stikal, vtičnih doz, svetlobnih teles, zvoncev, armatur, grl in žarnic	
redno vzdrževanje, manjša popravila		51. domofonska instalacija in električna klju- čavniča	20 let
32. lamelni parket (jesen, bukev, hrast) . . .	30 let	redno vzdrževanje in nadomestitev tipal, slušalk, mikrofonov in priključnih vrvic	
redno vzdrževanje z loščenjem ali laki- ranjem, popravila poškodb		52. mešalne baterije in pipe do 5 at.	10 let
33. bukov in jesenov parket	50 let	menjava tesnil z vzdrževanjem	
redno vzdrževanje s struženjem, lošče- njem ali lakiranje, popravila poškodb		53. grelci za električne bojlerje	8 let
34. hrastov parket	80 let		
vzdrževanje isto kot pod točko 33			

5. člen

Ce so posamezni elementi ali oprema ob normalni uporabi postali neuporabni pred potekom določene dobe trajanja, lahko stanovanjsko podjetje zamenja element ali opremo pod pogojem, da imetnik stanovanjske pravice ali najemnik poslovnega prostora plača neamortizirano vrednost predčasno dotrajanega elementa ali opreme.

V slučaju izselitve oziroma izpraznitve, vložena sredstva nosilca stanovanjske pravice, oziroma najem-

nika lokala, zapadejo v korist stanovanjske hiše ali poslovnega prostora, kolikor zamenjava ni bila izvršena v sporazumu s stanodajalcem.

6. člen

Imetnik stanovanjske pravice ali uporabnik poslovnega prostora ne sme samovoljno preurejati skupnih prostorov hiše, stanovanja ali poslovnega prostora, zamenjati elemente ali opremo. Vsako spremembo odobrava na vlogo imetnika stanovanjske pravice ali najemnika poslovnega prostora pristojno stanovanjsko podjetje ali stanovanjska enota, pod pogojem, da koristnik nosi vse stroške preureditve in vzdrževanja in nima pravice zahtevati povračila vloženi sredstev po izselitvi, kolikor ni drugače dogovorjeno.

7. člen

Zamenjava elementov in opreme se izvaja po nujnosti in vrstnem redu, ki je določen s potrjenim programom investicijskega vzdrževanja.

8. člen

Za tekoče vzdrževanje stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov se po določilih tega člena štejejo popravila stanovanjskih hiš, stanovanj in poslovnih prostorov ter stroški v zvezi z normalno uporabo stanovanjskih hiš in poslovnih prostorov.

A. Stanarina in najemnina ne obsegata stroškov za tekoče vzdrževanje stanovanj in poslovnih prostorov. Te stroške plača nosilec stanovanjske pravice, oziroma najemnik neposredno, zlasti pa:

- pleskanje in popravilo notranjih oken in vrat, ki niso na fasadnih zidovih,
- beljenje in slikanje stanovanja, zamenjava tapet ter oljni oplesk sten,
- pleskanje in popravilo vgrajene opreme ter nadomestitev okovja,
- čiščenje, vzdrževanje peči in štedilnikov ter priganje lončenih peči,
- čiščenje in odmaševanje straniščnih školjk, pomivalnih korit, kopalnih kadi, bidejev in umivalnikov,
- nadomestitev stekel na oknih in vratih,
- redni kontrolni pregledi električnih, plinskih in vodovodnih števec,
- popravila električne, vodovodne, plinske, telefonske in instalacije skupinske TV antene v stanovanjskih in poslovnih prostorih,
- pregled, čiščenje posameznih in centralnih boilerjev ter stroški servisov naprav centralne kurjave,
- čiščenje greznic, ponikovalnic, smetiščnih jam in jaškov — vsa opravila, ki so navedena pri posameznih elementih v 4. členu,
- vsa popravila, ki so potrebna zaradi slabega vzdrževanja ali poškodb s strani koristnika,
- vsa popravila zaradi poškodb na skupnih delih zgradbe solidarno, kadar ni ugotovljen povzročitelj škode,
- popravila in nadomestitev varovalk, vtičnic, stikal, in električnega zvonca,

Imetniki stanovanjske pravice in najemniki so dolžni poleg plačila stanarine, oziroma najemnine in stroškov tekočega vzdrževanja, ki gredo v breme koristnikov in niso vračunani v stanarini, plačati še:

— porabo vode, elektrike, plina, stroške odvoza smeti, uporabe kanalizacije v stanovanjih, poslovnih prostorih, ter čiščenje skupnih prostorov in okolice hiše ter osebni dohodek hišnika in upravitelja,

— stroške za centralno ogrevanje ter servisna popravila, vključno s stroški zamenjave opreme kotlovnice, stroški odvoza pepela in bruto osebnimi dohodki kurjača,

— stroške etažne kurjave in drugih načinov ogrevanja stanovanj oziroma poslovnih prostorov.

B. Tekoče vzdrževanje skupnih delov stanovanjskih hiš in poslovnih zgradb, ki bremenijo sredstva hiše, zlasti pa:

— vzdrževanje dostopnih poti, zelenih površin in parkirnih prostorov na funkcionalnem zemljišču zgradbe,

— popravila in zamenjava manjših dotrajanih delov instalacij, opreme in elementov v skupnih prostorih,

— manjša popravila v kotlarni centralnega ogrevanja,

— delna zamenjava strešne kritine,

— manjša popravila ravnih streh, balkonov in teras,

— čiščenje in manjša popravila kleparskih zaščitnih del, žlebov in peskolovcev,

— popravilo strelovoda in preizkus prevodnosti,

— popravilo stikov in tesnil na glavnih vodovodnih ceveh in kanalizaciji,

— popravilo in zamenjava dimnih vrat in dimniških kap,

— stroški servisov za osebna in tovarna dvigala,

— popravilo ometa v skupnih prostorih,

— manjša popravila na vratih, oknih in roletah v skupnih prostorih,

— manjša popravila tlakov v skupnih prostorih,

— slikanje in pleskanje skupnih prostorov ter stopniščne ograje,

— pleskanje instalacij v skupnih prostorih zgradbe,

— vzdrževanje skupnih TV naprav,

— vzdrževanje svetlobnih jaškov in zaščitnih mrež,

— čiščenje hišne kanalizacije in priključkov na zgradbo,

— stroški deratizacije zgradbe,

— stroški zavarovanja zgradbe,

— čiščenje dimnikov,

— stroški za požarnovarnostne naprave,

— stroški tehničnih finančnih in administrativnih opravil, priprave in izvajanje tekočega vzdrževanja.

Stroški neposrednega upravljanja zgradbe, nabava zastav in drog za zastave, oglasnih desk, okvirjev za hišni red, seznam stanovalcev, predprazniki, vever za vodo, lopate za sneg in drugo orodje, naprave za kolesa izven hiše, lestve, braze za zapiranje vrat, ključavnice in ključi (prva nabava), ter najnujnejša oprema prostorov, v katerih posluje hišni svet, gredo v breme sredstev tekočega vzdrževanja hiše, del stroškov podjetja v zvezi z gospodarjenjem s stanovanjskimi in poslovnimi prostori.

9. člen

Za tekoče vzdrževanje stanovanjske hiše in za investicijsko vzdrževanje stanovanjske hiše se sme uporabiti do skupno zbranih stanarin in zakupnin v določeni skupini zgradb tale višine sredstev:

Skupina hiš	Delitev na	Odstotek stanarine glede na starost hiše v letih					
		0—20	20—40	40—60	60—80	80—100	nad 100
Zgradbe z amortizacijsko dobo 100 let	Investicijsko vzdrževanje	9	19	57	74	49	70
	Tekoče vzdrževanje	9	9	10	12	15	22
	Investicijsko vzdrževanje	7	18	60	49	—	—
Zgradbe z amortizacijsko dobo 80 let	Tekoče vzdrževanje	8	9	10	14	—	—

Višina sredstev za kritje stroškov tekočega vzdrževanja stanovanjskih hiš in poslovnih prostorov, ki so v družbenem upravljanju in so naštetí pod B točko 8. člena tega odloka določi po predhodni razpravi na skupščini stanovalcev DS organizacije za gospodarjenje s stanovanjskimi hišami v širši sestavi v odvisnosti od potreb stanovanjske hiše, ki so lahko manjša od sredstev, določenih v prejšnjem odstavku. Delavski svet v razširjenem sestavu lahko ob koncu leta prenese neizkoriščena sredstva tekočega vzdrževanja v korist sredstev za investicijsko vzdrževanje.

Del najemnine poslovnih prostorov, ki se nameni za tekoče vzdrževanje skupnih delov hiše, se določi s posebnim splošnim aktom stanovanjskega podjetja, pri čemer pa znesek na m² koristne površine, namenjen zato, ne more biti manjši od zneska dela stanarin iz prvega odstavka tega člena.

S sredstvi iz prejšnjih dveh odstavkov razpolaga organ upravljanja hiše, ki pooblasti svojega predstavnika za podpisovanje naročilnic in za potrjevanje izvršenih del.

10. člen

Organizacija za gospodarjenje s stanovanjskimi hišami in poslovnimi prostori izvaja dela na vzdrževanju in sanacijah stanovanjskih ter poslovnih zgradb v skladu s sprejetim programom v okviru sredstev, ki jih ima na razpolago.

11. člen

Etažni lastniki v zgradbah z mešano lastnino, ki so v upravljanju organizacije za gospodarjenje, so dolžni prispevati sorazmeren del dejanskih stroškov za tekoče in investicijsko vzdrževanje v smislu določil 16. in 17. člena zakona o lastnini na delih stavb (Uradni list SFRJ, št. 43/65 in št. 57/67).

12. člen

Izvajanje določil tega odloka natančneje določijo organizacije za gospodarjenje s stanovanjskimi hišami in poslovnimi prostori v družbeni lastnini s posebnim splošnim aktom.

13. člen

Spore med stanovalci in najemniki ter organizacije za gospodarjenje s stanovanjskimi hišami glede pravic in dolžnosti, določenih po tem odloku, rešuje stanovanjska arbitraža.

Stranka, ki ni zadovoljna z odločbo stanovanjske arbitraže, lahko sproži spor pred pristojnim občinskim sodiščem.

14. člen

Določila tega odloka se uporabljajo pri programiranju in obračunu stroškov tekočega vzdrževanja za leto 1971.

15. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 36-53/70

Brežice, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Brežice
Vinko Jurkas l. r.

429.

Na podlagi 125. člena statuta občine Brežice (Uradni list SRS, št. 27/70) in 99. člena ustave SRS je skupščina občine Brežice na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembah odloka o povračilu stroškov in nagradah odbornikom, članom svetov, komisij in drugih kolegijskih organov SOB Brežice v zvezi z opravljanjem njihove funkcije v občinski skupščini in njenih organih

1. člen

V odloku o povračilu stroškov in nagrad odbornikom, članom svetov, komisij in drugih kolegijskih organov SOB Brežice v zvezi z opravljanjem njihove funkcije v občinski skupščini in njenih organih (Skupščinski dolehtski list, št. 5/69) se v drugem odstavku 3. člena zneski 0,25 din, 0,35 din in 0,70 din nadomestijo z zneski 0,35 din, 0,45 din in 0,80 din.

2. člen

Spremeni se tudi 4. člen, ki glasi:

Izdatki za hrano in prenočišče se povrnejo z dnevnic, ki znaša:

1. za udeležbo na seji skupščine 30 din oziroma 15 din za odbornike, ki prebivajo v kraju, kjer opravljajo svojo funkcijo,

2. za udeležbo na seji sveta ali komisije 15 din oziroma 10 din za člane svetov in komisij, ki prebivajo v kraju, kjer opravljajo svojo funkcijo.

3. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 114-2/70-1

Brežice, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Brežice
Vinko Jurkas l. r.

SKUPSCINA OBCE LJUBLJANA MOSTE-POLJE

430.

Na podlagi 5. člena zakona o komunalnih delovnih organizacijah, ki opravljajo komunalno dejavnost posebnega pomena (Uradni list SRS, št. 16/67) in 48. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o preskrbi s pitno vodo ter o upravljanju in vzdrževanju javnih krajevnih vodovodov v občini Ljubljana Moste-Polje

1. člen

S tem odlokom so predpisani pravni, zdravstveni in higiensko tehnični pogoji vodne oskrbe iz javnih krajevnih vodovodov na območju občine Ljubljana Moste-Polje.

2. člen

Javni krajevni vodovodi so vsi tisti vodooskrbni objekti in naprave, ki oskrbujejo s pitno vodo naselje ali del naselja oziroma druge uporabnike in ki jih ne upravlja Mestni vodovod Ljubljana.

3. člen

Vodooskrbni objekti in naprave so vodna območja, vodovodni objekti in naprave, vodovodno omrežje z vsemi napravami na omrežju in priključki do vodomero-rov.

4. člen

Javne krajevne vodovode lahko upravljajo in vzdržujejo krajevne skupnosti, delovne in druge organizacije ter neposredni uporabniki.

5. člen

Vsi upravljalci javnih krajevnih vodovodov morajo sprejeti pravilnik o upravljanju in vzdrževanju javnih krajevnih vodovodov.

6. člen

Pravilnik predpisuje natančna določila v zvezi z upravljanjem in vzdrževanjem javnega krajevnega vodovoda zlasti pa:

- organizacijo upravljanja javnega krajevnega vodovoda,
- pravice in dolžnosti upravljalca in uporabnikov javnega krajevnega vodovoda,
- višino vodarine in način plačevanja,
- higienske, sanitarno-tehnične in druge pogoje, ki zagotavljajo pravilno in nemoteno obratovanje vodooskrbnih objektov in naprav.

7. člen

Upravljalci javnih krajevnih vodovodov so dolžni voditi in nadzirati pravilno obratovanje in uporabo javnih krajevnih vodovodov, dajati potrebna navodila in opozorila, zlasti pa:

- da uporabnike nemoteno preskrbujejo s kvalitno pitno vodo,
- da skrbijo za pravilno obratovanje vodovoda,
- da vodijo evidenco vseh uporabnikov vode, evidenco finančnega poslovanja in kataster obstoječega stanja vodooskrbnih objektov in naprav,
- da skrbijo za enostavno in razširjeno reprodukcijo vodooskrbnih objektov in naprav v skladu s skle-

pi in smernicami občinske skupščine in pristojnega sveta,

— da predlagajo v upravno kaznovanje kršitelja določb tega odloka.

8. člen

Dostop do vodooskrbnih objektov in naprav ter ravnanje z napravami na omrežju se sme dovoliti le strokovni osebi upravljalca javnega krajevnega vodovoda. Ključne hidrantov pa lahko uporabljajo tudi pooblaščen osebe gasilskih enot.

9. člen

Uporabniki morajo biti praviloma neposredno priključeni na vodovodno omrežje.

10. člen

Poraba vode iz javnih krajevnih vodovodov se praviloma meri z vodomeri. Pavšalni odvzem je dovoljen le izjemoma in s soglasjem upravljalca vodovoda.

11. člen

Javne izlivke je dovoljeno uporabljati za pitje, jemanje vode za gospodinjstvo in za napajanje živine.

12. člen

Začasna omejitev ali prepoved uporabe vode iz javnega krajevnega vodovoda za posamezne kategorije potrošnikov ali razne namene predpiše upravljaec vodovoda.

13. člen

Uporabniki javnega krajevnega vodovoda so dolžni skrbeti za vzdrževanje interne instalacije vodovodnega omrežja.

Kot interna instalacija se smatra priključek od primarnega ali sekundarnega voda oziroma od vodomera do uporabnika in vsa instalacija v objektu.

14. člen

Upravljaec vodovoda mora v skladu s pravilnikom dovoliti stalne ali začasne priključke na javni krajevni vodovod, kolikor so izpolnjeni ti pogoji:

- če kapaciteta vodnega vira in zmogljivost normalnega obratovanja vodooskrbnih objektov in naprav priključek dopušča;
- če novi uporabnik izpolni pogoje, ki so predpisani v pravilniku o upravljanju in vzdrževanju javnih krajevnih vodovodov za posamezni vodovod,
- če je instalacija v objektu bodočega uporabnika tehnično pravilno izvedena.

15. člen

Sanitarno-tehnični nadzor nad javnimi krajevnimi vodovodi na območju občine opravlja po posebni pogodbi pooblaščen zdravstveni zavod.

16. člen

Določila tega odloka glede upravljanja in vzdrževanja se smiselno uporabljajo tudi za javne vodovode, katere upravljajo neposredno uporabniki sami.

17. člen

Vsi uporabniki javnih krajevnih vodovodov so dolžni izvajati ta odlok ter prijavljati pomanjkljivosti in kršitve upravljalcem in drugim pristojnim organom.

18. člen

Uporabnikom, ki ne upoštevajo navodil upravljalca javnega krajevnega vodovoda ali ne plačujejo predpisane vodarine, se lahko odklopi priključek na javno vodovodno omrežje.

Z denarno kaznijo do 3000 din se kaznuje pravna oseba oziroma do 300 din posameznik, če:

1. brez dovoljenja upravljalca uporablja vodo iz javnega krajevnega vodovoda ali drugemu naroči oziroma dovoli, da to stori;

2. kljub opozorilu po nepotrebnem ali negospodarno uporablja vodo iz javnega krajevnega vodovoda;

3. priključi hišni ali parcelni vod na javni krajevni vodovod ali na hišno napeljavo za vodomernom, pa za priključek nima potrebnega soglasja;

4. pooblaščenim osebam upravljalca vodovoda ne dovoli stopiti na kraj ali prostor, kjer so vodooskrbni objekti ali naprave vključno s hišnimi priključki in vodomerni;

5. brez dovoljenja upravljalca vodovoda uporablja vodo iz javnega vodovoda za zalivanje vrtov, za zidarska dela ali druga dela v prepovedanem času;

6. pri javnih izlivkah ali v zavarovanem območju vodnega vira onesnažuje pitno vodo;

7. kot uporabnik ne prihlasi upravljalcu okvare na napravah javnega krajevnega vodovoda;

8. namenoma poškoduje naprave javnih krajevnih vodovodov.

Z denarno kaznijo do 300 din se kaznuje obenem s pravno osebo tudi odgovorna oseba gospodarske ali druge organizacije.

Postopek za kaznovanje vodi in izreka kazni pristojni sodnik za prekrške.

19. člen

Upravljalci javnih vodovodov morajo dosedanje upravljanje uskladiti z določili tega odloka v 6 mesecih po njegovi uveljavitvi.

20. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 352-99/70-1

Ljubljana, dne 27. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana-Moste-Polje
Polde Maček l. r.

Splošni akti komunalnih skupnosti

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV MARIBOR

431.

Po 1., 105., 107. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor na zasedanju dne 27. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor

Prvi del**SPLOŠNE DOLOČBE****1. člen**

(1) Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili delavci na območju občin Lenart, Maribor, Ormož, Ptuj in Slovenska Bistrica.

(2) Delavci na območju občin iz prejšnjega odstavka so ustanovili skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Maribor, s sklepom (Uradni list SRS, št. 33-348/70).

2. člen

V skupnosti zavarovanci zagotavljajo zase in za svoje družinske člane pravico do zdravstvenega varstva, pravico do denarnih nadomestil in drugih denarnih prejemkov ter druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

3. člen

(1) Zavarovanci so v skupnosti praviloma zdravstveno zavarovani, če je sedež njihove dejavnosti na

območju skupnosti, sicer pa, če stalno prebivajo na tem območju.

(2) Osebe iz prejšnjega odstavka s svojimi zavarovanimi družinskimi člani postanejo člani skupnosti in so obvezno zdravstveno zavarovani z dnem, ko dobijo zavarovanci lastnost delavca ali začno opravljati dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovani, in ko izpolnijo druge pogoje, ki jih določajo predpisi in ta statut.

4. člen

V skupnosti morajo zavarovati svoje delavce in učence v gospodarstvu ter učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, za nesrečo pri delu in za obolenja za poklicno boleznijo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci na območju skupnosti, s katerimi so delavci v delovnem razmerju in od katerih dobivajo učenci nagrado ali štipendijo, ozir. šole na območju skupnosti, v katerih se učenci šolajo, če ne dobivajo nagrade ali štipendije.

5. člen

(1) V skupnost so vključene kot zavarovanci tudi osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in se na tej podlagi po zakonu obvezno zdravstveno zavarujejo, če je sedež njihove dejavnosti na območju skupnosti oz. če stalno prebivajo na tem območju.

(2) Osebe iz prejšnjega odstavka s svojimi zavarovanimi družinskimi člani postanejo člani skupnosti in se obvezno zdravstveno zavarujejo z dnem, ko začno opravljati samostojno poklicno dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovani.

6. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo ali vpelje zanje to pravico

družbeno-politična skupnost, če poveri izvajanje zdravstvenega varstva zanje skupnosti. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s sporazumom med skupnostjo in pristojno družbeno-politično skupnostjo.

7. člen

Skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo tudi tujim državljanom in zavarovancem nosilcev zdravstvenega zavarovanja v tujini, za katere to določajo mednarodni sporazumi. Povračilo stroškov za zdravstveno varstvo teh oseb se ureja z zakonom oz. mednarodnim sporazumom.

8. člen

V skupnosti zdravstveno zavarovane osebe si zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev in samoupravnim urejanjem razmerij pri določanju in uveljavljanju pravic in obveznosti.

9. člen

Zavarovanim osebam v skupnosti so vselej zagotovljene pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa kot obvezne zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija, tudi če ne bi bilo glede posamezne pravice to izrečno določeno v tem statutu.

10. člen

Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene s tem statutom, prenehajo samo v primerih, ki jih določa statut ali na njegovi podlagi izdan splošni akt.

11. člen

(1) Zaradi zagotovitve najbolj smotrne uporabe sredstev za financiranje zdravstvenega zavarovanja ima vsak zavarovanec skupnosti pravico:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut;
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta;
- predlagati referendum v primerih, ki jih določa statut;
- sodelovati v svojem zboru zavarovancev;
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut;
- postavljati vprašanja in dajati predloge vsem organom skupnosti.

(2) Vsi organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim jih zastavljajo zavarovanci. Sklepi in stališča o takšnih vprašanjih in predlogih morajo biti dostopni zavarovancem.

12. člen

Članstvo zavarovanca in njegovih zavarovanih družinskih članov v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost, svojstvo ali okolnost, na podlagi katere je zavarovanec zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja po zakonu ali njenem statutu. Zavarovanec zadrži po prenehanju članstva zase in za svoje zavarovane družinske člane le tiste pravice, za katere statut izrečno določa, da jih zavarovanci obdržijo še tudi potem, ko prenehajo biti zavarovani pri skupnosti.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

13. člen

(1) Kot delavci se zdravstveno zavarujejo pri skupnosti:

1. osebe v delovnem razmerju;
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenjih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, poklicnih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo;
3. člani obrtnih in ribiških zadrug, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;
4. osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja in neupravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve;
5. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;
6. jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;
7. osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo polni delovni čas;
8. učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, za katere se poleg šolskega pouka izvaja tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, šoli ali pri zasebnem delodajalcu.

(2) Osebe iz 1. do 3. in iz 7. točke prvega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti, ki jo opravlja delovna organizacija, organ ali delodajalec, pri katerih so zaposlene ali izvoljeni člani ali v praksi; osebe iz 4. točke prvega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež zavoda za zaposlovanje, pri katerem so prijavljene; osebe iz 5. in 6. točke prvega odstavka so zavarovane pri skupnosti, če stalno prebivajo na njenem območju; osebe iz 8. točke prvega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež organizacije ali delodajalca, pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo, oz. šola, če ne dobivajo nagrade ali štipendije.

(3) Delavci, ki delajo manj kot polovico polnega delovnega časa, so zavarovani samo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

(4) Za invalide, ki delajo najmanj toliko časa, kolikor jim dopušča delovna zmožnost, ter za matere, ki delajo skrajšani delovni čas po posebnih predpisih, se šteje, da delajo polni delovni čas.

(5) Za člane obrtnih in ribiških zadrug se šteje, da jim je delo v zadrugi glavni poklic, če so v zadrugi zaposleni polni delovni čas; za osebe, ki nimajo drugega poklica, se šteje, da jim je delo v zadrugi glavni poklic, če dobivajo za to delo najmanj minimalni osebni dohodek delavcev.

(6) Osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, so v primeru 4. točke prvega odstavka zavarovane, če se prijavijo zavodu za zaposlovanje:

1. v 30 dneh — ako izpolnjujejo pogoj neprekinjenega zavarovanja 3 mesecev oz. 6 mesecev s prekinitvami v zadnjih 12 mesecih pred nastankom naštetih okoliščin;

a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, zaradi katere so zavarovani, oz. ko nehalo dobivati nadomestilo osebnega dohodka po prekinjenem delovnem razmerju ali drugi dejavnosti, do katerega imajo pravico po tem statutu;

b) ko odslužijo vojaški rok v jugoslovanski ljudski armadi ali ko preneha njihova nezmožnost za delo zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz te vojaške službe;

c) ko so odpuščeni iz kazenskega poboljševalnega zavoda oz. iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varstveni ukrep;

2. v 60 dneh:

a) od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali strokovno šolanje;

b) od dneva, ko jim je prenehala prostovoljna praksa (volonterji), ki so jo opravljali s polnim delovnim časom;

c) od dneva, ko so odslužile vojaški rok v jugoslovanski ljudski armadi ali ko je prenehala njihova nezmožnost zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz te vojaške službe, če so nastopile vojaški rok v 60 dneh od dneva, ko so končale strokovno usposobitev oz. šolanje;

č) od dneva zaključene rehabilitacije v svojstvu delovnega invalida;

3. v 90 dneh: po prekinutvi delovnega razmerja v tujini, vendar v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo, kadar gre za izseljence-povratnike.

14. člen

(1) Kot delavci se zdravstveno zavarujejo pri skupnosti tudi jugoslovanski državljani, ki so pred zaposlitvijo v tujini bili zavarovani pri skupnosti, ker so bili zaposleni na območju skupnosti oz. so prebivali na tem območju, če v zadnjih treh mesecih niso bili zaposleni, zaposlili pa so se v tujini:

a) pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah ali v gospodinjstvih zavarovancev, zaposlenih pri teh organih ali organizacijah oz. v gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov, zaposlenih pri mednarodnih organizacijah;

b) pri tujih organizacijah oz. delodajalcih — po posebnem sporazumu, če obdržijo lastnost oseb, ki so v delovnem razmerju na območju skupnosti, vendar jim pravice in dolžnosti iz delovnega razmerja mirujejo po predpisih o delovnih razmerjih;

c) pri mednarodnih in drugih organizacijah — po mednarodni pogodbi — če jim ni po statutu ali drugem splošnem aktu take organizacije zagotovljeno zdravstveno zavarovanje;

č) pri tujem delodajalcu — če so se zaposlili s posredovanjem jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje in so pred odhodom v tujino uredili svoje zavarovanje — če ta čas niso obvezno zavarovani v tujini.

(2) Osebe iz točke č) prejšnjega odstavka, ki stopijo v delovno razmerje brez posredovanja jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve svojega zavarovanja, so obvezno zdravstveno zavarovane pri skupnosti in se sklene njihovo zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

(3) Osebe iz prejšnjih odstavkov tega člena so obvezno zdravstveno zavarovane pri skupnosti le, če niso obvezno zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

15. člen

Lastnost zavarovanca obdržijo zavarovanci tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti,

zaradi katere so zavarovani, in če niso zavarovane na podlagi kakšne druge lastnosti, ki so si jo na novo pridobile, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

16. člen

Tuji državljani, ki so zaposleni na območju skupnosti pri jugoslovanskih organizacijah oziroma delodajalcih, ali po mednarodnih sporazumih, se zavarujejo pod enakimi pogoji, kot jugoslovanski državljani.

17. člen

Za zavarovance skupnosti iz prvega odstavka 5. člena tega statuta se pod pogojem, da opravljajo svojo dejavnost kot glavni ali edini poklic, štejejo:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in so po predpisih registrirane ali evidentirane na območju skupnosti;

2. samostojni gostinci, ki opravljajo gostinsko dejavnost po predpisih o zasebnem gostinstvu na območju skupnosti;

3. književniki, skladatelji, umetniki ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost, pa imajo svojo stalno bivališče na območju skupnosti;

4. odvetniki, športniki, artisti, duhovniki, kolporterji tiska, prtljažni nosači in druge osebe, glede katerih so bile po dosedanjih predpisih sklenjene pogodbe o izvajanju socialnega zavarovanja, pa imajo sedež svoje dejavnosti registriran ali pa jo opravljajo na območju skupnosti;

5. druge osebe, ki opravljajo na območju skupnosti dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

18. člen

(1) Če delajo v zasebni obrtni delavnici oz. v zasebnem gostinstvu zavarovanca iz 1. oz. 2. točke 17. člena poleg lastnika delavnice oz. samostojnega gostinca tudi njegovi ožji družinski člani (zakonec in otroci) s kvalifikacijo, potrebno za delo, ki se opravlja v obrtni delavnici oz. v samostojnem gostinstvu, so ti družinski člani na svojo zahtevo lahko osebno zavarovani kot obrtniki oz. samostojni gostinci, če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

(2) Če zakonec ali otroci zavarovanca iz 1. oz. 2. točke 17. člena, ki je umrl ali ki je zaradi bolezni izgubil opravilno sposobnost, po veljavnih predpisih še naprej vodijo njegovo obrtno delavnico oz. samostojno gostinstvo, se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost po tem statutu in imajo svojstvo zavarovanca po tem temelju.

19. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane po tisti dejavnosti, iz katere imajo pretežni del svojih dohodkov, in sicer ne glede na to, ali izpolnjujejo tudi pogoje, da bi bile zavarovane kot družinski člani zavarovancev.

2. Družinski člani zavarovancev

20. člen

(1) Za družinske člane zavarovancev od 13. do 19. člena se štejejo:

1. ožji družinski člani, ki jih zavarovanec preživlja:

a) zavarovanec zakonec, če izpolnjuje po tem statutu določene pogoje;

b) zavarovančevi otroci: zakonski, nezakonski, posvojeni in pastorki, če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje;

2. širši družinski člani: zavarovančevi starši, stari starši, oči, mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, če jih zavarovanec preživlja in izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

(2) Jugoslovanski državljani, ki so imeli stalno prebivališče v SR Sloveniji, pa so se zaposlili v tujini pri mednarodni ali drugi organizaciji oz. delodajalcu, morajo zavarovati pri skupnosti svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če niso zajeti z njihovim obveznim zdravstvenim zavarovanjem. Če se niso zaposlili pri tujem delodajalcu s posredovanjem zavoda za zaposlovanje ali niso zavarovali družinskih članov pred odhodom v tujino, se sklence zavarovanje z dnem prijave.

(3) Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zajeti družinski člani zavarovancev — tujih državljanov iz 16. člena, dokler živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

21. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja ima:

1. zavarovanec zakonec, dokler je z njim v zakonu;

2. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star 55 let (mož), oz. nad 40 let (žena). Če zakonec ni star 55 oz. 40 let, se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno prijavljen pri pristojnem zavodu za zaposlovanje, če se prijavi zavodu v 90 dneh od zavarovančeve smrti;

3. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 60 let (mož), oz. nad 45 let (žena). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 60 oz. 45 let, se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

22. člen

(1) Zavarovančevi otroci so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

(2) Če je otrok iz prvega odstavka tega člena zaradi bolezni nehal redno obiskovati šolo, je zavarovan tudi med tako boleznijo, če pa nato zopet redno obiskuje šolo, se mu podaljša zavarovanje tudi čez določeno starostno mejo, vendar največ za toliko, kolikor je zaradi bolezni zamudil v šolanju.

(3) Če postane otrok iz prvega odstavka tega člena nezmožen za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, preden dopolni 15 let starosti oz. še, ko je na rednem šolanju, je zavarovan tudi ves čas, dokler traja taka nezmožnost.

(4) Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oz. tretjega odstavka tega člena, dokler traja taka nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov. Pri tem se primerno uporabljajo določbe drugega, tretjega in četrtega odstavka 24. člena.

(5) Poleg oseb iz prejšnjih odstavkov so zavarovančevi otroci zavarovani kot družinski člani tudi od

15. do 18. leta starosti, če se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh po končanem šolskem letu, se redno javljajo zavodu in neupravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve ali ustreznega učnega mesta.

23. člen

Za zakonca se predpostavlja, da ga zavarovanec vzdržuje, če ni sam zavarovan kot delavec, ali oseba, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost, in če se ne ukvarja kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo, iz katere ima dohodek v višini minimalnega osebnega dohodka, pri čemer se dohodki od kmetijstva računajo v trikratnem znesku katastrskega dohodka.

24. člen

(1) Širši družinski člani so zdravstveno zavarovani, če jih zavarovanec preživlja in če sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, dopolnili pa so 65 let starosti (oče), oz. 55 let (mati), ali če so mlajši, da so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

(2) Steje se, da širši družinski član nima za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov:

1. če nima nobenih lastnih dohodkov;

2. če ima lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo 25% zneska minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi; pri tem se dohodki iz kmetijstva računajo v štirikratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki, oproščeni davka, pa se vštevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

(3) Pri ugotavljanju zneska dohodka, ki odpade na posameznega širšega družinskega člana, se dohodek deli s številom tistih družinskih članov, ki so se na podlagi zakona ali pogodbe dolžni medsebojno vzdrževati.

(4) Steje se, da zavarovanec preživlja širšega družinskega člana, če živi z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njegovemu vzdrževanju najmanj znesek iz 2. točke drugega odstavka tega člena.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA V PRIMERU BOLEZNI IN NESREČE IZVEN DELA

A. Splošne določbe o pravicah

25. člen

V skupnosti zavarovanim osebam so v primerih in ob pogojih, ki jih določata zakon in statut, zagotovljene z zdravstvenim zavarovanjem te pravice:

- zdravstveno varstvo;
- nadomestilo osebnega dohodka;
- povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva;
- pomoč ob smrti zavarovane osebe.

26. člen

(1) Pravice iz zdravstvenega zavarovanja gredo zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe. Če je uživanje posamezne pravice iz zdravstvenega zavarovanja odvisno od predhodnega zavarovanja in drugih pogojev po določbah zakona ali

tega statuta, gre pravica od dneva, ko je izpolnjeno predhodno zavarovanje oz. so izpolnjeni drugi pogoji.

(2) Če je pridobitev pravice vezana na predhodno zavarovanje in ni s tem statutom drugače določeno, pridobi zavarovana oseba to pravico le tedaj, kadar je bila pred zavarovanjem primerom dopolnjena doba zavarovanja brez presledka najmanj 9 mesecev ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 18 mesecev (predhodno zavarovanje).

27. člen

(1) V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja zavarovanja v skupnostih zdravstvenega zavarovanja delavcev oziroma oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost na območju Jugoslavije.

(2) Pri ugotavljanju, ali gre za nepretrgano zavarovanje, se šteje, da v zavarovanju ni bilo presledka, če med enim in drugim zavarovanjem ni preteklo več kot 30 dni oz. se zavarovanec v tem roku priklasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

(3) Šteje se, da zavarovanje ni prekinjeno, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega roka v jugoslovanski ljudski armadi, po vrnitvi pa se je zavarovanec ponovno zavaroval v 30 dneh oz. se je v tem roku priklasil zavodu za zaposlovanje.

(4) Šteje se, da zavarovanje ni pretrgano, če se je zavarovanec zaposlil v tujini, po vrnitvi pa do ponovnega zavarovanja oz. do priklasilne zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 30 dni.

(5) Pri priznavanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se za izseljence povratnike šteje, da izpolnjujejo pogoje predhodnega zavarovanja po tem statutu, če od prekinitve delovnega razmerja v tujini do pridobitve svojstva zavarovanca pri skupnosti oz. do priklasilne zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 90 dni.

28. člen

(1) Čas, ki ga zavarovanec prebije v več delovnih razmerjih, v katerih je delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se seštevja in upošteva tako, kot da bi šlo za enotno delovno razmerje.

(2) Obdobja, ki jih prebije zavarovanec v enem ali več delovnih razmerjih, v katerih je skupni delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se všteta tako, da se skupno število ur takega dela v posameznem obdobju preračuna na poln delovni čas.

(3) Delovnim invalidom, defektnim osebam ter vojnim in mirovnim vojaškim invalidom, ki delajo, kolikor jim dopušča ugotovljena delovna zmožnost, in zavarovankam, ki zaradi starosti otroka po posebnih predpisih delajo skrajšani delovni čas, se v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem takšno delo šteje kot delo s polnim delovnim časom.

B. Zdravstveno varstvo

29. člen

(1) V skupnosti zavarovanim osebam so zagotovljene oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon, in sicer:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave;

2. nega in zdravljenje tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice;

3. zdravstveno varstvo žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo;

4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti;

5. zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti;

6. zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve;

7. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje;

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

(2) Obvezne oblike zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka se dajejo v obsegu in po merilih, ki so določena z zakonom, programom in pogodbami o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva, v katerih se natančneje določa izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva v skladu z zakonom in z družbenimi dogovori.

30. člen

(1) Poleg oblik zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon, obsega zdravstveno varstvo, ki je zagotovljeno s tem statutom, tudi:

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih delovnih organizacijah. Je to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;

2. neobvezna cepljenja kot strokovne medicinske ukrepe za izboljšanje zdravja oz. za preprečevanje obolenj;

3. zdravila, pomožni material, namenjen za uporabo zdravil, in sanitetni material, če je potreben za zdravljenje;

4. zdravljenje zobnih in ustnih bolezni;

5. zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva;

6. proteze, ortopedske in druge pripomočke ter pomožne in sanitarne priprave;

7. zdravljenje v naravnih zdraviliščih kot podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje, kadar ugotovi zanj potrebo zdravniška komisija na predlog posameznega zdravnika, upoštevajoč veljavne indikacije.

(2) Za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo so zavarovancem v celoti na račun skupnosti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po tem statutu (29. in 30. člen).

31. člen

(1) Zdravstveno zavarovanje zagotavlja tista zdravila, ki so registrirana v Jugoslaviji in se izdajajo samo na zdravniški recept, ter pomožni in sanitetni material.

(2) Skupščina skupnosti lahko določi seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena z zdravstvenim zavarovanjem.

(3) Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala s posebnim pravilnikom.

(4) Indikacije za zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter pomožne in sanitarne priprave, standarde in trajnostno dobo določa skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

32. člen

(1) Zobno protetično zdravljenje, zobna protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja (drugi odstavek 26. člena v zvezi s petim odstavkom 27. člena).

(2) Pogoj predhodnega zavarovanja se zahteva tudi za uživanje pravice do zdravljenja v naravnih zdraviliščih.

