



URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 45

Ljubljana, 28. decembra 1970

Cena 12 dinarjev

Leto XXVII

VSEBINA:

SPLOSNI AKTI REPUBLISKIH SAMOUPRAVNIH ORGANIZACIJ:

243. Pogodba o izvajanju socialnega zavarovanja duhovnikov slovenske starokatoliške cerkve

PREDPISI OBČINSKIH SKUPSCIN:

463. Odlok o začasnem financiranju zadev, ki so skupnega pomena za mesto v I. trimesečju 1971 (Ljubljana)
464. Odlok o občinskih upravnih taksah (Ljubljana)
465. Odlok o občinskih sodnih taksah (Ljubljana)
466. Odlok o komunalnih taksah na območju mesta Ljubljane
467. Odlok o ureditvi ter uporabi posebnih javnih parkirnih prostorov na območju mesta Ljubljane
468. Odlok o določitvi obresti od poslovnega sklada delovnih organizacij, ki opravljajo komunalno dejavnost mestnega pomena (Ljubljana)
469. Odlok o spremembi in dopolnitvi odloka o sprejetju zazidalnega načrta za območje zazidalnega otoka SS 4/1 — Stara Cerkev (Ljubljana)
470. Sklep o prevzemu ustanovitelskih pravic do srednjih šol in domov učencev srednjih šol v Ljubljani (Ljubljana)
471. Sklep o soglasju k imenovanju ravnatelja Vzgojiteljske šole v Ljubljani (Ljubljana)
472. Sklep o soglasju k postavitvi namestnika občinskega javnega tožilca (Ljubljana)
473. Sklep o izvolitvi sodnika Občinskega sodišča II. Ljubljana (Ljubljana)
474. Sklep o razrešitvi sodnika Občinskega sodišča II. Ljubljana (Ljubljana)
475. Sklep o imenovanju namestnika mestnega javnega pravobranilca (Ljubljana)
476. Sklep o razrešitvi in imenovanju člana sveta za zdravstveno in družbeno varstvo (Ljubljana)
477. Sklep o imenovanju predstavnikov družbene skupnosti v svet Zdravstvenega doma Ljubljana (Ljubljana)
478. Odlok o spremembah odloka o proračunu občine Grosuplje za leto 1970
479. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb občine za I. trimesečje 1971 (Grosuplje)
480. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Ljubljana Bežigrad v I. trimesečju 1971
481. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah (Bežigrad)
482. Odločba o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Bežigrad
483. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb v I. trimesečju 1971 (Center)
484. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah (Center)
485. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o občinskih sodnih taksah (Center)
486. Odločba o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Center
487. Odlok o spremembah in dopolnitvah odloka o proračunu občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1970
488. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Ljubljana Moste-Polje v I. trimesečju 1971
489. Odlok o prometnem davku od nepremičnin in pravic na območju občine Ljubljana Moste-Polje
490. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah (Moste-Polje)
491. Odločba o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Moste-Polje
492. Poročilo o izidu nadomestnih volitev odbornikov v zbor delovnih skupnosti skupščine občine Ljubljana Moste-Polje
493. Odlok o začasnem financiranju proračuna skupščine občine Ljubljana Siška v I. trimesečju 1971
494. Odlok o prometnem davku od nepremičnin in pravic (prečiščeno besedilo) (Siška)

495. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah (Siška)

496. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o sodnih taksah (Siška)

497. Odločba o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Siška

498. Odlok o določitvi pristojnosti svetov in upravnih organov občinske skupščine Ljubljana Siška za opravljanje zadev, ki so določene z zveznimi in republiškimi predpisi kot pristojnost občinske skupščine

SPLOSNI AKTI KOMUNALNIH SKUPNOSTI:

499. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj
500. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj
501. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto
502. Pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravic (Novo mesto)
503. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Novo mesto)
504. Pravilnik o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Novo mesto)
505. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rok trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Novo mesto)
506. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rok trajanja ocesnih pripomočkov (Novo mesto)
507. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rok trajanja za zobno protetično pomoč in protetična sredstva (Novo mesto)
508. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rok trajanja slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Novo mesto)
509. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev za leto 1971 (Novo mesto)
510. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo (Novo mesto)
511. Sklep o merilih za razvrščanje v osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (Novo mesto)
512. Sklep o plačevanju prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko se zaposleni delavci nahajajo na neplačanem dopustu (Novo mesto)
513. Sklep o osnovah in stopnjah prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev, ki so zaposleni ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini (Novo mesto)
514. Sklep o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Novo mesto)
515. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo za osebe iz 29. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Novo mesto)
516. Sklep o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nekatere kategorije zavarovanih oseb (Novo mesto)
517. Sklep o zneskih pogrebnin (Novo mesto)
518. Sklep o povračilu stroškov za prehrano in nastanitev zavarovane osebe med potjo in bivanjem v drugem kraju in o povračilu za uporabo drugega vozila namesto reševalnega vozila (Novo mesto)
519. Sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva (Novo mesto)
520. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov (Kranj)

Splošni akti republiških samoupravnih organizacij

243.

Na podlagi 124. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju, 154. člena temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju, 87. člena temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju in v zvezi s 35. členom temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, skleneta republiška skupnost socialnega zavarovanja delavcev SR Slovenije, zastopana po direktorju Republiškega zavoda za socialno zavarovanje Ljubljana dr. Bojanu Špicarju in Sinodalni svet slovenske starokatoliške cerkve, zastopan po škofu Kovačeviću Antonu

POGODBO

o izvajanju socialnega zavarovanja duhovnikov
slovenske starokatoliške cerkve

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

S to pogodbo se ureja izvajanje zdravstvenega, invalidskega in pokojninskega zavarovanja duhovnikov slovenske starokatoliške cerkve (v nadaljnjem besedilu: zavarovanci), ki opravljajo svojo dejavnost na območju Socialistične republike Slovenije.

Za zavarovance po tej pogodbi se štejejo: škof, župni upravitelj, duhovniki in diakoni starokatoliške cerkve.

2. člen

Zavarovanci in njihovi družinski člani imajo pravico do zdravstvenega, invalidskega in pokojninskega zavarovanja v obsegu in ob pogojih, ki jih določajo temeljni zakon o zdravstvenem zavarovanju, temeljni zakon o invalidskem zavarovanju in temeljni zakon o pokojninskem zavarovanju, kolikor ni v tej pogodbi drugače določeno.

3. člen

Zavarovancu se všteva v pokojninsko dobo obdobja, ki so naštet v 121. členu temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju, oziroma v 148. členu temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju.

V smislu 3. odstavka 123. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju se všteva v pokojninsko dobo tudi čas, ki ga je prebil zavarovanec pri opravljanju duhovniške službe od nastopa te službe do uvedbe socialnega zavarovanja duhovnikov starokatoliške cerkve, to je do 1. avgusta 1953.