33. člen

(1) Zdravljenje v naravnih zdraviliščih se zagotavlja po napotitvi na takšno zdravljenje s strani zdravniške komisije v primerih, ko so bili uporabljeni že vsi drugi načini zdravljenja, ti pa niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih sredstev prispevala k popolni ozdravitvi ali k medicinski rehabilitaciji.

(2) Zdravljenje v naravnem zdravilišču se lahko dovoli tudi kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja zaradi popolne ozdravitve ali medicinske rehabilitacije. Za takšno napotitev je pristojen ustrezni oddelek bolnišnice.

(3) V podpiranju okrevanja otrok in mladine, ki so zdravstveno ogroženi, sodeluje skupnost z družbenopolitičnimi skupnostmi, delovnimi in drugimi organizacijami po posebnem programu, ki ga sprejme skupščina skupnosti.

34. člen

(1) Zavarovancem ožjim družinskim članom je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih, kot je zagotovljeno zavarovancu, po katerem imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja, če ni v tem statutu izrečno drugače določeno.

(2) Širšim družinskim članom zavarovanca je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih kot ožjim družinskim članom, pravico do zobnega zdravljenja in zobnih protetičnih sredstev in pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav pa imajo ob pogoju, da je izpolnjena doba najmanj 24 mesecev neprekinjenega zavarovanja pred zavarovanjem primerom oziroma najmanj 36 mesecev v zadnjih 4 letih. Takšna doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v zdravilišču.

35. člen

(1) Družinskim članom zavarovanca je zdravstveno varstvo zagotovljeno ves čas, v katerem je zagotovljeno samemu zavarovancu.

(2) Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na službenju vojaškega roka.

(3) Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja kazen zapora, je zagotovljeno zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehal temelj zavarovanja.

36. člen

(1) Zavarovancem, ki so v tujini na delu, in njihovim ožjim družinskim članom, ki so z njimi v tujini, ter zavarovancem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, je zagotovljena v prvih 6 mesecih v breme skupnosti nujna zdravniška pomoč, po 6 mesecih pa zdravstveno varstvo, ki je po statutu zagotovljeno drugim zavarovancem v delovnem razmerju.

(2) Zavarovanim osebam, ki so v tujini po zasebnem opravku, je zagotovljeno zdravstveno varstvo le prve 3 mesece bivanja v tujini in sicer samo nujna zdravniška pomoč.

(3) Če je osebam iz prejšnjega odstavka nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, nosi skupnost stroške takšnega zdravljenja do treh mesecev. Če pa traja zdravljenje v bolnišnici dalj kot tri mesece, prizna skupnost od prvega dne četrtega meseca samo toliko stroškov, kolikor bi stalo zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi takšno zdravljenje v Jugoslaviji.

(4) Če je premestitev na zdravljenje v državo zaradi zdravstvenega stanja nemogoča oziroma zaradi oddaljenosti neprimerna, nosi skupnost tudi nadaljnje stroške zdravljenja v bolnišnici.

(5) Nujna zdravniška pomoč gre v breme skupnosti, če je hkrati neodložljiva, in samo do takrat, da se bolnik usposobi za premestitev na zdravljenje v Jugoslavijo.

(6) Osebu na ladjah in njihovim družinskim članom, ki so z njimi v tujini je zagotovljeno zdravstveno varstvo po prejšnjih odstavkih samo, če se zaradi narave bolezni izkrcajo zaradi oddaje v bolnišnico v tujini.

(7) Zavarovanim osebam, ki izkoristijo zdravstveno varstvo v tujini v večjem obsegu ali daljši čas, gre povračilo stroškov v dinarjih do višine, kolikor bi stalo takšno zdravljenje po predpisih skupnosti v Jugoslaviji.

(8) Skupnost plača oziroma povrne stroške zdravstvenega varstva v tujini v deviznih sredstvih v mejah zakonitih predpisov, če to ni mogoče, pa v dinarjih.

(9) V primerih iz prejšnjega odstavka mora zavarovana oseba plačati del stroškov zdravstvenega varstva v znesku, kolikor bi morala prispevati k stroškom takšnih oblik zdravstvenega varstva v Jugoslaviji.

37. člen

Skupnost sme, upoštevajoč nujnost zdravljenja in svoja sredstva, poslati zavarovano osebo na zdravljenje v tujino, če strokovni kolegij ustrezne klinike ugotovi da so v Jugoslaviji izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspešno zdravljenje. V tem primeru skupnost plača celotne stroške takšnega zdravstvenega varstva in sicer v mejah zakonitih predpisov v deviznih sredstvih, če to ni mogoče, pa v dinarjih.

38. člen

(1) Skupščina skupnosti lahko s sklepom določi, da zavarovane osebe krijejo same del stroškov za te oblike zdravstvenega varstva:

- a) za zdravila, pomožni in sanitetni material;
- b) za obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo;
- c) za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti;
- č) za prevoz z reševalnim vozilom;
- d) za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave;
- e) za zdravljenje zobnih in ustnih bolezni, zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva;
- f) za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti;
- g) za neobvezna cepljenja;
- h) za specialistični pregled, če ne gre za pregled v dispanzerjih;
- i) za zdravljenje v naravnih zdraviliščih po veljavnih indikacijah.

(2) Za oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon, zavarovana oseba ne prispeva k stroškom.

(3) Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstvenega varstva iz prvega odstavka določi skupščina skupnosti s svojim sklepom v enotnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določi tudi, kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti. Pri tem mora skupščina skupnosti zagotoviti, da je prispevek zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva strokovno opravičljiv, družbeno utemeljen in tak, da ne odvrača zavarovanih oseb od uporabe zdravstvenega varstva. Zato mora skupščina skupnosti poslati predlog svojega sklepa v obravnavanje svetom in odborom zavarovancev, zdravstvenim delovnim organizacijam in občinskim svetom zveze sindikatov Slovenije na svojem območju, da ocenijo njegov učinek na socialno-ekonomski položaj zavarovanih oseb ob uveljavljanju zdravstvenih storitev in dajo svoje mnenje.

(4) Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov.

(5) Kadar uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo izven območja skupnosti, vendar v Jugoslaviji, prispeva k stroškom za zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje, na katerem ji je opravljena zdravstvena storitev. To ne velja za storitve in pripomočke, ki se morajo po določbah splošnih aktov skupnosti odobriti vnaprej.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

39. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela gre zavarovancu:

1. če je zaradi bolezni ali poškodbe izven dela začasno zadržan od dela ali je na stacionarnem zdravljenju v zdravstveni delovni organizaciji;
2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovančevega delovnega časa, ne more delati;
3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojnih invalidih;
4. če je določen za negovanje bolnega otroka, starega do 3 let;
5. če je izoliran kot bacilnosec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici;
6. če je določen za spremljevalca bolniku, ki je poslan na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj;
7. če je določen za negovanje obolelega ožjega družinskega člana oziroma žene na porodu, kolikor ne gre za nego otroka, starega do 3 let, in sicer ob pogojih ki jih določa ta statut.

40. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre v breme skupnosti od prvega dne začasne zadržanosti v primerih iz 4., 5., 6. in 7. točke 39. člena, v drugih primerih gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti.

41. člen

(1) Do nadomestila osebnega dohodka so upravičeni zavarovanci iz 1. do 3. in 8. točke (učenci le, če do-

bivajo nagrado) prvega odstavka 13. člena, zavarovanci iz 14. člena ob pogojih iz 56. in 57. člena in zavarovanci iz 16. člena ter osebe v samostojni poklicni dejavnosti.

(2) V okoliščinah, ko je po zakonu zagotovljeno drugim osebam zdravstveno varstvo v obsegu kot ga zagotavlja zakon in statut zavarovancem iz zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo, so zavarovanci-delavci upravičeni do nadomestila osebnega dohodka samo, če postanejo začasno nezmožni za delo v zvezi s poškodbo zaradi nesreče pri delu ali v zvezi z obolenjem za poklicno boleznijo.

42. člen

(1) Nadomestilo osebnega dohodka gre zavarovancu za tiste dneve oziroma ure, za katere bi mu šli osebni dohodek, povračilo ali nagrada oziroma nadomestilo za osebni dohodek, povračilo ali nagrado.

(2) Zavarovancu, pri katerem nastopi začasna nezmožnost za delo, medtem ko je na neplačanem dopustu, gre nadomestilo na račun skupnosti šele po preteku dopusta, če je tudi takrat zadržan od dela.

43. člen

(1) Nadomestilo osebnega dohodka gre upravičencu ves čas, dokler traja začasna zadržanost, če ni v tem statutu za posamezne primere drugače določeno.

(2) Začasna zadržanost od dela traja, dokler pristojni zdravnik ali pristojna zdravniška komisija ne ugotovi, da zadržanost ne obstaja več oziroma dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

44

(1) Nadomestilo osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka do starosti 3 let gre največ za 15 dni pri posameznem primeru in največ za 7 dni v drugih primerih nege člana ožje družine oziroma žene.

(2) Zavarovane ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka oziroma člana ožje družine le, če to nujno zahteva zdravstveno stanje otroka oziroma družinskega člana in če ni druge osebe v družini, ki bi bila primerna za nego.

(3) Izjemno podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka prek trajanja iz prvega odstavka lahko uredi skupščina skupnosti s pravilnikom o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja, v katerem predpiše kdaj in za koliko se izjemoma podaljša čas, za katerega gre upravičencu nadomestilo osebnega dohodka v tem primeru.

45. člen

(1) Če zdravnik med zdravljenjem zavarovanca, ki dobiva nadomestilo osebnega dohodka, ugotovi, da se je zavarovančovo zdravstveno stanje izboljšalo in da bi bilo delo koristno za hitrejšo povrnitev polne delovne storilnosti, lahko odredi, naj zavarovanec dela določen čas na ustreznem delovnem mestu s skrajšanim delovnim časom. Tako delo sme trajati najdlje 1 leto.

(2) Zavarovanec iz prejšnjega odstavka se še nadalje šteje kot zadržan od dela in ima pravico do nadomestila za tisti čas, ko ne dela, in do razlike med osebnim dohodkom, ki ga doseže z delom v skrajšanem delovnem času, in nadomestilom osebnega dohodka, ki bi ga dobil za ta čas, če ne bi delal.

46. člen

(1) Zavarovanec, ki išče zdravniško pomoč v delovnem času, ima pravico do nadomestila za izgubljeni

čas zaradi iskanja zdravniške pomoči le, če je bila zdravniška pomoč nujna in neodložljiva, ali če je to zahteval način dela zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije.

(2) Določbe prvega odstavka veljajo za zavarovance, ki so v delovnem razmerju ali uku pri zasebnih delodajalcih, za druge zavarovance pa le v primerih iz 40. člena, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti od prvega dne začasne zadržanosti. Za zavarovance, ki so v delovnem razmerju ali v uku v organizaciji, veljajo v zvezi s tem določbe statuta ali drugega splošnega akta vsake organizacije.

47. člen

(1) Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela:

1. če si nalašč povzroči zadržanost od dela;
2. če se ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja delo, za katero dobiva osebni dohodek.

(2) Zavarovancu se ustavi izplačevanje nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela:

1. če namenoma preprečuje ozdravljenje oziroma usposobitev za delo;
2. če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na določeni zdravniški oziroma komisijski pregled.

(3) Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka od takrat, ko se ugotovi kakšna okoliščina iz prejšnjega odstavka tega člena pa vse dotlej, dokler traja posledica takega ravnanja, v drugih primerih pa za čas, ko je obstajala taka okoliščina.

48. člen

(1) Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je povprečni osebni dohodek, ki ga je zavarovanec dosegel za poln delovni čas v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastal primer, zaradi katerega ima pravico do nadomestila. Če je zavarovanec določen čas dobival nadomestilo osebnega dohodka, se v osnovo za ta čas upošteva znesek, od katerega se je odmerilo nadomestilo.

(2) Če zavarovanec ne dobiva osebnega dohodka, ampak povračilo ali nagrado, se ta šteje za osebni dohodek.

(3) Pri zavarovancu, ki dela pri zasebnem delodajalcu, je osnova znesek, ki je bil v ustreznem času osnova za plačilo prispevka.

(4) Za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol je osnova za nadomestilo znesek nagrade, ki so jo prejeli v ustreznem času.

(5) Če je zavarovancu ves ali del osebnega dohodka določen v odstotku-proviziji, se od celotnega dohodka v ustreznem času odbijejo vsi materialni stroški, ki jih ima tak zavarovanec pri opravljanju svojega dela.

49. člen

(1) V osnovo se ne vštevaajo tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov, ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (terenski dodatki, dodatek za ločeno življenje in podobno) in ne prejemki, ki pomenijo izredno nagrado (nagrade za racionalizacijo, novatorstvo, za izvršitev posebnih nalog izven rednega oziroma glavnega dela in podobno), kot tudi ne drugi prejemki, ki nimajo značaja osebnega dohodka po osnovah in merilih za delitev osebnih dohodkov, in ki jih delavec dobi za dopolnilno delo izven

organizacije, s katero je v delovnem razmerju, ali v tej organizaciji.

(2) Če nastane dvom ali spor o tem, ali se določeni dohodki upoštevajo za osnovo ali ne, se upoštevajo predpisi za izračun pokojninske osnove.

50. člen

(1) Če zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo povprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacija za tekoče leto do dneva, ko je nastopil zavarovani primer.

(2) Če zavarovanec ni dobil osebnega dohodka v preteklem letu in tudi ne osebnega dohodka ali akontacije za tekoče leto, se vzame za osnovo dogovorjeni osebni dohodek oziroma dohodek, ki bi zavarovancu šel po predpisih o delitvi osebnega dohodka.

(3) Obračun nadomestila osebnega dohodka po prejšnjih odstavkih je dokončen in se ne spreminja po naknadnem izplačilu ali zaključnem računu.

51. člen

(1) Zavarovancu, ki je zadržan od dela več kot eno leto, se na njegovo zahtevo preračuna osnova za nadomestilo, izračunana po 48. in 50. členu tega statuta, na ustrežajoči višji znesek, če se je v poslovnem letu, v katerem je postal zadržan od dela, splošno povprečje osebnih dohodkov v delovni organizaciji, v kateri je zaposlen, v primerjavi s prejšnjim poslovnim letom povečalo najmanj za 5%. V tem primeru se mu prej izračunana osnova za nadomestilo poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je po zaključnih računih za leto, v katerem je postal zadržan od dela, in za leto pred tem letom povečalo splošno povprečje osebnih dohodkov delavcev v tisti organizaciji. Od tako povečane osnove se mu nato znova odmeri pripadajoče nadomestilo osebnega dohodka.

(2) Povprečni znesek nadomestila osebnega dohodka iz prvega odstavka tega člena gre zavarovancu od prvega naslednjega dne po preteku enega leta nepretrganega bolezenskega dopusta, če je izpolnjen pogoj za povečanje. Če pa pogoj za povečanje ni izpolnjen, ker so se osebni dohodki povečali manj kot za 5% (prvi odstavek), se po sprejetju zaključnega računa za naslednje leto ugotovi odstotno povečanje splošnega povprečja osebnih dohodkov delavcev v organizaciji tako, da se primerja zaključni račun iz tega leta z zaključnim računom iz leta pred letom, v katerem je zavarovanec postal zadržan od dela; če je pogoj za povečanje izpolnjen, mu gre nato povečano nadomestilo osebnega dohodka od prvega dne naslednjega meseca potem, ko je sprejet zaključni račun za to naslednje leto.

(3) Nadomestilo osebnega dohodka se poveča po prvem in drugem odstavku samo za zavarovance, ki dobivajo nadomestilo, dokler so zaposleni v organizaciji. Izplačevalec nadomestila osebnega dohodka poveča uradoma osebni dohodek po prvem in drugem odstavku tega člena. Organizacija, pri kateri je zaposlen zavarovanec, ki je zadržan od dela, pa mora zavarovanca in izplačevalca nadomestila osebnega dohodka pravočasno obvestiti o gibanju splošnega povprečja osebnih dohodkov (prvi in drugi odstavek).

(4) Nadomestilo osebnega dohodka se poveča ob smiselni uporabi prvega in drugega odstavka tudi zavarovancem, ki so zaposleni pri zasebnih delodajalcih, ali ki niso več v delovnem razmerju, vendar velja za obe navedeni kategoriji zavarovancev kot merilo povečanja gibanje splošnega povprečja osebnih dohodkov na območju skupnosti.

(5) Nadomestilo osebnega dohodka med zadržanostjo, preden zavarovanec dopolni eno leto nepretrgane zadržanosti od dela, se v ustreznem obsegu uradno povečuje tistim zavarovancem, pri katerih se za osnovo za nadomestilo po tem statutu in po predpisih, izdanih na podlagi statuta, jemljejo določeni stalni zneski, na katere se zavarujejo (zavarovalne osnove) — če so med zadržanostjo od dela predpisane oziroma določene nove, višje zavarovalne osnove.

52. člen

(1) Kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, znaša nadomestilo osebnega dohodka:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo predhodnega zavarovanja iz drugega odstavka 26. člena:
 - 80 % od osnove od 1. do 60. dne;
 - 90 % od osnove od 61. dne;
2. za zavarovance, ki ne izpolnjujejo dobe predhodnega zavarovanja iz drugega odstavka 26. člena:
 - 70 % od osnove od 1. do 60. dneva;
 - 80 % od osnove od 61. dne.

(2) Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjem odstavku, ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, razen za učence v gospodarstvu.

(3) Nadomestilo osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali obolenje za poklicno boleznijo, znaša, kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, vedno 100 % od osnove.

53. člen

(1) Zavarovancu brez vzdrževanih družinskih članov, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v stacionarni oskrbi zdravstvene delovne organizacije ali kakšnega drugega specializiranega zavoda, v katerem ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo, izračunano po 52. členu, za 20 %, in sicer od 31. dne začasne zadržanosti.

(2) Tudi za zmanjšanje nadomestila po prejšnjem odstavku velja omejitev iz drugega odstavka 52. člena tega statuta.

(3) V primeru nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo se uporabljajo določbe 75. člena.

54. člen

Zavarovancu, ki je v času uživanja nadomestila osebnega dohodka odstranjen od dela v zvezi s kazenskim ali disciplinskim postopkom, ali je dan v pripor ali preiskovalni zapor, se osnova za nadomestilo zniža za toliko, za kolikor bi se mu znižal osebni dohodek v tem času.

55. člen

Zavarovancu, ki postane v 30 dneh po končani zadržanosti od dela znova začasno zadržan od dela zaradi istega bolezenskega vzroka, se ta zadržanost računa kot nadaljevanje prejšnje in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero višine nadomestila.

56. člen

(1) Zavarovanec v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji (točka a prvega odstavka 14. člena) ter zavarovanec, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali

naloge, ali ga je poslala na strokovno usposobitev, ima tisti čas, ko ne more delati, namesto pravice do nadomestila pravico do osebnega dohodka oziroma dnevnic ali štipendije.

(2) Osebni dohodek, dnevnice oziroma štipendije izplačuje na svoj račun organ, organizacija ali delodajalec, pri katerem je zavarovanec iz prejšnjega odstavka zaposlen oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplača zavarovancu, ki je zaposlen pri delodajalcu kot hišna pomoč, osebni dohodek za prvih 30 dni sam delodajalec, potem pa se mu izplačuje nadomestilo na račun skupnosti.

(3) Zavarovanci, ki so se po posebnem sporazumu zaposlili v tujini, obdržali pa so lastnost osebe, ki je v delovnem razmerju v Jugoslaviji, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti, dokler so v tujini, če jim ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

(4) Zavarovanci, ki so stopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu, pa so zavarovani po tem statutu, imajo, kadar ne morejo delati, pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler so v Jugoslaviji.

(5) Kadar imajo zavarovanci iz prvega do četrtega odstavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za izračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

57. člen

Zavarovanci — osebje na ladjah, ki so se morali med začasno zadržanostjo od dela zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnišnico, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti za tisti čas, ko gre nadomestilo po določbah 40. člena v breme skupnosti.

2. Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

58. člen

(1) Zavarovanka iz 1. do 3. in 8. točke (učenka le, če dobiva nagrado) prvega odstavka 13. člena, zavarovanka iz 14. člena ob pogojih iz 61. člena in zavarovanka iz 16. člena ter zavarovanka v samostojni poklicni dejavnosti ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom, ki je kot najmanjši določen v zakonu;
2. med delom s skrajšanim delovnim časom do 8. meseca otrokove starosti, ko ima zaradi nege in hranjenja otroka po posebnih predpisih pravico delati skrajšan delovni čas.

(2) Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke prvega odstavka začasna zadržanost, ima za ta čas poleg pravice do nadomestila po prejšnjem odstavku tudi pravico do nadomestila osebnega dohodka iz 39. člena tega statuta, ki ustreza skrajšanemu delovnemu času.

(3) Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po 2. točki prvega odstavka tudi, če v varstveni dobi izrabí letni dopust.

59. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi po prenehanju delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti,

če pada začetek varstvene dobe po predpisih o delovnih razmerjih zaradi nosečnosti in poroda:

1. v čas po razrešitvi, toda pred potekom časa, kolikor mora oziroma kolikor ima po splošnem aktu delovne organizacije delavka pravico ostati na delu po sporočitvi svojega namena, da bo izstopila iz delovne skupnosti oziroma po sklepu, da ji preneha delo v delovni organizaciji;

2. v 30-dnevni rok od prenehanja delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje, ob pogoju, da ima najmanj 3 mesece neprekinjenega zavarovanja oziroma 6 mesecev zavarovanja s prekinitvami v zadnjih 12 mesecih pred nastopom primera, ki daje pravico do nadomestila.

60. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 58. člena znaša 100 % od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarni oskrbi zdravstvene delovne organizacije.

61. člen

(1) Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji (točka a prvega odstavka 14. člena) in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, ima med poročniškim dopustom namesto pravice do nadomestila osebnega dohodka po tem statutu pravico do osebnega dohodka, dnevnice ali štipendije.

(2) Osební dohodek, dnevnice ali štipendije izplačuje zavarovanki iz prejšnjega odstavka na svoj račun organ, organizacija ali delodajalec, pri katerem je zaposlena oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplačuje zavarovanki, ki je zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca iz prejšnjega odstavka, osebni dohodek za prvih 30 dni delodajalec na svoj račun, potem pa se ji izplačuje nadomestilo na račun skupnosti.

(3) Zavarovanka, ki se je po posebnem sporazumu zaposlila v tujini, obdržala pa je lastnost osebe v delovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas, ko je v tujini, če ji ni za čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

(4) Zavarovanka, ki je stopila v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu, zavarovana pa je po tem statutu, ima med poročniškim dopustom pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

(5) Kadar ima zavarovanka iz prvega do četrtega odstavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za izračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

62. člen

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka med poročniškim dopustom posebej določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu osebnega dohodka ob začasní zadržanosti od dela.

3. Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

63. člen

(1) Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe:

1. kadar jih pristojni zdravnik, zdravstvena delovna organizacija, pristojna zdravniška komisija ali organizacija oziroma služba, ki opravlja izvajanje zdravstvenega zavarovanja, napoti ali pokliče v kraj izven njihovega prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva;

2. kadar morajo zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča v drug kraj k zdravniku ali v zdravstveno delovno organizacijo, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije.

(2) Povračilo potnih stroškov po prejšnjem odstavku gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od njenega prebivališča oziroma zaposlitve do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije najmanj 15 km.

64. člen

(1) Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremstvo po mnenju pristojnega zdravnika, zdravstvene delovne organizacije ali pristojne zdravniške komisije nujno potrebno zavarovani osebi, ko potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

(2) Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti se predpostavlja, da jim je potreben spremljevalec.

65. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

1. povračilo prevoznih stroškov;
2. pavšalno povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju.

66. člen

(1) Povračilo prevoznih stroškov se priznava za najkrajšo razdaljo in po osnovni tarifi za redna prevozna sredstva javnega prometa.

(2) Glede na nujnost primera, zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti sme pristojni zdravnik, zdravstvena delovna organizacija oziroma pristojna zdravniška komisija določiti tudi drugačen način prevoza.

(3) Prevoz z reševalnim vozilom se lahko dovoli samo v primerih, ko prevoz z drugačnim vozilom ni mogoč glede na nujnost in zdravstveno stanje zavarovane osebe.

(4) Za pomoč po gorski reševalni službi se povrne stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližje zdravstvene delovne organizacije.

67. člen

(1) Kot prevozni stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza.

(2) Višino pavšalnega povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju določi skupščina skupnosti in upošteva pri tem, koliko časa je zavarovana oseba morala prebiti na potovanju, lahko pa tudi starost zavarovane osebe.

68. člen

Stroški za vrnitev obolelega zavarovanca, vkrcanega na ladji, bremenijo skupnost šele od izkrcanja v domačem pristanišču.

69. člen

(1) Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi tedaj, kadar gre za prevoz zavarovane osebe v zdravstveno delovno organizacijo ali iz zdravstvene delovne organizacije ali pa za premostitev iz ene zdravstvene delovne organizacije v drugo v kraju bolnikove zaposlitve oziroma bolnikovega stalnega ali začasnega prebivališča, če je bil prevoz potreben zaradi njegovega zdravstvenega stanja in je tako potrebno ugotovil zdravnik ali zdravstvena delovna organizacija v kateri se je bolnik zdravil, ali pa tudi sicer, če je bil prevoz potreben zaradi nujnosti primera ali iz drugih medicinskih razlogov.

(2) Prvi odstavek tega člena velja tudi, kadar je treba zavarovano osebo, ki se zdravi v tujini, odtod prepeljati, če skupnost na podlagi mnenja zdravniške komisije ali zdravstvenega zavoda, v katerem se zavarovana oseba zdravi, ugotovi, da ji je pri vrnitvi v državo potreben prevoz.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

70. člen

(1) Ob smrti zavarovane osebe ima pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebne) tisti, ki je poskrbel za pogreb.

(2) Ožji družinski člani, ki niso sami zavarovani kot delavci ali osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in če se ne ukvarjajo kot lastniki, solastniki, zakupniki ali uživalci kmetijskega zemljišča s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem, iz katerega imajo lasten dohodek, ki presega dohodek iz 23. člena, imajo ob smrti zavarovanca pravico do posmrtnine.

71. člen

(1) Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s sklepom.

(2) Posmrtnina znaša enomesečno osnovo za nadomestilo osebnega dohodka, pri upokojencih enomesečni znesek pokojnine z vsemi dodatki, pri delovnih invalidih pa enomesečno osnovo za oskrbnino oziroma začasno nadomestilo.

5. Določbe o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost

72. člen

(1) Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, imajo po tem statutu enake pravice in obveznosti v zdravstvenem zavarovanju, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja pri skupnosti zavarovanci-delavci, če ni v tem statutu drugače določeno.

(2) Osnove za plačevanje prispevkov in denarna nadomestila določa skupščina skupnosti.

73. člen

Pravica do zdravstvenega zavarovanja preneha zavarovancu iz 1. oziroma 2. točke 17. člena tisti čas, ko je obrtna delavnica oziroma samostojno gostinstvo začasno zaprto, če to ni posledica zadržanosti (39. člen). Zavarovanje po tem statutu pa ne preneha tisti čas, ko je obrtna delavnica oziroma samostojno gostinstvo začasno zaprto, če zavarovanec še naprej redno plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje. Tako podaljšanje zavarovanja sme trajati največ 1 leto.

74. člen

Osebe iz drugega odstavka 18. člena, ki imajo svojstvo zavarovanca iz 1. oziroma 2. točke 17. člena, so upravičene do nadomestila osebnega dohodka ob začasnih zadržanosti od dela oziroma med porodniškim dopustom po dopolnjenem 18. letu starosti.

Cetrti del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA NESREČO PRI DELU IN ZA OBOLLENJE ZA POKLICNO BOLEZNIJO

75. člen

(1) Iz zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo je zavarovancem (4. člen) zagotovljeno:

1. zdravstveno varstvo, zlasti preventivno varstvo, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečuje nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

2. vse vrste zdravstvene pomoči in ortopedskih sredstev, da ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo ter se povrne njihova delovna zmožnost;

3. nadomestilo osebnega dohodka za ves čas, ko traja začasna zadržanost od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu oziroma obolenje za poklicno boleznijo, in povračilo potnih stroškov v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

(2) Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so zagotovljene neodvisno od predhodnega zavarovanja.

76. člen

(1) Med ukrepe za preprečevanje in odvrtačanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo se štejejo zlasti ukrepi, ki jih zagotovi skupnost v skladu z dogovorjenim programom zdravstvenega varstva. V programu dejavnosti skupnost določi tudi naloge zdravstvenega varstva pri delu in ukrepe za odvrtačanje ter preprečevanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo.

(2) Za odvrtačanje in preprečevanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo sodeluje skupnost zlasti z delovnimi in drugimi organizacijami ter inšpekcijskimi službami in tudi finančno podpira ukrepe, ki so bili dogovorjeni v okviru programa njene dejavnosti.

77. člen

Za nesrečo pri delu ali obolenje za poklicno boleznijo so zavarovancem v celoti na račun skupnosti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po tem statutu (29. in 30. člen).

78. člen

(1) Nadomestilo osebnega dohodka gre ob začasnih zadržanosti od dela zaradi nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo na račun skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti.

(2) Nadomestilo osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali obolenje za poklicno boleznijo, v breme skupnosti in zasebnega delodajalca, znaša 100 % od osnove, ugotovljene v členih 48 do 51 tega statuta.

79. člen

(1) Ob nesreči pri delu in obolenju za poklicno boleznijo imajo zavarovane osebe tudi pravico do:

1. povračila potnih stroškov;
2. povračila in denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

(2) Za povračilo potnih stroškov in povračila ter denarne dajatve ob zavarovančevi smrti po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 3. in 4. poglavja tretjega dela tega statuta.

Peti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

80. člen

(1) Pravice iz zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo v breme skupnosti osebe, ki jim je priznana lastnost zavarovane osebe.

(2) Če mora zavarovanec za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov sam plačevati prispevek, je pogoj za uživanje pravic redno plačevanje prispevka. Uživanje pravic se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

81. člen

(1) Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupnost s sklepom po sporazumu z zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

(2) Zdravstvena izkaznica je veljavna in z njo zavarovana oseba lahko uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja, če je potrebno, da ima prizadeti še lastnost zavarovane osebe. Za osebe iz 1. do 4., 7. in 8. točke prvega odstavka 13. člena potrjuje lastnost zavarovane osebe ustreznica organizacija oziroma zasebni delodajalec. Potrdilo ne sme biti starejše od enega meseca. Osebe iz 5. in 6. točke prvega odstavka 13. člena dokazujejo, da imajo še lastnost zavarovane osebe, z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino; odrezek ne sme biti starejši od 3 mesecev. Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost oziroma zavarovanci, ki so sami zavezanci prispevka za svoje zavarovanje, dokazujejo lastnost zavarovane osebe z zdravstveno izkaznico in potrdilom, da so zapadle prispevke v redu plačali.

(3) Obvezne oblike zdravstvenega varstva (29. člen) se lahko uveljavijo tudi brez veljavno potrjene zdravstvene izkaznice.

82. člen

(1) Lastnost zavarovane osebe ugotavlja skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, vložene po predpisih o evidenci zdravstvenega zavarovanja. Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost z izdajo zdravstvene izkaznice.

(2) Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem izda pismeno odločbo najkasneje v 2 mesecih po vložitvi prijave.

(3) Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda odločbe, s katero odreče lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana dokončna odločba.

(4) Zoper odločbo, s katero skupnost ob predložitvi prijave v zavarovanje odreče lastnost zavarovane osebe, lahko prizadeti vloži v 30 dneh pritožbo na komisijo skupščine skupnosti.

(5) Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti zaradi varstva pravice do zdravstvenega zavarovanja vloži tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. Skupnost mora v pravnem pouku v dokončni odločbi izrečno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

83. člen

Prijava v zavarovanje mora vložiti za delavca v Jugoslaviji njegova delovna organizacija oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njihovo zavarovanje, in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek. Prijava se mora vložiti v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovane osebe; v istem roku morajo zavezanci objaviti iz zavarovanja osebe, ki jim je lastnost zavarovanja prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okolnostih, ki vplivajo na pravice zavarovance. Zavarovanec oziroma organizacija mora prijaviti tudi zavarovančevega družinskega člana. Zavarovanec lahko vloži prijavo o svojem zavarovanju tudi sam.

84. člen

Za delavca, ki stopi prvič v delovno razmerje ali je spremenil poklic ali se zaposli po več kot šestmesečni prekinitvi delovnega razmerja ali je bil več kot eno leto zadržan od dela, se mora prijaviti v zavarovanje, priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo. Mnenje da zdravnik, ki je pristojen za ocenjevanje začasnih zadržanosti od dela glede na kraj zaposlitve oziroma prebivališča delavca. Obseg pregleda določijo republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo.

85. člen

Za zakonca zavarovanca se pribavi podpisana izjava, da ni osebni zavarovanec, niti se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ne ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo kot rednim ali glavnim poklicem, iz katerega ima lasten dohodek, ki presega dohodke iz 23. člena.

86. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določajo zakon, statut, pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi delovnimi ali drugimi specializiranimi organizacijami. O tistih delih pogodbe, ki ureja pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene prek pravilnika o hišnem redu v zdravstveni delovni organizaciji.

87. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob predpisanih pogojih in na predpisani način iz prejšnjega člena, se ne morejo omejiti, zmanjšati ali odvzeti. Pravica preneha, ko prenehajo pogoji, ki jih določajo zakon, statut ali splošni akt za nastanek pravice, in v primerih, ki jih določata statut ali splošni akt skupnosti.

88. člen

(1) Pravica iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavlja, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisujejo zakon, statut ali splošni akt skupnosti (lastnost zavarovane osebe, predhodna doba zavarovanja, nastanek zavarovanega primera, čakalna doba, plačilo prispevka za zdravstveno zavarovanje zavarovanca, ki je sam zavezanec prispevka za svoje zavarovanje in podobno).

(2) Denarna dajatev in povračilo stroškov dospe z dnem, ko se lahko uveljavi, če ni v statutu drugače določeno.

89. člen

Pravice do denarnih prejemkov in denarnih povračil stroškov se lahko uveljavljajo pred pretekom zastaralne dobe.

90. člen

(1) O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo na prvi stopnji izda ob smiselni oziroma primerni uporabi predpisov o splošnem upravnem postopku kot poedinec pooblaščen organ skupnosti. Zoper odločbo lahko vloži prizadeti v 30 dneh pritožbo na komisijo skupščine skupnosti. Zoper dokončno odločbo komisije prizadeta zavarovana oseba lahko vloži tožbo pri občinskem sodišču v kraju njene zaposlitve ali stalnega prebivališča.

(2) Smiselna oziroma primerna uporaba predpisov o splošnem upravnem postopku velja za uporabo temeljnih načel postopka, povrnitev v prejšnje stanje in uporabo določb o postopku na prvi in drugi stopnji, od izrednih pravnih sredstev pa za uporabo določb o obnovi postopka zaradi kakšnega novega dejstva ali dokaza.

91. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni nezmožnosti za delo, stopnji nosečnosti in podobnem, daje pristojni zdravnik, zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev. Strokovna mnenja o invalidnosti dajejo tudi v postopkih iz zdravstvenega zavarovanja invalidske komisije.

92. člen

(1) Zoper ugotovitev ali oceno posameznega zdravnika lahko vloži zavarovana oseba ugovor v 48 urah na zdravniško komisijo. Zoper ugotovitev ali oceno zdravniške komisije v stvareh, v katerih ne daje ugotovitev posamezni zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v 3 dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Komisija zdravniških izvedencev tudi lahko na predlog skupnosti revidira ugotovitve zdravniške komisije; njene ugotovitve veljajo v takšnih primerih od dneva, ko so bile izdane.

(2) Zoper ugotovitve pristojnega zdravnika o nezmožnosti zavarovanca za delo lahko ugovarja tudi delovna organizacija ali pooblaščen služba skupnosti, ki je pristojna za izplačilo nadomestila osebnega dohodka.

93. člen

(1) Pravice do zdravstvenega varstva v breme skupnosti gredo zavarovancu od dneva, ko pridobi lastnost zavarovanca oz. od poznejšega dneva, ko izpolni pogoji predhodnega zavarovanja, pa do preteka 30. dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

(2) Za delavca se šteje, da pridobi lastnost zavarovanca, ko se poda na pot, da nastopi določeno delo oz. dolžnost po sklepu o sprejemu na delo.

(3) Zavarovancu, pri katerem nastane zaradi bolezni ali poškodbe med trajanjem zavarovanja (prvi odstavek tega člena) začasna nezmožnost za delo, se podaljša pravica do zdravstvenega varstva tudi po prenehanju zavarovanja vse do prestanka začasne nezmožnosti za delo zaradi te bolezni oz. poškodbe.

(4) Zdravstveno varstvo po tem statutu je zagotovljeno zavarovani osebi tudi tisti čas, ko je v zavodu za varstvo in zdravljenje, kamor je bila oddana zaradi izvršitve varstvenega ukrepa, in sicer vse dotlej, dokler ima lastnost zavarovane osebe po tem statutu.

(5) Če prestaja zavarovanec kazen zapora ali strogega zapora, mu je zagotovljeno zdravstveno varstvo po drugih predpisih, ne pa po tem statutu.

(6) Družinski člani zavarovanca imajo pravico do zdravstvenega varstva, dokler gre ta pravica samo za zavarovancu, po katerem imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja.

94. člen

V zdravstvenem varstvu so zagotovljene zavarovanim osebam vse njegove oblike, ki jih določa ta statut, po sodobnih znanstvenih, medicinskih metodah in s sodobnimi sredstvi.

95. člen

(1) Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji pri predstojniku zdravstvene delovne organizacije ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvene delovne organizacije varstvo prizadete osebe po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

(2) Zavarovana oseba se mora med zdravljenjem držati navodil zdravnika, hišnega reda in drugih pravil zdravstvene delovne organizacije. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, trpi sama dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi. O tem odloči pooblaščen organ skupnosti z odločbo na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

96. člen

(1) Zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe pri zdravnikih v zdravstvenih delovnih organizacijah, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo, po prosti izbiri. Če potrebno obliko zdravstvenega varstva ne more zagotoviti zdravstvena delovna organizacija, s katero ima skupnost sklenjeno pogodbo, lahko zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo v katerikoli zdravstveni delovni organizaciji v državi.

(2) Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določa pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

(3) Zavarovani osebi, ki je uveljavila zdravstveno varstvo mimo določb prejšnjega odstavka, gre iz sredstev skupnosti povračilo do višine stroškov, ki bi nastali, če bi uveljavila zdravstvene storitve v ustreznih zdravstvenih delovnih organizacijah, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo, oz. v najbližji zdravstveni delovni organizaciji, ki lahko nudi takšno storitev.

97. člen

Splošni zdravnik v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe, na katerega se je ta obrnila, je dolžan spremljati zdravljenje te osebe v vseh njegovih fazah (izbrani zdravnik). Izbranega zdravnika sme zavarovana oseba menjati v istem koledarskem letu

samo iz važnih razlogov, ki jih sprejme izbrani zdravnik ali njegov neposredni predstojnik v zdravstveni delovni organizaciji.

98. člen

(1) Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih in v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah se uveljavlja na podlagi napotila pristojnega splošnega zdravnika, s katerim ta ugotovi, da je takšno zdravljenje potrebno. Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na zobne terapevte in specialiste: travmatologe, ginekologe, dermatologe, venerologe, pediatre, okulistice (zaradi predpisa očal) in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

(2) Zdravnik specialist iz prvega odstavka sme napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

99. člen

V nujnih primerih se sme obrniti zavarovana oseba za zdravniško pomoč na vsako zdravstveno delovno organizacijo in na vsakega zdravnika. Ta mora na zahtevo skupnosti predložiti le-tej dokumentacijo o njeni zdravstveni pomoči.

100. člen

(1) Pravico do zobnega protetičnega zdravljenja in zobnih protetičnih sredstev uveljavljajo zavarovane osebe v breme skupnosti v zdravstvenih delovnih organizacijah oz. pri zobnih terapevtech, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo o nudenju zdravstvenega varstva njenim zavarovancem, sicer jim gre iz sredstev skupnosti le povračilo v smislu tretjega odstavka 96. člena.

(2) Pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov ter pomožnih in sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta zdravnika in ob pogojih, ki jih določi skupnost z ustreznim pravilnikom.

101. člen

Pravico do zdravljenja v bolnišnicah in drugih stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah uveljavljajo zavarovane osebe, ko zdravnik z napotnico ugotovi, da jim je potrebno takšno zdravljenje.

102. člen

(1) Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovanca do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno delovno organizacijo.

(2) Delavci, zaposleni pri organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante, ali pa so sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstveno delovno organizacijo ali zdravstvenim delavcem, uveljavljajo pravice ob začasni zadržanosti od dela pri teh ambulanah oz. zdravstvenih delavcih.

(3) V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovanke-delavke ugotavljajo začasno zadržanost od dela tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. V dispanzerjih za pljučne bolezni in tuberkulozo ugotavljajo zadržanost od dela specialisti-ftiziolgi.

103. člen

Trajanje odobrene zadržanosti od dela se vpiše v zdravstveno izkaznico.

104. člen

Odsotnost zaradi nege družinskega člana odredi zavarovancu ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen za odrejanje zadržanosti od dela. Pri tem mora upoštevati možnosti za nego obolelega po drugih osebah v zavarovanevi družini na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

105. člen

(1) Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva zadržanosti od dela, ki ga je potrdil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnem lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti in drugih tehničnih razlogov, ki so nadrobneje opredeljeni v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja. V takšnih primerih lahko zdravnik odobri zadržanost od dela za največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zgledil pri njem. Daljšo zadržanost od dela pred dnevom zgleditve pri pristojnem zdravniku lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije.

(2) Pristojni zdravnik mora po 30 dneh zadržanosti od dela poslati zdravstveno dokumentacijo zavarovanca na vpogled zdravniški komisiji, ki oceni zavarovancevo zmožnost za delo oz. določi dan osebnega (ponovnega) pregleda, razen če se zavarovanec zdravi v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

106. člen

Zavarovanec, pri katerem je ugotovljena zadržanost od dela, se mora zdraviti v kraju bivališča ob nastopu zadržanosti. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takšnem primeru mora poskrbeti za zdravljenje zavarovanca v kraju njegovega novega bivališča. Spremembo bivališča za čas nad 30 dni lahko odobri zdravniška komisija. Če odredi spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejši usposobitve za delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

107. člen

(1) Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za delo, se mu ustavi izplačevanje nadomestila osebnega dohodka. Izplačilo nadomestila osebnega dohodka se ustavi s sklepom, ki se vroči zavarovancu s poukom, da lahko zahteva v 3 dneh, da se o ustavitvi nadomestila odloči z odločbo in poukom, da se mu bo začelo nadomestilo zopet izplačevati, ko bo to zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja. Če se zavarovancu ne izda takšen sklep, se mora o ustavitvi odločiti z odločbo po opravljenem ugotovitvenem postopku.

(2) Sklep iz prejšnjega odstavka izda organizacija, s katero se skupnost dogovori, da uveljavljajo zavarovane osebe nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in pomoči neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar grede te dajatve v breme skupnosti, sicer pa pooblaščen služba skupnosti, ki je pristojna za izplačilo teh dajatev. Ta služba opravi tudi ugotovitveni postopek, kadar se o ustavitvi izplačevanja

nadomestila, osebnega dohodka odloči z odločbo pooblaščenega organa skupnosti.

108. člen

(1) Zoper presojo zdravnika pri ugotavljanju začasne zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo. Mnenje komisije je v tem primeru dokončno.

(2) Zoper presojo zdravniške komisije po 30 dneh zadržanosti od dela lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravniških izvedencev.

109. člen

(1) Zavarovanec, pri katerem je pristojni zdravnik ali komisija ugotovila zadržanost od dela, uveljavlja pravico do nadomestila osebnega dohodka pri skupnosti za čas, ko gre nadomestilo v njeno breme, kolikor se skupnost ni dogovorila z organizacijo, da uveljavlja zavarovanec to dajatev tudi v tem primeru neposredno pri organizaciji (v nadaljnjem besedilu: pooblaščen organizacija).

(2) Nadomestilo osebnega dohodka se uveljavi z izvidom pristojnega zdravnika ali z mnenjem pristojne komisije.

110. člen

O odmeri nadomestila se praviloma ne izda odločba. Če se zahtevku zavarovanca ne ugodi v celoti ali če zavarovanec to zahteva, se mu izda pismena odločba.

111. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja pri skupnosti oz. pooblaščen organizaciji z napotnico pristojnega zdravnika, če je bila zavarovana oseba poslana v drug kraj oz. z izkazilom, da je v drugem kraju iskala zdravstveno varstvo. Natančnejše pogoje za uveljavljanje teh povračil določi skupnost s splošnim aktom, s katerim določi višino povračil.

112. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s potrdilom o smrti zavarovane osebe.

113. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo z dnem, s katerim zapade v izplačilo osebni dohodek, in mora biti izplačano v 8 dneh od tega dne. Če zavarovanec ni zaposlen, zapade nadomestilo osebnega dohodka s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok oz. s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot 1 mesec.

114. člen

Za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja po mednarodnih sporazumih, ki jih je sklenila Jugoslavija, se uporabljajo določbe, ki veljajo za domače zavarovance skupnosti, kolikor v teh sporazumih ni določeno drugače.

115. člen

Zavarovane osebe, ki so v tujini na delu ali na zasebnem potovanju (36. člen), uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevala zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška

komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino. Skupnost sme zahtevati tudi mnenje zdravniške komisije o nujnosti zdravljenja v tujini.

116. člen

(1) Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost.

(2) Te osebe lahko uveljavljajo zdravstveno varstvo v breme skupnosti z ustrezno listino (izkazilom), ki jim jo izda skupnost potem, ko jih prijavi pri skupnosti zavezanec za prispevek za njihovo zdravstveno varstvo oz. nosilec financiranja obveznih oblik zdravstvenega varstva.

(3) Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki je zagotovljeno z zakonom in tem statutom zavarovancem-delavcem v primeru bolezni in nesreče izven dela, zagotovljeno pri skupnosti v breme SR Slovenije španskim borcem in borcem narodnoosvobodilne vojne, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 ter njihovim ožjim družinskim članom, če niso zavarovane osebe po določbah tega statuta (13. do 15. in 17. do 20. člen).

(4) Borci narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oz. 13. oktobrom 1943 ter španski borci, ki niso zavarovani po tem statutu (13. do 15., 17. in 18. člen), imajo zase poleg pravic po prejšnjem odstavku zagotovljeno pri skupnosti v breme SR Slovenije še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih.

(5) Tisti, ki imajo pravico do zdravstvenega varstva po predpisih o vojaških vojnih invalidih, uživajo pa kot zavarovane osebe tudi zdravstveno varstvo po tem statutu, dobivajo:

1. proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave ter zdravljenje v naravnih zdraviliščih in v tujini — po predpisih o vojaških vojnih invalidih na račun sredstev, ki so za to zagotovljena v zveznem proračunu;

2. druge oblike zdravstvenega varstva — po tem statutu na račun sklada zdravstvenega zavarovanja skupnosti.

(6) Osebe iz petega odstavka tega člena se lahko po lastni izbiri, namesto da bi se zdravile v naravnih zdraviliščih po predpisih o vojaških vojnih invalidih, zdravijo v teh zdraviliščih v okviru podaljšanega ali nadomestnega zdravljenja — po določbah tega statuta.

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

117. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja in pravice iz zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

118. člen

(1) Splošni akti skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi organov skupnosti, ki na splošno določajo pravice in dolžnosti, programi in samoupravni dogovori.

(2) Splošni akti iz prvega odstavka tega člena začnejo veljati 8 dni po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrečno drugače določeno.

(3) Splošni akti skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

119. člen

(1) Skupnost je pravna oseba.

(2) Sedež skupnosti je v Mariboru, Sodna ulica 15.

(3) Skupnost zastopa predsednik skupščine.

120. člen

(1) Skupnost ima svoj pečat in stampiljko.

(2) Pečat je okrogel oblike. V krogu ima napis: »Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev«, sedež: »Maribor« pa je naveden v sredini.

(3) Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti

121. člen

(1) Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo tvorijo predstavniki zavarovancev.

(2) Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

(3) Za posamezna področja ima skupnost stalne komisije, za reševanje posebnih nalog pa lahko skupščina imenuje še občasne komisije, katerim določi tudi delokrog.

(4) Za reševanje pritožb zavarovancev o pravicah ima skupnost komisijo za reševanje pritožb zoper odločbe prve stopnje.

(5) Zaradi podajanja strokovnih mnenj v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja ima skupnost zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev. Obe komisiji delujeta v sestavi treh članov in potrebnega števila namestnikov. Zdravniška komisija ima tudi lahko več senatov. Skupščina skupnosti sprejme pravilnik o delu zdravniške komisije in komisije zdravniških izvedencev.

(6) V cilju čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev znotraj skupnosti se ustanovijo v skupnosti sveti in odbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

122. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike, predvidene v statutu, ter druge splošne akte skupnosti;

2. sprejema program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev in določa politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zdravstvenega zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, da se racionalno posluje s skladi skupnosti, da se ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oz. stopnjo prispevkov;

4. sprejema osnove za sklepanje pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

5. sklepa o finančnem načrtu in zaključnem računu skladov skupnosti;

6. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov, ter o ukrepih, ki jih je treba storiti oz. predlagati s tem v zvezi;

7. izvoli izvršilni odbor in imenuje komisije skupščine za opravljanje določenih nalog;

8. razpravlja vsaj enkrat letno o delu izvršilnega odbora in komisij;

9. zagotavlja opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na najbolj smotrni način in določa obliko organizacije strokovne službe za izvajanje zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

10. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

11. sodeluje z drugimi skupnostmi enakih ali različnih kategorij oz. panog zavarovanja ali varstva, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa s njimi samoupravne dogovore;

12. daje avtentična tolmačenja splošnih aktov skupnosti;

13. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu, če ni izrečno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti oz. skupščine ali služba za izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

123. člen

Skupščina skupnosti sprejme poslovnik za svoje delo in za delo izvršilnega odbora.

124. člen

(1) Skupščino skupnosti sestavljajo člani, ki jih izvolijo: delavski sveti v gospodarskih organizacijah in sveti delovnih skupnosti v zavodih oz. ustrezni organi delovnih skupnosti v drugih organizacijah, poklicne organizacije zavarovancev, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ter podružnice društva upokojencev.

(2) Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti, ki določa: volilne enote, kandidiranje, volitve, ponovne in nadomestne volitve, sestavo in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost ugovora zoper nepravilnosti, roke in druge zadeve v zvezi z volitvami.

125. člen

(1) Skupščina skupnosti šteje 75 članov.

(2) Pravico biti voljen za člana skupščine ima vsak zavarovanec skupnosti, ki je polnoleten.

(3) Delavci strokovne službe skupnosti ne morejo biti člani skupščine.

(4) Skupščina izmed svojih članov izvoli predsednika in podpredsednika.

126. člen

(1) Mandat članov skupščine skupnosti traja štiri leta.

(2) Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine.

127. člen

(1) Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;

2. z izgubo svojstva zavarovanca v skupnosti;

3. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 3 mesecev;

4. če postane delavec strokovne službe skupnosti;

5. če se sam odpove mandatu in skupščina tako odpoved sprejme;

6. z odpoklicem.

(2) Če preneha mandat članu skupščine več kot eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

128. člen

(1) Skupščina skupnosti predlaga odpoklic lastnega člana:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti;

2. če neopravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov skupnosti ali ravna proti njim;

3. če neopravičeno daljši čas ne sodeluje na zasedanjih skupščine skupnosti ali njenih organov.

(2) O odpoklicu odločajo zavarovanci oz. njihovi predstavniki, ki so člana skupščine izvolili.

b) Izvršilni odbor in komisije

129. člen

(1) Izvršilni odbor ima 9 članov. Izvršilni odbor voli skupščina iz svoje srede. Predsednika in podpredsednika izvoli izvršilni odbor izmed svojih članov.

(2) Mandat članov izvršilnega odbora traja 4 leta.

130. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

2. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določajo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

3. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun skladov skupnosti;

4. predlaga skupščini skupnosti načrte splošnih aktov, za katere je ta pristojna;

5. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;

6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;

7. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;

8. skrbi za sklicevanje zasedanj skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij;

9. imenuje predsednika zdravniške komisije in komisije zdravniških izvedencev ter določa listo članov obeh komisij;

10. obravnava načrt in program za delo strokovne službe skupnosti in daje pripombe nanj;

11. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

131. člen

(1) Komisija za reševanje pritožb:

1. rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe prve stopnje o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

2. obravnava splošne pripombe in pritožbe zavarovanih oseb, drugih skupnosti enakih ali različnih kategorij oz. panog zavarovanja ali varstva in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.

(2) Komisija za reševanje pritožb ima tri člane in potrebno število namestnikov; komisija ima lahko več senatov. Skupščina skupnosti izvoli komisijo izmed svojih članov.

(3) Komisija za reševanje pritožb sprejme poslovnik za svoje delo.

132. člen

(1) Skupščina skupnosti imenuje še tile stalni komisiji:

1. komisijo za zdravstveno zavarovanje;

2. komisijo za varstvo pri delu.

(2) Komisiji štejeta po pet članov.

(3) Skupščina skupnosti imenuje komisiji izmed svojih članov, lahko pa tudi izmed drugih strokovnih in javnih delavcev, vendar je za predsednika in njegovega namestnika lahko imenovan le član skupščine skupnosti.

(4) Komisiji iz prvega odstavka sprejmeta poslovnik za svoje delo.

133. člen

Komisija za zdravstveno zavarovanje opravlja zlasti te zadeve:

1. analizira pojave in probleme v zdravstvenem zavarovanju in zdravstveni službi ter predlaga ukrepe za izboljšanje zdravstvenega varstva;

2. sodeluje s strokovno službo skupnosti in pristojnimi službami zdravstvenih delovnih organizacij v zvezi s sklepanjem pogodb in dajanjem zdravstvenega varstva zavarovanim osebam;

3. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja zdravstvenega zavarovanja ter daje ustrezne predloge;

4. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

134. člen

Komisija za varstvo pri delu opravlja zlasti te zadeve:

1. analizira pojave in probleme o higiensko-tehničnem varstvu ter predlaga ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev;

2. sodeluje s strokovno službo skupnosti, z zdravstveno službo, inšpekcijskimi službami in drugimi strokovnimi zavodi ter sindikati o vprašanih varstva pri delu;

3. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri izvajanju in izpopolnjevanju varstva pri delu;

4. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina skupnosti.

c) Sveti in odbori zavarovancev

135. člen

(1) V občinah se ustanovijo sveti zavarovancev.

(2) V svet zavarovancev volijo predstavnike delovne organizacije, podružnice društva upokojeencev in druge organizacije, ki predstavljajo zavarovance v občini.

(3) V posameznih delovnih organizacijah se lahko ustanovijo odbori zavarovancev. V odbor zavarovancev delegirajo člane delavski sveti in sindikalne organizacije, vsak polovico članov.

(4) Število članov v svetih in odborih zavarovancev določa skupščina skupnosti glede na število zavarovancev v občini oz. delovni organizaciji s svojim sklepom.

(5) Sveti in odbori zavarovancev se izvolijo ob volitvah članov skupščine skupnosti. Izvolitev svetov zavarovancev se opravi ob primerni uporabi pravilnika o volitvah članov skupščine.

(6) Sveti in odbori zavarovancev sprejmejo poslovnik za svoje delo.

136. člen

(1) Sveti in odbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti (pravilnikih, programih, sklepih itd.);
3. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
4. dajejo iniciative s področja delovanja skupnosti;

5. spremljajo poslovanje skupnosti in uspehe tega poslovanja v občini oz. delovni organizaciji;

6. uresničujejo sodelovanje z organi in organizacijami v občini oz. delovni organizaciji (npr. glede higiensko-tehničnega varstva in podobno).

(2) Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov in odborov zavarovancev ter jih na primeren način obvesti o svojem stališču.

Ž Zbori zavarovancev

137. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče po posameznih volilnih enotah zbor zavarovancev.

138. člen

(1) Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. organizirajo posvetovanja o vprašanih zdravstvenega zavarovanja;
2. dajejo predloge s področja zdravstvenega zavarovanja;
3. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
4. obravnavajo predloge organov skupnosti s področja njenega delovanja;
5. izvajajo iniciativo s področja splošnih samoupravnih pravic zavarovancev.

(2) Skupščina skupnosti mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev ter jih seznaniti s svojimi stališči do njihovih pobud.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

139. člen

(1) Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnike, program dejavnosti, samoupravne dogovore in sklepe o določitvi prispevkov mora dobiti mnenje zavarovancev.

(2) Mnenje in predloge zavarovancev v zadevah iz prejšnjega odstavka lahko skupščina dobi na najprimernejši način, npr.:

1. na posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah;
2. na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah;

3. z dostavo osnutka akta delovnim organizacijam;

4. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;

5. z anketiranjem zavarovancev.

(3) Mnenja in predloge zavarovancev mora skupščina skupnosti obravnavati in predlagatelja na primeren način obvestiti o svoji odločitvi.

140. člen

(1) Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum, mora pa ga razpisati na zahtevo najmanj ene tretjine zavarovancev.

(2) Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

1. o ukinitvi katere od pravic, ki jih določa statut;
2. o združitvi skupnosti;
3. o razdružitvi skupnosti.

(3) Referendum o razdružitvi se lahko razpiše tudi samo za območje ene ali več občin v okviru skupnosti.

141. člen

(1) Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem (listki), kjer se na vprašanje odgovori z »za« ali »proti«.

(2) Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev.

(3) Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot polovica vseh zavarovancev.

(4) Odločitev, sprejeta z referendumom, je obvezna in velja najmanj eno leto.

4 Sodelovanje skupnosti z organi družbeno-političnih skupnosti, skupnosti zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenih delovnih organizacij in njihovih združenj ter drugih organizacij

142. člen

(1) Skupnost sodeluje po svojih organih z organi družbeno-političnih skupnosti, zdravstvenih delovnih organizacij in njihovih združenj ter delovnih in drugih organizacij pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove, pri ustvarjanju kar najbolj ugodnih možnosti za uveljavljanje zdravstvenega varstva in za kar najbolj smotrno uporabo sredstev, ki so na voljo za zdravstveno zavarovanje ter pri razvijanju samoupravnih odnosov na tem področju.

(2) Skupnost sodeluje tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij (zrak, voda, živila, higienske razmere v delovni, stanovanjski in šolski sredini, varstvu pri delu in dr.), za katere so nosilci programov, zagotavljanja sredstev in organiziranja aktivnosti organi in organizacije iz prvega odstavka tega člena.

143. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem sredstev za izvajanje skupnih ukrepov in akcij, ki so širšega skupnega pomena na področju zdravstvenega zavarovanja.

144. člen

(1) Sodelovanje po prejšnjih dveh členih tega statuta se uresničuje tako, da udeleženci enakopravno in po načelih družbenega dogovarjanja sprejmejo programe zdravstvenega varstva in sklepajo samoupravne sporazume, v katerih se dogovorijo o vsebini in oblikah sodelovanja ter o zagotavljanju sredstev, ki so potrebna za uresničevanje programov in nalog za razvoj zdravstvenega varstva, upoštevaje potrebe in možnosti družbe ter dosežke znanosti.

(2) Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pismeni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posameznih sodelujočev in drugih vprašanih, ki so pomembna za to sodelovanje.

(3) V samoupravnem dogovoru se določijo posledice, ki zadenejo posameznika, če ravna v nasprotju z dogovorom, ter način in postopek za reševanje spornih vprašanj, ki nastopajo v zvezi z izvajanjem dogovora.

145. člen

(1) Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev SR Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zveza skupnosti). Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev, kolikor jih že ne določa zakon.

(2) Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oz. jih določijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju SR Slovenije, se skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

146. člen

(1) Pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja sodeluje skupnost z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji, s katerimi sklepa pogodbe.

(2) Podlaga za sklepanje pogodb so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb ter razpoložljiva sredstva skupnosti.

(3) S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva, zlasti oblika in kakovost zdravstvenega varstva ter cena zdravstvenih storitev oz. dogovorjenega programa. Natančneje se določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva, pogoji, način in postopek za uveljavljanje zdravstvenega varstva ter nadzorstvo nad izpolnjevanjem sprejetih obveznosti, kakor še pogoji, način in rok plačevanja zdravstvenih storitev.

(4) Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, kot se določi v sklenjeni pogodbi.

147. člen

(1) Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami praviloma za daljše obdobje, najmanj pa za eno leto, kar mora slediti iz pogodbe.

(2) Če se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predižita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji, ki je zlasti opredeljena v predpisih zakona o zdravstvu (Uradni list SRS, št. 26-146/70).

148. člen

(1) Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko sklene sporazum s skupnostjo, da opravlja v sporazumu določene naloge zagotavljanja zdravstvenega varstva za take osebe skupnost.

(2) S sporazumom se določijo medsebojne pravice in obveznosti ter zlasti finančne obveznosti družbeno-politične skupnosti za kritje stroškov, ki jih ima skupnost pri opravljanju teh nalog.

(3) Sporazum se sklene najmanj za eno leto; veljavnost sporazuma in njegovo prenehanje pa se uredi s sporazumom.

(4) V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja spornih vprašanj v zvezi z izvajanjem sporazuma.

(5) Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo podpisniki s tožbo pri pristojnem sodišču, če ni s sporazumom določeno razsodišče.

Sedmi del

FINANCIRANJE

1. Financiranje zdravstvenega zavarovanja

149. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja in zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom zavarovancev, delovnih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavezancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki v smislu 66. člena uvodoma navedenega zakona.

150. člen

(1) Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti.

(2) Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne, pri čemer pa se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse ali samo za posamezne nevarnosti in v okviru teh nevarnosti še, ali samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne pravice.

(3) Stopnje prispevkov se določajo tako, da sredstva, ki se z njimi dosegajo, krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotavljajo ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih nevarnosti, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe.

151. člen

(1) Za določitev stopnje prispevka po prejšnjem členu tega statuta izoblikujejo skupnost, družbeno-politične skupnosti, občinski sindikalni sveti ter vse gospodarske in zdravstvene delovne organizacije z območja skupnosti temeljna izhodišča po načelih družbenega dogovarjanja.

(2) Postopek za družbeno dogovarjanje se začne na pobudo skupnosti s tem, da pripravi pismeni predlog temeljnih izhodišč za določitev stopnje prispevka, pri čemer mora upoštevati kot izhodišča zlasti: gibanje mase osebnih dohodkov in zaposlenih; povečanje izdatkov za posamezne namene — zlasti zdravstveno varstvo glede na dogovorjene programe in načrte zdravstvenih delovnih organizacij o uresničevanju in pospeševanju tega varstva; kaj je treba vključiti v povečani izdelek zdravstvenega varstva (npr. razširje-

no reprodukcijo, kje in do kakšne višine); gibanje osebnih dohodkov v zdravstvenih delovnih organizacijah in podobno.

(3) Gradivo iz prejšnjega odstavka tega člena pošlje predlagatelj vsem zainteresiranim soudeležencem družbenega dogovarjanja, ki se morajo o predlogu izreči v roku, ki ga določi predlagatelj.

(4) Skupščina skupnosti je dolžna upoštevati priporočila, iznesena ob družbenem dogovarjanju; kolikor jih ne upošteva, mora svoje stališče do pripomb ustrežno obrazložiti.

(5) Kadar gre za namensko zbiranje sredstev v okviru povečane stopnje prispevka zaradi večjih investicij v razvoj zdravstvene službe, mora s tem soglašati večina družbeno-političnih skupnosti, občinskih sindikalnih svetov in zdravstvenih delovnih organizacij z območja skupnosti ter večina vseh gospodarskih organizacij, v katerih je večina v gospodarstvu zaposlenih zavarovancev-delavcev na območju skupnosti.

152. člen

(1) Če osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, določi skupščina skupnosti prispevek za zdravstveno zavarovanje lahko v pavšalnem znesku.

(2) Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, določi osnovo za prispevek skupščina skupnosti. Skupščina skupnosti odloči, ali se del prispevka za te zavarovance določa tudi na družinskega člana zavarovanca.

153. člen

(1) Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo določi skupnost po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

(2) Kadar je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov (subjektivni povzročitelji) povečana, skupnost lahko določi višjo tarifo za takšno delovno organizacijo oziroma za zasebnega delodajalca.

(3) Steje se, da je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo povečana zaradi subjektivnih povzročiteljev, če je bila v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu v zadnjem koledarskem letu nadpovprečna odsotnost z dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi obolenja za poklicno boleznijo. Pri tem je treba upoštevati tudi ugotovitev organov za nadzorstvo nad izvajanjem splošnih predpisov o varstvu pri delu glede tega, ali se v kakšni organizaciji oziroma pri zasebnem delodajalcu v zadostnem obsegu izvajajo predpisani ukrepi za varstvo pri delu.

(4) Za vsakih 0,10 % nadpovprečne odsotnosti z dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi obolenja za poklicno boleznijo se tarifa za plačevanje prispevka poveča za 10 %, vendar tako povečana tarifa ne more biti za več kot 50 % višja od redne tarife.

154. člen

(1) Osnova za obračunavanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejemajo osebni dohodek iz delovnega razmerja — njihov kosmati osebni dohodek;

2. za zavarovance iz 2. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta — stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za delo;

3. za člane obrtnih in ribiških zadrug — delež (dohodek); ki ga dobijo za delo v zadrugi;

4. za osebe iz 4. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta — poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda za zaposlovanje tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo;

5. za upokojene in uživalce pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju — pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina s tem, da plačujejo jugoslovanski državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja (6. točka prvega odstavka 13. člena) prispevek za zdravstveno zavarovanje sami;

6. za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol iz 8. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta — nagrada oziroma štipendija, ki jo izplačuje učencu organizacija oziroma vajencu zasebni delodajalec.

(2) S sklepom iz prvega odstavka 152. člena tega statuta določi skupščina skupnosti prispevek v pavšalnem znesku:

1. za osebe iz 7. točke prvega odstavka 13. člena — ki ga plačuje zanje iz svojih sredstev organizacija, pri kateri take osebe delajo;

2. za vajence oziroma učence, če ne prejemajo ne nagrade in ne štipendije — ki ga plačuje zanje šola;

3. za zavarovance iz 14. člena tega statuta oziroma za osebe iz drugega odstavka 20. člena tega statuta — ki ga plačujejo v tujini zaposleni delavci sami zase oziroma za svoje družinske člane.

155. člen

Za zavarovance — tuje državljane, ki so zaposleni na območju skupnosti pri jugoslovanskih organizacijah oziroma delodajalcih ali po mednarodnih sporazumih, je osnova za obračunavanje prispevka kosmati osebni dohodek oziroma drugi osebni prejemki takšnega zavarovanca.

156. člen

Pri določanju stopnje prispevka in prispevka v pavšalnem znesku skupščina skupnosti upošteva, ali imajo po zavarovancu pravico do zdravstvenega varstva tudi družinski člani ali ne oziroma ali so zavarovani samo družinski člani.

157. člen

(1) Prispevek za zdravstveno zavarovanje po tem statutu se določi posebej:

1. za zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo;

2. za zdravstveno zavarovanje.

(2) Prispevek za zdravstveno zavarovanje je lahko posebej določen za oblike zdravstvenega varstva, ki so po zakonu obvezne, in posebej za druge pravice, o čemer odloča skupščina skupnosti.

158. člen

Prispevek za zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije, državni organi (v nadaljnjem besedilu: organizacije) in zasebni delodajalci za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno pogodbo.

159. člen

(1) Skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odvajajo prispevke skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva.

(2) Drugi zavezanec za plačilo prispevka plačujejo prispevek skupnosti pri banki ali neposredno na blagajni skupnosti.

160. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije, z dnem, ko dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja s 1. dnem v mesecu, za katerega se izplačuje pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina;

3. za druge zavezance zadnji dan v mesecu za nazaj.

161. člen

(1) Zavezanec prispevka, ki ne plača prispevka ob zapadlosti, mora plačati kazenske obresti po obrestni meri, ki je s predpisom določena za nepravočasno plačane prispevke.

(2) Za zavezanca prispevka po prejšnjem odstavku tega člena se smatrajo skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja, organizacije in zasebni delodajalci, ki so dolžni obračunavati ter odvajati prispevke za svoje delavce, ter zavarovanci, ki so sami dolžni plačevati prispevek iz svojih sredstev.

162. člen

(1) Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanim roku zapadlih prispevkov, ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v 8 dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

(2) Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vložijo v roku 8 dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost. Ugovor se kolkuje.

(3) Na podlagi pravočasno vloženega ugovora lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

(4) Plačilni nalog, zoper katerega zavezanec ni ugovarjal pravočasno, postane izvršljiv.

163. člen

(1) Na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive sodbe sodišča mora služba družbenega knjigovodstva oziroma banka po zahtevi skupnosti izterjati neplačane prispevke in obresti tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

(2) Če prispevkov z obrestmi ni mogoče izterjati na način iz prvega odstavka tega člena ali jih zavezanec ne plača sam, jih mora na zahtevo skupnosti izterjati občinski organ davčne službe, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov, oziroma sodišče po pravih izvršilnega postopka.

164. člen

(1) Terjatev prispevka zastara v 5 letih, računano od konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

(2) Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja, in je na predpisani način naznanjeno zavezanec. Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov 5-letni zastaralni rok. Terjatev pa je v vsakem primeru zastarana, če poteče 10 let od dneva, ko je zastaranje prvič začelo teči.

165. člen

(1) Vsi dohodki skupnosti se stekajo na žiro računu sklada zdravstvenega zavarovanja delavcev (v nadaljnjem besedilu: sklad).

(2) Iz sredstev po prejšnjem odstavku tega člena se poravnajo obveznosti sklada ustrezno stroškom, kot nastajajo za tako razmerje pravice zavarovanih oseb.

166. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb, zdravstvenih delovnih in drugih organizacij, katerim zaupa skupnost izvajanje zdravstvenega zavarovanja, ima skupnost rezervni sklad.

167. člen

(1) Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni poprečni znesek planiranih izdatkov sklada v tekočem letu.

(2) Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka tega člena mora zagotoviti skupnost v 5 letih od uveljavitve tega statuta.

(3) Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevka.

168. člen

(1) Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada.

(2) Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj za preteklo leto, vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

(3) Za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja oziroma za vrnitev iz obvezne rezerve uporabljenega zneska predpiše skupnost poseben prispevek. Poseben prispevek, ki se predpiše od kosmatih osebnih dohodkov iz delovnega razmerja, se ne všteva v skupno osnovo za obračunavanje prispevkov od kosmatih osebnih dohodkov.

169. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom, in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v SR Sloveniji sporazumno dogovorijo.

2. Financiranje zagotovljenega zdravstvenega varstva

170. člen

(1) Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu kot ga zagotavlja zakon in statut zavarovanim osebam v primeru bolezni in nesreče izven dela oziroma v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, same pa niso zavarovane, se zbirajo s prispevki, ki jih plačujejo v zakonu določeni zavezanci.

(2) Skupnost določi v pavšalnem znesku prispevek za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v primeru bolezni in nesreče izven dela, upoštevajoč obseg zagotovljenega varstva.

171. člen

(1) Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva oseb, ki jim je z zakonom

nom zagotovljeno zdravstveno varstvo, čeprav niso zavarovane osebe, in pa del stroškov za izvajanje službe.

(2) Finančni načrt in zaključni račun za ta sredstva predloži skupnost v poprejšnjo obravnavo Izvršnemu svetu Skupščine SR Slovenije.

172. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, se zbirajo s prispevkom, ki ga določi skupnost po enotni tarifi za kritje zagotovljenih nevarnosti.

Osmi del

STROKOVNA SLUŽBA SKUPNOSTI ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

173. člen

Opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skupnost po strokovni službi komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Maribor (v nadaljnjem besedilu: komunalni zavod), ki opravlja te zadeve tudi za skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov, skupnost otroškega varstva in za skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja.

174. člen

O nalogah iz prejšnjega člena sklene skupnost s komunalnim zavodom pogodbo, v kateri uredita natančnejše medsebojne pravice in obveznosti.

175. člen

V pogodbi iz prejšnjega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge, ki jih komunalni zavod opravlja za skupnost;
2. pogoji za izvrševanje teh nalog;
3. način določanja povračila za delo komunalnega zavoda;
4. druga medsebojna razmerja (zlasti izvrševanje nadzora nad opravljenim delom).

176. člen

(1) Za medsebojna razmerja, ki niso urejena v pogodbi, se uporabljajo določbe temeljnega zakona o vodih (Uradni list SFRJ, št. 5/65, 50/68 in št. 55/69) in na njegovi podlagi izdani predpisi.

(2) Za pravilno in tekoče poslovanje komunalnega zavoda v okviru pogodbe iz 173. člena tega statuta je odgovoren skupščini skupnosti direktor komunalnega zavoda.

(3) Prvostopne odločbe o pravicah zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja po tem statutu podpisuje direktor komunalnega zavoda.

Deveti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

177. člen

Skupnost izpelje volitve organov skupnosti na podlagi tega statuta in drugih splošnih aktov najkasneje do 30. junija 1971.

178. člen

Do konca leta 1970 posluje skupnost po dosedanjih predpisih.

179. člen

Skupnost prevzame nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Maribor.

180. člen

(1) Zavezanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega zavarovanja delavcev na dan 31. decembra 1970, plačevati tudi od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se izplačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavarovance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem delavcev.

(2) Vplačila iz prejšnjega odstavka opravijo zavezanci prispevka v korist skupnosti.

181. člen

(1) Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začnejo uporabljati ta statut in splošni akti skupnosti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja delavcev, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah tega statuta in splošnih aktov skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dosepele pravice, ki še niso bile uresničene.

(2) Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah tega statuta in splošnih aktov skupnosti ne izpolnjujejo predpisanih pogojev za uživanje pravic, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, nadaljujejo začeto uporabo teh pravic, kakor da izpolnjujejo pogoje, predpisane s tem statutom in s splošnimi akti skupnosti.

(3) Za mladino do 18. leta starosti, ki ob začetku uporabe tega statuta kljub zmožnosti za delo ni zaposlena ali v učenem razmerju, začne teči rok 60 dni iz petega odstavka 22. člena od 1. januarja 1971 dalje.

182. člen

Zdravstvene izkaznice, izdane po dosedanjih predpisih, ostanejo v veljavi, dokler jih skupnost ne zamenja z novimi.

183. člen

(1) Zavarovanci in njihovi družinski člani, ki imajo na dan uveljavitve tega statuta po dosedanjih predpisih lastnost zavarovanca ali družinskega člana, obdržijo brez prijave v zavarovanje to lastnost tudi po tem statutu vse dotlej, dokler se po določbah tega statuta ne ugotovi, da te lastnosti nimajo oziroma da ne izpolnjujejo pogojev po tem statutu za priznanje lastnosti zavarovanca ali družinskega člana.

(2) Z dnem, ko je po določbah tega statuta dokončno ugotovljeno, da osebe iz prejšnjega odstavka nimajo lastnosti zavarovane osebe oziroma da ne izpolnjujejo pogojev za priznanje lastnosti zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvenih izkaznic, izdanih tem osebam.

184. člen

(1) O pritožbah zavarovanih oseb, vloženih in nerešenih do 31. decembra 1970, odločajo organi, ki so določeni s tem statutom za odločanje na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

(2) Upravni spori, ki 31. decembra 1970 še niso rešeni s pravnomočno sodbo, se rešujejo po dosedanjih predpisih.

185. člen

Do izdaje zakona, s katerim bodo urejena vprašanja povračila škode, povzročene skupnostim socialnega zavarovanja v zvezi s socialnim zavarovanjem, se bodo uporabljale določbe temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24/65, 57/65, 29/66, 52/66, 12/67 in 54/67), s katerimi so urejena ta vprašanja.

186. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prenehajo veljati statut komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Maribor in na njegovi podlagi izdani splošni akti.

187. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

St. 022-25/70

Maribor, dne 27. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan i. r.

432.

Po 117., 126. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s 86. členom, drugim odstavkom 96. člena, prvim odstavkom 105. člena in 1. točko prvega odstavka 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor na zasedanju dne 27. novembra 1970

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

(1) Ta pravilnik natančneje določa pogoje in način za uveljavljanje posameznih pravic oziroma postopek za določanje o vseh pravicah iz zdravstvenega zavarovanja, ki ga zagotavlja zavarovanim osebam skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (v nadaljnjem besedilu: skupnost) po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in po statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: statut) na račun sklada zdravstvenega zavarovanja delavcev (v nadaljnjem besedilu: sklad).

(2) Določbe tega pravilnika veljajo za vse zavarovane osebe skupnosti, četudi imajo stalno prebivališče izven območja skupnosti, in za druge upravičence, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost v breme posebnih ločenih sredstev.

2. člen

(1) Lastnost zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico v smislu drugega odstavka 81. člena statuta.

(2) Upravičenci, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost, uveljavljajo zdravstveno varstvo v breme skupnosti z ustrezno listino (izkazilom).