Če je pogoj za priznanje določenega obdobja v pokojninsko dobo po temeljnem zakonu o pokojninskem zavarovanju in po temeljnem zakonu o invalidskem zavarovanju sklenitev delovnega razmerja ali določeno trajanje ali prenehanje delovnega razmerja, se šteje, da je pogoj izpolnjen z nastopom duhovniške službe oziroma z ustreznim trajanjem ali prenehanjem te službe.

OSNOVA ZA PLAČEVANJE PRISPEVKOV IN ZA ODmero PRAVIC

4. člen

Osnova za plačevanje prispevkov in za odmero pravic je osnova zavarovanja.

Glede na šolsko izobrazbo in pokojninsko dobo zavarovanca po tej pogodbi so osnove zavarovanja naslednje:

1. Zavarovanci z visokošolsko izobrazbo

pok. doba	Osnova zavarovanja din
do 10 let	1100
nad 10 do 20 let	1250
nad 20 do 30 let	1400
nad 30 let	1500

2. Zavarovanci z višjo šolsko izobrazbo

pok. doba	Osnova zavarovanja din
do 10 let	950
nad 10 do 20 let	1100
nad 20 do 30 let	1250
nad 30 let	1400

3. Zavarovanci s srednjo šolsko izobrazbo

pok. doba	Osnova zavarovanja din
do 10 let	850
nad 10 do 20 let	1000
nad 20 do 30 let	1100
nad 30 let	1200

4. Zavarovanci z nižjo šolsko izobrazbo

pok. doba	Osnova zavarovanja din
do 10 let	750
nad 10 do 20 let	850
nad 20 do 30 let	900
nad 30 let	1000

Te osnove zavarovanja se uporabljajo od 1. 1. 1970 do 31. 12. 1970, za naprej pa se preračunajo z valorizacijskimi količniki iz 32. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju.

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE

5. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka ob začasni nezmožnosti za delo imajo zavarovanci od enaintridesetega dne nepretrgane delovne nezmožnosti dalje.

Začasna nezmožnost za delo, ki nastane znova zaradi iste bolezni v tridesetih dneh po prenehanju prejšnjega bolezenskega dopusta, se šteje za nadaljevanje prejšnje delovne nezmožnosti glede nadomestila osebnega dohodka po prvem odstavku tega člena.

Nadomestilo osebnega dohodka se odmerja od poprečja osnove zavarovanja iz 4. člena te pogodbe v preteklem koledarskem letu pred nastankom začasne nezmožnosti za delo.

Določbe temeljnega zakona o zdravstvenem zavarovanju, ki se nanašajo na delo s skrajšanim delovnim časom med začasno nezmožnostjo za delo in na pravico do nadomestila osebnega dohodka za ta čas, ter določbe, ki se nanašajo na zadržanost od dela v teku dneva, se ne uporabljajo.

INVALIDSKO ZAVAROVANJE

6. člen

Zavarovanci po tej pogodbi so zavarovani za vse primere invalidnosti.

7. člen

Za primer invalidnosti ima zavarovanec v obsegu in ob pogojih, kot jih določa temeljni zakon o invalidskem zavarovanju, pravico do invalidske pokojnine, pravico do dodatka za pomoč in postrežbo, pravico do invalidnine zaradi telesne okvare, ki je posledica nesreče na delu in poklicne bolezni, pravico do poklicne rehabilitacije z oskrbnino in pravico do zaposlitve na ustreznem delu z nadomestili v zvezi s to pravico, ter do povračila polnih in prevoznih stroškov, nima pa pravice do zaposlitve s skrajšanim delovnim časom na svojem delu in do nadomestila zaradi zaposlitve s skrajšanim delovnim časom v primeru nastanka invalidnosti II. kategorije.

8. člen

Pravico do poklicne rehabilitacije in pravico do zaposlitve na ustreznem delu ima zavarovanec, ki mu Sinodalni svet ne more preskrbeti druge službe v okviru verske dejavnosti starokatoliške cerkve.

9. člen

Zavarovanec, invalid III. kategorije invalidnosti, ki je pridobil pravico do poklicne rehabilitacije, se usposobi za delovno mesto oziroma delo, za katero se zahteva strokovna izobrazba, ki ustreza njegovi na predpisan način pridobljeni strokovni izobrazbi.

Določbe 1. odstavka tega člena se uporabljajo tudi za zavarovance, ki so pridobili pravico do zaposlitve na drugem ustreznem delu.

Za svoje delo v smislu 32. člena temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju se šteje delo, ki ga opravlja zavarovanec kot svojo duhovniško službo.

10. člen

Za izračunavanje oskrbnine v zvezi s pravico do poklicne rehabilitacije in nadomestil v zvezi s pravico do zaposlitve na ustreznem delu se vzame kot osebni dohodek poprečje osnov zavarovanja iz 4. člena te pogodbe iz koledarskega leta pred nastankom invalidnosti.

11. člen

Invalidska pokojnina se odmeri od pokojninske osnove, od katere bi se zavarovancu odmerila starostna pokojnina, če bi v času nastanka invalidnosti pridobil pravico do starostne pokojnine.

12. člen

Preden da invalidska komisija svoje mnenje, mora zahtevati mnenje Sinodalnega sveta slovenske starokatoliške cerkve.

POKOJNINSKO ZAVAROVANJE

13. člen

Zavarovanci po tej pogodbi ne morejo pridobiti pravice do predčasne pokojnine, niti do varstvenega dodatka.

14. člen

Starostna pokojnina se odmeri od kateregakoli nepretrganega 10-letnega poprečja osnov zavarovanja iz

4. člena te pogodbe, v katere je bil zavarovanec uvrščen.

Osnove zavarovanja, ki se vzamejo v pokojninske osnove, se preračunajo z valorizacijskimi koeficienti v smislu 32. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju. Preračunana osnova iz prejšnjih let ne more biti višja od zneska ustrezne osnove zavarovanja iz zadnjega leta pred letom, v katerem je zavarovanec uveljavil pravico do pokojnine.

15. člen

Ce je prebil zavarovanec v desetletnem obdobju, po katerem se ugotavlja pokojninska osnova, deloma v delovnem razmerju ali v drugem svojstvu obvezno pokojninsko zavarovanje, deloma pa v duhovniški službi, se izračuna desetletno poprečje iz prvega odstavka 13. člena te pogodbe na podlagi pokojninske osnove iz temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju kot osebi v delovnem razmerju oziroma v drugem svojstvu za čas, ki ga je prebil v delovnem razmerju, in na podlagi osnov zavarovanja iz 4. člena te pogodbe za čas, ki ga je prebil v duhovniški službi starokatoliške cerkve.

PRISPEVKI ZA SOCIALNO ZAVAROVANJE

16. člen

Prispevki za socialno zavarovanje se obračunavajo in plačujejo od osnove zavarovanja po 4. členu te pogodbe in sicer po stopnjah prispevkov, ki jih določi skupščina komunalne skupnosti oziroma republiške skupnosti socialnega zavarovanja delavcev za posamezne panoge zavarovanja, preračunani na neto stopnje.

Prispevki zapadejo v plačilo prvi dan v mesecu.

17. člen

Zavezanec za prispevke za socialno zavarovanje je zavarovanec sam.