(3) Kdor uveljavi zdravstveno varstvo brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva, mora založiti stroške. Povračilo zdravstvenih stroškov se uveljavi po tretjem odstavku 96. člena statuta, ki se primerno uporablja tudi za upravičence, ki jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno pri skupnosti.

(4) Nujna zdravstvena pomoč (prva pomoč) se uveljavi tudi brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva.

3. člen

(1) Zavarovana oseba je upravičena do nujne zdravstvene pomoči (prve pomoči) pri katerikoli zdravstveni delovni organizaciji, splošnem zdravniku ali zdravniku-specialistu, vendar ima skupnost v teh primerih pravico presojudi utemeljenost uveljavljanja takšne pomoči v zvezi z odločanjem o višini stroškov, ki bremenijo sklad.

(2) Sklad je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, ki nastanejo v zvezi z uveljavljanjem pravic na podlagi zakona, statuta skupnosti in tega pravilnika, razen obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev, kolikor ne gre za pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo oziroma iz zdravstvenega varstva, pri katerega stroških posamezni upravičenci ne sodelujejo.

4. člen

(1) O vseh spornih zadevah ob izvajanju tega pravilnika odloča na prvi stopnji organ iz prvega odstavka 90. člena statuta, ki mora glede na naravo zadeve upoštevati tudi strokovna zdravniška oziroma komisijska mnenja.

(2) Če se zahtevku ne ugodi v celoti ali zavarovana oseba oziroma upravičena oseba to zahteva, mora organ iz prvega odstavka izdati pismeno odločbo, zoper katero je možna pritožba.

(3) Za uveljavljanje pravic v primerih, ki niso nadrobneje opredeljeni s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določbe zakona in statuta.

5. člen

(1) Pravilnik vsebuje določbe o postopku, po katerem se uveljavijo:

a) prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravnika;

b) ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu;

c) stacionarno zdravljenje;

č) zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva;

d) proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave;

e) zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti;

f) povračila oziroma način zaračunavanja in obseg stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju s določbami tega pravilnika.

(2) Nadalje vsebuje pravilnik določbe, s katerimi se urejajo:

a) pristojnost za presojo delovne zmožnosti zavarovancev oziroma ugotovitev zadržanosti od dela;

b) poznejša oziroma kontrolna presoja zavarovanceve delovne zmožnosti oziroma zadržanosti od dela;

c) izjemno podaljšanje časa, za katerega gre upravičencu nadomestilo osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana;

č) način uporabe prevoznih sredstev ter natančnejši pogoji in način uveljavljanja povračila potnih stroškov;

d) sprememba prebivališča med začasno zadržanostjo od dela zavarovanca;

e) način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino;

f) posebno varstvo za borce NOV;

g) preventivno zdravstveno varstvo delavcev.

II. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. Prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravnika

6. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico uveljaviti zdravstveno varstvo, po prosti izbiri pri zdravstvenih delovnih organizacijah, s katerimi je skupnost sklenila pogodbe o izvajanju zdravstvenega varstva.

(2) Kadar zdravstvene delovne organizacije iz prvega odstavka tega člena ne morejo dati ustrežne zdravstvene pomoči, sme uveljaviti zavarovana oseba pravico proste izbire zdravstvene delovne organizacije med najbližjimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki lahko nudijo takšno storitev.

7. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico, da si v zdravstveni delovni organizaciji, ki si jo je izbrala, neposredno izbere kateregakoli splošnega zdravnika ali zobnega terapevta, zdravnika-specialista pa le — če ne gre za stacionarno zdravljenje — za tako specialistično zdravljenje, ki ga sme po prvem odstavku 98. člena statuta uveljaviti neposredno.

(2) Zdravnik sme odkloniti izbor zavarovane osebe, kadar je njegova zmogljivost v celoti izkoriščena. To ugotovi zdravnikov neposredni predstojnik v zdravstveni delovni organizaciji.

8. člen

(1) Na način iz 7. člena izbrani splošni zdravnik je izbrani zdravnik po določbah 97. člena statuta.

(2) Kot izbrani zdravnik šteje tisti splošni zdravnik, pri katerem uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo prvič v posameznem koledarskem letu.

(3) Podatek o izbranem zdravniku se vnese v zdravstveno izkaznico zavarovane osebe.

(4) Ker zaradi organizacije dela zdravstvenih delovnih organizacij zavarovane osebe nimajo vselej možnosti obračati se samo na izbranega zdravnika, jih mora v takšnem primeru sprejeti drugi zdravnik

iste zdravstvene delovne organizacije, ki je dolžan izvide in način zdravljenja zabeležiti v medicinskem gradivu zavarovane osebe pri izbranem zdravniku.

(5) Ker velja opredelitev izbranega zdravnika po 97. členu statuta praviloma za eno koledarsko leto, ne more zavarovana oseba med istim koledarskim letom, niti med zdravljenjem akutnih bolezni, menjati izbranega zdravnika, razen v primerih iz 9. člena.

9. člen

(1) Kot upravičen vzrok, zaradi katerega sme zavarovana oseba spremeniti izbranega zdravnika v istem koledarskem letu, šteje:

a) sprememba prebivališča zavarovane osebe;

b) sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa zavarovanca ali izbranega zdravnika;

c) spor ali težji nesporazum med zavarovano osebo in izbranim zdravnikom; zaradi katerega je omajano zaupanje zavarovane osebe v zdravnika.

(2) Upravičenost spremembe izbranega zdravnika v primerih iz točke c) prejšnjega odstavka presoja zdravnikov neposredni predstojnik v zdravstveni delovni organizaciji, pri kateri je uveljavljala zavarovana oseba zdravstveno varstvo do vzroka za spremembo.

(3) Če med zavarovano osebo in ustreznim predstojnikom v zdravstveni delovni organizaciji ne pride do sporazuma glede upravičenosti spremembe izbranega zdravnika, presoja o upravičenosti spremembe zdravniška komisija skupnosti.

2. Ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu

a) Zdravljenje v zdravstveni delovni organizaciji

10. člen

(1) Temeljno ambulantno zdravljenje (splošno in zobno) uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (splošni ambulantni, obratni ambulantni, zobni ambulantni, dispanzerju itd.) oziroma pri splošnem zdravniku ali zobnem terapevtu, ki si ga je izbrala po določbah 8. člena tega pravilnika.

(2) Zavarovana oseba sme neposredno uveljaviti tudi specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih iz prvega odstavka 98. člena statuta, ki si jih je izbrala po določbah tega pravilnika.

(3) Pri dtugih zdravnikih-specialistih sme zavarovana oseba neposredno uveljaviti specialistično ambulantno zdravljenje le, če potrebuje nujno zdravstveno pomoč.

(4) Po prvem in drugem odstavku izbrani zdravnik (v nadaljnjem besedilu: posamezni zdravnik) ima po določbah tega pravilnika pristojnosti posameznega zdravnika.

11. člen

(1) Specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih, na katere se zavarovana oseba ne sme neposredno obračati, se uveljavi praviloma po napotnici posameznega zdravnika. Napotnica se ne zahteva za ponovne preglede pri istem zdravniku-specialistu, ako ta sam naroči zavarovano osebo zaradi nadaljevanja zdravljenja oziroma jo pošlje k njemu posamezni zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen, kakor tudi ne, kadar terja takojšen pregled narava bolezni.

(2) Napotnica velja za posamezni konziliarni pregled in tiste dodatne preglede, ki so po mnenju zdravnika-specialista, h kateremu je zavarovana oseba napotena (v nadaljnjem besedilu: konziliarni zdravnik), nujni za popolno diagnostično obdelavo.

(3) Po napotnici posameznega zdravnika sprejme konziliarni zdravnik zavarovano osebo tudi na zdravljenje, če je to nujno glede na značaj bolezni.

(4) Zavarovana oseba, ki je sama zahtevala pregled pri konziliarnem zdravniku, ta pregled pa iz medicinskih razlogov ni bil potreben, je sama plačnik takšnega konziliarnega pregleda.

12. člen

Po opravljenem pregledu pri konziliarnem zdravniku se mora zavarovana oseba z njegovim izvidom in mnenjem takoj javiti posameznemu zdravniku, ki je izdal napotnico za specialistični pregled.

13. člen

(1) Na pobudo zdravstvene delovne organizacije izven območja skupnosti, v kateri je zavarovana oseba uveljavila zdravljenje, ker ji zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti ne morejo dati ustrezne zdravstvene pomoči, izda posamezni zdravnik po lastnem preudarku napotnico za tri kontrolne preglede zavarovane osebe. Za take kontrolne preglede štejejo zlasti pregledi po daljšem bolnišničnem zdravljenju, pregledi v zvezi z operacijami itd., ne pa konziliarni pregledi.

(2) Napotnico za morebitne nadaljnje kontrolne preglede zavarovane osebe v zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti izda posamezni zdravnik, kolikor zdravniška komisija skupnosti da ustrezno mnenje.

b) Obisk zdravnika na domu

14. člen

(1) Zavarovana oseba je glede na svoje zdravstveno stanje upravičena zahtevati zdravniški obisk na domu:

1. v primeru nujnosti in
2. kadar ni zmožna sama priti v zdravstveno delovno organizacijo.

(2) Hišni zdravniški obisk mora naročiti pri pristojni zdravniški dežurni službi oziroma pri zdravniku najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

15. člen

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben. O tem odloči pooblaščen organ skupnosti ob primerni uporabi drugega odstavka 95. člena statuta.

c) Zdravljenje na domu

16. člen

(1) Na pobudo posameznega ali konziliarnega zdravnika se izvaja glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe zdravljenje na domu.

(2) Pri pobudi iz prvega odstavka je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primernost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarni zdrav-

stveni delovni organizaciji pa ni nujno oziroma ni na voljo potrebnega prostora.

17. člen

(1) Zavarovano osebo zdravi na domu zdravnik, ki opravlja hišne obiske na domu in po potrebi odreja tudi strokovno nego zavarovane osebe med hišnim zdravljenjem.

(2) Strokovno nego zagotavlja patronažna služba oziroma delovna enota za nego bolnika na domu zdravstvene delovne organizacije, ki je pristojna po kraju zaposlitve oziroma stalnem ali začasnem prebivališču zavarovane osebe.

č) Zdravila v zvezi z zdravljenjem izven stacionarne zdravstvene delovne organizacije

18. člen

Zavarovani osebi so zagotovljena na račun sklada zdravila, ki se dobijo samo na recept in so registrirana v državi, in sicer v smislu pravilnika po tretjem odstavku 31. člena statuta oziroma drugih ustreznih določb tega člena statuta.

19. člen

(1) Ako so na voljo zdravila domače proizvodnje in uvožena zdravila, je zavarovana oseba prvenstveno upravičena do domačih zdravil.

(2) Če želi zavarovana oseba uvoženo zdravilo, ki je enake sestave in učinka kot domače, mora plačati poleg obveznega prispevka tudi razliko v ceni med domačim in uvoženim zdravilom.

(3) Zavarovani osebi, ki je v tujini sama nabavila zdravila, ki so sicer registrirana v naši državi, vendar pa jih začasno ni v prodaji, niti ni v prodaji ustreznih domačih zdravil, gre povračilo stroškov v višini prodajne cene takšnega zdravila v državi po odbitku obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za zdravila.

3. Stacionarno zdravljenje

a) Bolnišnično zdravljenje

20. člen

Bolnišnično zdravljenje uveljavlja zavarovana oseba praviloma z napotnico posameznega ali konziliarnega zdravnika, ki je sprejel zavarovano osebo v zdravljenje.

21. člen

Zavarovana oseba sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. Oceno nujnosti poda zdravnik bolnišnice.

22. člen

(1) Če zavarovana oseba ni sprejeta na zdravljenje v bolnišnico, je upravičena zahtevati, da se na napotnici navede razlog odklonitve sprejema. Kadar gre za odklonitev sprejema zaradi pomanjkanja prostega mesta, je zavarovana oseba upravičena zahtevati, da se na napotnici navede tudi, kdaj bo sprejem mogoč in zagotovljeno prosto mesto.

(2) Zavarovana oseba, ki ni sprejeta v bolnišnico, mora to takoj sporočiti zdravniku, ki jo je napotil v bolnišnico.

23. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja bolnišnično zdravljenje praviloma v splošnih bolnišnicah na območju

skupnosti ali drugi najbližji splošni bolnišnici glede na kraj svoje zaposlitve oziroma stalno ali začasno prebivališče.

(2) V specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah uveljavlja zavarovana oseba bolnišnično zdravljenje praviloma le, kadar gre za zdravljenje, ki ga bolnišnice iz prvega odstavka ne morejo dati, oziroma ob ponovnem obolenju za isto boleznijo, zaradi katere se je zavarovana oseba že zdravila v specialnih oziroma kliničnih bolnišnicah.

24. člen

(1) Napotnico za zdravljenje v specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah izda zavarovani osebi posamezni oziroma konziliarni zdravnik, potem ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz drugega odstavka 23. člena.

(2) Splošne bolnišnice smejo izdati zavarovani osebi tudi same napotnico, predvideno v prvem odstavku.

b) Podaljšano in nadomestno bolnišnično zdravljenje

25. člen

(1) Zdravljenje v naravnih zdraviliščih, v katerih so na voljo kapacitete, ki se lahko uporabijo kot bolnišnične za podaljšano in nadomestno zdravljenje, uveljavlja zavarovana oseba, kadar obstaja nujnost za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo glede na veljavne indikacije, če ugotovi za to potrebo ustrezna bolnišnica ali zdravniška komisija skupnosti.

(2) Na pobudo zavarovane osebe, ki sama nosi stroške oskrbe in nastanitve, lahko zdravniška komisija skupnosti odobri na račun sklada v zdraviliških objektih samo zdravstvene storitve, kolikor so te primerne za zdravstveno stanje zavarovane osebe.

26. člen

Če je treba zavarovano osebo zaradi učinkovitosti zdravstvenih postopkov takoj po zaključku zdravljenja v bolnišnici premestiti zaradi podaljšanega zdravljenja ali medicinske rehabilitacije v naravno zdravilišče, izda napotnico in zajamči prosto mesto v zdravilišču ustrezni oddelki bolnišnice.

27. člen

(1) Kadar da pobudo za nadomestno zdravljenje posamezni ali konziliarni zdravnik, odpošlje ustrezno medicinsko gradivo zdravniški komisiji skupnosti. Zavarovana oseba se mora odzvati pozivu zdravniške komisije, ki je pristojna ugotavljati potrebo za nadomestno zdravljenje. Zdravniška komisija mora pri izdaji napotnice za nadomestno zdravljenje upoštevati veljavne indikacije.

(2) Če zdravniška komisija skupnosti odkloni napotitev na nadomestno zdravljenje, ima zavarovana oseba v treh dneh od sporočila pravico ugovora na komisijo zdravniških izvedencev skupnosti. Mnenje komisije zdravniških izvedencev je glede strokovne presoje zdravstvenega stanja zavarovane osebe dokončno.

28. člen

(1) Zavarovana oseba nastopi nadomestno zdravljenje, ko prejme vpoklic na zdravljenje.

(2) Če zavarovana oseba ne more nastopiti zdravljenja v roku, ki ga navaja vpoklic, mora sporočiti

naravnemu zdravilišču zadržek vsaj 3 dni pred navedenim rokom, s stvarjo pa seznaniti tudi zdravnika, ki je predlagal zdravljenje.

29. člen

Zavarovana oseba mora sporočiti vpoklic na nadomestno zdravljenje zdravniku, ki je predlagal zdravljenje.

4. Zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva

30. člen

(1) Zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva uveljavlja zavarovana oseba, kadar ugotovi zobni terapevt potrebo po ustreznih zobotehničnih delih glede na pravilnik iz četrtega odstavka 31. člena statuta.

(2) Zavarovani osebi se zagotovijo zobna protetična sredstva iz standardnega materiala po pravilniku iz prvega odstavka.

(3) Do skeletiranja (vlite kovinske) proteze je zavarovana oseba upravičena, kadar obstaja medicinska nujnost za takšno izvedbo zobnega protetičnega sredstva. Steje se, da je ta medicinska nujnost izkazana, kadar predloži zavarovana oseba glede na svoje splošno zdravstveno stanje ustrezno mnenje posameznega ali konziliarnega zdravnika ali kadar takšno izvedbo protetičnega sredstva zahteva zobozdravstveno stanje zavarovane osebe.

31. člen

(1) Upravičenost do zobnega protetičnega sredstva glede na predpisane indikacije in potrebno dobo predhodnega zavarovanja ugotavlja praviloma zobni terapevt samostojno.

(2) Kadar zobni terapevt ne razpolaga z razvidi, po katerih bi ugotovil okoliščine iz prvega odstavka, vroči zavarovani osebi potrdilo o potrebi zobnega protetičnega sredstva, da si preskrbi pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enotah ustrezno dovoljenje.

32. člen

(1) Kolikor izdela zobna ambulanta na željo zavarovane osebe zobna protetična sredstva iz dražjega materiala (zlato, platina itd.), ki ni standarden, zaračuna zavarovani osebi poleg obveznega prispevka tudi razliko v ceni.

(2) Določbe prvega odstavka se smiselno uporabijo tudi v primeru, ko izdela zobna ambulanta na željo zavarovane osebe skeletirano (vlito kovinsko) protezo, za katero ne obstaja medicinska nujnost iz tretjega odstavka 30. člena.

33. člen

Če da zavarovana oseba plemenito kovino sama, dobi pri zobni ambulanti, ki izdela zobno protetično sredstvo, na račun sklada povračilo v vrednosti standardnega materiala.

34. člen

Zaradi kontrole zobnega protetičnega zdravljenja in zaradi ugotovitve materiala, iz katerega so izdelana zobna protetična sredstva, se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji skupnosti, ki presoja tudi pogoje oziroma pravico zavarovane osebe do zobnih protetičnih sredstev.

5. Proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave

35. člen

(1) Proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki) uveljavlja zavarovana oseba s potrdilom, kadar zdravnik ugotovi, da sta potrebna nakup ali popravilo pripomočka glede na ustrezni pravilnik iz četrtega odstavka 31. člena statuta.

(2) Zavarovani osebi se zagotovi izdelava pripomočkov v standardni izvedbi.

36. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada pred pretekom trajnostne dobe, ki jo določa ustrezni pravilnik iz četrtega odstavka 31. člena statuta, zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb organov ali zaradi netrpečnosti materiala, iz katerega je izdelan pripomoček.

(2) Ako pride do neuporabnosti pripomočka po krivdi zavarovane osebe same, ta nima pravice do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada.

37. člen

(1) Potrdilo o potrebi pripomočka izda praviloma zdravnik ustrezne specialnosti.

(2) Pomožne pripomočke sme predpisati zavarovani osebi tudi splošni zdravnik glede na določbe pravilnika o načinu predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala.

38. člen

(1) Potrdilo o potrebi pripomočka vroči zdravnik zavarovani osebi, da si preskrbi pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enotah dovoljenje za nakup ali popravilo pripomočka.

(2) S potrdilom in dovoljenjem strokovne službe skupnosti oziroma njenih krajevnih enot naroči zavarovana oseba pripomoček pri ustrezni organizaciji, ki dobavlja ali popravlja pripomočke.

39. člen

(1) Zavarovana oseba mora ob prevzemu pripomočka preizkusiti ali ji pripomoček ustreza.

(2) Če ima zavarovana oseba pripombe glede ustreznosti pripomočka, ki jih dobavitelj noče upoštevati, odkloni sprejem pripomočka in to sporoči strokovni službi skupnosti oziroma njenim krajevnim enotam. Kolikor ne postopa na opisani način, ne more uveljavljati popravila oziroma nabave novega pripomočka pred pretekom trajnostne dobe sprejeta neustreznega pripomočka na račun sklada.

(3) O pripombah zavarovane osebe glede ustreznosti pripomočka presoja zdravniška komisija skupnosti. Tudi zavarovana oseba, ki ob prevzemu pripomočka nima pripomb glede njegove ustreznosti, se mora zaradi kontrole brezhibnosti pripomočkov in zaradi ugotovitve standardne izvedbe pripomočkov odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji skupnosti.

40. člen

Kadar se izdelajo na željo zavarovane osebe pripomočki nestandardne izvedbe, ji zaračuna dobavitelj poleg obveznega prispevka tudi razliko v ceni.

6. Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti

41. člen

(1) Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti (službena potovanja, zasebna potovanja, dopusti, šolanje itd.) uveljavlja zavarovana oseba pri ustrezni zdravstveni delovni organizaciji na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev, pristojne po začasnem prebivališču. V tem primeru se uporabljajo glede prispevanja k stroškom za zdravstvene storitve določbe petega odstavka 38. člena statuta.

(2) Če je za zdravstveno varstvo iz prvega odstavka nujno bolnišnično zdravljenje, gredo stroški takega zdravljenja do 3 mesecev na račun sklada. Če pa traja bolnišnično zdravljenje dalj kot 3 mesece, gre od 1. dne 4. meseca dalje na račun sklada samo toliko stroškov, kolikor bi stalo takšno zdravljenje v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti.

(3) Kadar je zaradi trajanja bolnišničnega zdravljenja izven območja skupnosti zdravstveno utemeljena premestitev zavarovane osebe v splošno bolnišnico na območju skupnosti, gredo na račun sklada tudi stroški prevoza.

(4) Določbe drugega odstavka se ne uporabijo, če je premestitev zavarovane osebe v splošno bolnišnico na območju skupnosti zaradi njenega zdravstvenega stanja nemogoča oziroma zaradi prevelike oddaljenosti neprimerna. V tem primeru gredo na račun sklada vsi stroški tudi po treh mesecih bolnišničnega zdravljenja.

7. Povračilo oziroma način zaračunavanja in obseg stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika

42. člen

(1) Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom ki ga predpisuje ta pravilnik, sme zahtevati povračilo stroškov. O zahtevi odloči pooblaščen organ skupnosti po predhodnem mnenju zdravniške komisije v postopku po 90. členu statuta.

(2) Povračilo zdravstvenih stroškov zahteva zavarovana oseba z dokazili o plačilu teh stroškov. Povračilo zdravstvenih stroškov in povračilo potnih stroškov se prizna največ do višine, ki bi šla na račun sklada v smislu tretjega odstavka 96. člena statuta.

(3) Na način iz prvega odstavka postopa strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote tudi v primeru zavarovane osebe, ki predhodno sporoči, da bo uveljavljala zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik. Zavarovana oseba dobi na svojo zahtevo potrdilo, da sme uveljaviti zdravstveno varstvo na račun sklada v obsegu, ki ga določa drugi odstavek.

43. člen

Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo mimo obsega, ki je zagotovljen kot pravica po zakonu in statutu skupnosti, ji zaračuna zdravstvena delovna organizacija stroške nad obsegom zagotavljenega zdravstvenega varstva. Zavarovana oseba nima pravice do povračila teh zdravstvenih stroškov.

III. UVELJAVLJANJE DRUGIH PRAVIC IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

1. Pristojnost za presojo delovne zmožnosti zavarovancev oziroma ugotovitev zadržanosti od dela

44. člen

(1) Zaradi poznavanja pogojev dela na posameznem delovnem mestu in zaradi vodenja evidence o zadržanosti od dela so pristojni presojeti delovno zmožnost zavarovancev, kadar gre za zdravstveno stanje kot posledico bolezni ali poškodbe izven dela oziroma za zadržanost od dela zaradi nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, odrediti skrajšan delovni čas med zdravljenjem in ugotavljati, ali gre za zadržanost od dela zavarovanca, da bi mogel negovati obolelega ožjega družinskega člana oziroma ženo na porodu, samo naslednji zdravniki (v nadaljnjem besedilu: pristojni zdravnik):

a) zdravniki zdravstvenih domov Maribor in Ptuj — za zavarovance iz delovnih organizacij, v katerih ni zdravstveni dom organiziral obratne ambulante in za vse zavarovance, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, pa jih za to pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno delovno organizacijo;

b) zdravniki obratnih ambulani v okviru zdravstvenih domov Maribor in Ptuj in železniškega zdravstvenega doma Maribor — za zavarovance iz delovnih organizacij, v katerih je ustrezna zdravstvena delovna organizacija organizirala take delovne enote oziroma, ki jim dajejo te delovne enote zdravstveno varstvo po posebni pogodbi.

(2) V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovanke — delavke ugotavljajo začasno zadržanost od dela tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih.

(3) V dispanzerjih za pljučne bolezni in tuberkulozo ugotavljajo zadržanost od dela zavarovancev specialisti-ftiziologi.

45. člen

(1) Zaposleni zavarovanec mora uveljaviti zdravniško pomoč praviloma izven svojega delovnega časa. Pravice, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, prizna za izgubljeni delovni čas pristojni zdravnik zavarovancu le, če zdravnik, na katerega se je obrnil za zdravniško pomoč, potrdi, da jo je iskal upravičeno v delovnem času.

(2) Če posamezni oziroma konziliarni zdravnik ugotovi pri zaposlenemu zavarovancu začasno nezmožnost za delo, ga napoti s svojim mnenjem k pristojnemu zdravniku zaradi uveljavitve pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

(3) Kolikor postopek za uveljavitev pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, po določbah drugega odstavka glede na zdravstveno stanje zavarovanca ni primeren, pošlje posamezni oziroma konziliarni zdravnik svoje mnenje pristojnemu zdravniku sam.

46. člen

(1) Zdravnik, ki ob hišnem obisku ugotovi pri zaposlenemu zavarovancu začasno nezmožnost za delo, napoti zavarovanca s svojim izvidom in mnenjem k pristojnemu zdravniku zaradi uveljavitve pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

(2) Kolikor postopek za uveljavitev pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, po določbah prvega odstavka glede na zdravstveno stanje zavarovanca ni primeren, mora zdravnik, ki je opravil hišni obisk, sam poslati pristojnemu zdravniku poročilo o zdravstve-

nem stanju zavarovanca in o odrejenih medicinskih ukrepih.

47. člen

(1) Zaradi uveljavitve pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, mora zaposleni zavarovanec sam, kolikor pa glede na njegovo zdravstveno stanje to ni primerno, posamezni ali konziliarni zdravnik, sporočiti zavarovančevu napotitev na bolnišnično zdravljenje pristojnemu zdravniku.

(2) Kadar zavarovanec nastopi v nujnih primerih bolnišnično zdravljenje brez napotnice, mora zdravnik bolnišnice sporočiti sprejem zaposlenega zavarovanca na bolnišnično zdravljenje pristojnemu zdravniku zaradi uveljavitve zavarovančevih pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

(3) Zaposleni zavarovanec, ki ni sprejet v bolnišnico, mora to sporočiti svojemu pristojnemu zdravniku sam.

(4) Če napoti splošna bolnišnica z območja skupnosti zaposlenega zavarovanca v specialne bolnišnice oziroma klinične bolnišnice, mora to sama sporočiti pristojnemu zdravniku zaradi nadaljnjega priznavanja zavarovančevih pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

48. člen

(1) Zaposleni zavarovanec mora sporočiti svojemu pristojnemu zdravniku tudi vpoklic na nadomestno zdravljenje.

(2) Če napoti bolnišnica z območja skupnosti na podaljšano zdravljenje zaposlenega zavarovanca, mora to sama sporočiti njegovemu pristojnemu zdravniku zaradi nadaljnjega priznavanja zavarovančevih pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

49. člen

Zaposleni zavarovanec se mora takoj po zaključku podaljšane ali nadomestne bolnišnične zdravljenja javiti pristojnemu zdravniku, ki presoja o njegovih pravicah iz zadržanosti od dela.

50. člen

Kot tehten razlog, zaradi katerega ni mogel zavarovanec pravočasno priti do pristojnega zdravnika, da bi potrdil njegovo zadržanost od dela, se poleg primerov iz prvega odstavka 105. člena statuta štejejo tudi posledice elementarnih dogodkov in opravljanje dolžnosti na poziv pristojnih državnih organov, ki jih zavarovanec ne more odkloniti, ker ni objektivno ugotovljena njegova nezmožnost za delo, kakor tudi podobni objektivno ugotovljeni primeri.

2. Poznejša oziroma kontrolna presoja zavarovančeve delovne zmožnosti oziroma zadržanosti od dela

51. člen

(1) Poleg primerov, ki so izrečno določeni v drugem odstavku 105. člena statuta, mora pristojni zdravnik po vsakih 30. dneh nepretrganega bolezenskega dopusta, ki traja več kot 30 dni, najkasneje v treh dneh predložiti medicinsko gradivo zaposlenega zavarovanca zdravniški komisiji skupnosti, razen če zdravniška komisija glede na dejansko stanje zavarovančeve bolezni ne določi drugačnih rokov ali če se ta ne zdravi v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

(2) Zdravniška komisija skupnosti daje glede na ugotovljeno dejansko stanje mnenje o potrebi poznejše presoje delovne zmožnosti zavarovanca.

(3) Najkasneje v 14 dneh po odpustu iz zdravljenja v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji, med katerim je preteklo 30 dni nepretrganega bolezenskega dopusta, mora ukrepati pristojni zdravnik po določbah prvega odstavka, kolikor je zavarovanec takrat še zadržan od dela. Zdravniška komisija skupnosti poda ob kontrolni presoji delovne zmožnosti zavarovanca tudi mnenje o potrebi in rokih ugotavljanja poznejše presoje delovne zmožnosti.

3. Izjemno podaljšanje časa, za katerega gre upravičencu nadomestilo osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana

52. člen

(1) Izjemno podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega ožjega družinskega člana (zakonca in otrok) preko rokov iz prvega odstavka 44. člena statuta (več kot 15 dni, če je oboleli otrok do starosti do 3 let, in več kot 7 dni v drugih primerih nege ožjega družinskega člana oziroma žene ob porodu), uveljavlja zavarovanec pri pristojnem zdravniku.

(2) Podaljšanje iz prvega odstavka dovoli na predlog pristojnega zdravnika zdravniška komisija skupnosti, vendar največ za skupno 60 dni.

53. člen

Zahtevo za izjemno podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka lahko vloži zaposleni zavarovanec, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

1. da ima oboleli ožji družinski član pravico do zdravstvenega zavarovanja po predpisih o zdravstvenem zavarovanju delavcev;

2. da je zdravnik obolelega ožjega družinskega člana glede na njegovo bolezensko stanje ugotovil potrebo po daljšem negovanju in sicer:

a) da gre za akutno obolenje otroka do starosti 3 let, če mu je nujno potrebna nega matere-zavarovanke;

b) da gre za akutno obolenje ožjega družinskega člana in bi negovanje bistveno pripomoglo k hitrejšemu ozdravljenju;

3. da zavarovanec živi v gospodinjstvi skupnosti z obolelim družinskim članom;

4. da zavarovanec nima drugih družinskih članov oziroma svojcev v svojem gospodinjstvu, ki bi mogli nuditi potrebno nego obolelemu družinskemu članu.

4. Način uporabe prevoznih sredstev ter natančnejši pogoji in način uveljavljanja povračila potnih stroškov

54. člen

(1) Kadar zavarovana oseba potuje zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva oziroma je napotena ali poklicana v drug kraj zaradi uveljavljanja pravic po zakonu in statutu skupnosti, mora praviloma uporabljati tale redna prevozna sredstva javnega prometa:

- a) potniški vlak;
- b) avtobus v medkrajevnem prometu;
- c) ladje (rečne in obalne) linijske plovbe;
- d) gorsko vzpenjačo.

(2) Zdravnik ali zdravstvena delovna organizacija, zdravniška komisija in strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote smejo dovoliti glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti

uporabo brzega vlaka ali višjega razreda vlaka. Pri dolžini poti prek 200 km je ne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe dovoljena uporaba brzega vlaka.

(3) V zvezi z nujno zdravstveno pomočjo in v drugih zdravstveno utemeljenih primerih se lahko dovoli zavarovani osebi tudi uporaba posebnega prevoznega sredstva (reševalnega vozila, gorskega reševalnega čolna, osebnega avtomobila itd.) ali kakšnega drugega primerne načina prenosa oziroma prevoza (v okviru gorske reševalne službe, vprežni voz itd.).

55. člen

Ce zavarovana oseba ne uveljavi proste izbire zdravnika pri zdravstveni delovni organizaciji, ki je najbližja kraju njene zaposlitve oziroma stalnemu ali začasnemu prebivališču, ji je zagotovljeno povračilo prevoznih stroškov ob upoštevanju razdalje iz drugega odstavka 63. člena statuta samo v višini stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije.

56. člen

(1) Povračilo prevoznih stroškov se prizna zavarovani osebi praviloma po osnovni tarifi (II. razred vlaka ali ladje) rednega prevoznega sredstva za najkrajšo progo potovanja.

(2) Do povračila iz prvega odstavka niso upravičene zavarovane osebe — otroci, če zanje glede na starost ni treba plačati prevoza.

(3) V primerih iz drugega in tretjega odstavka 54. člena se prizna zavarovani osebi povračilo potnih stroškov, ki ustreza dovoljenemu načinu prevoza oziroma dolžini poti.

57. člen

(1) Na zahtevo zavarovane osebe izplačajo strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote in organizacija, s katero se skupnost dogovori, da uveljavljajo zavarovane osebe nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in pomoči neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar grede te dajatve v breme skupnosti (v nadaljnjem besedilu: poblaščen organizacija), del potnih stroškov vnaprej na podlagi potrdila o potrebi potovanja za uveljavitev zdravstvenega varstva v drugem kraju, ki ga izdajo zdravnik, zdravstvena delovna organizacija ali zdravniška komisija skupnosti.

(2) Po opravljenem potovanju mora zavarovana oseba predložiti strokovni službi skupnosti oziroma njenim krajevnim enotam ali poblaščen organizaciji potrdilo zdravstvene delovne organizacije, v katero je bila napotena, zaradi povračila oziroma dokončnega obračuna potnih stroškov.

(3) Stroški za prevoz iz tretjega odstavka 54. člena se povrnejo zavarovani osebi, če prevoz ni bil opravljen na račun sklada z reševalnim vozilom v okviru gorske reševalne službe, ampak na drug ugodnejši način (osebni avtomobil, vprežni voz itd.). Stroški se povrnejo na podlagi predloženega računa in zdravniškega potrdila o nujnosti takega prevoza po odbitku obveznega prispevka, vendar največ v višini, ki jo določi izvršilni odbor skupščine skupnosti.

58. člen

(1) Med potjo in bivanjem v drugem kraju se prizna zavarovani osebi pavšalno povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebiva-

njem v drugem kraju (v nadaljnjem besedilu: dnevnic).

(2) Do polnega zneska dnevnic ima zavarovana oseba pravico za vsakih 24 ur poti oziroma bivanja v drugem kraju in za ostanek časa nad 12 ur, prav tako pa tudi kadar traja potovanje oziroma bivanje v drugem kraju več kot 12, toda manj kot 24 ur.

(3) Do polovičnega zneska dnevnic ima zavarovana oseba pravico, kadar traja potovanje oziroma bivanje v drugem kraju nad 8 do 12 ur, kakor tudi za ostanek časa, ki traja enako dolgo. Izjemoma ima zavarovana oseba pravico do polovične dnevnic tudi za ostanek časa vsaj 6 ur, če je ta čas v celoti prebila na nočnem potovanju. Z nočnim potovanjem je mišljeno potovanje med 22. in 6. uro.

(4) Za potovanje oziroma bivanje v drugem kraju, ki traja do 8 ur, zavarovana oseba nima pravice do dnevnic.

59. člen

Zavarovana oseba mora ob zahtevi za izplačilo dnevnic dokazati odsotnost iz 58. člena z ustreznim potrdilom zdravstvene delovne organizacije, v katero je bila napotena.

5. Sprememba prebivališča med začasno zadržanostjo od dela zavarovanca

60. člen

(1) Zaposleni zavarovanec, ki ima v kraju zaposlitve samo začasno prebivališče, sme zaradi učinkovitejšega zdravljenja med začasno zadržanostjo od dela uveljaviti pri pristojnem zdravniku napotitev v stalno prebivališče (v nadaljnjem besedilu: sprememba prebivališča).

(2) Spremembo prebivališča dovoli pristojni zdravnik, kadar sodi, da bi domača nega glede na značaj bolezni bistveno pripomogla k hitrejšemu ozdravljenju zavarovanca, če predvideva trajanječasne zadržanosti od dela do 30 dni.

(3) Kadar predvideva pristojni zdravnik, da bo trajala začasna zadržanost od dela prek 30 dni, in sodi iz terapevtskih razlogov za primeren ukrep spremembo prebivališča, napoti s svojim predlogom zaposlenega zavarovanca na pregled k zdravniški komisiji skupnosti, da ta presodi o upravičenosti do spremembe prebivališča.

61. člen

(1) Med spremembo prebivališča napoti pristojni zdravnik zavarovanca v zdravstveno delovno organizacijo, ki je najbližja njegovemu stalnemu prebivališču, da tam nadaljuje zdravljenje.

(2) Zavarovanec uveljavlja v zdravstveni delovni organizaciji iz prvega odstavka zdravstveno varstvo po določbah zakona in statuta skupnosti. Kolikor je zdravstvena delovna organizacija izven območja skupnosti, se uporabljajo glede prispevanja k stroškom za zdravstvene storitve določbe petega odstavka 38. člena statuta.

(3) Zdravljenje po določbah prvega in drugega odstavka traja ves čas, za katerega dovoli pristojni zdravnik oziroma zdravniška komisija skupnosti spremembo prebivališča.

(4) Po preteku časa iz tretjega odstavka se mora zavarovanec takoj javiti pristojnemu zdravniku in mu predložiti dokaze o zdravljenju med spremembo prebivališča.

62. člen

(1) Zavarovancu ne gre povračilo potnih stroškov med spremembo prebivališča, ki jo lahko dovoli do 30 dni pristojni zdravnik.

(2) Če odredi spremembo prebivališča nad 30 dni iz terapevtskih razlogov zdravniška komisija skupnosti, dobi zavarovanec v zvezi s tem le povračilo prevoznih stroškov za enkratno potovanje v obe smeri.

(3) Kadar zavarovanec potuje v času spremembe prebivališča (61. člen) zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva po napotnici zdravnika iz zdravstvene delovne organizacije, kjer nadaljuje zdravljenje, je upravičen do povračila potnih stroškov po določbah statuta in tega pravilnika.

6. Način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino

63. člen

(1) Zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo med prebivanjem v tujini v skladu s 115. členom statuta pod pogojem, da si je pred odhodom v tujino izposlovala medicinsko strokovno ugotovitev o svojem zdravstvenem stanju.

(2) Strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju za kratkotrajnejše bivanje do 3 mesecev v evropskih državah izda zavarovani osebi posamezni zdravnik. V primerih daljšega bivanja zavarovane osebe v tujini in ob odhodu v državo, kjer se podnebne razmere bistveno razlikujejo od podnebja v Jugoslaviji, je pristojna izdati strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju zdravniška komisija skupnosti.

(3) Zaradi napotitve k posameznemu zdravniku, ki zbere potrebno medicinsko gradivo za strokovno ugotovitev iz prvega odstavka, se mora zavarovana oseba predhodno zgledati pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enotah.

(4) Stroški za preglede in cepljenja pred odhodom v tujino ne gredo v breme skupnosti.

(5) Delovna organizacija, ki pošilja zaposlenega zavarovanca v tujino, mora sama izpeljati predhodni postopek iz tretjega odstavka in tudi nosi stroške potrebnih pregledov in cepljenj.

64. člen

Občan, zaposlen v tujini, ki mu ni zagotovljeno zdravstveno zavarovanje pri tujem nosilcu zavarovanja, mora sam plačati stroške, nastale v zvezi z ugotovitvijo svojega zdravstvenega stanja in zdravstvenega stanja ožjih družinskih članov pred odhodom v tujino.

7. Posebno varstvo za borce NOV

65. člen

(1) Glede na to, da je zdravstveno stanje borcev NOV v splošnem slabše kot pri ostalih zavarovanih osebah, zagotavlja skupnost njihove sistematične preglede, ki se določijo v programu dejavnosti zdravstvenega varstva.

(2) Po posebnih zakonih, ki določajo pravice za posamezne kategorije borcev (vojaški vojni invalidi in imetniki »Partizanskega spominskega znaka 1941«), takšne osebe ne glede na to, ali so zavarovane osebe ali ne, prispevajo ob uveljavljanju zdravstvenega varstva samo del stroškov za zdravlila in neobvezna cepljenja. Drugih obveznih prispevkov zavarovanih oseb k stroškom za posamezne zdravstvene storitve te osebe ne plačujejo, ker zagotavljajo sredstva, zbrana s takš-

nim prispevanjem, v skladu družbeno-politične skupnosti iz sredstev po posebnih predpisih, kolikor uveljavijo te osebe oblike zdravstvenega varstva, pri katerih je vpeljala skupnost prispevek zavarovanih oseb.

8. Preventivno zdravstveno varstvo delavcev

66. člen

(1) Obseg in vrsto zdravstvenih storitev, ki se opravljajo kot ukrepi za preventivno varstvo, s katerimi se odvrta in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, določa dogovorjeni program dejavnosti zdravstvenega varstva.

(2) Program dejavnosti zdravstvenega varstva upošteva zlasti:

1. spremljanje, analizo stanja in razmer na delovnih mestih glede na nevarnostno stopnjo in pogoje dela v nekaterih posebno nevarnih in zdravju škodljivih gospodarskih panogah na območju skupnosti;

2. izdelavo pregleda poškodb pri delu po gospodarskih panogah s kazalci gibanja in vzrokom nesreč na območju skupnosti ter izdelavo preventivnih programov;

3. programiranje enotnih vzgojnih načrtov za varno delo ter izdelavo pripomočkov za zdravstveno-varstveni vzgojni pouk;

4. zasledovanje stanja nezdov v določenih gospodarskih panogah oziroma skupinah;

5. dispanzersko delo v zvezi z odvrtačanjem in preprečevanjem nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo.

IV. KONČNE DOLOČBE

67. člen

(1) Denarna nadomestila in druge denarne dajatve iz zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo zavarovane osebe pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enotah ali pooblaščenih organizacijah.

(2) Denarna nadomestila in druge denarne dajatve iz zdravstvenega zavarovanja se izplačujejo na podlagi dokazov brez vložitve posebne zahteve.

(3) Kadar se izplača denarno nadomestilo in druge denarne dajatve na podlagi predloženih dokazov brez formalne odločbe, je treba na zahtevo zavarovane osebe odločiti z odločbo po določbah 90. člena statuta.

(4) O denarnih nadomestilih in drugih denarnih dajatvah iz zdravstvenega zavarovanja, vloženih in nerešenih do 31. decembra 1970, odločajo organi, ki so določeni s tem statutom za odločanje na prvi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

68. člen

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 022-27/70

Maribor, dne 27. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik

Mirko Kocjan l. r.

433.

Na podlagi 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 26. novembra 1970 sprejela

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota so ustanovili zavarovanci — delavci ter z njimi izenačene osebe (upokojeanci, začasno brezposelni itd.) in zavarovanci, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (v nadaljnjem besedilu: zavarovanci skupnosti) na območju občin Murska Sobota, Gornja Radgona, Lendava in Ljutomer.

Zavarovanci skupnosti iz prvega odstavka tega člena so ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

2. člen

V skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: skupnosti) zagotavljajo zavarovanci zase in za svoje družinske člane pravice do zdravstvenega varstva, pravice do denarnih nadomestil in drugih denarnih prejemkov ter druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

3. člen

V tej skupnosti so zdravstveno zavarovane osebe, ki se po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva ter po določbah tega statuta štejejo za delavce, če opravljajo dejavnost, na podlagi katere so zavarovane na območju skupnosti, oziroma če stalno prebivajo na tem območju, ako so zavarovane na podlagi drugega svojstva.

Osebe iz prejšnjega odstavka postanejo člani te skupnosti in so obvezno zdravstveno zavarovane z dnem, ko dobijo lastnost delavca ali začno opravljati dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovane, in ko izpolnijo druge pogoje, ki jih določa ta statut.

4. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi (v nadaljnjem besedilu: organizacije) in zasebni delodajalci na območju skupnosti morajo obvezno zavarovati pri tej skupnosti svoje delavce ter učence v gospodarstvu oziroma učence poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

5. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki niso obvezno zdravstveno zavarovane, pa jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo ali vpelje zanje to pravico družbeno-politična skupnost, če ta pooblasti skupnost, da zanje zagotavlja zdravstveno varstvo v obsegu, ki ga je predpisala.

Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za osebe iz 1. odstavka tega člena se uredi s pogodbo med skupnostjo in družbeno politično skupnostjo.

6. člen

Skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo tudi tujim državljanom in zavarovancem nosilcev zdravstvenega zavarovanja v tujini, za katere to določajo mednarodni sporazumi.

Povračilo stroškov za zdravstveno varstvo oseb iz prvega odstavka tega člena se ureja z zakonom oziroma mednarodnim sporazumom.

7. člen

V skupnosti zavarovanci zagotavljajo zase in za svoje družinske člane zdravstveno varstvo in druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja po načelu vzajemnosti in solidarnosti, z združevanjem sredstev potrebnih za zagotovitev teh pravic ter s samoupravnim urejanjem razmerij pri določanju in uveljavljanju pravic in obveznosti.

8. člen

Zavarovancem in njihovim družinskim članom (v nadaljnjem besedilu: zavarovanim osebam) so v skupnosti vselej zagotovljene pravice iz zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon ali mednarodni sporazumi, ki jih je ratificirala Jugoslavija, tudi če ne bi bilo glede posamezne pravice to izrecno določeno v tem statutu.

9. člen

Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene s tem statutom, prenehajo samo v primerih, ki jih določa ta statut ali na njegovi podlagi izdan splošni akt skupnosti.

10. člen

Da se zagotovi kar najbolj smotrna uporaba sredstev in omogoči neposredna udeležba zavarovancev pri zagotavljanju in izvajanju zdravstvenega zavarovanja, pri določanju pravic in obveznosti iz zdravstvenega zavarovanja ter pri ustvarjanju in krepitevi materialne osnove skupnosti, ima vsak zavarovanec te skupnosti pravico:

- voliti in biti voljen ali imenovan v vse organe skupnosti,
- izraziti svoje mnenje na referendumu, razpisnem po določbah tega statuta,
- predlagati referendum v primerih in pod pogoji, ki jih določa ta statut,
- sodelovati na zborih zavarovancev,
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut,
- postavljati vprašanja in dajati predloge vsem organom skupnosti.

Vsi organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim jih zastavijo zavarovanci. Sklepi in stališča o takih vprašanjih in predlogih morajo biti dostopni zavarovancem.

11. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primeru, ko preneha dejavnost, svojstvo ali okolnost, na podlagi katere je zavarovan, ali ko postane član druge skupnosti po zakonu ali njenem statutu.

Zavarovanec zadrži po prenehanju članstva le tiste pravice, za katere ta statut izrecno določa, da jih zavarovane osebe zadržijo še tudi potem, ko prenehajo biti zavarovane v tej skupnosti.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

12. člen

Za zavarovance skupnosti se štejejo:

1. osebe v delovnem razmerju, če delajo najmanj polovico rednega delovnega časa,
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih ipd., če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo,
3. člani obrtnih zadrug in člani ribiških zadrug, katerih edini in glavni poklic je pridobitno delo v zadrugi,
4. osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost kot glavni ali edini poklic,
5. osebe začasno izven delovnega razmerja dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje,
6. upokoenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki prebivajo na območju skupnosti,
7. jugoslovanski državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno,
8. osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas,
9. učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktičen pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu.

Osebe iz 1. do 4. in 8. točke prejšnjega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti oziroma obrata, organa ali delodajalca, pri katerem so zaposlene oziroma na njenem območju opravljajo stalno funkcijo (točka 2.) ali samostojno poklicno dejavnost.

Osebe iz 5. točke prvega odstavka so zavarovanci skupnosti, če je na njenem območju zavod za zaposlovanje, pri katerem so prijavljene kot začasno brezposelne.

Osebe iz 6. in 7. točke prvega odstavka so zavarovanci skupnosti, če je njihovo stalno prebivališče na območju skupnosti.

Osebe iz 9. točke so zavarovanci skupnosti, če je na njenem območju sedež delovne organizacije ali delodajalca, od katerega dobivajo nagrado ali štipendijo, oziroma šola, če ne dobivajo nagrade ali štipendije.

13. člen

Osebe iz 1. in 2. točke prvega odstavka 12. člena tega statuta, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, so zavarovane samo za primer nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo.

Za invalide, ki delajo najmanj toliko časa, kolikor jim dopušča delovna zmožnost ter za matere, ki delajo skrajšan delovni čas po posebnih predpisih, se šteje, da delajo poln delovni čas.

14. člen

Za člane obrtnih in ribiških zadrug se šteje, da jim je to glavni poklic, če so v zadrugi zaposleni poln delovni čas, da jim je to edini poklic pa pod pogojem, da za svoje delo dobivajo najmanj osebni dohodek v višini minimalnega osebnega dohodka.

15. člen

Za zavarovance iz 4. točke prvega odstavka 12. člena tega statuta se štejejo osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost pod pogojem, da opravljajo to dejavnost kot svoj glavni in edini poklic in sicer:

1. tisti, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost in so po predpisih registrirani ali evidentirani,
2. samostojni gostinci, ki opravljajo gostinsko dejavnost po predpisih o zasebnem gostinstvu,
3. književniki, skladatelji, umetniki ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost in imajo stalno prebivališče na območju skupnosti,
4. odvetniki, športniki, artisti, duhovniki, kolporterji tiska, prtljažni nosači in druge osebe, glede katerih so bile po dosedanjih predpisih sklenjene pogodbe o izvajanju socialnega zavarovanja,
5. druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

Šteje se, da osebe iz prvega odstavka tega člena opravljajo samostojno poklicno dejavnost kot svoj glavni poklic, če tako dejavnost opravljajo neprekinjeno ali s prekinitvami vsaj 6 mesecev v koledarskem letu in imajo iz te dejavnosti pretežni del sredstev za svoje preživljanje.

Če delajo v zasebni obrtni dejavnosti poleg lastnika delavnice tudi njegovi družinski člani s kvalifikacijo ti družinski člani na svojo zahtevo lahko zavarovani potrebujejo za delo, ki se opravlja v obrtni delavnici, so kot obrtniki (4. točka prvega odstavka 12. člena), če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

Kadar zakonec ali otroci zavarovanca (4. točka 1. odstavka 12. člena v zvezi s 1. in 2. točko prvega odstavka tega člena), ki je umrl ali je zaradi bolezni izgubil opravilno sposobnost, po veljavnih predpisih še naprej vodijo njegovo obrtno oziroma gostinsko dejavnost, se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost in so zavarovanci po tem statutu.

16. člen

Kot osebe iz 5. točke prvega odstavka 12. člena tega statuta so zavarovane:

1. Delavci, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 30 dneh, pred tem pa so bili zavarovani najmanj 3 mesece neprekinjeno ali 6 mesecev s prekinitvami v zadnjih 12 mesecih:

- a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma ko ne bodo dobivali nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja po prekinjenem delovnem razmerju ali drugi dejavnosti,
- b) ko odslužijo vojaški rok v JLA ali ko jim preneha nezmožnost za delo zaradi bolezni, vsled katere so bile odpuščene iz te vojaške službe,
- c) ko so odpuščeni s prestajanja kazni oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil proti njim izrečen tak varnostni ukrep.

2. Osebe, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh:

- a) od dneva, ko jim je prenehala prostovoljna praksa (volonterji), ki so jo opravljali s polnim delovnim časom,
- b) od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali strokovno šolanje,
- c) od dneva, ko so odslužile vojaški rok v JLA ali ko je prenehala njihova nezmožnost zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz te vojaške službe, če so nastopile vojaški rok v 60 dneh od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali šolanje.

3. Izseljenci - povratniki, če se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 90 dneh od prekinitve delovnega razmerja v tujini (v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo).

4. Delovni invalidi, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh po zaključeni rehabilitaciji.

Osebe iz prejšnjih odstavkov so zavarovane, dokler se redno javljajo zavodu za zaposlovanje in neupravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve.

17. člen

Zavarovanci skupnosti so tudi jugoslovanski državljani, ki so pred zaposlitvijo v tujini imeli stalno prebivališče na območju skupnosti, pa so stopili v tujini v delovno razmerje:

1. pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah ali v gospodinjstvih zavarovancev zaposlen pri teh organih ali organizacijah oziroma v gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov zaposlenih pri mednarodnih organizacijah,

2. pri mednarodnih ali drugih organizacijah na osnovi mednarodnih pogodb,

3. pri tujih delodajalcih ne glede na to, če so se zaposlili s posredovanjem zavoda za zaposlovanje delavcev ali mimo njega.

Osebe iz 1. do 3. točke prejšnjega odstavka so zavarovanci te skupnosti le, če niso obvezno zavarovani pri inozemskem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Osebe iz 3. točke prvega odstavka tega člena, ki so se zaposlili mimo zavoda za zaposlovanje delavcev pa pred odhodom v tujino niso uredili svojega zavarovanja, postanejo zavarovanci skupnosti z dnem prijave v zavarovanje.

18. člen

Tuji državljani so zavarovanci skupnosti, če so na območju skupnosti:

1. v rednem delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji oziroma delodajalcu,

2. v svojstvu oziroma okoliščinah, na podlagi katerih so zavarovani tudi jugoslovanski državljani,

3. na delu po posebni pogodbi o izmenjavi strokovnjakov ali po mednarodnem sporazumu, če s tako pogodbo oziroma sporazumom ni določeno, da jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo na račun nosilca zdravstvenega zavarovanja države, iz katere prihajajo.

19. člen

Lastnost zavarovane osebe obdržijo zavarovanci tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti oziroma svojstva, na podlagi katerega so bili zavarovani, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

2. Družinski člani zavarovancev

20. člen

Za družinske člane zavarovancev iz 12., 17. in 18. člena tega statuta se štejejo ožji družinski člani (zakonec, otroci — zakonski, nezakonski, posvojeni, pastorki), če jih zavarovanec vzdržuje.

Šteje se, da zavarovanec vzdržuje zakonca, če le-ta nima svojstva, po katerem bi bil zavarovan v tej skupnosti (12., 17. in 18. člen tega statuta) in če se ne ukvarja s kakršno koli kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem.

Za zakonca, ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršno-

koli kmetijsko dejavnostjo, se šteje, da se s to dejavnostjo ukvarja kot edinim ali glavnim poklicem, če ima iz take dejavnosti dohodek v višini minimalnega osebnega dohodka, pri čemer se katastrski dohodek računa v trikratni vrednosti.

21. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja ima zavarovanec zakonec, dokler je z njim v zakonu.

Zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, pa je star nad 55 let moški, oziroma nad 40 let ženska, obdrži pravico do zdravstvenega varstva kot družinski član. Če ob smrti zavarovanca zakonec še ni bil star 55 let moški oziroma 40 let ženska, obdrži pravico do zdravstvenega zavarovanja kot družinski član, dokler je redno priglasi pri-
stojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se pri tem zavodu priglasi v 90 dneh od zavarovančeve smrti.

Razvezani zakonec obdrži pravico do zdravstvenega zavarovanja kot družinski član, če mu je s pravno-močno sodno odločbo priznana preživnina in če je star najmanj 60 let moški oziroma 45 let ženska, če je mlajši pa samo v primeru, da je invalid I. kategorije.

22. člen

Šteje se, da zavarovanec vzdržuje otroke v vsakem primeru.

Zavarovančevi otroci so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če se šolajo, pa do konca predpisanega rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

Če je otrok iz prvega odstavka tega člena zaradi bolezni nehal redno obiskovati šolo, je zavarovan tudi med tako boleznijo, če pa nato zopet redno obiskuje šolo, se mu podaljša zavarovanje tudi čez določeno starostno mejo, vendar največ za toliko, kolikor je zaradi bolezni zamudil v šolanju.

Če postane otrok iz prvega odstavka tega člena nezmožen za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, preden dopolni 15 let starosti oziroma še, ko je na rednem šolanju, je zavarovan tudi ves čas, dokler traja taka nezmožnost.

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja taka nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov. Pri tem se primerno uporabljajo določbe drugega, tretjega in četrtega odstavka 23. člena.

Poleg oseb iz prejšnjih odstavkov so zavarovančevi otroci zavarovani kot družinski člani tudi do dopolnjenega 18. leta starosti, dokler so redno priglasi pri zavodu za zaposlovanje po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja, če se prijavijo zavodu v 60 dneh po končanem šolskem letu in neupravičeno ne odklonijo ponudene zaposlitve, vendar le, če nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov oziroma niso sami zavarovani kot delavci ali osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in če se ne ukvarja kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo kot edinim in glavnim poklicem.

23. člen

Za družinske člane zavarovancev iz 12. in 18. člena tega statuta se štejejo tudi širši družinski člani (starši,

stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica, tast in tašča) (v nadaljnjem besedilu: zavarovančevi starši).

Družinski člani iz prvega odstavka tega člena so zavarovani kot zavarovančevi družinski člani pod pogojem, da nimajo zadosti lastnih dohodkov za preživljanje in jih zavarovanec preživlja.

Šteje se, da zavarovančevi starši nimajo zadosti lastnih dohodkov za preživljanje:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov,

2. če imajo lastne dohodke, pa le-ti ne presegajo na osebo mesečno nad dve tretjini predpisanega minimalnega osebnega dohodka. Dohodki iz kmetijstva se upoštevajo v trikratni vrednosti katastrskega dohodka.

Šteje se, da zavarovanec preživlja svoje starše:

1. če so nesposobni za pridobitno delo — invalid I. kategorije, oziroma če so stari nad 60 let ženske in nad 65 let moški,

2. če živijo z zavarovancem v skupnem gospodinjstvu oziroma če zavarovanec prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj znesek določen v 2. točki drugega odstavka tega člena.

24. člen

Jugoslovanski državljani, ki so imeli stalno prebivališče v SR Sloveniji, pa so se zaposlili v tujini pri mednarodni ali drugi organizaciji oziroma delodajalcu, in so sami zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, morajo pri tej skupnosti zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju te skupnosti, če ti niso zajeti z njihovim zdravstvenim zavarovanjem pri tujem nosilcu.

Če so se zaposlili pri tujem delodajalcu brez posredovanja zavoda za zaposlovanje ali niso zavarovali družinskih članov pred odhodom v tujino, se sklene zavarovanje z dnem prijave.

Družinski člani zavarovancev iz 18. člena tega statuta so zdravstveno zavarovani pri tej skupnosti le, dokler živijo v Jugoslaviji.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

A. Splošne določbe o pravicah

25. člen

Zavarovanim osebam te skupnosti so v primerih in ob pogojih, ki jih določata zakon in statut, zagotovljene z zdravstvenim zavarovanjem naslednje pravice:

1. zdravstveno varstvo,
2. nadomestilo osebnega dohodka,
3. povračila stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva,
4. pomoč ob smrti zavarovane osebe.

26. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja grede zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe. Če je uživanje posamezne pravice iz zdravstvenega zavarovanja odvisno od predhodnega zavarovanja in drugih pogojev po določbah zakona ali tega statuta, gre pravica od dneva, ko je izpolnjeno predhodno zavarovanje oziroma ko so izpolnjeni drugi pogoji.

Če je pridobitev pravice vezana na predhodno zavarovanje in s tem statutom ni drugače določeno, pridobi zavarovana oseba to pravico le tedaj, kadar je bila

pred zavarovanjem primerom zdravstveno zavarovana brez presledka najmanj 9 mesecev ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 18 mesecev (predhodno zavarovanje).

27. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja zavarovanja v skupnostih zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju Jugoslavije.

Pri ugotavljanju ali gre za nepretrgano zavarovanje se šteje, da v zavarovanju ni bilo presledka, če med enim in drugim zavarovanjem ni preteklo več kot 30 dni oziroma se je zavarovanec v tem roku prijavil pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

Steje se, da zavarovanje ni pretrgano, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega roka v Jugoslovanski ljudski armadi, po vrnitvi pa se je zavarovanec ponovno zavaroval v 30 dneh oziroma se je v tem roku prijavil zavodu za zaposlovanje.

Steje se, da zavarovanje ni pretrgano, če se je zavarovanec zaposlil v inozemstvu, po vrnitvi pa do ponovnega zavarovanja oziroma do prijava zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 30 dni.

28. člen

Čas, ki ga zavarovanec prebije v več delovnih razmerjih, v katerih je delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se seštevja in upošteva tako, kot da bi šlo za enotno delovno razmerje.

Obdobja, ki jih prebije zavarovanec v enem ali več delovnih razmerjih, v katerih je skupni delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se všteta tako, da se skupno število ur takega dela v posameznem obdobju preračuna na poln delovni čas.

Delovnim invalidom, defektnim osebam ter vojnim in mirovnim vojaškim invalidom, ki delajo, kolikor jim dopušča ugotovljena delovna zmožnost in zavarovanjem, ki zaradi starosti otroka po posebnih predpisih delajo skrajšan delovni čas, se v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem takšno delo šteje kot delo s polnim delovnim časom.

B. Zdravstveno varstvo

29. člen

Zavarovane osebe skupnosti imajo pravico do naslednjih oblik zdravstvenega varstva:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave,
2. nega in zdravljenje tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice,
3. zdravstveno varstvo žena v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo,
4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti,
5. zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti,
6. zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve,
7. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje,

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Obvezne oblike zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka se dajejo v obsegu in po merilih, ki so določena z zakonom, programom in pogodbami o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva, v katerih se natančneje določa izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva v skladu z zakonom in z družbenimi dogovori.

30. člen

Poleg oblik zdravstvenega varstva (29. člen tega statuta), ki jih kot obvezne določa zakon, obsega zdravstveno varstvo, ki je zagotovljeno s tem statutom tudi:

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih zavodih, če pa to nujno zahteva zdravstveno stanje bolnika, pa tudi na bolnikovem domu,
2. neobvezna cepljenja kot strokovno medicinske ukrepe za izboljšanje zdravja oziroma za preprečevanje obolenj, kadar so zaradi nalezljive bolezni medicinsko nujni, pa niso zajeti v prvi in drugi točki 29. člena tega statuta,
3. zdravila, pomožni material, namenjen za uporabo zdravil in sanitetni material, potreben za zdravljenje,
4. nega in zdravljenje zobnih in ustnih bolezni,
5. zobotehnična pomoč in zoboprotetična sredstva,
6. proteze, ortopedske in druge pripomočke ter pomožne in sanitarne priprave,
7. zdravljenje v zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, če gre za nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja ali nadomestitev bolnišničnega zdravljenja.

31. člen

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki se dobi samo na zdravniški recept in je registrirano v državi. Skupščina skupnosti pa lahko predpiše seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena z zdravstvenim zavarovanjem.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala s posebnim pravilnikom.

Indikacije za zobotehnično pomoč in zoboprotetična sredstva, proteze in druge pripomočke ter sanitarne priprave, standarde in trajnostno dobo določa skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih se zagotavlja po napotitvi na takšno zdravljenje s strani zdravniške komisije v primerih, ko so bili že uporabljeni vsi drugi načini zdravljenja, pa le-ti niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih sredstev prispevala k popolni ozdravitvi ali k medicinski rehabilitaciji. Zdravljenje v naravnem zdravilišču se lahko dovoli tudi kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja zaradi popolne ozdravitve ali medicinske rehabilitacije.

32. člen

Ožjim družinskim članom zavarovanca (20. člen tega statuta) je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih, kot je zagotovljeno zavarovancu, po katerem imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja, če s tem statutom ni izrecno drugače določeno.

Širšim družinskim članom zavarovanca (23. člen tega statuta) je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih, kot ožjim družin-

skim članom, za pravico do zobotehnične pomoči, zobno protetičnih sredstev in za pravico do protez, ortopedskih in drugi pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav, pa je pogoj predhodnega zavarovanja najmanj 24 mesecev neprekinjeno ali 36 mesecev s prekinitvami v zadnjih štirih letih.

33. člen

Družinski članom zavarovanca je zagotovljeno zdravstveno varstvo ves čas, v katerem je zagotovljeno samemu zavarovancu.

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi tisti čas ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva na odsluženju vojaškega roka, če je neposredno pred nastopom vojaškega roka izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja (26. člen tega statuta).

34. člen

Zavarovancem, ki so v tujini na delu in njihovim ožjim družinskim članom, ki so z njimi v tujini in zavarovancem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, je zagotovljena v prvih 6 mesecih v breme skupnosti nujna zdravniška pomoč, po šestih mesecih pa zdravstveno varstvo, ki je po statutu zagotovljeno drugim zavarovancem v delovnem razmerju.

Zavarovanim osebam, ki so v tujini po zasebnem popravku, je zagotovljeno zdravstveno varstvo le prve 3 mesece bivanja v tujini in sicer samo nujna zdravniška pomoč.

Ce je osebam iz prejšnjega odstavka nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, trpi skupnost stroške takega zdravljenja do 3 mesecev. Če pa traja zdravljenje v bolnišnici dalj kot 3 mesece, trpi skupnost od prvega dne 4. meseca samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje v državi.

Ce je premestitev na zdravljenje v državo zaradi zdravstvenega stanja nemogoče, oziroma zaradi oddaljenosti neprimerna, trpi skupnost tudi nadaljnje zdravljenje v bolnišnici.

Nujna zdravniška pomoč gre v breme skupnosti, če je hkrati neodložljiva in samo do takrat, da se bolnik usposobi za premestitev na zdravljenje v državo.

Zavarovanim osebam, ki izkoristijo zdravstveno varstvo v tujini v večjem obsegu ali daljši čas, se povrnejo v dinarjih stroški do višine, kolikor bi stalo tako zdravljenje po predpisih skupnosti v državi.

Osebu na ladjah in njihovim družinskim članom, ki so z njimi v tujini, je zagotovljeno zdravstveno varstvo po prejšnjih odstavkih samo, če se zaradi narave bolezni izkrcajo in oddajo v bolnišnico v tujini.

Stroške za preglede in cepljenja pred odhodom v tujino ne gredo v breme skupnosti.

Skupnost plača oziroma povrne stroške zdravstvenega varstva v tujini v deviznih sredstvih v mejah zakonitih predpisov, če pa to ni mogoče, pa v dinarjih.

V primerih iz prejšnjega odstavka mora plačati zavarovana oseba del stroškov zdravstvenega varstva v znesku, kolikor bi morala prispevati k stroškom takšnih oblik zdravstvenega varstva v državi.

Skupnost sme upoštevajoč svoja sredstva in nujnost zdravljenja, poslati zavarovano osebo na zdravljenje v tujino, če ugotovi strokovni kolegij ustrezne klinike, da so v državi izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh. V tem primeru plača vse stroške zdravljenja skupnost.

35. člen

Skupščina skupnosti lahko sklene, da zavarovane osebe same krijejo del stroškov za naslednje oblike zdravstvenega varstva:

- a) za zdravila, pomožni in sanitetni material,
- b) za vsak obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo,
- c) za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti,
- č) za prevoz z reševalnim vozilom,
- d) za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave,
- e) za zobozdravstveno nego, zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva,
- f) za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti,
- g) za neobvezna cepljenja,
- h) za specialistične preglede, če ne gre za preglede v dispanzerjih.

Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstva iz prejšnjega odstavka določi vsako leto skupščina skupnosti v enotnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določi tudi, kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti.

Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno varstvo pri zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti, plača del stroškov po predpisih tiste skupnosti, na območju katere uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva, razen tistih pripomočkov, ki se morajo odobriti vnaprej.

Za oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon (29. člen tega statuta), zavarovani osebi ni mogoče predpisati prispevka k stroškom.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

36. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela gre zavarovancu:

1. če je zaradi bolezni ali poškodbe izven dela začasno nezmožen za delo ali je na zdravljenju v stacionarnem zdravstvenem zavodu,
2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovanevega delovnega časa, ne more delati,
3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojni invalidih,
4. če je določen za negovanje otroka, starega do treh let,
5. če je izoliran kot bacilnosec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici,
6. če je določen za spremljevalca bolniku, ki je poslan na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj,
7. če je določen za negovanje obolelega ožjega družinskega člana oziroma žene na porodu, kolikor ne gre za nego otroka, starega do treh let in sicer ob pogojih, ki jih določa ta statut.

37. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka po 36. členu tega statuta imajo zavarovanci iz 1., 2., 3., 4. točke

12. člena tega statuta, zavarovanci iz 17. člena tega statuta ob pogojih, ki jih določata 52. in 53. člen tega statuta, ter zavarovanci iz 18. člena tega statuta.

Zavarovanci iz 9. točke 12. člena tega statuta imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka po 36. členu tega statuta le, če dobivajo nagrado.

38. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre v breme skupnosti od prvega dne zadržanosti od dela v primerih iz 4., 5., 6. in 7. točke 36. člena tega statuta, v drugih primerih pa šele od 31. dne dalje.

39. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka ima zavarovanec za tiste ure oziroma dneve, za katere bi dobil osebni dohodek, povračilo ali nagrado oziroma nadomestilo za osebni dohodek, povračilo ali nagrado.

Zavarovanec, ki postane začasno nezmožen za delo v času, ko je na neplačanem dopustu, pridobi pravico do nadomestila po 36. členu tega statuta šele po preteku dopusta, četudi še takrat ni zmožen za delo.

40. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre upravičencu ves čas, dokler traja začasna zadržanost od dela, če ni v tem statutu za posamezne primere drugače določeno.

Začasna zadržanost od dela traja, dokler pristojni zdravnik oziroma pristojna zdravniška komisija ne ugotovi, da se je delovna zmožnost povrnila oziroma dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

41. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka do starosti treh let (4. točka 36. člen statuta) gre največ za 15 dni pri posameznem primeru, v drugih primerih nege ožjega družinskega člana (7. točka 36. člena statuta) pa največ za 7 dni za posamezni primer.

Zavarovanec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po prejšnjem odstavku le, če to zahteva zdravstveno stanje otroka oziroma družinskega člana in če ni druge osebe v družini, ki bi bila primerna za nego.

42. člen

Če zdravnik med zdravljenjem zavarovanca, ki dobi nadomestila osebnega dohodka, ugotovi, da se je zavarovančev zdravstveno stanje izboljšalo in bi bilo delo koristno za hitrejšo, povrnitev popolne delovne zmožnosti, lahko odredi, da zavarovanec dela določen čas na ustreznem delovnem mestu s skrajšanim delovnim časom. Tako delo sme trajati največ eno leto.

Zavarovanec iz prejšnjega odstavka se še nadalje šteje kot zadržan od dela in ima pravico do nadomestila za tisti čas, ko ne dela, in do razlike med osebnim dohodkom, ki ga doseže z delom v skrajšanem delovnem času in nadomestilom osebnega dohodka, ki bi ga dobil za ta čas, če ne bi delal.

43. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med začasno nezmožnostjo za delo:

1. če si nalašče povzroči nezmožnost za delo,
2. če se ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja delo, za katero dobiva osebni dohodek.

Zavarovancu se ustavi izplačevanje nadomestila osebnega dohodka med začasno nezmožnostjo za delo:

1. če namenoma preprečuje ozdravljenje oziroma usposobitev za delo,

2. če se brez upravičenega razloga ne odzove vabilu na določeni zdravniški oziroma komisijski pregled.

Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka od takrat, ko se ugotovi, kakšna okoliščina iz prejšnjega odstavka tega člena, pa vse dotlej, dokler traja posledica takega ravnanja, v drugih primerih pa za čas, ko je obstojala taka okoliščina.

44. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je povprečni osebni dohodek, ki ga je zavarovanec dosegel za polni delovni čas v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastal primer, zaradi katerega ima pravico do nadomestila. Če je zavarovanec določen čas dobival nadomestilo osebnega dohodka, se v osnovo za ta čas upošteva znesek, od katerega se je odmerilo nadomestilo.

Če zavarovanec ne dobiva osebni dohodek, ampak povračilo ali nagrado, se ta šteje za osebni dohodek v smislu določb tega statuta.

Pri zavarovancu, ki dela pri zasebnem delodajalcu, je osnova tisti znesek osebnega dohodka, od katerega je bil v ustreznem času izračunan prispevek.

Za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol je osnova za nadomestilo znesek nagrade, ki so jo prejeli v ustreznem času.

Če je zavarovanec ves ali del dohodka določen v odstotku - provizij, se od celotnega dohodka v ustreznem času odbijajo vsi materialni stroški, ki jih ima tak zavarovanec pri opravljanju svojega dela, v vsakem primeru pa se v osnovo računa samo tisti dohodek, od katerega so bili obračunani prispevki.

45. člen

V osnovo se ne vtevajo tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (terenski dodatki, dodatek za ločeno življenje, potni in prevozni stroški ipd.) in ne prejemki, ki pomenijo izredne nagrade (nagrado za racionalizacijo, novatorstvo, za izvršitev posebnih nalog izven rednega oziroma glavnega dela ipd.) kot tudi ne drugi prejemki, ki nimajo značaja osebnega dohodka po osnovah in merilih za delitev osebnih dohodkov in ki jih delavec dobi za dopolnilno delo izven organizacije, s katero je v delovnem razmerju ali v tej organizaciji.

Če nastane dvom ali spor o tem, ali se določeni dohodki upoštevajo za osnovo ali ne, se upoštevajo predpisi za izračun pokojninske osnove.

46. člen

Če zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo povprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije na osebni dohodek za tekoče leto od dneva, ko je nastal zavarovani primer.

Če zavarovanec ni dobil osebnega dohodka v preteklem letu in tudi ne osebnega dohodka ali akontacije na osebni dohodek za tekoče leto, se vzame za osnovo dogovorjeni osebni dohodek oziroma osebni dohodek, ki bi zavarovancu šel po predpisih o delitvi osebnega dohodka.

Obračun nadomestila osebnega dohodka po prejšnjih odstavkih je dokončen in se ne spreminja po naknadnem izplačilu ali zaključnem računu.

47. člen

Zavarovancu, ki je zadržan od dela več kot leto dni, se osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je v poslovnem letu, v katerem je zavarovanec zbolel, povečalo poprečje osebnih dohodkov v njegovi delovni organizaciji, za delavce zaposlene pri zasebnih delodajalcih pa za toliko, kolikor se je povečalo splošno poprečje osebnih dohodkov v skupnosti.

48. člen

Nadomestilo osebnega dohodka znaša:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo predhodnega zavarovanja (drugi odstavek 26. člena statuta),
 - 70 % od osnove od prvega do vključno sedmega dneva,
 - 80 % od osnove od osmega do vključno 30. dneva,
 - 90 % od osnove od 31. dneva dalje;
2. za zavarovance, ki ne izpolnjujejo dobe predhodnega zavarovanja (drugi odstavek 26. člena tega statuta),
 - 60 % od osnove od prvega do vključno sedmega dneva,
 - 70 % od osnove od osmega do vključno 30. dneva,
 - 90 % od osnove od 31. dneva dalje;
3. nadomestilo osebnega dohodka za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki dobivajo nagrado, znaša v vsakem primeru 100 % od osnove.

Nadomestilo osebnega dohodka izračunano po 1. in 2. točki prvega odstavka tega člena, ne more biti manjše od minimalnega osebnega dohodka.

49. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradičasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v stacionarnem zdravstvenem zavodu ali v kakšnem drugem specializiranem zavodu, v katerem ima nastanitev in prehrano, zmanjša nadomestilo izračunano po 48. členu tega statuta za 20 %, če nima vzdrževanih družinskih članov.

Zmanjševanje nadomestila po prejšnjem odstavku se prične z 31. dnevom začasne zadržanosti od dela.

50. člen

Zavarovancu, ki je v času ko dobiva nadomestilo osebnega dohodka odstranjen od dela v zvezi s kazenskim ali disciplinskim postopkom, ali je zoper njega odrejen pripor ali preiskovalni zapor, se osnova za nadomestilo zniža za toliko, za kolikor bi se mu znižal osebni dohodek v tem času.

Zavarovancu iz prvega odstavka tega člena, ki je s pravomočno sodbo kaznovan samo za disciplinsko nerednost oziroma je izpuščen iz pripora ali iz preiskovalnega zapora zato, ker je postopek zoper njega s pravomočnim sklepom ustavljen ali zato, ker je s pravomočno sodbo oproščen obtožbe, ali je obtožba zoper njega zavrnjena, toda ne zaradi nepristojnosti sodišča, se izplača zadržani del nadomestila osebnega dohodka.

51. člen

Zavarovancu, ki postane v 30 dneh po končani zadržanosti iz dela znova začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni, se taka odsotnost računa kot nadaljevanje prejšnje (recidiva) tako glede osnove za na-

domestilo, kakor tudi glede odstotka za odmero višine nadomestila.

52. člen

Zavarovanec v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji ter zavarovanec, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali ga je poslala na strokovno usposobitev, ima tisti čas, ko ne more delati, namesto pravice do nadomestila, pravico do osebnega dohodka oziroma dnevnic ali štipendije.

Osebni dohodek, dnevnice oziroma štipendije izplačuje na svoj račun organizacija ali delodajalec, pri katerem je zavarovanec iz prvega odstavka tega člena zaposlen oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplača zavarovancu, ki je zaposlen pri delodajalcu kot hišna pomoč, osebni dohodek za prvih 30 dni sam delodajalec, potem pa se mu izplačuje nadomestilo na račun skupnosti.