Namesto zavarovanca lahko plačuje prispevke deloma ali v celoti Sinodalni svet slovenske starokatoliške cerkve.

Prispevki se ne plačujejo za čas, ko je zavarovanec upravičen do nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo.

Prispevki se plačujejo pristojnemu komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje.

18. člen

Pogoj za uživanje pravic po tej pogodbi je redno plačevanje prispevkov za socialno zavarovanje in uživanje pravic ne more začeti, če zapadli prispevki niso vplačani najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem so zapadli v plačilo. Zadržano uživanje pravice oživi z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

POSTOPEK ZA UVELJAVITEV PRAVIC

19. člen

Svojstvo zavarovanca in osnove zavarovanja ugotovi z odločbo na podlagi prijave komunalni zavod za socialno zavarovanje, na katerega območju je kraj zavarovancevega službovanja.

20. člen

Prijavo v zavarovanje predloži duhovnik prek Sinodalnega sveta slovenske starokatoliške cerkve.

Zavarovanec mora sporočiti pristojnemu zavodu za socialno zavarovanje vsako spremembo v osebnih ali dejanskih okoliščinah, ki vpliva na pravico do zavarovanja ali na obseg pravic v smislu te pogodbe. Tako prijavo mora zavarovanec vložiti v osmih dneh od dneva, ko nastane sprememba.

21. člen

Postopek za odločanje o pravicah zavarovancev se začne na zahtevo zavarovanca oziroma na zahtevo družinskega člana umrlega zavarovanca.

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

22. člen

Duhovnike, ki so bili na dan uveljavitve te pogodbe socialno zavarovani po pogodbi o socialnem zavarovanju duhovnikov starokatoliških cerkev z dne 21. 3. 1964 (Uradni list SFRJ, št. 23/64), uvrstijo pristojni komunalni zavodi za socialno zavarovanje uradoma v ustrezne osnove zavarovanja iz 4. člena te pogodbe.

23. člen

Prispevki od osnov, določenih s to pogodbo, se plačujejo od 1. januarja 1970.

24. člen

Dokler ne poteče 10 let od začetka uporabe temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju, to je

od 1. januarja 1965, se bo ob upokojitvi zavarovanca izračunavala pokojninska osnova po osnovah zavarovanja, po katerih je bil zavarovan od 1. januarja 1965, in sicer 1. januarja 1965 do 31. decembra 1969 po pokojninskih osnovah, določenih s sklepom o pokojninskih osnovah oseb, ki opravljajo samostojno dejavnost, po katerih se določajo pravice iz socialnega zavarovanja, prevedejo pokojnine in plačujejo prispevki za socialno zavarovanje (Uradni list SFRJ, št. 5/65 in 31/66), od 1. januarja 1970 pa po osnovah iz 4. člena te pogodbe.

25. člen

Če se spremeni temeljni zakon o zdravstvenem zavarovanju, temeljni zakon o invalidskem zavarovanju ali temeljni zakon o pokojninskem zavarovanju, se pri izvajanju te pogodbe uporabljajo ustrezni spremenjeni predpisi.

26. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pogodba, neha veljati pogodba o socialnem zavarovanju duhovnikov starokatoliških cerkev z dne 21. marca 1964 (Uradni list SFRJ, št. 23/64).

27. člen

Ta pogodba začne veljati z dnem podpisa, uporablja pa se od 1. januarja 1970.

Št. 202/8-1970-4/1

Ljubljana, dne 1. oktobra 1970.

Republiška skupnost
socialnega zavarovanja delavcev
SR Slovenije
Direktor
Republiškega zavoda za socialno
zavarovanje Ljubljana
dr. Bojan Špicar l. r.

Sinodalni svet
slovenske starokatoliške cerkve
Skof
Kovačević Anton l. r.

Predpisi občinskih skupščin

SKUPŠČINA MESTA LJUBLJANE

463.

Na podlagi 50. in 98. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68, št. 56/69 in št. 32/70) ter 78. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju zadev, ki so skupnega pomena za mesto v I. trimesečju 1971

1. člen

Do sprejetja proračuna mesta Ljubljane za leto 1971 se bodo začasno, najkasneje pa do 31. marca 1971, financirale zadeve, ki so skupnega pomena za mesto, na podlagi trimesečnega načrta dohodkov ter njihove razporeditve in po določbah odloka o proračunu mesta Ljubljane za leto 1970, razep 8. člena (Uradni list SRS, št. 12/70).

2. člen

Trimesečni načrt razporeditve sredstev proračuna ne sme preseči 25 % razporejenih dohodkov za preteklo leto. Višino trimesečnega načrta posebnega računa določajo dohodki in obveznosti, ki izvirajo iz pogodb.

3. člen

Določbe tega odloka se ustrezno uporabljajo tudi v začasnem financiranju dela državnih organov mesta Ljubljane. Vendar je pri posameznih uporabnikih tega glavnega namena možna prekoračitev 25 % lani razporejenih sredstev, če gre za povečanje zasedbe delovnih mest, ki ga je odobril svet za splošne in notranje zadeve skupščine mesta Ljubljane.

4. člen

Doseženi dohodki in uporaba sredstev na podlagi tega odloka so sestavni del proračuna mesta za leto 1971.

5. člen

Svet za finance je pooblaščen, da v primeru nenakomernega dotoka dohodkov proračuna najame posojilo iz rezervnega sklada mesta. Posojilo mora biti vrnjeno do konca oktobra 1971.

6. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in začne veljati 1. januarja 1971.

St. 010-0118/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. l. r.

Predsednik
mestnega zbora

Predsednik zbora delovnih
skupnosti

dr. Majda Strobl l. r. Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

464.

Na podlagi 5. in 45. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 11/66, št. 54/67, št. 51/68 in št. 52/69), 2. člena zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69) in 6., 37., 78. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o občinskih upravnih taksah

1. člen

Na območju mesta Ljubljane se za spise in dejanja v upravnih stvareh ter za druge predmete in dejanja pri upravnih organih plačujejo občinske upravne takse.

Za spise in dejanja v upravnih stvareh ter za druge predmete in dejanja se glede taksne tarife uporabljajo določbe zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69).

2. člen

Kot upravni organi so po tem odloku mišljeni:

1. upravni organi občin Ljubljana Bežigrad, Ljubljana Center, Ljubljana Moste-Polje, Ljubljana Šiška in Ljubljana Vič-Rudnik;

2. upravni organi mesta Ljubljane;

3. delovne in druge organizacije, kadar v okviru javnih pooblastil, katere jim daje zakon ali na podlagi zakona izdan predpis, odločajo v upravnih stvareh ali izdajajo pravne listine na zahtevo strank.

3. člen

Občinske upravne takse se plačujejo v taksnih vrednotnicah enotne izdaje ali v gotovini.

4. člen

Splošne določbe in oprostitve po temeljnem zakonu o upravnih taksah in zakonu o upravnih taksah se uporabljajo tudi za občinske upravne takse.

5. člen

Taksne vrednotnice prodajajo pooblaščen delovne in druge organizacije ter organi (v nadaljnjem besedilu: pooblaščen prodajalci). Dovoljenje za prodajo taksnih vrednotnic izda svet za finance skupščine občine, na katere območju je prosilec.