Zavarovanci, ki so se po posebnem sporazumu zaposlili v tujini, obdržali pa svojstvo osebe, ki je v delovnem razmerju v Jugoslaviji, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti, dokler so v tujini, če jim ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanci, ki so vstopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem delodajalcu, pa so zavarovani po tem zakonu, imajo kadar ne morejo delati, pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler so v Jugoslaviji.

Kadar imajo zavarovanci iz prvega in četrtega odstavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

53. člen

Osebe na ladjah ima tisti čas, ko je ladja v tujini, med začasno nezmožnostjo za delo namesto nadomestila osebnega dohodka, pravico do osebnega dohodka na račun organizacije, ki ji pripada ladja.

Zavarovanci iz prvega odstavka tega člena, ki so se morali zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnico, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti za tisti čas, ko gre nadomestilo na račun skupnosti.

2. Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

54. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom, ki je kot najmanjši določen v zakonu,
2. med delom s skrajšanim delovnim časom, ko ima zaradi nje in hranjenja otroka po posebnih predpisih pravico delati skrajšan delovni čas do 8 mesecev starosti otroka.

Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke prvega odstavka začasna zadržanost, ima za ta čas poleg pravice do nadomestila po prejšnjem odstavku tudi pravico do nadomestila osebnega dohodka, ki ustreza skrajšanemu delovnemu času.

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po 2. točki prvega odstavka tudi, če v varstveni dobi izrazi letni dopust.

55. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi po prenehanju delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če pada začetek varstvene dobe po predpisih o delovnem razmerju zaradi nosečnosti in poroda, v čas po razrešitvi, toda pred potekom časa, kolikor mora oziroma kolikor ima po splošnem aktu delovne organizacije delavec pravico ostati na delu po sporočitvi svojega namena, da izstopi iz delovne skupnosti oziroma po sklepu, da ji preneha delo v delovni organizaciji.

56. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 54. člena znaša 100 % od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarnem zdravstvenem zavodu v zvezi z nosečnostjo in porodom.

57. člen

Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve in naloge, ali odide na strokovno izpopolnjevanje, ima med porodniškim dopustom namesto pravice do nadomestila dohodka po tem zakonu pravico do osebnega dohodka, dnevnice ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnic oziroma štipendije izplačuje zavarovanki iz prvega odstavka tega člena na svoj račun organizacija ali delodajalec, pri katerem je zaposlena oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplačuje zavarovanki, ki je zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca iz prvega odstavka tega člena, osební dohodek za prvi mesec dni delodajalec na svoj račun, potem pa se ji izplačuje nadomestilo osebnega dohodka na račun skupnosti.

Zavarovanka, ki se po posebnem sporazumu zaposli v tujini, ki pa je zadržala svojstvo osebe v delovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas, ko je v tujini, če ji ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanka, ki je stopila v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi in pri tujem delodajalcu, ki pa je po tem zakonu zavarovana, ima med porodniškim dopustom pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

Kadar ima zavarovanka iz prvega do četrtega odstavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

58. člen

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka med porodniškim dopustom posebej določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu osebnega dohodka ob začasní zadržanosti od dela.

3. Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva**59. člen**

Pravico do potnih stroškov oziroma povračila imajo zavarovane osebe:

1. kadar jih pristojni zdravnik, zdravstveni zavod, pristojna komisija ali organizacija oziroma služba, ki

opravlja izvajanje zdravstvenega zavarovanja, napoti ali pokliče v kraj izven njihovega prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva;

2. kadar morajo zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča v drug kraj, k zdravniku ali v zdravstveni zavod, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda.

Povračilo potnih stroškov po 2. točki prejšnjega odstavka gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od njenega prebivališča oziroma zaposlitve do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda najmanj 15 kilometrov.

60. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremljevalec po mnenju pristojnega zdravnika, zdravstvenega zavoda ali pristojne komisije nujno pooben zavarovani osebi, ko zavarovana oseba potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

Za otroke do dopolnjenega desetega leta starosti se predpostavlja, da jim je potreben spremljevalec.

61. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

1. povračilo prevoznih stroškov,
2. pavšalno povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju.

62. člen

Povračilo prevoznih stroškov se priznava za najkrajšo razdaljo in po osnovni tarifi za redna prevozna sredstva javnega prometa.

Glede na nujnost primera, zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti, sme pristojni zdravnik, zdravstveni zavod oziroma pristojna komisija določiti tudi drugačen način prevoza.

Prevoz z reševalnim vozilom se lahko dovoli samo v primerih, ko prevoz z drugačnim vozilom ni mogoč glede na nujnost in zdravstveno stanje zavarovane osebe.

63. člen

Kot prevozni stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza.

Višino pavšalnega povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom in pri tem upošteva koliko časa je zavarovana oseba morala prebiti na potovanju, lahko pa tudi starost zavarovane osebe.

64. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi takrat, kadar je bila zavarovana oseba prepeljana iz zdravstvenega zavoda v kraj stalnega prebivališča oziroma je bila premeščena iz enega v drug zdravstveni zavod, prevoz pa je bil potreben glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Prevoz zavarovane osebe, ki zboli v času bivanja v tujini, se opravi na račun skupnosti do stalnega prebivališča ali do zdravstvenega doma v domovini samo takrat, kadar je glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe potreben prevoz s posebnim vozilom.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

65. člen

Ob smrti zavarovane osebe ima pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebina) tisti, ki je poskrbel za pogreb.

Člani ožje družine imajo ob smrti zavarovanca, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela, pravico do posmrtnine.

Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s sklepom.

66. člen

Posmrtnina znaša enomesečno osnovo za nadomestilo osebnega dohodka.

Četrty del

PRAVICE DELAVCEV IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NESREČE PRI DELU IN POKLICNEGA OBOLLENJA

67. člen

Iz zdravstvenega zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicnega obolenja je zavarovancem zagotovljeno:

1. zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, da se odvrtačo in preprečujejo obolenja za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu,

2. vse vrste medicinske pomoči in ortopedskih sredstev, da ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo ter se vzpostavi njihova delovna zmožnost,

3. nadomestilo osebnega dohodka za ves čas, ko traja zadržanost od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu oziroma obolenje za poklicno boleznijo in do potnih stroškov v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenja za poklicno boleznijo so zagotovljene neodvisno od predhodnega zavarovanja.

68. člen

Med ukrepe za preprečevanje in odvrtačanje obolenj za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu se štejejo zlasti ukrepi, ki jih zagotovi skupnost zdravstvenega zavarovanja v okviru programa dejavnosti. V programu dejavnosti skupnost konkretnije določi ukrepe za odvrtačanje in preprečevanje obolenj za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu.

Da bi se preprečevale in odvrtačale nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, sodeluje skupnost z delovnimi organizacijami in se z njimi dogovarja o potrebnih preventivnih ukrepih. Skupnost zagotavlja za to sodelovanje tudi finančna sredstva.

69. člen

Za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo so zavarovancem v celoti na račun skupnosti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po tem statutu (29. in 30. člen).

70. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela zaradi nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo gre zavarovancu na račun skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti od dela.

Nadomestilo osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali obolenje za poklicno boleznijo, znaša, kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, vedno 100 % od osnove, ugotovljene po določbah 44. do 47. člena tega statuta.

71. člen

Ob nesreči pri delu in obolenju za poklicno boleznijo imajo zavarovane osebe tudi pravico do:

1. povračila potnih stroškov,
2. povračila in denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Za povračilo potnih stroškov in povračila ter denarne dajatve ob zavarovancu smrti po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 3. in 4. poglavja tretjega dela tega statuta.

Petiy del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

72. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo v breme skupnosti osebe, ki jim je priznana lastnost zavarovane osebe.

73. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupnost s sklepom po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

Zdravstvena izkaznica je veljavna in z njo zavarovana oseba lahko uveljavlja zdravstveno varstvo, če je potrjena, da ima imenik zdravstvene izkaznice še lastnost zavarovane osebe. Za osebe iz 1. do 3. in 8. do 9. točke prvega odstavka 12. člena tega statuta potrjuje lastnost zavarovane osebe ustrezna organizacija oziroma zasebni delodajalec. Za osebe iz 4. točke prvega odstavka 12. člena potrjuje veljavnost zdravstvene izkaznice pooblaščen delovna organizacija, ki opravlja strokovne, upravne, finančne in administrativno tehnične zadeve za skupnost. Za osebe iz 5. točke prvega odstavka 12. člena potrjuje veljavnost zdravstvene izkaznice pristojni zavod za zaposlovanje. Osebe iz 6. in 7. točke prvega odstavka 12. člena tega statuta dokazujejo, da imajo še lastnost zavarovane osebe z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino, odrezek ne sme biti starejši od 30 dni.

Če mora zavarovane za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov sam plačevati prispevek, je pogoj za uživanje pravic redno plačevanje prispevkov. Uživanje pravic se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

74. člen

Svojstvo zavarovane osebe ugotovi skupnost na podlagi prijave za zavarovanje, ki je vložena po predpisih o evidencah zdravstvenega zavarovanja.

O svojstvu zavarovane osebe se odloči v 30 dneh po prejemu prijave, če skupnost v tem roku ne izda odločbe, velja, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe.

Zoper odločbo po prejšnjem odstavku lahko prizadeti vložijo ugovor na komisijo za reševanje ugovorov zavarovancev pri skupnosti. Zoper dokončno odločbo na ugovor, s katero skupnost odreče priznanje lastnosti zavarovane osebe, lahko prizadeti, zaradi varstva pravic do zdravstvenega zavarovanja, vložijo tožbo pri pri-

stojnem občinskem sodišču. V pravnem pouku v dokončni odločbi mora biti prizadeta oseba izrecno opozorjena na pravico do vložitve tožbe.

75. člen

Prijavo v zavarovanje mora vložiti za delavca v Jugoslaviji njegova delovna organizacija oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njihovo zavarovanje in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek. Prijava se mora vložiti v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovane osebe, v istem roku morajo zavezanci odjaviti iz zavarovanja osebe, ki jim je lastnost zavarovanja prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okolnosti, ki vplivajo na pravice zavarovanca. Zavarovanec oziroma organizacija mora prijaviti tudi zavarovanega družinskega člana. Zavarovane lahko vložijo prijavo o svojem zavarovanju tudi sam.

76. člen

Za delavca, ki stopa prvič v delovno razmerje ali je spremenil poklic ali se zaposli po več kot 6-mesečni prekinitvi delovnega razmerja in je bil več kot 1 leto na bolniškem dopustu, se mora prijaviti za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo. Mnenje da zdravnik, ki je pristojen za ocenjevanje začasnih nezmožnosti za delo glede na kraj nameravane zaposlitve delavca. Obseg pregleda se določi v pogodbi z zdravstvenim zavodom.

77. člen

Za druge zavarovane osebe se morajo prijaviti za zavarovanje priložiti dokazila o svojstvu, na podlagi katerega so zavarovane.

78. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določa zakon, statut, splošni akt skupnosti o postopku pri uveljavljanju pravic (pravilnik) in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi ali drugimi organizacijami. O tistih delih pogodbe, ki ureja pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

79. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob predpisanih pogojih in na predpisani način iz prejšnjega člena, se ne morejo omejit, zmanjšati ali odvzeti. Pravica preneha, ko prenehajo pogoji, ki jih določa zakon, statut ali splošni akt za nastanek pravice in v primerih, ki jih določa statut ali splošni akt te skupnosti.

80. člen

Pravica iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavlja, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisuje zakon, statut ali splošni akt skupnosti (lastnost zavarovane osebe, predhodna doba zavarovanja, nastanek zavarovanega primera, čakalna doba, plačilo prispevka za zdravstveno zavarovanje s strani zavarovane osebe — samoplačnika in podobno).

Denarne dajatve in povračilo stroškov dospejo z dnem, ko se lahko uveljavijo, če ni v statutu drugače določeno.

81. člen

Pravice do denarnih prejemkov in denarnih povračil stroškov se lahko uveljavljajo po veljavnih predpisih o zastaranju terjatev.

82. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen, če jo zavarovana oseba zahteva. Odločba se izda po postopku, za katerega se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku, kolikor ni o tem drugačnih določb v splošnih aktih skupnosti.

Odločbo na prvi stopnji izda, s strani skupščine skupnosti pooblaščen oseba pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Murska Sobota.

Zoper odločbo iz drugega odstavka tega člena je dopusten ugovor na komisijo za odločanje o pravicah zavarovanih oseb pri skupnosti.

Zoper dokončno odločbo komisije zavarovana oseba lahko vložijo tožbo pri občinskem sodišču pristojnem po kraju zaposlitve ali po kraju stalnega prebivališča.

83. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni nezmožnosti za delo, stopnji nosečnosti in podobnem, daje pristojni zdravnik zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev. Strokovna mnenja o invalidnosti dajejo tudi v postopkih iz zdravstvenega zavarovanja invalidske komisije.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor skupščine skupnosti.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti predpiše tudi postopek za delo teh komisij.

84. člen

Zoper ugotovitev ali oceno posameznega zdravnika lahko vložijo zavarovana oseba ugovor v 48 urah na zdravniško komisijo. Zoper ugotovitev ali oceno zdravniške komisije v stvarih, v katerih ne daje ugotovitev posameznik zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Komisija zdravniških izvedencev tudi lahko na predlog skupnosti revidira ugotovitev zdravniške komisije, njene ugotovitve veljajo v takšnih primerih od dneva, ko so bile izdane.

Zoper ugotovitev posameznega zdravnika o nezmožnosti zavarovanca za delo lahko ugovarja tudi delovna organizacija in pooblaščen organ v službi skupnosti, ki je pristojen za odločitev o nadomestilu

85. člen

Pravice do zdravstvenega varstva v breme skupnosti grede zavarovancu od dneva, ko nastopi delo oziroma ko na drug način dobi naslov zavarovanca, ali od poznejšega dneva, ko je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja pa do preteka tridesetega dne od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan nastopa dela se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delo.

Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja in varstvene dobe po prenehanju zavarovanja začasno nezmožen za delo, se podaljša pravica do zdravstvenega varstva do prenehanja začasnih nezmožnosti za to. obolenje ali poškodbe.

Družinski člani zavarovanca imajo pravico do zdravstvenega varstva ves čas, dokler gre ta pravica samemu zavarovancu, po katerem so zavarovani.

86. člen

V zdravstvenem varstvu so zagotovljene zavarovanim osebam vse njegove oblike, ki jih določa ta statut, po sodobnih znanstvenih medicinskih metodah in s sodobnimi sredstvi.

87. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstvenem zavodu pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji te skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvenega zavoda varstvo prizadete osebe po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zavarovana oseba se mora med zdravljenjem držati navodil zdravnika, hišnega reda in drugih pravil zdravstvenega zavoda. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil, po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, trpi sama dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi. O tem odloči skupnost z odločbo na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

88. člen

Zavarovana oseba si sama izbere zdravstveni zavod in zdravnika, na katerega se obrača za zdravstveno varstvo.

Skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom določi pod kakšnimi pogoji in na kakšen način uveljavljajo zavarovane osebe pravico do zdravstvenega varstva v breme skladov skupnosti.

Če zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva pod drugačnimi pogoji in na drug način kakor je predpisan v pravilniku iz prejšnjega odstavka, prevzame skupnost za opravljeno zdravstveno storitev najmanj toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je sklenila pogodbo, da bo dajal oziroma nudil zdravstveno varstvo njenim zavarovanim osebam.

89. člen

Splošni zdravnik v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe, na katerega se je ta obrnil, je dolžan spremljati zdravljenje te osebe v vseh njegovih fazah (izbrani zdravnik). Izbranega zdravnika sme zavarovana oseba menjati v istem koledarskem letu samo iz opravičljivih razlogov, ki jih sprejme izbrani zdravnik ali predstojnik zdravstvenega zavoda.

90. člen

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih in v stacionarnih zdravstvenih zavodih se uveljavlja na podlagi napotila pristojnega splošnega zdravnika, s katerim ta ugotovi, da je takšno zdravljenje potrebno. Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na specialiste: zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatre, okulistice zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstvenih zavodih ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravnik specialist iz prvega odstavka sme napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarni zdravstveni zavod.

91. člen

V nujnih primerih se sme obrniti zavarovana oseba za zdravniško pomoč na vsak zdravstveni zavod in na vsakega zdravnika. Ta mora na zahtevo skupnosti predložiti le-tej dokumentacijo o nudi zdravstveni pomoči.

92. člen

Pravico do zobotehničnih pripomočkov in zoboprotetičnih del uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih zavodih oziroma pri zdravstvenih delavcih, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo o nudenju zdravstvenega varstva njenim zavarovancem.

Pravico do ortopedskih, ortotičnih in drugih pripomočkov ter sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta zdravnika in ob pogojih, ki jih določi skupnost s splošnim aktom o pravici zavarovanih oseb do teh pripomočkov (pravilnikom).

93. člen

Pravico do zdravljenja v bolnišnicah in drugih, stacionarnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico načeloma v najbližji bolnišnici, izbrano po kraju zaposlitve ali po kraju stalnega prebivališča in ki lahko zagotovi zdravljenje določene bolezni.

Kadar zavarovana oseba izbere bolnišnico, ki je bolj oddaljena od bolnišnice, v katero jo je napotil pristojni zdravnik, plača sama razliko v ceni bolniško oskrbnega dne in razliko pri potnih stroških. Ta obveza zavarovane osebe mora biti razvidna iz napotnice.

94. člen

Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost.

95. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost s pogodbo z zdravstvenim zavodom.

Delavci zaposleni pri organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante ali pa so sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstvenim zavodom ali zdravstvenim delavcem, uveljavljajo pravico do bolezenskega dopusta pri teh ambulantah oziroma zdravstvenih delavcih.

V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovanke — delavke, ugotavljajo začasno nezmožnost za delo tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. V protituberkuloznih dispanzerjih ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti ftiziologi.

96. člen

Odobreni bolezenski dopust se vpiše v zdravstveno izkaznico.

97. člen

Bolezensko odsotnost zaradi nege družinskega člana odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen za odredjanje bolezenskega dopusta (ocenjevanje nezmožnosti za delo). Pri tem mora upoštevati možnosti za nego obolelega družinskega člana v zavarovančevi družini po drugem članu na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

98. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva odsotnosti, ki ga je odredil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnevom lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti in drugih tehničnih razlogov. V takšnih primerih lahko zdravnik odobri bolezensko odsotnost za največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zgledil pri njem. Daljšo bolezensko odsotnost pred tem dnevom lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije.

Zdravnik mora po 30 dneh bolniškega dopusta poslati zavarovanca na pregled k zdravniški komisiji, ki oceni njegovo nezmožnost za delo in določi dan ponovnega pregleda.

99. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov. V takšnem primeru umora poskrbeti za zdravljenje zavarovanca v kraju njegovega novega bivališča. Spremembo bivališča za čas nad 30 dni lahko odredi zdravniška komisija. Če odredi spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejše usposobitve za delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

100. člen

Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za delo, se mu ustavi nadomestilo osebnega dohodka. Nadomestilo osebnega dohodka se ustavi z odredbo, ki se vroči zavarovancu s poukom, da lahko zahteva v treh dneh, da se o ustavitvi nadomestila odloči z odločbo in poukom, da se mu bo začelo nadomestilo zopet izplačevati, ko bo to zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja. Če se zavarovancu ne izda takšna odredba, se mora o ustavitvi odločiti z odločbo po opravljenem upravnem postopku.

101. člen

Zoper odredbo zdravnika pri ugotavljanju začasne zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo. Mnenje komisije je v tem primeru dokončno.

Zoper ocenitev zdravniške komisije po 30 dneh bolniškega dopusta lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov izvedencev.

Dokler ni izdana odločba po prvem in drugem odstavku tega člena, se šteje, da začasna zadržanost od dela še traja.

102. člen

Zavarovanec, ki mu je pristojni zdravnik ali komisija odredila bolezenski dopust, uveljavlja pravico do nadomestila osebnega dohodka pri skupnosti za čas, ko gre nadomestilo v njeno breme.

Nadomestilo osebnega dohodka se uveljavi z izvidom pristojnega zdravnika ali z mnenjem pristojne komisije.

103. člen

O odmeri nadomestila se praviloma izda odločba. Če se zahtevku zavarovanca ne ugotovi v celoti ali če zavarovanec to zahteva, se izda pismena odločba.

104. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja pri skupnosti z napotnico pristojnega zdravnika, če je bila zavarovana oseba poslana v drug kraj oziroma z izkazilom, da je v drugem kraju iskala zdravstveno pomoč. Natančnejše pogoje za uveljavljanje teh povračil določi skupnost s splošnim aktom, s katerim določi višino povračil.

105. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s potrdilom o smrti zavarovane osebe. Skupnost lahko zahteva tudi izkazilo, da teh dajatev ni uveljavila druga oseba.

106. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo z dnem, s katerim zapade v izplačilo osebni dohodek in mora biti izplačano v 8 dneh od tega dne. Če zavarovanec ni bil zaposlen, zapade nadomestilo osebnega dohodka s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok oziroma s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

107. člen

Za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja po meddržavnih sporazumih, ki jih je sklenila Jugoslavija, se uporabljajo določbe, ki veljajo za domače zavarovance skupnosti, kolikor v teh sporazumih ni določeno drugače.

108. člen

Zavarovane osebe, ki so v tujini na delu ali na zasebnem potovanju lahko uživajo pravice iz zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevala zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino. Skupnost sme zahtevati tudi mnenje zdravniške komisije o nujnosti zdravljenja v tujini.

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

109. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja in pravice iz zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

110. člen

Splošni akti skupščine skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi in programi.

Skupščina za uresničevanje svoje politike sprejema tudi smernice in priporočila.

Statut, pravilniki, sklepi in programi začnejo veljati osmi dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno določeno drugače.

Splošni akti skupščine skupnosti (prvi odstavek tega člena) se objavljajo v Uradnem listu SRS.

111. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Murski Soboti.

Skupnost ima svoj pečat in stampiljko.

Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev, v sredini pa sedež skupnosti: Murska Sobota.

Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti

112. člen

Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo sestavljajo izvoljeni predstavniki zavarovancev.

Izvršilni organ skupščine je njen izvršilni odbor.

Za uspešnejše reševanje določenih vprašanj iz svojega delovnega področja imenuje skupščina stalne komisije:

1. komisijo za odločanje o pravicah zavarovanih oseb,
2. komisijo za probleme zdravstvenega zavarovanja,
3. komisijo za financiranje zdravstvenega zavarovanja.

A. Skupščina skupnosti

113. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike ter druge splošne akte predvidene v tem statutu,

2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev in politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zdravstvenega zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, da se racionalno posluje s skladi skupnosti, da se ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva,

3. odloča o ustanovitvi in organizaciji strokovne službe za izvajanje zdravstvenega zavarovanja na svojem območju,

4. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov,

5. sklepa o finančnem načrtu in zaključnem računu skladov skupnosti,

6. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je treba storiti oziroma predlagati s tem v zvezi,

7. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju,

8. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore,

9. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji,

10. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju,

11. izvoli izvršni odbor in druge odbore in komisije skupščine za opravljanje določenih nalog,

12. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu, če ni izrečno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti oziroma skupščine ali služba za izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti svoj izvršilni odbor, da v njenem imenu odloči o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

114. člen

Skupščina skupnosti določi poslovnik za svoje delo, delo izvršilnega odbora in drugih organov skupščine.

115. člen

Skupščino skupnosti sestavljajo člani, ki jih izvolijo: delavski sveti v gospodarskih organizacijah in sveti delovnih skupnosti v zavodih oziroma ustrezni organi delovnih skupnosti v drugih organizacijah, poklicne organizacije zavarovancev, društva upokojujencev in delovnih invalidov ter sindikalni odbori delavcev zaposlenih v zasebnem sektorju.

Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti, ki določa volilne enote, kandidiranje, volitve, ponovne in nadomestne volitve, sestavo in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost ugovora zoper nepravilnosti, roke in druge zadeve v zvezi z volitvami.

116. člen

Skupščina skupnosti šteje 45 članov.

Pravico biti voljen za člana skupščine ima vsak zavarovanec te skupnosti.

117. člen

Mandat članov skupščine traja štiri leta.

Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

118. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo,
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti,
3. z izgubo splošne volilne pravice,
4. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od 3 mesecev,
5. če se sam odpove mandatu,
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat članu skupščine več kot eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

119. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat z odpoklicem:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti,
2. če neopravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim,
3. če neopravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine skupnosti ali njenih organov.

O odpoklicu odločajo zavarovanci oziroma njihovi predstavniki, ki so člana skupščine izvolili.

B. Izvršilni odbor in komisije

120. člen

Izvršilni odbor ima 11 članov. Voli ga skupščina iz svoje srede. Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

121. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine,
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada,
3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja,

4. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, za katere je ta pristojna,

5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb,

6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv,

7. obravnava načrt in program za delo strokovne službe skupnosti in daje pripombe nanj,

8. skrbi za sklicevanje sej skupščine skupnosti ter za sklicevanje in delo njenih komisij,

9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

122. člen

Komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb:

1. rešuje ugovore zavarovanih oseb zoper odločbe izdane na prvi stopnji, o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja,

2. obravnava splošne pripombe in pritožbe zavarovanih oseb, skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.

123. člen

Komisija za probleme zdravstvenega zavarovanja opravlja zlasti te zadeve:

1. analizira pojave in probleme v zdravstvenem zavarovanju in zdravstveni službi ter predlaga ukrepe za izboljšanje zdravstvenega varstva,

2. sodeluje s strokovno službo skupnosti in službami zdravstvenih zavodov v zvezi s sklepanjem pogodb in dajanjem zdravstvenega varstva zavarovanim osebam,

3. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja zdravstvenega zavarovanja ter daje ustrezne predloge,

4. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

124. člen

Komisija za financiranje zdravstvenega zavarovanja opravlja zlasti te zadeve:

1. analizira pojave in probleme v zvezi s financiranjem zdravstvenega zavarovanja ter razpravlja o instrumentih financiranja in predlaga skupščini ustrezne ukrepe,

2. sodeluje s strokovno službo, ki opravlja strokovne, finančne in administrativno tehnične zadeve za skupnost in s službami zdravstvenih zavodov v zvezi s sklepanjem pogodb za zagotovitev zdravstvenega varstva zavarovanim osebam,

3. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja financiranja zdravstvenega zavarovanja ter s tega področja daje skupščini ustrezne predloge,

4. odloča o ugovorih zoper plačilne naloge v zvezi s prispevki,

5. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina skupnosti.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

125. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnik, program dejavnosti in sklepe o določitvi prispevkov, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev v zadevah iz prejšnjega odstavka tega člena lahko skupščina dobi:

1. na zborih zavarovancev po volilnih enotah,

2. na zborih zavarovancev po sindikalnih organizacijah,

3. z dostavo osnutka akta delovni organizaciji,

4. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov,

5. z anketiranjem zavarovancev.

126. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

1. o ukinitvi katere od pravic, ki jo določa ta statut,

2. o razdružitvi skupnosti,

3. o pripojitvi k drugi skupnosti.

Referendum o razdružitvi se lahko razpiše tudi samo za območje ene ali več občin.

127. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem — listki, kjer se na vprašanje odgovori »za« ali »proti«.

Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev.

Odločitev, sprejeta z referendumom je obvezna in velja najmanj leto dni.

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

128. člen

Skupnost sodeluje po svojih organih z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove.

Skupnost sodeluje tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij (zrak, voda, živila, higienske razmere v delovni, stanovanjski in šolski sredini, varstvu pri delu idr.), za katere so nosilci programov, sredstev in organiziranja organi in organizacije iz prvega odstavka tega člena.

129. člen

Skupnost sodeluje z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja in se dogovarja o združevanju sredstev za izvajanje skupnih ukrepov in akcij, ki so širšega skupnega pomena na področju zdravstvenega zavarovanja.

Skupnost je soustanovitelj zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

S sporazumom se določijo pravice in dolžnosti skupnega organa oziroma zveze, delovno področje, financiranje in obveznosti skupnosti do skupnega organa oziroma zveze.

130. člen

Za sodelovanje po prejšnjih dveh členih tega statuta se sklene samoupravni dogovor v pisni obliki.

Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pisni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posa-

meznih soudeležencev in drugih vprašanih, ki so pomembna za to sodelovanje.

V samoupravnem dogovoru se določijo posledice, ki zadenejo posameznika, ki ravna v nasprotju z dogovorom ter način in postopek za reševanje spornih vprašanj, ki nastopajo v zvezi z izvajanjem dogovora.

131. člen

Pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja sodeluje skupnost z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji, s katerimi sklepa pogodbe.

Podlaga za sklepanje pogodb so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb ter razpoložljiva sredstva skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev, cene zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, kot se določi v sklenjeni pogodbi.

132. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto ali za daljše obdobje, kar mora slediti iz pogodbe.

Ce se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji.

133. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko sklene sporazum s skupnostjo, da opravlja v sporazumu določene naloge zagotavljanja zdravstvenega varstva za take osebe.

S sporazumom se določijo medsebojne pravice in obveznosti ter zlasti finančne obveznosti družbeno-politične skupnosti za kritje stroškov, ki jih ima skupnost pri opravljanju teh nalog.

Sporazum se sklepa najmanj za eno leto, veljavnost sporazuma in njegovo prenehanje pa se uredi s sporazumom.

V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja spornih vprašanj v zvezi z izvajanjem sporazuma.

Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo podpisniki s tožbo pri pristojnem sodišču, če ni s sporazumom določeno razsodišče.

Sedmi del

FINANCIRANJE

134. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja in zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom zavarovancev, delovnih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavezancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki.

135. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti.

Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne, pri čemer pa se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse ali samo za posamezne nevarnosti in v okviru teh nevarnosti, še, ali samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne pravice.

Stopnje prispevkov se določajo tako, da sredstva, ki se z njimi dosega, krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotavljajo ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih nevarnosti, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe.

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev, občinske skupščine, občinski sindikalni sveti ter gospodarske in zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev po načelih družbenega dogovarjanja.

136. člen

Ce osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, lahko določi skupščina skupnosti prispevek za zdravstveno zavarovanje v pavšalnem znesku.

Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, določi osnovo za prispevek skupščina skupnosti, lahko pa se določi osnova tudi s pogodbo, s katero so bile osebe določene samostojne dejavnosti vključene v to skupnost. Skupščina skupnosti odloči, ali se del prispevka za te zavarovance določa tudi na družinskega člana zavarovanca.

137. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo določi skupnost po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

Kadar je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov povečana, lahko skupnost določi višjo tarifo za takšno delovno organizacijo oziroma za zasebnega delodajalca. Višja tarifa za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za posamezno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca ne more biti za več kot 50 % višja od redne tarife.

Na osnovi ugotovitev organov iz tretjega odstavka 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva, skupščina določi s posebnim sklepom za koliko % se poveča tarifa posamezni organizaciji oziroma zasebnemu delodajalcu. Tako povečana tarifa velja eno leto.

138. člen

Osnova za obračunavanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejemajo osebni dohodek ali nagrado, njihov bruto osebni dohodek,
2. za upokojence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja — pokojnina oziroma invalidnina,
3. za zavarovance, člane predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah,

zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo — stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za to delo,

4. za člane obrtnih in ribiških zadrug — delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi,

5. za osebe, priglase pri zavodu za zaposlovanje — poprečna osnova, po kateri prejemajo brezposelno pomoč začasne nezaposlene osebe na območju skupnosti.

Če je osnova za prispevek določena v neto znesku, se bruto stopnja preračuna na neto stopnjo.

139. člen

Za zavarovance, tuje državljane, ki so v SR Sloveniji v svojstvu in okoliščinah, na podlagi katerih so zavarovani tudi jugoslovanski državljani, na delu po posebni pogodbi o izmenjavi strokovnjakov ali po mednarodnem sporazumu, v službi pri mednarodni organizaciji ali ustanovi, ali na šolanju, je osnova za obračunavanje prispevkov bruto osebni dohodek, oziroma drugi osebni prejemki takšnega zavarovanja.

140. člen

Pri določanju stopnje prispevka in prispevka v pavšalnem znesku skupščina upošteva ali imajo po zavarovancu pravico do zdravstvenega varstva tudi družinski člani ali ne, oziroma ali so zavarovani samo družinski člani.

141. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje po tem statutu se določi posebej:

1. za zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
2. za zdravstveno zavarovanje.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje je lahko posebej določen za oblike zdravstvenega varstva, ki so po zakonu obvezne in posebej za druge pravice, o čemer odloča skupščina skupnosti.

142. člen

Prispevek za zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev:

1. delovne in druge organizacije, državni organi (nadalje: organizacije) in zasebni delodajalci za zavarovanje za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno pogodbo,
2. šole za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne pogodbe in učence drugih šol, ki so zavarovani, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom,
3. zavod za zaposlovanje za osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod,
4. organizator predvojaške vzgoje, javnih del in mladinskih delovnih akcij oziroma drugih javnih akcij za osebe, ki so na takšni vzgoji ali delih.

143. člen

Skupnosti in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odvajajo prispevke skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri službi družbenega knjigovodstva.

Ostali zavezanec za plačilo plačujejo prispevek skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri banki ali neposredno na blagajni skupnosti.

144. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije z dnem ko dvignejo sredstva za osebne dohodke,
2. za skupnosti invalidsko-pokojninskega zavarovanja s prvim dnem v mesecu, za katerega se izplačuje pokojnina oziroma invalidnina,
3. za druge zavezanec zadnji dan v mesecu za nazaj.

145. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plačuje prispevka ob zapadlosti, mora plačati kazenske (zamudne) obresti po obrestni meri 0,1% na dan od zneska nevplačanega ali nepravčasno vplačanega prispevka.

Za zavezanca prispevka po prejšnjem odstavku tega člena se smatra skupnost, delovna ali druga organizacija in zasebni delodajalci, ki so dolžni obračunavati ter odvajati prispevke za svoje delavce, ter zavarovanci, ki so sami dolžni plačevati prispevek iz svojih sredstev.

146. člen

Zavezancu prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi (zamudnimi) obrestmi.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vložijo v roku osem dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev. Ugovor se kolkuje.

Na podlagi pravočasno vloženega ugovora lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo na pristojnem sodišču.

Plačilni nalog, zoper katerega zavezanec ni ugovarjal pravočasno, postane izvršljiv.

147. člen

Na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive sodbe sodišča mora banka po zahtevi skupnosti izterjati neplačane prispevke in obresti tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Če prispevkov z obrestmi ni mogoče izterjati na način iz prvega odstavka tega člena ali jih zavezanec ne plača sam, jih mora na zahtevo skupnosti izterjati upravni organ občinske skupščine, ki je pristojen za finance, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov, oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

148. člen

Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano do konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja in je na predpisani način naznanjeno zavezancu. Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov petletni zastaralni rok. Terjatev pa je v vsakem primeru zastarana, če poteče deset let od dneva, ko je zastaranje prvič začelo teči.

149. člen

Vsi dohodki skupnosti, se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja delavcev na tri posebne račune:

1. na račun dohodkov za zagotavljanje oblik zdravstvenega varstva, ki so z zakonom določene kot obvezne,

2. na račun dohodkov za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,

3. na račun dohodkov za zagotavljanje pravic, ki jih skupnost samostojno določa.

Iz sredstev računov po prejšnjem odstavku tega člena se poravnajo obveznosti sklada ustrezno stroškom, kot nastajajo za tako razmerje pravice zavarovanih oseb.

150. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb, zdravstvenih zavodov in drugih organizacij, katerim zaupa skupnost izvajanje zdravstvenega zavarovanja, ima skupnost rezervni sklad.

151. člen

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni povprečni znesek planiranih izdatkov vseh namenskih sredstev skupnosti v tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevka.

152. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada zdravstvenega zavarovanja.

Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj za preteklo leto, vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

153. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v republiki sporazumno dogovorijo.

154. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu kot ga zagotavlja zakon in statut zavarovanim osebam, same pa niso zavarovane, se zbirajo s prispevki, ki jih plačujejo v zakonu določeni zavezanici.

Prispevek po prejšnjem odstavku se vedno določa v pavšalnem znesku.

155. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva oseb, ki jim je z zakonom zagotovljeno zdravstveno varstvo, čeprav niso zavarovane osebe in pa del stroškov za izvajanje službe.

Osmi del

SLUŽBA SKUPNOSTI

156. člen

Opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja, zagotavlja skupnost po strokovni službi komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Murska Sobota, ki opravlja te zadeve tudi za skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov, skupnost otroškega varstva in za skupnost pokojninskega zavarovanja.

Medsebojna razmerja med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje se urejajo s posebnim sporazumom.

157. člen

S sporazumom iz prejšnjega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnost,
2. pogoji za izvrševanje teh nalog,
3. način določanja povračila za delo zavoda,
4. druga medsebojna razmerja (nadzor).

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s sporazumom, se uporablja temeljni zakon o zavodih (Uradni list SFRJ, št. 5/1965) in na njegovi podlagi izdani predpisi.

Deveti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

158. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z obcinskimi skupščinami občine Murska Sobota, Lendava, Ljutomer in Gornja Radgona, da slednje pooblastijo skupščino Murska Sobota, da v njihovem imenu opravlja vse naloge in ima vse pravice, ki jim daje zakon in ta statut pri urejevanju na področju zdravstvenega zavarovanja delavcev.

159. člen

Za mladino do 18. leta starosti, ki ob začetku uporabe tega statuta, kljub zmožnosti za delo ni zaposlena, ali v učnem razmerju, začne teči rok 60 dni iz 22. člena tega statuta od 1. januarja 1971.

160. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 01/1-564/1-1970

Murska Sobota, dne 26. novembra 1970.

Skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota

Predsednik

Milan Klemenčič l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV MARIBOR

434.

Po 1., 105., 107. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na zasedanju dne 28. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

(1) Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili kmetje z območja občin Lenart, Maribor, Ormož, Ptuj in Slovenska Bistrica, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodb in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

(2) Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor, s sklepom (Uradni list SRS, št. 33-354/70).

2. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena, in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V skupnosti je zagotovljeno tudi zdravstveno varstvo osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot uživalci prevžitka ali preživnine ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjstvi člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnika, zavarovanega po drugih predpisih.

4. člen

Skupnost zagotavlja tudi drugim osebam tiste oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon kot obvezne za vse občane, če stalno prebivajo na območju katere izmed občin iz 1. člena in če ji je to nalogo poverila občinska skupščina s sporazumom, s katerim se je uredilo tudi povračilo stroškov.

5. člen

V skupnosti določajo zavarovanci v mejah zakona samostojno zase in za člane svojega gospodinjstva pravice iz zdravstvenega zavarovanja, njihov obseg in raven ter sredstva za njihovo uveljavljanje ter pri tem samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih določajo zavarovanci zase in za člane svojih gospodinjstev, veljajo tudi za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom in ki jim varstvo zagotavlja skupnost.

8. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 3. člena tega statuta s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami; pogodbe sklepa kot poslovna razmerja med enakopravnimi in samostojnimi organizacijami, ki jim je poverjeno uresničevanje zdravstvenega varstva zavarovanih oseb.

9. člen

Zaradi kar najbolj smotrne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanja in pospeševanja zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje sodeluje skupnost tudi z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti in poškodb in izboljševanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in delovnimi in drugimi organizacijami, ki so nosilke teh aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem smernic za skupne ukrepe in akcije.

12. člen

(1) Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov SR Slovenije (v nadaljnjem besedilu: zveza skupnosti). Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji, kolikor jih že ne določa zakon.

(2) Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov na območju SR Slovenije, se skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali skupnost, se ne morejo zmanjšati ali omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon oziroma statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedejujejo.

14. člen

(1) Zavarovane in druge upravičene osebe uveljavljajo svoje pravice po tem statutu tako, kot določa ta statut, splošni akt skupnosti in pogodba z zdravstveno delovno organizacijo. Zavarovane osebe morajo biti obveščene o določilih pogodbe o uveljavljanju pravic prek pravilnika o hišnem redu v zdravstveni delovni organizaciji.

(2) Če uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa ta statut.

(3) Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva, zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah tega statuta.

15. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot to določa zakon. Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

16. člen

(1) Skupnost izdaja splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

(2) Zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovanec skupnosti pravico:

— voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut;

— izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta;

— predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut;

— sodelovati v razpravah in izjavah ter zborih zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut;

— postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

(3) Organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim jih zastavljajo zavarovanci. Sklepi in stališča o takšnih vprašanjih in predlogih morajo biti dostopni zavarovancem.

17. člen

(1) Članstvo zavarovanja v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

(2) Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena tega statuta z dnem, ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

(3) Statut določa pravice, ki jih oseba iz prvega in drugega odstavka zadrži, ko preneha biti zavarovana ali upravičena do zdravstvenega varstva pri skupnosti.

18. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo zdravstvenega zavarovanja kmetov ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata zakon in statut.

Drugi del

1. Zavarovane osebe

19. člen

Za kmetijske zavarovance se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic (v smislu 20. člena tega statuta), če niso zdravstveno zavarovane na drugi podlagi, in člani njihovega gospodinjstva, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

2. Zavarovanci

20. člen

Steje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic oseba (zavarovanec-kmet):

— ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka ne glede na to, ali ima še kakšne druge dohodke;

— ki je na podlagi proizvodnega sodelovanja deloma ali v celoti svoje kmetijsko zemljišče združila z obdelovalnim zemljiščem kmetijske gospodarske organizacije in je po uspehih svojega dela in za oddano zemljišče udeležena v dohodku kmetijske gospodarske organizacije, pa ni z njo v delovnem razmerju;

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka od kmetijstva.

21. člen

Če opravljajo osebe iz 20. člena tega statuta tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

3. Zavarovani gospodinjstvi člani

22. člen

(1) Kot člani gospodinjstev zavarovancev so zavarovani:

1. ožji družinski člani — zakonec in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi), ki jih je zavarovanec dolžan preživljati;

2. širši družinski člani — starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja;

3. ostali člani gospodinjstva zavarovanca — bratje in sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po 1. in 2. točki.

(2) Otroci iz 1. točke prvega odstavka in bratje, sestre in vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka so za-

várovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če se šolajo, pa do konca rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta. Če so ti družinski člani zavarovanca prekinili šolanje zaradi bolezni, so zavarovani tudi med takšno prekinitvijo; če pa nadaljujejo šolanje pred 26. letom, se zavarovanje podaljša pri starosti za tolikšno dobo, kolikor so prekinili šolanje.

(3) Če postanejo otroci iz 1. točke prvega odstavka in bratje, sestre ter vnuki iz 2. točke prvega odstavka pred dopolnjeno predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovanec.

4. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okoliščine, ki so pogoj za njeno zavarovanje, in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico skupnosti.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

26. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

(1) Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživnine, pa z dnem, ko začno dobivati preužitek ali preživnino.

(2) Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim družinskim članom uživalca preživnine.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

29. člen

Osebam, zavarovanim v skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam za določene oblike v celoti v breme skupnosti, pri uporabi posameznih oblik pa morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

31. člen

Skupnost določi po zakonu s sklepom svoje skupščine, katere oblike zdravstvenega varstva grede v celoti v breme skupnosti in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

32. člen

(1) Vsem zavarovanim osebam grede v celoti v breme skupnosti te oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih bolezni in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave;

2. nega in zdravljenje tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice;

3. zdravstveno varstvo žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo;

4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti;

5. zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti;

6. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje;

7. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

(2) Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa zakon, in v skladu z družbenimi dogovori sprejeti program skupnosti.

33. člen

V celoti grede zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene po zakonu kot obvezne:

1. nujni prevoz duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico, in hudo poškodovanih ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnišnici;

2. ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti;

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah od 31. dne dalje;

4. kri in krvna plazma za transfuzije ter njeni produkti, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

34. člen

Deloma grede zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene v celoti na račun skupnosti že po prejšnjih dveh členih:

1. zdravniški pregledi (ambulantni, splošni, specialni in na bolnikovem domu), če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

2. zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (splošnih in specialnih bolnišnicah), če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

3. zdravniška nega in pomoč porodnicam v zdravstvenih delovnih organizacijah in na domu (pred porodom, med porodom in po porodu);

4. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje.

35. člen

Skupščina skupnosti s svojimi splošnimi akti določi, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov.

36. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso po statutu v celoti ali delno zagotovljene zavarovanim osebam, ne gredo v breme skupnosti.

37. člen

(1) Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki se dobijo samo na zdravniški recept.

(2) V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

(3) Skupščina skupnosti lahko določi seznam zdravil, ki so zavarovanim osebam zagotovljena na račun skupnosti, ali pa seznam zdravil, ki z zdravstvenim zavarovanjem niso zagotovljena, ker se lahko nadomestijo z enakovrednimi drugimi zdravili ali pa imajo predvsem prehrabeni ali kozmetični značaj. Seznam zdravil je sestavni del statuta.

(4) Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala. Skupščina pri tem lahko določi, da velja za skupnost ustrezeni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor.

(5) Indikacije za zobno protetično zdravljenje, zobna protetična sredstva, protéze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, njihove standarde in trajnostno dobo določa skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom. Skupščina pri tem lahko določi, da velja za skupnost ustrezeni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor.

38. člen

(1) Zavarovanci-kmetje, ki so bili udeleženci španske državljanske vojne, in tisti, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945, ter njihovi ožji družinski člani, imajo poleg pravic, ki jim pripadajo kot zavarovanim osebam pri skupnosti, v breme SR Slovenije še pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, ki je zagotovljen zavarovancem-delavcem in njihovim ožjim družinskim članom v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor.

(2) Zavarovancem-kmetom-borcem narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 in španskim borcem, je v skupnosti za-

gotovljeno poleg zdravstvenega varstva iz prvega odstavka v breme SR Slovenije tudi podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

(3) Stroški za obseg zdravstvenega varstva po prejšnjih odstavkih tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen zavarovancem-kmetom in njihovim družinskim članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

39. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do preteka 30 dni po dnevu, ko izgubi lastnost zavarovane osebe. Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje po izgubi lastnosti zavarovane osebe, dokler se ne ugotovi invalidnost I. kategorije oziroma nastanek nezmožnosti za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

40. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po tem statutu, v zdravstvenih delovnih organizacijah in pri zdravnikih, ki si jih prosto izberejo. Skupnost plača stroške, ki gredo v njeno breme, neposredno zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo, oziroma v katero je zavarovano osebo napotil njen organ. Če je zavarovana oseba uporabila zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji, ji skupnost povrne stroške do zneska, kolikor bi morala plačati za enake vrste zdravstvenega varstva zdravstveni delovni organizaciji, s katero ima sklenjeno pogodbo.

41. člen

(1) Med bivanjem v tujini se sme zavarovani osebi odobriti povračilo stroškov za nujno zdravstveno pomoč v prvih treh mesecih bivanja v tujini in za nujno zdravljenje v bolnišnici, ki se je začelo v tem roku. Zavarovani osebi pa se vselej povrnejo stroški v domači valuti za zdravstveno pomoč v tujini do zneska, kolikor bi po tem statutu bremenili skupnost stroški za podobno zdravljenje v domovini.

(2) V primerih iz prejšnjega odstavka mora zavarovana oseba prispevati k stroškom enak znesek, kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

(3) Skupnost sme, upoštevajoč svoja sredstva, napotiti zavarovano osebo na pregled ali zdravljenje v tujino, če strokovni kolegij ustrezne klinike ugotovi, da uspešno zdravljenje v državi ni mogoče, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh, v tem primeru plača skupnost celotne stroške takšnega zdravstvenega varstva v tujini.

42. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzroči s tem, da se neupravičeno ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda zdravstvene delovne organizacije, v kateri se zdravi.

43. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. člena.

Četrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

44. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo v breme skupnosti s potrjeno zdravstveno izkaznico.

45. člen

(1) Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki, zapadli do konca preteklega leta.

(2) Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov iz prejšnjega leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

(3) Obrazec izkaznice določi s sklepom skupnost po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

46. člen

Oseba, ki je zajeta v zdravstveno zavarovanje kmetov, mora pri skupnosti vložiti v 8 dneh od pridobitve lastnosti zavarovane osebe prijavo v zavarovanje na način, ki ga določajo predpisi o evidencah zdravstvenega zavarovanja; v istem roku mora prijaviti zavarovanje svojih gospodinjskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

47. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva izkaz o podlagi zavarovanja.

48. člen

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje, odreče lastnost zavarovane osebe, ji izda pismeno odločbo. Prijavitelj in oseba, ki se ji je odrekla ta lastnost, se lahko pritožita zoper odločbo v 30 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine skupnosti za pritožbe. Po dokončni odločbi lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

49. člen

Zavarovanim osebam se mora nuditi zdravstveno varstvo v zdravstvenih delovnih organizacijah na sodobni način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev. Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja pri predstojniku zdravstvene delovne organizacije ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva za zavarovano osebo od zdravstvene delovne organizacije, ustrezno varstvo po tem statutu in predpisih o zdravstvu.

50. člen

(1) Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravnikih splošne prakse na območju skupnosti. Zdravstveno varstvo pri zdravniških specialistih in v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika splošne prakse, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu. Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno na zobne terapevte, travmatologe, ginekologe, pediatrije, dermatologe, venerologe, okuliste (zaradi predpisa očal) in na zdravnike v dispanzerjih in v zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

(2) Zdravstveni delavci iz prejšnjega odstavka smejo napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

51. člen

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 50. člena tega statuta, trpi skupnost stroške do višine, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih, ako potrdi pristojni zdravnik splošne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji potrebno.

52. člen

(1) O zahtevku zavarovane osebe, ki mu skupnost ne ugodí, se izda na njeno zahtevo pismena odločba. Odločbo na prvi stopnji izda ob smiselni oziroma primerni uporabi predpisov o splošnem upravnem postopku kot poedinec pooblaščen organ skupnosti. Zoper odločbo se lahko zavarovana oseba pritoži v 30 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine za pritožbe. Po dokončni odločbi lahko uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

(2) Smiselna oziroma primerna uporaba predpisov o splošnem upravnem postopku velja za uporabo temeljnih načel postopka, povrnitev v prejšnje stanje in uporabo določb o postopku na prvi in drugi stopnji, ob izrednih pravnih sredstvih pa za uporabo določb o obnovi postopka zaradi kakšnega novega dejstva ali dokaza.

53. člen

(1) Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo, in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjskega člana.

(2) Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

54. člen

Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki ga zagotavlja skupnost.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

55. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki se določí za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
5. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

56. člen

(1) Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1. in 2. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupnost. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člane zavarovančevega gospodinjstva.

(2) Višina oziroma stopnja prispevka se določa praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

(3) Obremenitev s prispevki in z deležem zavarovanih oseb pri kritju stroškov za posamezne oblike zdravstvenega varstva ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvrčala od uporabe zdravstvenega varstva.

57. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin;
2. dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne všteto v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov;
4. drugi dohodki zavarovancev in njihovih gospodinjstev članov zunaj kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah ali pri gospodarskih organizacijah in drugih fizičnih osebah.

58. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkov občanov.

59. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Ta prispevek se obračunava od izplačanega kosmatega zaslužka.

60. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačena v pravicah z zavarovanimi osebami v zdravstvenem zavarovanju kmetov (3. člen tega statuta), se plačujejo v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti.

61. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 3. člena tega statuta so:

1. za preužitkarje — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
2. za osebe, ki prejemajo preživnino — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
3. za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi — lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinjstve skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

62. člen

(1) Sredstva po prejšnjem členu vodi skupnost na posebnem računu.

(2) Finančni načrt in zaključni račun za ta sredstva predloži skupnost v obravnavo tudi občinski skupščini na svojem območju.

63. člen

(1) Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba, ki po sklepu skupnosti izvaja zdravstveno zavarovanje kmetov.

(2) Skupnost se lahko dogovori z občinskimi skupščinami, da njihove davčne uprave odmerjajo in izterjujejo prispevke od zavarovancev.

64. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo zunaj delovnega razmerja kmeta-zavarovanca ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra priglasiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

65. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezance prispevka iz 1. točke 55. člena — 45. dan v trimesečju;
2. za zavezance prispevka iz 2. točke 55. člena — ob izplačilu zaslužka za občasna dela;
3. za zavezance prispevka iz 3. in 4. točke 55. člena — zadnji dan v mesecu za nazaj;
4. za zavezance prispevka iz 5. točke 55. člena — kot določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

66. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazenske obresti pa obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

67. člen

(1) Zavezancu prispevka, ki je v zaostanku s plačilom prispevka, izda skupnost plačilni nalog, da mora v 8 dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

(2) Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vloži v roku 8 dni po prejemu plačilnega naloga pri komisiji skupščine za pritožbe. Ugovor se kolkuje.

(3) Na podlagi pravočasno vloženega ugovora lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

(4) Plačilni nalog, zoper katerega zavezanec ni ugovarjal pravočasno, postane izvršljiv.

68. člen

Če zavezanec prispevka niti na poziv ne plača sam zapadlih prispevkov, jih mora na zahtevo skupnosti izterjati občinski organ davčne službe po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi prispevkov in davkov občanov, oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

69. člen

(1) Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano od konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

(2) Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja, in je na predpisani način sporočeno zavezancu.

(3) Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov zastaralni rok. Terjatev pa je v vsakem primeru zastarana, če poteče deset let od dneva, ko je zastaranje prvič začelo teči.

70. člen

(1) Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov (v nadaljnjem besedilu: sklad) se določajo s finančnim načrtom dohodkov in izdatkov sklada in sicer posebej za zavarovane osebe in posebej za izenačene osebe iz 3. člena tega statuta.

(2) Za obe skupini oseb iz prejšnjega odstavka se vodijo ločeno stroški za obvezne oblike zdravstvenega varstva in ločeno za druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa skupnost.

71. člen

(1) Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb in zdravstvenih, delovnih in drugih organizacij ima skupnost rezervni sklad.

(2) Obvezna rezerva mora znašati najmanj enome-sečni poprečni znesek planiranih izdatkov sklada v tekočem letu.

(3) Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od začetka uveljavitve tega statuta.

(4) Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevkov.

72. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada. Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj za preteklo leto, vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

73. člen

(1) Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom, in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov SR Slovenije sporazumno dogovorijo.

(2) Sredstva sklada za zdravstveno pozavarovanje se razporejajo s finančnim načrtom na podlagi premij, ki jih plačujejo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov iz svojih dohodkov.

Šesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

74. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci-kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

75. člen

(1) Splošni akti skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi organov skupnosti, ki na splošno določajo pravice in dolžnosti, programi in samoupravni dogovori.

(2) Splošni akti skupnosti začnejo veljati 8. dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrečno drugače določeno.

(3) Splošni akti, ki zadevajo pravice oziroma obveznosti zavarovanih oseb skupnosti, se objavljajo v Uradnem listu SRS.

76. člen

(1) Skupnost je pravna oseba.

(2) Sedež skupnosti je v Mariboru, Sodna ulica 15.

77. člen

(1) Skupnost ima svoj pečat in stampiljko.

(2) Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: »Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov«, sedež: »Maribor« je naveden v sredini.

(3) Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti

78. člen

(1) Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo tvorijo predstavniki zavarovancev.

(2) Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

(3) Skupnost ima komisijo za reševanje pritožb, lahko pa imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti

79. člen

(1) Skupščina skupnosti opravlja zlasti sledeče zadeve:

1) sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanih statut in pravilnike, predvidene v statutu;

2) sprejema program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb ter določa politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3) določa obliko organizacije strokovne službe za izvajanje zavarovanja na območju skupnosti;

4) obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnjo prispevkov;

5) sklepa o finančnem načrtu in o zaključnem računu skladov skupnosti;

6) odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je treba predlagati s tem v zvezi;

7) obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti;

8) sodeluje z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore;

9) odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji;

10) odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določajo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

11) izvoli izvršilni odbor in komisije skupščine za opravljanje določenih nalog;

12) opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost, glede katerih ni izrečno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

(2) Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

80. člen

Skupščina sprejme poslovnik za svoje delo in za delo izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

81. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovalci-kmetje po pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

82. člen

(1) Pravilnik o volitvah članov skupščine sprejme skupščina.

(2) V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

(3) V pravilniku se določijo tudi pogoji in način odpoklica članov skupščine.

83. člen

(1) Skupščina šteje 50 članov.

(2) Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovanec-kmet z območja skupnosti, ki je polnoleten.

84. člen

(1) Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta.

(2) Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

85. člen

(1) Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1) s smrtjo;

2) z izgubo lastnosti zavarovanca v skupnosti;

3) če je s pravnomočno odločbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 3 mesecev;

4) če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;

5) z odpoklicem.

(2) Če preneha mandat več kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

86. člen

(1) Član skupščine je lahko odpoklican:

1) če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti;

2) če neupravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim;

3) če neupravičeno daljši čas ne sodeluje na zasedanjih skupščine ali njenih organov.

(2) O odpoklicu odločajo zavarovalci po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

b) Izvršilni odbor in komisije

87. člen

(1) Izvršilni odbor ima 7 članov. Izvršilni odbor voli skupščina izmed svojih članov.

(2) Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

(3) Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

88. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti te zadeve:

1) skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;

2) predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;

3) predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

4) predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je ta pristojna;

5) skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;

6) skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;

7) obravnava načrt in program za delo strokovne službe skupnosti in daje pripombe nanj;

8) skrbi za sklicevanje zasedanj skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij;

9) opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

89. člen

(1) Komisija za reševanje pritožb:

1) rešuje pritožbe zavarovanih in drugih upravičenih oseb zoper odločbe skupnosti o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;

2) obravnava pripombe in pritožbe zavarovanih in drugih oseb, ki jim skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo, ter drugih skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja.

(2) Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu.

90. člen

(1) Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju pritožb zoper odločbe skupnosti in za posredovanje ob ugovorih zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih delovnih organizacijah in pri zdravnikih imenuje skupščina zdravniško komisijo. Zdravniška komisija šteje tri člane in vsaj dva namestnika. Člani zdravniške komisije se imenujejo izmed zdravnikov, ki imajo dopolnjenih vsaj pet let prakse splošnega zdravnika pri delu z zdravstveno zavarovanimi osebami. Zdravniška komisija opravlja tudi druge naloge, ki jih ji poveri skupščina ali izvršilni odbor. Postopek zdravniške komisije se uredi z aktom o imenovanju.

(2) Skupščina lahko pooblasti za naloge iz prvega odstavka zdravniško komisijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor.

c) Zbori zavarovancev

91. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin oziroma krajevnih skupnosti zbor zavarovancev.

92. člen

- (1) Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:
 - 1) razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
 - 2) razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;
 - 3) obravnavajo letno poročilo skupnosti;
 - 4) dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.
- (2) Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zbora zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

93. člen

- (1) Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnike ali sklepe, ki na splošno določajo pravice in dolžnosti, mora dobiti mnenje zavarovancev.
- (2) Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:
 - 1) na posvetovanjih z zavarovanci na zborih zavarovancev;
 - 2) z objavo glavnih značilnosti predvidenega splošnega akta v krajevnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
 - 3) z anketiranjem zavarovancev.

94. člen

- (1) Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.
- (2) Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:
 - 1) o uvedbi in o ukinitvi katere od pravic;
 - 2) o združitvi skupnosti;
 - 3) o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.
- (3) Referendum o razdružitvi ali izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

95. člen

- (1) Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem (listki), kjer se na vprašanje odgovori z »za« ali »proti«.
- (2) Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev-kmetov.
- (3) Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot polovica vseh zavarovancev-kmetov v skupnosti.
- (4) Odločitev, sprejeta na referendumu, je obvezna in velja najmanj eno leto.

4 Sodelovanje skupnosti z organi družbeno-političnih skupnosti, drugih skupnosti zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenih delovnih organizacij ter njihovih združenj in drugih organizacij

96. člen

- (1) Skupnost sodeluje z organi drugih organizacij in z organi družbeno-političnih skupnosti pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega

varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z organi drugih skupnosti zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

- (2) Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih soudeležencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

97. člen

- (1) Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost izvršilni odbor skupnosti po smernicah in pooblastilu skupščine.

- (2) Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

- (3) S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva, zlasti oblika in kakovost zdravstvenega varstva ter cene zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa. Natančneje se določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva, pogoji način in postopek za uveljavljanje zdravstvenega varstva ter nadzorstvo nad izpolnjevanjem sprejetih obveznosti, kakor še pogoji, način in rok plačevanja zdravstvenih storitev.

- (4) Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali njenim združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in po postopku, ki se določi v pogodbi.

98. člen

- (1) Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami praviloma za daljše obdobje, najmanj pa za eno leto.

- (2) Če se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji glede na predpise zakona o zdravstvu (Uradni list SRS, št. 26-146/70).

99. člen

- (1) Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

- (2) S sporazumom se določijo medsebojne pravice in obveznosti, zlasti pa finančne obveznosti družbeno-političnih skupnosti za kritje stroškov, ki jih ima skupnost pri opravljanju teh nalog.

- (3) Sporazum se sklepa najmanj za eno leto ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbená stranka zahteva njegovo spremembo.

- (4) V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja spornih vprašanj v zvezi z izvajanjem sporazuma.

(5) Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo podpisniki s tožbo pri pristojnem sodišču, če ni s sporazumom določeno razsodišče.

Sedmi del

STROKOVNA SLUŽBA SKUPNOSTI ZA IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

100. člen

Opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skupnost po strokovni službi komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Maribor (v nadaljnjem besedilu: komunalni zavod), ki opravlja te zadeve tudi za skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor.

101. člen

O nalogah iz prejšnjega člena sklene skupnost s komunalnim zavodom pogodbo, v kateri uredita natančneje medsebojne pravice in obveznosti.

102. člen

V pogodbi iz 100. člena se določijo zlasti:

- 1) temeljne naloge, ki jih komunalni zavod opravlja za skupnost;
- 2) pogoji za izvrševanje teh nalog;
- 3) način določanja povračila za delo komunalnega zavoda;
- 4) druga medsebojna razmerja (zlasti nadzor nad opravljanjem dela).

103. člen

(1) Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s pogodbo, se uporablja temeljni zakon o zavodih (Uradni list SFRJ, št. 5/65, št. 50/68 in št. 55/69) in na njegovi podlagi izdani predpisi.

(2) Za pravilno poslovanje v okviru pogodbe iz 100. člena tega statuta je odgovoren skupščini skupnosti direktor komunalnega zavoda.

(3) Prvostopne odločbe o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja po tem statutu podpisuje direktor komunalnega zavoda.

Osmi del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

104. člen

Skupnost izpelje volitve organov skupnosti na podlagi tega statuta in drugih splošnih aktov najkasneje do 30. junija 1971.

105. člen

Do konca leta 1970 posluje skupnost po dosedanjih predpisih.

106. člen

Skupnost prevzame nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor.

107. člen

(1) Zavezanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega za-

varovanja kmetov na dan 31. decembra 1970, plačevati tudi po tem dnevu, če se obveznosti plačevanja prispevka nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavarovance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem kmetov.

(2) Vplačila iz prejšnjega odstavka opravijo zavezanci prispevka v korist skupnosti.

108. člen

(1) Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začnejo uporabljati ta statut in splošni akti skupnosti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah tega statuta in splošnih aktov skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dospele pravice, ki še niso bile uresničene.

(2) Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah tega statuta in splošnih aktov skupnosti ne izpolnjujejo predpisanih pogojev za uživanje pravic, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, nadaljujejo začeto uporabo teh pravic, kakor da izpolnjujejo pogoje, predpisane s tem statutom in s splošnimi akti skupnosti.

109. člen

Zdravstvene izkaznice, izdane po dosedanjih predpisih, ostanejo v veljavi, dokler jih skupnost ne zamenja z novimi.

110. člen

(1) Zavarovanci in njihovi zavarovani gospodinjstvi člani, ki imajo na dan uveljavitve tega statuta po dosedanjih predpisih lastnost zavarovanca ali gospodinjstvskega člana, obdržijo brez prijave v zavarovanje to lastnost tudi po tem statutu vse dotlej, dokler se po določbah tega statuta ne ugotovi, da te lastnosti nimajo oziroma da ne izpolnjujejo pogojev po tem statutu za priznanje lastnosti zavarovanca ali zavarovanega gospodinjstvskega člana.

(2) Z dnem, ko je po določbah tega statuta dokončno ugotovljeno, da osebe iz prejšnjega odstavka nimajo lastnosti zavarovane osebe, oziroma da ne izpolnjujejo pogojev za priznanje lastnosti zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvenih izkaznic, izdanih tem osebam.

111. člen

(1) O pritožbah zavarovanih oseb, vloženi in nerešeni do 31. decembra 1970, odločajo organi, ki so določeni s tem statutom za odločanje na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

(2) Upravni spori, ki 31. decembra 1970 še niso rešeni s pravnomočno sodbo, se rešujejo po dosedanjih predpisih.

112. člen

Do izdaje zakona, s katerim bodo urejena vprašanja povračila škode, povzročene skupnostim socialnega zavarovanja v zvezi s socialnim zavarovanjem, se bodo uporabljale določbe temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24/65, št. 57/65, št. 29/66, št. 52/66, št. 12/67 in št. 54/67), s katerimi so urejena ta vprašanja.

113. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prenehajo veljati statut komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor in na njegovi podlagi izdani splošni akti.

114. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 022-26/70

Maribor, dne 28. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik
Martin Slodnjak l. r.

435.

Po 117., 126. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s 14. členom in 1. točko prvega odstavka 79. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na zasedanju dne 28. novembra 1970

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja

I. SPLOSNE DOLOČBE

1. člen

(1) Ta pravilnik natančneje določa pogoje in način za uveljavljanje posameznih pravic oziroma postopek za odločanje o vseh pravicah iz zdravstvenega zavarovanja, ki ga zagotavlja zavarovanim osebam skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (v nadaljnjem besedilu: skupnost) po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in po statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: statut) na račun sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov (v nadaljnjem besedilu: sklad).

(2) Določbe tega pravilnika veljajo za vse zavarovane osebe skupnosti in za druge upravičence, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost v breme posebnih ločenih sredstev.

2. člen

(1) Lastnost zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico v smislu prvega odstavka 45. člena statuta.

(2) Upravičenci, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost, uveljavljajo zdravstveno varstvo v breme skupnosti z ustrezno listino (izkazilom).

(3) Kdor uveljavi zdravstveno varstvo brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva, mora založiti stroške. Povračilo zdravstvenih stroškov se uveljavi po 40. in 51. členu statuta, ki se primerno uporabljata tudi za upravičence, ki jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno pri skupnosti.

(4) Nujna zdravstvena pomoč (prva pomoč) se uveljavi tudi brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva.

3. člen

(1) Zavarovana oseba je upravičena do nujne zdravstvene pomoči (prve pomoči) pri katerikoli zdravstveni delovni organizaciji, splošnem zdravniku ali zdravniku-specialistu, vendar ima skupnost v teh primerih pravico presojeti utemeljenost uveljavljanja takšne pomoči v zvezi z odločanjem o višini stroškov, ki bremenijo sklad.

(2) Sklad je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, ki nastanejo v zvezi z uveljavljanjem pravic na podlagi zakona, statuta skupnosti in tega pravilnika, razen obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev, kolikor ne gre za pravice iz zdravstvenega varstva, pri katerega stroških upravičenec ne sodeluje.

4. člen

(1) O vseh spornih zadevah ob izvajanju tega pravilnika se odloča na prvi stopnji po določbah 52. člena statuta, pri čemer je treba glede na naravo zadeve upoštevati tudi strokovna zdravniška oziroma komisij-ska mnenja.

(2) Če se zahtevku ne ugodí v celoti ali zavarovana oziroma upravičena oseba to zahteva, je treba izdati pismeno odločbo, zoper katero je možna pritožba.

(3) Za uveljavljanje pravic v primerih, ki niso nadrobneje opredeljeni s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določbe zakona in statuta.

5. člen

(1) Pravilnik vsebuje določbe o postopku, po katerem se uveljavljajo:

1. prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravnika;
2. ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu;
3. bolnišnično zdravljenje;
4. zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti;
5. povračila oziroma način zaračunavanja in obseg stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika;
6. način uporabe prevoznih sredstev;
7. način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino.

(2) Nadalje vsebuje pravilnik določbe, s katerimi se ureja posebno varstvo za mladino in borce NOV:

- a) proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave;

- b) zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva;
- c) podaljšano in nadomestno bolnišnično zdravljenje.

II. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. Prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravnika

6. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico uveljaviti zdravstveno varstvo po prosti izbiri pri zdravstvenih delovnih organizacijah, s katerimi je skupnost sklenila pogodbe o izvajanju zdravstvenega varstva.

(2) Kadar zdravstvene delovne organizacije iz prvega odstavka tega člena ne morejo dati ustrezne zdravstvene pomoči, sme uveljaviti zavarovana oseba pravico proste izbire zdravstvene delovne organizacije med najbližjimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki lahko nudijo takšno storitev.

7. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico, da si v zdravstveni delovni organizaciji, ki si jo je izbrala, neposredno izbere katerega koli splošnega zdravnika ali zobnega terapevta, zdravnika-specialista pa le — če ne gre za stacionarno zdravljenje — za tako specialistično zdravljenje, ki ga sme po prvem odstavku 50. člena statuta uveljaviti neposredno.

(2) Zdravnik sme odkloniti izbor zavarovane osebe, kadar je njegova zmogljivost v celoti izkoriščena. To ugotovi zdravnikov neposredni predstojnik v zdravstveni delovni organizaciji.

8. člen

(1) Na način iz 7. člena izbrani splošni zdravnik je izbrani zdravnik po določbah 40. člena statuta.

(2) Kot izbrani zdravnik šteje tisti splošni zdravnik, pri katerem uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo prvič v posameznem koledarskem letu.

(3) Podatek o izbranem zdravniku se vnese v zdravstveno izkaznico zavarovane osebe.

(4) Ker zaradi organizacije dela zdravstvenih delovnih organizacij zavarovane osebe nimajo vselej možnosti obračati se samo na izbranega zdravnika, jih mora v takšnem primeru sprejeti drugi zdravnik iste zdravstvene delovne organizacije, ki pa je dolžan izvide in način zdravljenja zabeležiti v medicinskem gradivu zavarovane osebe pri izbranem zdravniku.

(5) Ker velja opredelitev izbranega zdravnika po 40. členu statuta praviloma za eno koledarsko leto, ne more zavarovana oseba med istim koledarskim letom, niti med zdravljenjem akutnih bolezni, menjati izbranega zdravnika, razen v primerih iz 9. člena.

9. člen

(1) Kot upravičen vzrok, zaradi katerega sme zavarovana oseba spremeniti izbranega zdravnika v istem koledarskem letu, šteje:

- a) sprememba prebivališča zavarovane osebe;
- b) sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa izbranega zdravnika;
- c) spor ali težji nesporazum med zavarovano osebo in izbranim zdravnikom, zaradi katerega je omajano zaupanje zavarovane osebe v zdravnika.

(2) Upravičenost spremembe izbranega zdravnika v primerih iz točke c) prejšnjega odstavka presoja zdrav-

nikov neposredni predstojnik v zdravstveni delovni organizaciji, pri kateri je uveljavljala zavarovana oseba zdravstveno varstvo do vzroka za spremembo.

(3) Če med zavarovano osebo in ustreznim predstojnikom v zdravstveni delovni organizaciji ne pride do sporazuma glede upravičenosti spremembe izbranega zdravnika, presoja o upravičenosti spremembe zdravniška komisija skupnosti.

2. Ambulantno zdravljenje in zdravljenje na domu

a) Zdravljenje v zdravstveni delovni organizaciji

10. člen

(1) Temeljno ambulantno zdravljenje (splošno in zobno) uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (splošni ambulant, obratni ambulant, zobni ambulant, dispanzerju itd.) oziroma pri splošnem zdravniku ali zobnem terapevtu, ki si ga je izbrala po določbah 8. člena tega pravilnika.

(2) Zavarovana oseba sme neposredno uveljaviti tudi specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih s prvega odstavka 50. člena statuta, ki si jih je izbrala po določbah tega pravilnika.

(3) Pri drugih zdravnikih-specialistih sme zavarovana oseba neposredno uveljaviti specialistično ambulantno zdravljenje le, če potrebuje nujno zdravstveno pomoč.

(4) Po prvem in drugem odstavku izbranih zdravnikov (v nadaljnjem besedilu: posamezni zdravnik) ima po določbah tega pravilnika pristojnosti posameznega zdravnika.

11. člen

(1) Specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih, na katere se zavarovana oseba ne sme neposredno obračati, se uveljavi praviloma po napotnici posameznega zdravnika. Napotnica se ne zahteva za ponovne preglede pri istem zdravniku-specialistu, ako ta sam naroči zavarovano osebo zaradi nadaljevanja zdravljenja oziroma jo pošlje k njemu posamezni zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen, kakor tudi ne, kadar terja takojšen pregled narava bolezn.

(2) Napotnica velja za posamezni konziliarni pregled in tiste dodatne preglede, ki so po mnenju zdravnika-specialista, h kateremu je zavarovana oseba napotena (v nadaljnjem besedilu: konziliarni zdravnik), nujni za popolno diagnostično obdelavo.

(3) Po napotnici posameznega zdravnika sprejme konziliarni zdravnik zavarovano osebo tudi na zdravljenje, če je to nujno glede na značaj bolezni.

(4) Zavarovana oseba, ki je sama zahtevala pregled pri konziliarnem zdravniku, ta pregled pa iz medicinskih razlogov ni bil potreben, je sama plačnik takšnega konziliarnega pregleda.

12. člen

Po opravljenem pregledu pri konziliarnem zdravniku se mora zavarovana oseba z njegovim izvidom in mnenjem takoj javiti posameznemu zdravniku, ki je izdal napotnico za specialistični pregled.

13. člen

(1) Na pobudo zdravstvene delovne organizacije izven območja skupnosti, v kateri je zavarovana oseba uveljavila zdravljenje, ker ji zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti ne morejo dati ustre-

ne zdravstvene pomoči, izda posamezni zdravnik po lastnem preudarku napotnico za tri kontrolne preglede zavarovane osebe. Za take kontrolne preglede štejejo zlasti pregledi po daljšem bolnišničnem zdravljenju, pregledi v zvezi z operacijami itd., ne pa konziliarni pregledi.

(2) Napotnico za morebitne nadaljnje kontrolne preglede zavarovane osebe v zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti izda posamezni zdravnik, kolikor zdravniška komisija skupnosti da ustrezno mnenje.

b) Obisk zdravnika na domu

14. člen

(1) Zavarovana oseba je glede na svoje zdravstveno stanje upravičena zahtevati zdravniški obisk na domu:

1. v primeru nujnosti in
2. kadar ni možna sama priti v zdravstveno delovno organizacijo.

(2) Hišni zdravniški obisk mora naročiti pri pristojni zdravniški dežurni službi oziroma pri zdravniku najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

15. člen

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben. O tem odloči pooblaščen organ skupnosti ob primerni uporabi 42. člena statuta.

c) Zdravljenje na domu

16. člen

(1) Na pobudo posameznega ali konziliarnega zdravnika se izvaja glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe zdravljenje na domu.

(2) Pri pobudi iz prvega odstavka je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primerenost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji pa ni nujno oziroma ni na voljo potrebnega prostora.

17. člen

(1) Zavarovano osebo zdravi na domu zdravnik, ki opravlja hišne obiske na domu in po potrebi odreja tudi strokovno nego zavarovane osebe med hišnim zdravljenjem.

(2) Strokovno nego zagotavlja patronažna služba oziroma delovna enota za nego bolnika na domu zdravstvene delovne organizacije, ki je pristojna po prebivališču zavarovane osebe.

č) Zdravila v zvezi z zdravljenjem izven stacionarne zdravstvene delovne organizacije

18. člen

Zavarovani osebi so zagotovljena na račun sklada zdravila, ki se dobijo samo na recept in so registrirana v državi, in sicer v smislu določb drugega do četrtega odstavka 37. člena statuta.

19. člen

(1) Ako so na voljo zdravila domače proizvodnje in uvožena zdravila, je zavarovana oseba prvenstveno upravičena do domačih zdravil.

(2) Če želi zavarovana oseba uvoženo zdravilo, ki je enake sestavine in učinka kot domače, mora plačati poleg obveznega prispevka tudi razliko v ceni med domačim in uvoženim zdravilom.

(3) Zavarovani osebi, ki je v tujini sama nabavila zdravila, ki so sicer registrirana v naši državi, vendar pa jih začasno ni v prodaji, niti ni v prodaji ustreznih domačih zdravil, gre povračilo stroškov v višini prodajne cene takšnega zdravila v državi po odbitku obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za zdravila.

3. Bolnišnično zdravljenje

20. člen

Bolnišnično zdravljenje uveljavlja zavarovana oseba praviloma z napotnico posameznega ali konziliarnega zdravnika, ki je sprejel zavarovano osebo v zdravljenje.

21. člen

Zavarovana oseba sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. Oceno nujnosti poda zdravnik bolnišnice.