Za prodajo taksnih vrednotnic pripada pooblaščenim prodajalcem provizija v višini 7% od vrednosti prodanih taksnih vrednotnic.

Pooblaščen prodajalci morajo vedno imeti v prodaji potrebne količine taksnih vrednotnic. Taksne vrednotnice morajo biti občanom na razpolago v poslovnem času delovne organizacije, oziroma njene poslovne enote. Pooblaščen prodajalci morajo taksne vrednotnice skrbno shranjevati in varovati.

6. člen

Izvajanje tega odloka nadzoruje za davčne zadeve pristojni organ občine na svojem območju.

7. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in začne veljati 1. januarja 1971.

St. 010-0128/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. l. r.

Predsednik
mestnega zbora

Predsednik zbora delovnih
skupnosti

dr. Majda Strobl l. r. Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

465.

Na podlagi 7b člena v zvezi s 7a členom temeljnega zakona o sodnih taksah (Uradni list FLRJ, št. 16/60 in Uradni list SFRJ, št. 10/65 in št. 8/69), 4. člena zakona o sodnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69) in 6., 37., 78. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) ter v soglasju s skupščino občine Litije je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o občinskih sodnih taksah

1. člen

Za postopke, vloge in dejanja pri Občinskem sodišču I. ter pri Občinskem sodišču II. v Ljubljani, se plačujejo občinske sodne takse po določbah temeljnega zakona o sodnih taksah (Uradni list FLRJ, št. 16/60 ter Uradni list SFRJ, št. 10/65 in št. 8/69).

Glede taksnih osnov in taksne tarife se uporabljajo določbe zakona o sodnih taksah in taksne tarife (Uradni list SRS, št. 13/69).

2. člen

Občinske sodne takse se plačujejo v taksnih vrednotnicah enotne izdaje ali v gotovini.

Taksne vrednotnice prodajajo pooblaščen delovne in druge organizacije ter organi (v nadaljnjem besedilu: pooblaščen prodajalci).

Dovoljenje za prodajo taksnih vrednotnic izda svet za finance skupščine občine, na katere območju se nahaja prosilec.

Za prodajo taksnih vrednotnic pripada pooblaščenim prodajalcem provizija v višini 7% od vrednosti prodanih taksnih vrednotnic.

Pooblaščen prodajalci morajo vedno imeti v prodaji potrebne količine taksnih vrednotnic; taksne vrednotnice morajo biti občanom na razpolago v po-

slovnem času delovne organizacije, oziroma njene poslovne enote.

Pooblaščen prodajalec morajo taksne vrednotnice skrbno shranjevati in varovati.

3. člen

Izvajanje tega odloka nadzoruje za davčne zadeve pristojni organ občine za svoje območje.

4. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in začne veljati 1. januarja 1971.

Št. 010-0129/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. 1. r.

Predsednik mestnega zbora	Predsednik zbora delovnih skupnosti
dr. Majda Strobl 1. r.	Andrej Levičnik, dipl. oec. 1. r.

466.

Na podlagi 1. in 4. člena zakona o komunalnih taksah (Uradni list SRS, št. 21/65 in št. 7/70), 37. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o komunalnih taksah na območju mesta Ljubljane

1. člen

Na območju mesta Ljubljane se plačujejo komunalne takse:

1. za uporabo javnega pločnika pred poslovnimi prostori,

2. za začasno prebivanje v turističnih krajih (turistična taksa),

3. za uporabo prostora za parkiranje avtomobilov in njihovih priklopnikov na mestih, na katerih je organizirano čuvanje vozil,

4. za uporabo javnega prostora za parkiranje ali druge začasne namene,

5. za uporabo trgov in drugih prostorov, razen pločnikov za razstavljanje predmetov, prirejanje razstav in zabavnih prireditev za gospodarske namene.

Komunalne takse za točko 3 in 4 se plačujejo v skladu z odlokom o ureditvi ter uporabi posebnih javnih parkirnih prostorov na območju mesta Ljubljane.

Višina komunalnih taks za posamezne taksne predmete oziroma storitve je določena v taksni tarifi, ki je sestavni del tega odloka.

2. člen

Taksni zavezanec je delovna ali druga organizacija, ali posameznik, ki uporablja predmete in storitve, za katere so uvedene komunalne takse. V taksni tarifi je določeno, v katerih primerih je obračun, pobiranje in odvod pobrane takse dolžna zagotoviti organizacija ali posameznik, ki ni taksni zavezanec.

3. člen

Zavezanec je dolžan davčni upravi v 15 dneh prijaviti nastanek taksne obveznosti, če ni v takani tarifi drugače določeno.

Prijava mora vsebovati podatke o zavezancu ter vsa dejstva in okoliščine, ki so pomembne za določitev višine komunalne takse.

Delovne in druge organizacije ter zasebniki, ki oddajajo sobe, so dolžni voditi evidenco o plačani turistični taksi z naslednjimi podatki:

- a) priimek in ime turista oziroma potnika,
- b) število nočnin,
- c) višina plačane takse.

4. člen

Komunalne takse plačujejo taksni zavezanci v gotovini naprej, če ni v taksni tarifi drugače določeno.

Če taksni zavezanec ne plača takse vnaprej, se mu plačilo takse predpiše s posebno odločbo.

Če je za uporabo določenega taksnega predmeta potrebno dovoljenje pristojnega organa, je treba takso plačati pred izdajo dovoljenja.

5. člen

Komunalne takse so dohodek mestnega proračuna. Takse po tar. št. 1, 3, 4 in 5 se uporabljajo za izgradnjo in modernizacijo javnih parkirnih prostorov, takse po tar. št. 2 pa za razvoj turistične dejavnosti.

6. člen

Z denarno kaznijo do 300 din se kaznuje posameznik ali odgovorna oseba pravne osebe, ki v določenem roku ne prijavi predmete ali storitve, za katere je predpisano plačilo komunalne takse, pravna oseba pa z denarno kaznijo do 2000 din.

7. člen

Z dnem uveljavitve tega odloka prenehajo veljati določila odloka o komunalnih taksah (Glasnik, št. 6/68), razen 1. člena odloka o spremembi odloka o komunalnih taksah (Ur. list SRS, št. 5/70).

Turistične takse, določene s tem odlokom, začnejo veljati s 1. januarjem 1971.

8. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in velja od 1. januarja 1971.

Št. 010-0131/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. 1. r.

Predsednik mestnega zbora	Predsednik zbora delovnih skupnosti
dr. Majda Strobl 1. r.	Andrej Levičnik, dipl. oec. 1. r.

TARIFA KOMUNALNIH TAKS

Tar. št. 1

Za uporabo javnega pločnika pred poslovnimi prostori za vsak uporabljeni kvadratni meter površine mesečno.

	din
1. Na območju občine Ljubljana Center	6.00
2. Na območju ostalih ljubljanskih občin	3.00

Kot uporaba javnega pločnika pred poslovnimi prostori se šteje uporaba teh površin za poslovno dejavnost.