22. člen

(1) Če zavarovana oseba ni sprejeta na zdravljenje v bolnišnico, je upravičena zahtevati, da se na napotnici navede razlog odklonitve sprejema. Kadar gre za odklonitev sprejema zaradi pomanjkanja prostega mesta, je zavarovana oseba upravičena zahtevati, da se na napotnici navede tudi, kdaj bo sprejem mogoč in zagotovljeno prosto mesto.

(2) Zavarovana oseba, ki ni sprejeta v bolnišnico, mora to takoj sporočiti zdravniku, ki jo je napotil v bolnišnico.

23. člen

(1) Zavarovana oseba uveljavlja bolnišnično zdravljenje praviloma v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti ali drugi najbližji splošni bolnišnici glede na kraj svojega prebivališča.

(2) V specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah uveljavlja zavarovana oseba bolnišnično zdravljenje praviloma le, kadar gre za zdravljenje, ki ga bolnišnice iz prvega odstavka ne morejo dati oziroma ob ponovnem obolenju za isto boleznijo, zaradi katere se je zavarovana oseba že zdravila v specialnih oziroma kliničnih bolnišnicah.

24. člen

(1) Napotnico za zdravljenje v specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah izda zavarovani osebi posamezni oziroma konziliarni zdravnik, potem ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz drugega odstavka 23. člena.

(2) Splošne bolnišnice smejo izdati zavarovani osebi tudi same napotnico, predvideno v prvem odstavku.

4. Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti

25. člen

(1) Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti (potovanja, dopusti, šolanje itd.) uveljavlja zavarovana oseba pri ustreznih zdravstveni delovni organizaciji na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov, pristojne po začasnem prebivališču. V tem primeru prispeva k stroškom za

zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje, na katerem ji je opravljena zdravstvena storitev.

(2) Če je za zdravstveno varstvo iz prvega odstavka nujno bolnišnično zdravljenje, gredo stroški takega zdravljenja do treh mesecev na račun sklada. Če pa traja bolnišnično zdravljenje dalj kot tri mesece, gre od prvega dne četrtega meseca dalje na račun sklada samo toliko stroškov, kolikor bi stalo takšno zdravljenje v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti.

5. Povračilo oziroma način zaračunavanja in obseg stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika

26. člen

(1) Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik, sme zahtevati povračilo stroškov. O zahtevi odloči pooblaščen organ skupnosti v postopku po 51. členu statuta.

(2) Povračilo zdravstvenih stroškov zahteva zavarovana oseba z dokazili o plačilu teh stroškov. Povračilo zdravstvenih stroškov se prizna največ do višine, ki bi šla na račun sklada v smislu 51. člena statuta.

(3) Na način iz prvega odstavka postopka strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote tudi v primeru zavarovane osebe, ki predhodno sporoči, da bo uveljavljala zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik. Zavarovana oseba dobi na svojo zahtevo potrdilo, da sme uveljaviti zdravstveno varstvo na račun sklada v obsegu, ki ga določa drugi odstavek.

27. člen

Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo mimo obsega, ki je zagotovljen kot pravica po zakonu in statutu skupnosti, ji zaračuna zdravstvena delovna organizacija stroške nad obsegom zagotavljenega zdravstvenega varstva. Zavarovana oseba nima pravice do povračila teh zdravstvenih stroškov.

6. Način uporabe prevoznih sredstev

28. člen

V zvezi z nujno zdravstveno pomočjo in v drugih zdravstveno utemeljenih primerih iz 1. točke 33. člena statuta lahko dovoli zdravnik, zdravstvena delovna organizacija, zdravniška komisija in strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote uporabo posebnega prevoznega sredstva (reševalnega vozila, gorskega reševalnega čolna, osebne avtomobila itd.) ali kakšnega drugega primerne načina prenosa oziroma prevoza (v okviru gorske reševalne službe, vprežni voz itd.) do najbližje stacionarne zdravstvene delovne organizacije.

29. člen

Stroški za prevoz iz 28. člena se povrnejo zavarovani osebi, če prevoz ni bil opravljen na račun sklada z reševalnim vozilom oziroma v okviru gorske reševalne službe, ampak na drug najugodnejši način (osebni avtomobil vprežni voz itd.). Stroški se povrnejo na podlagi predloženega računa in zdravniškega potrdila o nujnosti takega prevoza glede na določbe 1. točke 33. člena statuta, vendar največ v višini, ki jo določi izvršilni odbor skupščine skupnosti.

7. Način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino

30. člen

(1) Zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo med prebivanjem v tujini v skladu s prvim odstavkom 41. člena statuta pod pogojem, da si je pred odhodom v tujino izposlovala medicinsko strokovno ugotovitev o svojem zdravstvenem stanju.

(2) Strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju za prebivanje v evropskih državah izda zavarovani osebi posamezni zdravnik. Ob odhodu v državo, kjer se podnebne razmere bistveno razlikujejo od podnebja v Jugoslaviji, je pristojna izdati strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju zdravniška komisija skupnosti.

(3) Zaradi napotitve k posameznemu zdravniku, ki zbere potrebno medicinsko gradivo za strokovno ugotovitev iz prvega odstavka, se mora zavarovana oseba predhodno zglasiti pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enotah.

(4) Stroški za preglede in cepljenja pred odhodom v tujino ne gredo v breme skupnosti.

III. POSEBNO VARSTVO MLADINE IN BORCEV NOV

31. člen

(1) Glede na to, da zagotavlja zakon in statut zavarovanim osebam — mladini do 15. leta starosti (4. točka prvega odstavka 32. člena statuta) in borcem NOV (39. člen statuta) poleg pravic, ki jih imajo pri skupnosti druge zavarovane osebe, še posebno varstvo, je v posebnih določbah tega pravilnika urejen tudi postopek za uveljavitev pravic teh zavarovanih oseb.

(2) Za zdravstveno varstvo kmetov-borcev po prejšnjem odstavku se krijejo iz proračuna SR Slovenije stroški za tisti obseg zdravstvenega varstva, ki presega obseg, v kakršnem je zagotovljeno zdravstveno varstvo zavarovanim osebam v skupnosti.

a) Proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave

32. člen

(1) Proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki) uveljavlja zavarovana oseba s potrdilom, kadar zdravnik ugotovi, da sta potrebna nakup ali popravilo pripomočka glede na ustrezni pravilnik iz petega odstavka 37. člena statuta.

(2) Zavarovani osebi se zagotovi izdelava pripomočkov v standardni izvedbi.

33. člen

(1) Zavarovana oseba ima pravico do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada pred pretekom trajnostne dobe, ki jo določa ustrezni pravilnik iz petega odstavka 37. člena statuta, zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb organov ali zaradi netrpežnosti materiala, iz katerega je izdelan pripomoček.

(2) Ako pride do neuporabnosti pripomočka po krivdi zavarovane osebe same, ta nima pravice do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada.

34. člen

(1) Potrdilo o potrebi pripomočka izda praviloma zdravnik ustrezne specialnosti.

(2) Pomožne pripomočke sme predpisati zavarovani osebi tudi splošni zdravnik glede na določbe pravilnika o načinu predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala.

35. člen

(1) Potrdilo o potrebi pripomočka vroči zdravnik zavarovani osebi, da si preskrbi pri strokovni službi skupnosti oziroma njenih krajevnih enot dovoljenje za nakup ali popravilo pripomočka.

(2) S potrdilom in dovoljenjem strokovne službe skupnosti oziroma njenih krajevnih enot naroči zavarovana oseba pripomoček pri ustrezni organizaciji, ki dobavlja ali popravlja pripomočke.

36. člen

(1) Zavarovana oseba mora ob prevzemu pripomočka preizkusiti ali ji pripomoček ustreza.

(2) Če ima zavarovana oseba pripombe glede ustreznosti pripomočka, ki jih dobavitelj ne upošteva, odkloni sprejem pripomočka in to sporoči strokovni službi skupnosti oziroma njenim krajevnim enotam. Kolikor ne postopa na opisani način, ne more uveljaviti popravila oziroma nabave novega pripomočka pred pretekom trajnostne dobe sprejetega neustreznega pripomočka na račun sklada.

(3) O pripombah zavarovane osebe glede ustreznosti pripomočka presoja zdravniška komisija skupnosti. Tudi zavarovana oseba, ki ob prevzemu pripomočka nima pripomb glede njegove ustreznosti, se mora zaradi kontrole brezhibnosti pripomočkov in zaradi ugotovitve standardne izvedbe pripomočkov odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji skupnosti.

37. člen

Kadar se izdelajo na željo zavarovane osebe pripomočki nestandardne izvedbe, ji zaračuna dobavitelj razliko v ceni.

b) Zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva

38. člen

(1) Zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva uveljavlja zavarovana oseba, kadar ugotovi zobni terapevt potrebo po ustreznih zobotehničnih delih glede na ustrezni pravilnik iz petega odstavka 37. člena statuta.

(2) Zavarovani osebi se zagotovijo zobna protetična sredstva iz standardnega materiala po pravilniku iz prvega odstavka.

(3) Do skeletirane (vliče kovinske) proteze je zavarovana oseba upravičena, kadar obstaja medicinska nujnost za takšno izvedbo zobnega protetičnega sredstva. Steje se, da je ta medicinska nujnost izkazana, kadar predloži zavarovana oseba glede na svoje splošno zdravstveno stanje ustrezno mnenje posameznega ali konziliarnega zdravnika ali kadar takšno izvedbo protetičnega sredstva zahteva zobozdravstveno stanje zavarovane osebe.

39. člen

Upravičenost do zobnega protetičnega sredstva glede na predpisane indikacije ugotavlja zobni terapevt samostojno.

40. člen

(1) Kolikor izdela zobna ambulanta na željo zavarovane osebe zobna protetična sredstva iz dražjega materiala (zlato, platina itd.), ki ni standarden, zaračuna zavarovani osebi razliko v ceni.

(2) Določbe prvega odstavka se smiselno uporabijo tudi v primeru, ko izdela zobna ambulanta na željo zavarovane osebe skeletirano (vliče kovinsko) protezo, za katero ne obstaja medicinska nujnost iz tretjega odstavka 38. člena.

41. člen

Če dà zavarovana oseba plemenito kovino sama, dobi pri zobni ambulanti, ki ji izdela zobno protetično sredstvo, na račun sklada povračilo v vrednosti standardnega materiala.

42. člen

Zaradi kontrole zobnega protetičnega zdravljenja in zaradi ugotovitve materiala, iz katerega so izdelana zobna protetična sredstva, se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji skupnosti, ki presoja tudi pogoje oziroma pravico zavarovane osebe do zobnih protetičnih sredstev.

c) Podaljšano in nadomestno bolnišnično zdravljenje

43. člen

(1) Zdravljenje v naravnih zdraviliščih, v katerih so na voljo kapacitete, ki se lahko uporabijo kot bolnišnične, za podaljšano in nadomestno zdravljenje, uveljavlja zavarovana oseba, kadar obstaja nujnost za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo glede na veljavne indikacije, če ugotovi zanj potrebo ustrezna bolnišnica ali zdravniška komisija skupnosti.

(2) Na pobudo zavarovane osebe, ki sama nosi stroške oskrbe in nastanitve, lahko zdravniška komisija skupnosti odobri na račun sklada v zdraviliških objektih samo zdravstvene storitve, kolikor so te primerne za zdravstveno stanje zavarovane osebe.

44. člen

Če je treba zavarovano osebo zaradi učinkovitosti zdravstvenih postopkov takoj po zaključku zdravljenja v bolnišnici premestiti zaradi podaljšanega zdravljenja ali medicinske rehabilitacije v naravno zdravilišče, izda napotnico in zajamči prosto mesto v zdravilišču ustrezni oddelek bolnišnice.

45. člen

(1) Kadar dà pobudo za nadomestno zdravljenje posamezni ali konziliarni zdravnik, odpošlje ustrezno medicinsko gradivo zdravniški komisiji skupnosti. Zavarovana oseba se mora odzvati pozivu zdravniške komisije skupnosti, ki je pristojna ugotavljati potrebo za nadomestno zdravljenje. Zdravniška komisija mora pri izdaji napotnice za nadomestno zdravljenje upoštevati veljavne indikacije.

(2) Če zdravniška komisija skupnosti odkloni napotitev na nadomestno zdravljenje, ima zavarovana oseba v treh dneh od sporočila pravico ugovora na komisijo zdravniških izvedencev skupnosti. Mnenje komisije zdravniških izvedencev je glede strokovne presoje zdravstvenega stanja zavarovane osebe dokončno.

46. člen

(1) Zavarovana oseba nastopi nadomestno zdravljenje, ko prejme vpoklic na zdravljenje.

(2) Če zavarovana oseba ne more nastopiti zdravljenja v roku, ki ga navaja vpoklic, mora sporočiti naravnemu zdravilišču zadržek vsaj tri dni pred navedenim rokom, s stvarjo pa seznaniti tudi zdravnika, ki je predlagal zdravljenje.

47. člen

Zavarovana oseba mora sporočiti vpoklic na nadomestno zdravljenje zdravniku, ki je predlagal zdravljenje.

IV. KONČNA DOLOČBA

48. člen

Ta pravilnik začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

St. 022-28/70

Maribor, dne 28. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor

Predsednik
Martin Slodnjak l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
MURSKA SOBOTA**

436.

Na podlagi 101. člena in četrtega odstavka 137. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je skupščina komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota na svojem XIV. rednem zasedanju dne 25. novembra 1970 sprejela

SKLEP

o ustanovitvi skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota

1

Komunalna skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota, ki zajema zavarovance - kmete na območju občin Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer in Murska Sobota, postane »Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota«.

2

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota ima skupščino in druge organe, ki jih določa statut skupnosti. Volitve organov skupnosti, ki jih določa statut skupnosti, morajo biti izpeljane najkasneje do 30. junija 1971.

3

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota je pravna oseba in ima sedež v Murski Soboti, Titova 24.

4

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota prevzame v celoti premoženje komunalne

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota, prav tako prevzame tudi nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve te skupnosti.

5

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

St. 01/1-1405/1-1970

Murska Sobota, dne 25. novembra 1970.

Skupščina komunalne skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota

Predsednik
Franc Sagaj l. r.

437.

Na podlagi 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 25. novembra 1970 sprejela

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili kmetje z območja občin Gornja Radgona, Lendava, Ljutomer in Murska Sobota, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zavarovanci) po načelih vzajemnosti in solidarnosti, z združevanjem sredstev zagotovili zase in za člane svojih gospodinjstev — zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodbe in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Skupnost so ustanovili kmetje-zavarovanci po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota.

2. člen

V skupnosti so zavarovani vsi, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena, kakor tudi člani njihovih gospodinjstev (v nadaljnjem besedilu: zavarovane osebe).

3. člen

V tej skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi osebam, ki se ne štejejo za zavarovance po določbah tega statuta, pa jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno z zakonom v enakem obsegu kot kmetom-zavarovancem, če na območju te skupnosti imajo stalno prebivališče kot uživalci preužitka oziroma preživnine ali se ukvarjajo kot družinski oziroma gospodinjki

člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnika, ki je zavarovan po drugih predpisih.

4. člen

Skupnost izvaja naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva tudi za osebe, ki niso obvezno zdravstveno zavarovane, pa jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno z zakonom ali vpelje zanje to pravico družbeno-politična skupnost, če ta pooblasti skupnost, da za te osebe zagotavlja zdravstveno varstvo v obsegu, ki ga je predpisala.

Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za osebe iz prvega odstavka tega člena se uredi s pogodbo med skupnostjo in pristojno družbeno-politično skupnostjo.

5. člen

V skupnosti določajo zavarovanci zase in za člane svojega gospodinjstva zdravstveno varstvo in druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja po načelu vzajemnosti in solidarnosti, z združevanjem sredstev za zagotovitev teh pravic ter samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami pri določanju in uveljavljanju pravic in obveznosti.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija, tudi če ne bi bilo glede posamezne pravice to izrecno določeno v tem statutu.

7. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 3. in 4. člena tega statuta s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi zavodi.

Zaradi kar najbolj smotrne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanje in pospeševanje zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje sodeluje skupnost tudi z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, preventivnih ukrepov in drugih akcij, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume.

8. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali skupnost, se ne morejo zmanjšati ali omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon oziroma statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

9. člen

Zavarovane in druge upravičene osebe uveljavljajo svoje pravice po tem statutu tako, kot določa ta statut, splošni akt skupnosti in pogodba z zdravstvenim zavodom. Po določilih pogodbe o uveljavljanju pravic morajo biti obveščene zavarovane osebe.

Če uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa ta statut ali na njegovi osnovi izdan splošni akt skupnosti.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva, zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah tega statuta.

10. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki, kot to določa zakon. Višino prispevka določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

11. člen

Zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovanec skupnosti pravice:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa ta statut,
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta,
- predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut,
- sodelovati v svojem zboru zavarovancev,
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut,
- postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

Organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim, jih zastavljajo zavarovanci. Sklepi in stališča o takšnih vprašanjih in predlogih morajo biti dostopni zavarovancem.

12. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena z dnem, ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo, osebam iz 4. člena tega statuta pa z dnem, ko neha veljati pooblastilo družbeno-politične skupnosti, s katerim je bila skupnost pooblaščenca, da zagotavlja zdravstveno varstvo tem osebam.

Statut določa pravice, ki jih oseba iz prvega in drugega odstavka zadrži, tudi ko preneha biti zavarovana oseba ali upravičenec do zdravstvenega varstva pri tej skupnosti.

13. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določa zakon in ta statut.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

14. člen

Za kmete-zavarovance se štejejo:

1. osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic, če niso zdravstveno zavarovane

na drugi podlagi in člani njihovih gospodinjstev, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

15. člen

Steje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic oseba:

— ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz kmetijske dejavnosti, ne glede na to, ali je oproščen tega prispevka in ne glede na to ali ima še kakšne druge dohodke,

— ki je na podlagi proizvodnega sodelovanja deloma ali v celoti svoje kmetijsko zemljišče združila z obdelovalnim zemljiščem kmetijske gospodarske organizacije in je po uspehih svojega dela in za oddano zemljišče udeležena v dohodku kmetijske gospodarske organizacije, pa ni z njo v delovnem odnosu,

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka od kmetijske dejavnosti.

16. člen

Če opravljajo osebe iz prejšnjega člena tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če predstavljajo dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih sredstev za preživljanje in če niso obvezno zavarovani v drugi skupnosti.

2. Zavarovani gospodinjstvi člani

17. člen

Kot člani gospodinjstev zavarovancev so zavarovani:

1. ožji družinski člani — zakonec in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi), ki jih je zavarovanec dolžan preživljati,

2. širši družinski člani — starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja,

3. drugi člani gospodinjstva zavarovanca — bratje, sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tisti in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini in glavni poklic in se ne štejejo za družinske članke po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke in bratje, sestre in vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca rednega šolanja, najdalj pa do dopolnjenega 26. leta starosti.

Če postanejo otroci iz 1. točke in bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka pred dopolnjenjem predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovanec.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

18. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okoliščine, ki so pogoj za njeno zavarovanje in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

19. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico. Obliko in vsebino zdravstvene izkaznice predpiše skupščina skupnosti s posebnim sklepom, lahko pa se dogovori z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji, da skupaj predpišejo enotno obliko in vsebino zdravstvene izkaznice.

Zdravstvena izkaznica je veljavna in z njo zavarovana oseba lahko uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja, če je potrjena, da ima imetnik zdravstvene izkaznice še lastnost zavarovane osebe.

Pogoj za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja je tudi plačilo prispevka, ki se ugotavlja vsako leto v mesecu aprilu. Uživanje pravic se ne more začeti, če zapadli prispevek iz preteklega leta ni plačan do konca aprila tekočega leta.

Zadržane pravice pa oživijo, ko so plačani vsi zapadli prispevki. Kadar družbeno politična skupnost povrne skladom zdravstvenega zavarovanja kmetov neziterjani prispevek iz svojih sredstev, se šteje, da je zavarovanec svoje obveznosti poravnal.

20. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

21. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, ki je izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

22. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispeva za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

23. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot užitcem preužitka ali preživitve pa z dnem, ko začno pridobivati preužitek ali preživnino.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim družinskim članom užitvalca preživitve.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

24. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

25. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam ali v celoti v breme skupnosti, ali pa morajo zavarovane osebe pri uporabi posameznih oblik same prispevati del stroškov.

26. člen

Skupnost kmetov določi, v skladu z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, s sklepi skupščine, katere oblike zdravstvenega varstva gredo v celoti v breme sklada in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

27. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti gredo v celoti v breme sklada oz. skupnosti te oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloznih obolenj, veneričnih bolezni in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave,

2. nega in zdravljenje tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja svoje bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice,

3. zdravstveno varstvo žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo,

4. polno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do 15. leta starosti,

5. zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti,

6. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje,

7. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejeti program skupnosti.

28. člen

V celoti gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene po zakonu kot obvezne:

1. nujni prevoz duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico in hudo poškodovanih ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnici,

2. ambulantno in bolnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti,

3. kri in krvna plazma za trasfuzije, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

29. člen

Deloma gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene v celoti na račun skupnosti že po prejšnjih dveh členih:

1. zdravniški pregledi (ambulantni, splošni in specialni) in zdravljenje na bolnikovem domu, če to nujno zahteva zdravstveno stanje,

2. zdravljenje v zdravstvenih zavodih (splošnih in specialnih bolnišnicah) če to nujno zahteva zdravstveno stanje,

3. nadomestno ali nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja v zdraviliščih ali zavodih za rehabilitacijo,

4. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje,

5. zdravljenje zobnih bolezni, izdiranje in plom-biranje zob,

6. proteze in nujni ortopedski pripomočki.

30. člen

Skupščina skupnosti s svojimi splošnimi akti določi, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati, zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov.

31. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene zavarovanim osebam v statutu, ne gredo v breme skupnosti.

32. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, pomožni in sanitetni material, katerega je dobiti samo na zdravniški recept.

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala s posebnim pravilnikom.

Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezen splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

Indikacije za proteze in nujne ortopedske pripomočke, njihove standarde in trajnostno dobo določi skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom. Skupščina lahko sklene, da velja za to skupnost ustrezen splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

33. člen

Kmetje — zavarovanci, ki so bili udeleženci španske državljanske vojne in tisti, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 ter njihovi ožji družinski člani (1. točka 22. člena) imajo poleg pravic, ki jim pripadajo kot zavarovancem — kmetom pri skupnosti, v breme proračuna SRS, še pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, ki je zagotovljen zavarovancem delavcem in njihovim ožjim družinskim članom v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

Kmetom zavarovancem — borcem narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 in španskim borcem je v skupnosti zagotovljeno poleg zdravstvenega varstva iz prvega odstavka v breme republike podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnem zdravilišču.

Stroški za obseg zdravstvenega varstva po prejšnjih odstavkih tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen drugim zavarovancem — kmetom in njihovim družinskim oz. gospodinjskim članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

34. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe. Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje tudi po izgubi lastnosti zavarovane osebe, vse do

ozdravitve oziroma dokler posebna komisija ne ugotovi, da je medicinska rehabilitacija končana.

35. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo vse oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po tem statutu, v zdravstvenem zavodu in pri zdravniku javne zdravstvene službe, ki si ga prosto izberejo. Skupnost plača stroške, ki gredo v njeno breme, neposredno zdravstvenemu zavodu, s katerim je sklenila pogodbo in zavodu, v katerega je zavarovano osebo napotil njen organ.

Pogoje in način uveljavljanja pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom, pri tem pa lahko sklene, da se uporablja tozadevni sklopi akti skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

Ce je zavarovana oseba uveljavljala zdravstveno varstvo mimo določb pravilnika po prejšnjem odstavku, ji skupnost povrne stroške do zneska, kolikor bi morala plačati za enake vrste zdravstvenega varstva zdravstvenemu zavodu, s katerim ima sklenjeno pogodbo.

36. člen

Med bivanjem v tujini se sme zavarovani osebi odobriti povračilo stroškov za nujno zdravstveno pomoč v prvih treh mesecih bivanja v tujini in za nujno zdravljenje v bolnici, ki se je začelo v tem roku. Zavarovani osebi se vselej povrnejo stroški v domači valuti za zdravstveno pomoč v tujini do zneska, kolikor bi po tem statutu bremenili skupnost stroški za podobno zdravljenje v domovini.

Skupnost sme, upoštevajoč svoja sredstva in nujnost zdravljenja, poslati zavarovano osebo na zdravljenje v tujino, če ugotovi strokovni kolegij ustrezne klinike, da so v državi izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh. V tem primeru mora zavarovana oseba prispevati k stroškom enak znesek, kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

37. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzroči s tem, da se neupravičeno ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda v zdravstvenem zavodu, v katerem se zdravi.

38. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. in 4. člena tega statuta.

Cetrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

39. člen

Zdravstveno varstvo lahko uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico.

40. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki zapadli do konca preteklega leta, ob upoštevanju določb 24. člena tega statuta.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in potrditev zdravstvene izkaznice.

41. člen

Oseba, ki je zajeta v zdravstveno varstvo kmetov pri tej skupnosti, mora vložiti v 8 dneh prijavo v zavarovanje na način, ki ga določajo predpisi o evidencah v zdravstvenem zavarovanju, v istem roku mora prijaviti tudi zavarovanje svojih gospodinjstskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanja zavarovanja.

42. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

43. člen

Ce osebi, ki je bila prijavljena v zavarovanje, skupnost odreče lastnost zavarovane osebe, ji izda pismeno odločbo. Prijavitelj in oseba, ki se ji je odrekla ta lastnost, lahko ugovarjata zoper odločbo v 30 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine skupnosti za odločanje o pravicah zavarovanih oseb. Po dokončni odločbi lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

44. člen

Zdravstveno varstvo se mora nuditi zavarovanim osebam v zdravstvenih zavodih na sodobni način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev. Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in postopek v zdravstvenem zavodu, pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva za zavarovano osebo od zdravstvenega zavoda, varstvo po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

45. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravniških splošne prakse na območju skupnosti. Zdravstveno varstvo pri zdravniških specialistih in v stacionarnih zdravstvenih zavodih, uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika splošne prakse, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu. Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno na zobne terapevte, ginekologe, pediatre, venerologe, okulistice zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in v zdravstvenih zavodih ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravstveni delavci iz prejšnjega odstavka smejo napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarni zdravstveni zavod.

46. člen

Kadar se zavarovani osebi odkloni kakšna pravica ali zahtevek zavrne, izda na zahtevo zavarovane osebe, s strani skupnosti pooblaščen oseba pismeno odločbo. Zoper odločbo lahko zavarovana oseba vloži ugovor na komisijo za odločanje o pravicah zavarovanih oseb v 30 dneh po prejemu odločbe. Zoper odločbo, ki jo izda komisija za reševanje ugovorov, lahko zavarovana oseba uveljavlja svojo pravico s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

47. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo in

sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjkega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

48. člen

Kolikor v statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku. Stranka lahko zahteva odpravo ali spremembo dokončne odločbe v obnovi postopka ali s posebnim pravnim sredstvom v roku, v katerem lahko uveljavi zahtevo pri občinskem sodišču. Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki ga zagotavlja skupnost.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

49. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami,
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci, od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov,
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance,
4. s prispevkom družbeno-politične skupnosti, ki se določi za obvezne oblike zdravstvenega varstva,
5. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

50. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 2. in 1. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodinjstva.

Višina oziroma stopnje prispevkov se določajo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

Obremenitev s prispevki in z udeležbo zavarovanih oseb pri posameznih oblikah zdravstvenega varstva ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvrčale od uporabe zdravstvenega varstva.

51. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin,
2. osebni dohodek iz gozda,
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne všteto v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov,
4. drugi dohodki zavarovancev in njegovih gospodinjstev izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke.

52. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

53. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Ta prispevek se obračunava od izplačanega kosmatega zaslužka.

54. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami v kmečkem zavarovanju (3. člen) se plačujejo v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku — lahko pa tudi kombinirano z odstotkom in pavšalnim zneskom. Prispevek določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

55. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 3. in 4. člena so:

- za preužitkarje tisti, ki je obremenjen s preužitkom,
- za osebe, ki prejemajo preživnino občina, oziroma organizacija, ki je priznala preživnino,
- za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi, lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinjstve skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem,
- za osebe, ki niso obvezno zdravstveno zavarovane, pa jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost po posebnem pooblastilu družbeno-politične skupnosti, občina na območju katere take osebe prebivajo.

56. člen

Sredstva po prejšnjem členu vodi skupnost na posebnem računu. S finančnim načrtom se predvidi tudi predpisana obvezna rezerva in ustrezni del sredstev za izvajanje zavarovanja.

Finančni načrt in zaključni račun za ta sredstva predloži skupnost v obravnavo tudi občinskimi skupščinam na svojem območju.

57. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja, in pobira služba, ki po sklepu skupnosti izvaja zdravstveno zavarovanje kmetov ali pa davčne uprave, če se skupnost dogovori z občinskimi skupščinami.

58. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja kmeta — zavarovanca ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra prigrasiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

59. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezance prispevka iz 1. točke 49. člena 45. dan v trimesečju,
2. za zavezance prispevka iz 2. točke 49. člena ob izplačilu zaslužka za občasna dela,
3. za zavezance prispevka iz 3. in 4. točke 49. člena zadnji dan v mesecu za nazaj in

4. za zavezance prispevka iz 5. točke 49. člena kot določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

60. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača prispevkov, mora plačati kazenske zamudne obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

61. člen

Zavezancu prispevka, ki je v zaostanku s plačilom prispevka, izda s strani skupnosti pooblaščen oseba pri komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Murska Sobota, plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke z zamudnimi obrestmi.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vloži v roku 8 dni po prejemu, na komisijo za finančna vprašanja.

Kadar je ugovor pravočasno vložen, lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

Plačilni nalog, zoper katerega zavezanec ni ugovarjal pravočasno, postane izvršljiv.

Ce zavezanec prispevkov niti ne vloži ugovora v predpisanem roku, mora prispevke na zahtevo skupnosti izterjati upravni organ občinske skupščine, pristojen za finance, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov in prispevkov občanov.

62. člen

Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano do konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja in je na predpisani način sporočeno zavezancu.

63. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo v predračunu dohodkov in izdatkov sklada in sicer posebej za zavarovane osebe in posebej za izenačene osebe iz 3. člena.

Za obe skupini oseb iz prejšnjega odstavka se vodi ločeno stroški za obvezne oblike zdravstvenega varstva in ločeno za druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa skupnost.

64. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb in zdravstvenih zavodov in drugih organizacij ima skupnost rezervni sklad.

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni povprečni znesek planiranih izdatkov sklada v tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevkov.

65. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada zdravstvenega zavarovanja. Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj

za preteklo leto vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

66. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v republiki sporazumno dogovorijo.

Šesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

67. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci — kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

68. člen

Splošni akti skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi skupščine in programi.

Skupščina za uresničevanje svoje politike sprejema tudi smernice in priporočila.

Statut, pravilniki in sklepi začnejo veljati osmi dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno drugače določeno.

Statut, pravilniki in sklepi, ki zadevajo pravice oziroma obveznosti zavarovanih oseb skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

69. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Murski Soboti.

70. člen

Skupnost ima svoj pečat in štampljko.

Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov, v sredini pa sedež: Murska Sobota.

Štampljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti

71. člen

Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo sestavljajo izvoljeni predstavniki zavarovancev.

Izvršilni organ skupščine je njen izvršilni odbor. Za uspešnejše reševanje določenih vprašanj iz svojega delovnega področja imenuje skupščina stalne komisije:

1. komisijo za odločanje o pravicah zavarovanih oseb,
2. komisijo za probleme zdravstvenega zavarovanja,
3. komisijo za potrebe financiranja zdravstvenega zavarovanja.

A. Skupščina skupnosti

72. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci, statut, pravilnike in druge splošne akte predvidene v statutu,

2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporablja sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva,

3. odloča o določitvi organizacije, ki zanjo opravlja finančne in administrativne zadeve pri izvajanju zavarovanja na območju skupnosti,

4. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov,

5. sklepa o finančnem načrtu in o zaključnem računu skladov skupnosti,

6. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je treba predlagati s tem v zvezi,

7. obravnava letno poročilo organizacije, ki zanjo opravlja administrativne, finančne in druge zadeve v izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti,

8. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami v stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore,

9. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji,

10. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju,

11. izvoli izvršilni odbor in druge odbore in komisije skupščine za opravljanje določenih nalog,

12. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost, pa za njih ni izrecno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

73. člen

Skupščina sprejme poslovnik za svoje delo in za delo izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

74. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja (14. člen tega statuta) po postopku, ki je predviden v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti (v nadaljnjem besedilu: pravilnik o volitvah).

75. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina.

V pravilniku o volitvah se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku o volitvah se določijo tudi pogoji in način odpoklica članov skupščine.

76. člen

Skupščina šteje 31 članov.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovanec te skupnosti, če ima splošno volilno pravico.

77. člen

Mandat članov skupščine traja 4 leta.

Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

78. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo,
2. z izgubo lastnosti zavarovanca v tej skupnosti,
3. z izgubo splošne volilne pravice,
4. če je s pravnomočno odločbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 6 mesecev,
5. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme,
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat več kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo razpisati nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

79. člen

Član skupščine je lahko odpoklican:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti,
 2. če neupravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim,
 3. če neupravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine ali njenih organov.
- O odpoklicu odločajo zavarovanci po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah.

B. Izvršilni odbor in komisije

80. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov. Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

81. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine,
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada,
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja,
4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je ta pristojna,
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb,
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnost za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv,
7. obravnava načrt in program dela zavoda, ki zanjo opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve in daje pripombe nanj,
8. skrbi za sklicevanje sej skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij,
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

82. člen

Komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb:

1. rešuje ugovore zavarovanih oseb zoper odločbe, ki jih je izdala s strani skupnosti pooblaščen oseba,
2. obravnava splošne pripombe in pritožbe zavarovanih oseb, skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.

83. člen

Komisija za probleme zdravstvenega zavarovanja opravlja zlasti te zadeve:

1. analizira pojave in probleme v zdravstvenem zavarovanju in zdravstveni službi ter predlaga ukrepe za izboljšanje zdravstvenega varstva,
2. sodeluje s strokovno službo skupnosti in službami zdravstvenih zavodov v zvezi s sklepanjem pogodb in dajanjem zdravstvenega varstva zavarovanim osebam,
3. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja zdravstvenega zavarovanja ter daje ustrezne predloge,
4. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

84. člen

Komisija za potrebe financiranja zdravstvenega zavarovanja opravlja zlasti te zadeve:

1. rešuje ugovore zavezancev prispevka v zvezi z odmero in plačilom prispevkov,
2. analizira pojave in probleme v zvezi s financiranjem zdravstvenega zavarovanja ter razpravlja o instrumentih financiranja in predlaga skupščini ustrezne ukrepe,
3. sodeluje s strokovno službo, ki opravlja strokovne, finančne in administrativno tehnične zadeve za skupnost in s službami zdravstvenih zavodov v zvezi s sklepanjem pogodb za zagotovitev zdravstvenega varstva zavarovanim osebam,
4. sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja financiranja zdravstvenega zavarovanja ter s tega področja daje skupščini ustrezne predloge,
5. opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

85. člen

Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju ugovorov zoper odločbo skupnosti in za posredovanje ob ugovorih zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih, imenuje skupščina zdravniško komisijo. Zdravniška komisija šteje tri člane in vsaj dva namestnika. Člani se imenujejo izmed zdravnikov, ki imajo dopolnjenih vsaj pet let prakse splošnega zdravnika z zdravstveno zavarovanimi osebami. Komisija opravlja tudi druge naloge, ki jih ji poveri skupščina ali izvršilni odbor. Postopek komisije se uredi z aktom o imenovanju.

Skupščina lahko pooblasti za naloge iz prvega odstavka tega člena zdravniško komisijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

C. Zbori zavarovancev**86. člen**

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin oziroma krajevnih skupnosti zbor zavarovancev.

87. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje,
2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti,
3. obravnavajo letno poročilo skupnosti,
4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti. Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti**88. člen**

Preden sprejme skupščina skupnosti statut ali pravilnik, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci na zborih zavarovancev,
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov,
3. z anketiranjem zavarovancev.

89. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

1. o uvedbi in o ukinitvi katere od pravic do denarnih dajatev,
2. o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

90. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem — listki, kjer se na vprašanje odgovori z »za« ali »proti«.

Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev skupnosti.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavilo več kot polovica vseh zavarovancev skupnosti.

Odlomitev, sprejeta na referendumu je obvezna in velja najmanj leto dni.

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami**91. člen**

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in z družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma, ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

92. člen

Pogodbe z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost izvršilni odbor skupščine skupnosti po smernicah in pooblastilu skupščine.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

93. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto, kolikor ni izrečno določeno v pogodbi daljše obdobje.

Če se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji.

94. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

S sporazumom se določijo medsebojne pravice in obveznosti, zlasti pa finančne obveznosti družbeno-politične skupnosti za kritje stroškov, ki jih ima skupnost pri opravljanju teh nalog.

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni, ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbeni stranka zahteva njegovo spremembo.

V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja spornih vprašanj v zvezi z izvajanjem sporazuma.

Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo podpisniki s tožbo pri pristojnem sodišču, če ni s sporazumom določeno razsodišče.

Sedmi del

SLUŽBA IZVAJANJA ZAVAROVANJA

95. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve opravlja za skupnost zavod za socialno zavarovanje, ki opravlja tovrstne zadeve tudi za druge skupnosti oziroma panoge zavarovanja.

Medsebojna razmerja med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje se urejajo s posebnim sporazumom.

96. člen

S sporazumom iz prejšnjega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge ki jih zavod opravlja za skupnost,
2. pogoji za izvrševanje teh nalog,
3. način določanja povračila za delo zavoda,
4. druga medsebojna razmerja (nadzor).

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s sporazumom, se uporablja temeljni zakon o zavodih (Uradni list SFRJ, št. 5/1965) in na njegovi podlagi izdani predpisi.

Osmi del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

97. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami občine Murska Sobota, Lendava, Ljutomer in Gornja Radgona, da slednje pooblastijo skupščino občine Murska Sobota, da v njihovem imenu opravlja vse naloge in ima vse pravice, katere jim daje zakon in ta statut pri urejanju na področju zdravstvenega zavarovanja kmetov.

98. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 01/1-1167/1970

Murska Sobota, dne 25. novembra 1970.

Skupščina
skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota

Predsednik
Franc Sagaj l. r.