Tar. št. 2

Za začasno prebivanje turistov in potnikov na območju mesta

	din
od noćnine (razen campinga)	3,00
od noćnine v campingu	1,00

Taksa se plaćuje za bivanje na območju mesta Ljubljane, vendar za najveć 30 dni neprekinjenega bivanja.

Turistićne takse so oprošćeni:

1. otroci do dopolnjenega 15. leta starosti,
2. vojaški in mirnodobski vojni ter delovni invalidi,
3. vojaki in gojenci vojaških in kadetskih šol, kadar organizirano prebivajo v doloćenem kraju,
4. ćlani Zveze slepih Jugoslavije s spremljevalci in Zveze gluhih Jugoslavije,
5. udeleżenci šolskih ekskurzij,
6. osebe na letnem dopustu pri svoji ożji družini (starši, otroci, bratje in sestre),
7. osebe, ki se zdravijo v stacionarnih zdravstvenih zavodih,
8. tuji državljani, ki so po mednarodnih sporazumih oprošćeni drugih taks in dajatev,
9. mladina, ki v skupinah prebiva v zanje organiziranih poćitniških domovih in kolonijah,
10. ćlani poćitniške zveze in zveze tabornikov,
11. osebe, ki prebivajo v lastnih stanovanjih ali stambah in njihovi družinski ćlani.

Taksni zavezanec je oseba, ki začasno prebiva na obmoćju mesta Ljubljane, takso obraćuna in pobere gostinska, turistićna in druga organizacija ali posameznik, ki oddaja prenoćišća. Pobrano takso za pretekli mesec je treba do 5. v mesecu vplaćati na ustrezní raćun. Na taksno obveznost ne vpliva okolišćina, ali je bilo prenoćišće oćdano proti odmeri ali ne.

Tar. št. 3

Za uporabo prostora za parkiranje avtomobilov in njihovih priklopnikov, na katerih je organizirano ćuvanje vozil, se plaća za doloćeno število ur po vrstah vozil:

— za osebne avtomobile:	din
1. osebni avtomobil do 3 ur parkiranja	2,00
2. pavšal za mesećno parkiranje osebne- ga avtomobila	50,00
— za tovornjake in avtobuse:	
1. tovornjak do 24 ur parkiranja	10,00
2. priklopnik do 24 ur parkiranja	5,00
3. avtobus do 12 ur parkiranja	10,00
— sejem motornih vozil:	
1. osebni avtomobil na dan	20,00
2. tovornjak na dan	50,00
3. priklopnik na dan	30,00
4. motor in motorno kolo na dan	5,00

Taksni zavezanec po tej tarifni številki je uporabnik vozila, ki vozilo parkira na posebnih javnih parkirnih prostorih. Taksa se plaća za enkratno parkiranje posebej, ki je doloćena za ćuvanje vozil.

Tar. št. 4

Za uporabo javnega prostora za parkiranje ali druge zaćasne namene se plaća:

	din
1. za, avtotaksi (mesećni pavšal)	20,00
2. rezerviran parkirni prostor od parkirnega mesta — mesećno	50,00
3. od vsakega kioska, stojnice, toćilnice ali dru- ge zaćasne uporabe javnega prostora se plaća dnevno:	
— do 10 m ² zavzete površine	2,00
— za vsak nadaljnji m ²	0,10
4. Za uporabo parkirnega prostora s parkirno uro — za parkiranje osebnega avtomobila za doloćen ćas, ki je posebej oznaćen	1,00

Taksni zavezanec je uporabnik javnega parkirnega prostora. Će je uporaba javnega prostora organizirana, obraćunava in pobere takso organizator, ki je pobrano takso dolżan mesećno plaćevati na ustrezní raćun.

Tar. št. 5

Za uporabo trgov in drugih prostorov, razen ploćnikov za razstavljanje predmetov, prirejanje razstav in drugih zabavnih prireditev za gospodarske namene se plaća dnevno:

	din
1. do 20 m ² zavzete površine	5,00
2. za vsak nadaljnji m ²	0,10

Taksni zavezanec po tej tarifni številki je uporabnik prostora.

467.

Na podlagi 10. alinee 22. ćlena, 13. alinee 23. ćlena in 163. ćlena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupšćina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o ureditvi ter uporabi posebnih javnih parkirnih prostorov na obmoćju mesta Ljubljane

1. ćlen

Ta odlok doloća ureditev in uporabo posebnih javnih parkirnih prostorov na obmoćju mesta Ljubljane.

2. ćlen

Posebni javni parkirni prostori so:

- prostori, kjer je organizirano ćuvanje motornih vozil,
- prostori, kjer so postavljene parkirne ure,
- rezervirani prostori za potrebe delovnih in drugih organizacij ter organov,
- prostori za taksi slużbo,
- prostori za sejem motornih vozil.

3. ćlen

Svet za komunalno gospodarstvo in mestni promet je pooblašćen, da na predlog urada za promet pri tajništvu skupšćine mesta Ljubljane doloći prostore, kjer je organizirano ćuvanje motornih vozil in prostore, kjer so postavljene parkirne ure ter prostore za sejem motornih vozil.

4. člen

Na predlog komisije za promet sveta za komunalno gospodarstvo in mestni promet skupščine mesta Ljubljane določi z odločbo urad za promet pri tajništvu skupščine mesta Ljubljane rezervirane prostore za potrebe delovnih in drugih organizacij ter organov in prostore za taksi službo.

5. člen

Javne parkirne prostore iz 2. člena tega odloka ureja in vzdržuje komunalna ali druga delovna organizacija, ki jo določi svet skupščine mesta Ljubljane, pristojen za komunalno gospodarstvo in mestni promet.

Svet za komunalno gospodarstvo in mestni promet sklene s komunalno ali drugo delovno organizacijo pogodbo o urejanju in vzdrževanju posebnih javnih parkirnih prostorov. Pogodba mora določati zlasti:

- pogoje, ki zagotavljajo nemoteno čuvanje motornih vozil na prostorih, ki so za to določeni,
- obveznost vzdrževanja, izgradnje in razvoj posebnih javnih parkirnih prostorov,
- način plačila storitev komunalne ali druge delovne organizacije.

6. člen

Za uporabo posebnih javnih parkirnih prostorov in storitev pobira pooblaščen komunalna ali druga delovna organizacija komunalno takso, določeno s predpisi.

7. člen

Odločbe, s katerimi imajo delovne in druge organizacije rezervirane javne in parkirne prostore, prenehajo veljati v 30 dneh po uveljavitvi tega odloka.

8. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in začne veljati 1. januarja 1971.

Št. 010-0130/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. l. r.

Predsednik
mestnega zbora

dr. Majda Strobl l. r.

Predsednik zbora delovnih
skupnosti

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

468.

Na podlagi 8. in 10. člena zakona o obrestih od gospodarskih skladov (Uradni list SFRJ, št. 11/68 in št. 50/68), 1. in 2. in 7. člena zakona o obrestnih merah od poslovnih skladov (Uradni list SFRJ, št. 35/65, št. 56/65, št. 4/66, št. 11/66, št. 28/66, št. 52/66, št. 17/67, št. 26/68, št. 30/68, št. 50/68, št. 5/69, št. 8/69, št. 20/69, št. 56/69 in št. 25/70) ter 22. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi obresti od poslovnega sklada delovnih organizacij, ki opravljajo komunalno dejavnost mestnega pomena

1. člen

Delovne organizacije: Kanalizacija, Mestna plinar-
na, Snaga, Javna razsvetljava, Rast, Zale, Ljubljanski

živilski trgi, Dimnikarsko podjetje Ljubljana Moste-
Polje in Podjetje Dimnik obračunavajo obresti od po-
slovnih skladov po obrestni meri 3,5 %.

Delovne organizacije: Ljubljana-transport — enota
mestni potniški promet, Pekarna Center, Ljubljanske
mlekarnice in Žito od dejavnosti komunalnega značaja
obračunavajo obresti od poslovnega sklada po obrestni
meri 1,45 %.

Delovne organizacije: Toplarna — dejavnost ko-
munalnega značaja in Mestni vodovod obračunavajo
obresti od poslovnega sklada po obrestni meri 1,7 %.

Elektro Ljubljana enota mesto obračunava obresti
od poslovnega sklada za območje mesta Ljubljane po
obrestni meri 1 %.

2. člen

Delovne organizacije iz prejšnjega člena tega od-
loka plačujejo obračunane obresti od poslovnega skla-
da v posebni del kreditnega sklada Ljubljanske banke.

3. člen

Sredstva, zbrana po 1. členu tega odloka uporabi
Ljubljanska banka samo za kreditiranje izgradnje in
obnove komunalnih objektov in naprav ter delovnih
sredstev delovnih organizacij, ki opravljajo komunal-
no dejavnost.

4. člen

Skupščina mesta Ljubljane določi s posebnim
predpisom temeljne smernice uporabe teh sredstev.

5. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS in začne
veljati 1. januarja 1971.

Št. 010-0132/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane

Miha Košak, dipl. ing. l. r.

Predsednik
mestnega zbora

dr. Majda Strobl l. r.

Predsednik zbora delovnih
skupnosti

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

469.

Na podlagi 15. člena zakona o urbanističnem
planiranju (Uradni list SRS, št. 16/67), 21. in 163.
člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št.
14/70), 1. in 2. člena odloka o uskladitvi generalnega
plana urbanističnega razvoja mesta Ljubljane z določ-
bami zakona o urbanističnem planiranju (Glasnik, št.
23/67) ter odloka o sprejetju zazidalnega načrta za
območje zazidalnega otoka SS 4/1 — Stara cerkev
(Glasnik, št. 10/69) je skupščina mesta Ljubljane na 18.
skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupno-
sti dne 21. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi in dopolnitvi odloka o sprejetju
zazidalnega načrta za območje zazidalnega otoka
SS 4/1 — Stara cerkev

1. člen

S tem odlokom se sprejme sprememba in dopol-
nitev odloka o potrditvi zazidalnega načrta za območ-

je zazidalnega otoka ŠS 4/1 — Stara cerkev, ki je bil objavljen v Glasniku, št. 10/69, za predel med Celovsko cesto, Vodnikovo cesto in Tržno ulico.

Spremenjen in dopolnjen zazidalni načrt je pod šifro projekta 221-II v marcu 1970 izdelal Urbanistični inštitut SRS, ki vsebuje programski in tehnični del v smislu določil prvega odstavka 3. člena zakona o urbanističnem planiranju ter dokumentacijo za realizacijo zazidave z zazidalno zasnovo.

2. člen

Spremenjen in dopolnjen zazidalni načrt je stalno na vpogled občanom, organizacijam in upravnim organom skupščine občine Ljubljana Šiška, strokovni službi za urbanizem pri skupščini mesta Ljubljane, Ljubljanskemu urbanističnemu zavodu, Upravi za inšpekcijske službe in Geodetski upravi skupščine mesta Ljubljane.

3. člen

Manjše odmike od zazidalnega načrta, ki je sprejet s tem odlokom, dovoljuje v smislu določil drugega odstavka 15. člena zakona o urbanističnem planiranju svet za urbanizem pri skupščini mesta Ljubljane.

4. člen

Z uveljavitvijo tega odloka prenehajo veljati določila odloka o sprejetju zazidalnega načrta za območje zazidalnega otoka ŠS 4/1 — Stara cerkev (Glasnik, št. 10/69).

5. člen

Nadzorstvo nad izvajanjem tega odloka vrši urbanistična inšpekcija pri upravi za inšpekcijske službe.

6. člen

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

Št. 010-0133/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik skupščine mesta
Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

Predsednik mestnega zbora
dr. Majda Strobl I. r.

Predsednik zbora delovnih skupnosti
Andrej Levičnik, dipl. oec. I. r.

470.

Na podlagi 24. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o prevzemu ustanoviteljskih pravic do srednjih šol in domov učencev srednjih šol v Ljubljani

1

S tem sklepom prevzema skupščina mesta Ljubljane ustanoviteljske pravice do tehle srednjih šol in domov učencev v Ljubljani:

1. I. gimnazija Ljubljana, Peričeva 12,
2. Gimnazija Poljane, Ljubljana, Strossmayerjeva 1,

3. Gimnazija, Ljubljana, Šubičeva 1,
4. Gimnazija pedagoške smeri, Ljubljana, Resljeva 12,
5. Ekonomska srednja šola, Ljubljana, Prešernova 6,
6. Šola za oblikovanje, Ljubljana, Trg francoske revolucije 1,
7. Srednja vzgojiteljska šola, Ljubljana, Poljanska 22,
8. Tehniška šola za elektrotehniško stroko, Ljubljana, Vegova 4,
9. Zdravstvena tehniška šola, Ljubljana, Šarnovičeva 5,
10. Šola za medicinske sestre, Ljubljana, Trg francoske revolucije 18,
11. Zavod za glasbeno in baletno izobraževanje, Ljubljana, Vegova 5,
12. Šolski center za vzgojo pisarniških kadrov, Ljubljana, Trg revolucije 1,
13. Šola za zdravstvene delavce — ginekološko porodniške smeri, Ljubljana, Slajmerjeva 3/a,
14. Šolski center za blagovni promet, Ljubljana, Poljanska 28 a,
15. Gostjinski šolski center, Ljubljana, Poljanska 28 a,
16. VI. gimnazija, Ljubljana, Zaloška cesta 49,
17. Gimnazija, Ljubljana-Šentvid,
18. VII. gimnazija, Ljubljana Vič-Rudnik, Tržaška 72,
19. Tehniška šola za kemijo, metalurško, rudarsko in lesno industrijsko stroko, Ljubljana, Aškerčeva 7,
20. Tehniška šola za strojno stroko, Ljubljana, Aškerčeva 7,
21. Šolske delavnice tehniških šol, Ljubljana, Gorupova 6,
22. Šola za živinorejsko veterinarske tehnike, Ljubljana, Cesta v mestni log 47,
23. Poklicna šola kovinske stroke, Ljubljana, Cesta na brdo 25 a,
24. Center strokovnih šol, Ljubljana, Titova 78,
25. Šolski gradbeni center — Vajeniška šola »Ivana Kavčiča«, Ljubljana, Titova 78,
26. Tehniška gradbena šola Ljubljana, Titova 100,
27. Dom gradbene srednje šole, Ljubljana, Gerbičeva 51 a,
28. Dom Majde Vrhovnik, Ljubljana, Tabor 12,
29. Dom Ivana Cankarja, Ljubljana, Poljanska 26,
30. Dom Anice Černejeve, Ljubljana, Poljanska 22,
31. Dom tehniških šol, Ljubljana, Vidovdanska 7,
32. Vajenski dom, Ljubljana, Kersnikova 4,
33. Dom mladine v trgovini in gostinstvu, Ljubljana, Poljanska 28 a.

2

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

Št. 010-0134/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

471.

Na podlagi 57. člena zakona o srednjem šolstvu (Uradni list SRS, št. 18/67 in št. 20/70) ter 24., 78. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o soglasju k imenovanju ravnatelja Vzgojiteljske šole v Ljubljani

Skupščina mesta Ljubljane soglaša s sklepom delovne skupnosti Vzgojiteljske šole v Ljubljani, s katerim je imenovala Leo Smasek za ravnatelja šole.

Št. 010-0135/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

472.

Na podlagi 24. člena zakona o javnem tožilstvu (Uradni list SFRJ, št. 7/65) in 32., 78. ter 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o soglasju k postavitvi namestnika občinskega javnega tožilca

Skupščina mesta Ljubljane soglaša s postavitvijo tovariša Deisinger Mitje za namestnika občinskega javnega tožilca v Ljubljani.

Št. 010-0136/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

473.

Na podlagi 12. člena zakona o sodiščih splošne pristojnosti (Uradni list SRS, št. 20/65) in 32., 78. ter 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o izvolitvi sodnika Občinskega sodišča II. Ljubljana

Za sodnika Občinskega sodišča II. Ljubljana se izvoli

Branka Cizel-Varšek, dipl. pravnik.

Št. 010-0137/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

474.

Na podlagi 12. člena zakona o sodiščih splošne pristojnosti (Uradni list SRS, št. 20/65) in 32., 78. ter 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o razrešitvi sodnika Občinskega sodišča II. Ljubljana

Janez Bolha se z dnem 31. XII. 1970 razreši dolžnosti sodnika Občinskega sodišča II. v Ljubljani

Št. 010-0138/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

475.

Na podlagi 161. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) ter 3. člena odloka o ustanovitvi mestnega javnega pravobranilstva v Ljubljani (Glasnik, št. 23/66) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o imenovanju namestnika mestnega javnega pravobranilca

Za namestnika mestnega javnega pravobranilca se imenuje

Betka Kancler-Sugman, dipl. pravnik.

Št. 010-0139/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

476.

Na podlagi 78. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o razrešitvi in imenovanju člana sveta za zdravstveno in družbeno varstvo

Dolžnosti člana sveta za zdravstveno in družbeno varstvo se razreši

dr. Dušan Mis.

Za člana sveta za zdravstveno in družbeno varstvo se imenuje

Tone Brejč.

Št. 010-0140/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

477.

Na podlagi 24. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina mesta Ljubljane na 18. skupni seji mestnega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 21. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o imenovanju predstavnikov družbene skupnosti v svet Zdravstvenega doma Ljubljana

Za predstavnika družbene skupnosti v svetu Zdravstvenega doma Ljubljana se imenujejo:

prof. dr. Ivan Bonač,

Janko Brunet,

Ančka Gašperšič,

Franc Gruden,

Zvonka Hafner,

Milan Keržan,

Alojz Kušar,

Ferdo Majdič,

Jožica Provižan,

Zdravko Tomažin,

Jože Žumer.

Št. 010-0141/70

Ljubljana, dne 21. decembra 1970.

Predsednik
skupščine mesta Ljubljane
Miha Košak, dipl. ing. I. r.

SKUPŠČINA OBČINE GROSUPLJE

478.

Na podlagi 11., 20., 30. in 47. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 102. člena statuta občine Grosuplje je občinski zbor in zbor delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejel

ODLOK

o spremembah odloka o proračunu občine Grosuplje za leto 1970

1. člen

V 1. členu odloka o proračunu občine Grosuplje za leto 1970 (Uradni list SRS, št. 7/70) se znesek 6.177.755 nadomesti z zneskom 6.231.705 din; znesek 180.045 din pa se nadomesti z zneskom 126.095 din.

2. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za leto 1970.

Št. 400-35/69

Grosuplje, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Grosuplje
Ivan Ahlin I. r.

479.

Na podlagi 52. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 102. člena statuta občine Grosuplje je skupščina občine Grosuplje na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb občine za I. trimesečje 1971

1. člen

Dokler ne bo sprejet proračun občine Grosuplje za leto 1971 se bodo začasno, najdalj pa do 31. marca 1971, financirale proračunske potrebe občine Grosuplje na podlagi trimesečnega načrta proračunskih dohodkov in njihove razporeditve.

2. člen

Trimesečni načrt razporeditve sredstev ne sme presegati ene četrtine razporejenih dohodkov po proračunu občine za leto 1970.

3. člen

Doseženi dohodki in razporejena sredstva po trimesečnem načrtu po 1. členu tega odloka bodo sestavni del dohodkov in njihovega razporeda v proračunu občine Grosuplje za leto 1971.

4. člen

Splošne določbe proračuna občine Grosuplje za leto 1970 se bodo smiselno uporabljale tudi v I. trimesečju 1971 pri izvrševanju trimesečnega načrta iz 1. člena tega odloka.

5. člen

Svet za finance je pooblaščen, da v primeru nenakomernega dotoka dohodkov najame za nemoteno financiranje proračunskih potreb ustrezno višino posojila iz sredstev rezervnega sklada proračuna.

6. člen

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

Št. 402-60/70

Grosuplje, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Grosuplje
Ivan Ahlin I. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA BEŽIGRAD

480.

Na podlagi 50. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64), 52. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64) in 108. člena statuta občine Ljubljana Bežigrad je skupščina občine Ljubljana Bežigrad na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 22. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Ljubljana Bežigrad v I. trimesečju 1971

1. člen

Do sprejetja proračuna občine Ljubljana Bežigrad za leto 1971 se bodo začasno, najdalje pa do 31. III. 1971, financirale proračunske potrebe občine Ljubljana Bežigrad na podlagi trimesečnega načrta proračunskih dohodkov in njihove razporeditve.

2. člen

Trimesečni plan razporeditve sredstev ne sme preseči porabe sredstev razporejenih dohodkov po proračunu za prvo trimesečje leta 1970.

3. člen

Doseženi dohodki in uporaba sredstev na podlagi tega odloka so sestavni del proračuna občine za leto 1970.

4. člen

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

Št. 400-7/70-2

Ljubljana, dne 22. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Ljubljana Bežigrad
Karel Kušar l.r.

481.

Na podlagi 5. in 45. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 11/66, št. 54/67 in št. 51/68), 2. člena zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69) in 108. člena statuta občine Ljubljana Bežigrad je skupščina občine Ljubljana Bežigrad na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 22. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah

1. člen

Odlok o upravnih taksah skupščine občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, št. 24/69) preneha veljati 31. decembra 1970.

2. člen

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

Št. 423-214/70-1

Ljubljana, dne 22. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Ljubljana Bežigrad
Karel Kušar l.r.

482.

Na podlagi 92. in 99. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69) in 171. člena statuta občine Ljubljana Bežigrad je skupščina občine Ljubljana Bežigrad na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 22. decembra 1970 sprejela

ODLOČBO

o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Bežigrad

1

Ugotavlja se letni kosmati osebni dohodek delavcev, na podlagi katerega se bo določala pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevkov in davkov od obrtnih dejavnosti in sicer:

Dejavnost	Letni kosmati osebni dohodek delavca	
	poprečni	najvišji
1. Predelovanje nekovin	22.500	28.000
2. Predelovanje kovin:		
a) kovinsko pasarstvo, avtomehanika, avtokleparstvo	29.000	37.650
b) kotlarstvo, kovinsko strugarstvo, strojno ključavničarstvo, kovinostiskarstvo	25.900	33.650
c) galvaniziranje, orodjarstvo, precizna mehanika za pisalne stroje, livarstvo in kovinska galanterija	28.100	36.500
d) ostale kovinske dejavnosti	20.200	26.300
3. Elektro stroka	30.200	38.300
4. Kemična stroka	24.400	31.950
5. Predelovanje lesa:		
a) mizarstvo, lesno modelarstvo, kaluparstvo, tapetništvo in dekoraterstvo	24.800	32.200
b) ostale dejavnosti	19.100	24.850
6. Papirna stroka	23.500	30.700
7. Tekstilna stroka	19.100	24.850
8. Usnjarska stroka	20.200	26.300
9. Izdelovanje gumijastih izdelkov	19.900	25.850
10. Izdelovanje živil	19.900	25.850
11. Tiskarne in knjigovezništvo	24.400	31.950
12. Izdelovanje in popraviljanje raznovrstnih izdelkov:		
a) umetno kovaštvo, graverstvo, pečatarstvo, zlatarstvo, izdelovanje kovinskih okrasnih predmetov	30.200	39.300
b) izdelovanje predmetov iz plastičnih mas in umetnih smol	31.500	40.950
c) ostale dejavnosti	21.400	27.850
13. Stavbna obrtna dejavnost	25.700	33.350
14. Osebnostne obrtne in druge storitve:		
a) moško frizerstvo	18.400	23.850
b) žensko frizerstvo	22.500	28.000
c) kozmetika obraza in telesa	25.900	33.700
d) aranžerstvo	30.200	39.300
e) optika	28.100	36.500
f) vozno ličarstvo in ličarstvo drugih kovinskih predmetov	26.300	34.400
g) ostale osebne storitve	21.400	27.850

15. Gostinstvo	24.400	31.950
16. Avtoprevoznništvo		
a) s tovornimi vozili do 3 ton	29.300	38.000
b) s tovornimi vozili nad 3 tone	33.800	43.900
17. Avtotaksiji	19.100	24.850

2

Letni kosmati osebni dohodek delavca ali uslužbenca, na podlagi katerega se bo določala osnova za prispevek od intelektualnih storitev znaša:

Intelektualne storitve	Letni kosmati osebni dohodek delavca
1. odvetniki, zdravniki, dentisti	43.000
2. ostali poklici	28.100

3

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

Št. 420-6/69-1

Ljubljana, dne 22. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Ljubljana Bežigrad
Karel Kušar l.r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA CENTER

483.

Na podlagi 50. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68, št. 56/69 in št. 32/70), 52. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 92. člena statuta občine Ljubljana Center je skupščina občine Ljubljana Center na 19. skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb
v I. trimesečju 1971

1. člen

Do sprejetja proračuna občine Ljubljana Center za leto 1971 se bodo začasno financirale proračunske potrebe, vendar najdalj do 31. marca 1971, na podlagi trimesečnega načrta dohodkov in izdatkov.

2. člen

Trimesečni načrt izdatkov ne sme presegati 22,5% sredstev, porabljenih za posamezne namene po proračunu za leto 1970.

3. člen

Svet za finance in družbeni načrt lahko v posameznih primerih ali pa v celoti dovoli večje trošenje proračunskih sredstev kot dopušča 2. člen tega odloka, če bodo dohodki ugodno dotekali, vendar pa izdatki za posamezne namene ne smejo presegati 25% v proračunu razporejenih dohodkov za leto 1970.

4. člen

Dohodki in izdatki, doseženi oziroma porabljeni po tem odloku, so sestavni del dohodkov in izdatkov proračuna občine Ljubljana Center za leto 1971.

5. člen

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

Št. 402-039/69

Ljubljana, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Center
Anton Kolar l.r.

484.

Na podlagi 1., 5. in 45. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 11/66, št. 54/67, št. 51/68 in št. 52/69) in 92. člena statuta občine Ljubljana Center (Uradni list SRS, št. 16/70) je skupščina občine Ljubljana Center na 19. skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah

1. člen

Odlok o upravnih taksah (Glasnik, št. 24/69) preneha veljati.

2. člen

Ta odlok začne veljati z dnem, ko se začne uporabljati odlok o občinskih upravnih taksah skupščine mesta Ljubljane.

Št. 423-01/69

Ljubljana, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Center
Anton Kolar l.r.

485.

Na podlagi 7b člena temeljnega zakona o sodnih taksah (Uradni list FLRJ, št. 16/60 in Uradni list SFRJ, št. 10/65 in št. 8/69), 3. in 9. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 92. člena statuta občine Ljubljana Center (Uradni list SRS, št. 16/70) ter v soglasju s skupščinami občine Ljubljana Moste-Polje in Litija je skupščina občine Ljubljana Center na 19. skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prenehanju veljavnosti odloka o občinskih sodnih taksah

1. člen

Odlok o občinskih sodnih taksah (Glasnik, št. 15/69) preneha veljati.

2. člen

Ta odlok začne veljati z dnem, ko se začne uporabljati odlok o občinskih sodnih taksah skupščine mesta Ljubljane.

Št. 423-06/69

Ljubljana, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Center
Anton Kolar l. r.

486.

Na podlagi 92. in 99. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69, št. 40/69 in št. 26/70) in 92. člena statuta občine Ljubljana Center (Uradni list SRS, št. 16/70) je skupščina občine Ljubljana Center na 19. skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 23. decembra 1970 sprejela

ODLOČBO

o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Center

I

Ugotavlja se letni kosmati dohodek delavcev, na podlagi katerega se bo določala pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevkov od obrtnih dejavnosti, in sicer:

Dejavnost	Letni kosmati osebni dohodek delavcev v din poprečni	najvišji
1. Predelovanje nekovin	22.500	28.000
2. Predelovanje kovin:		
a) kovinsko pasarstvo, avtomehanika, avtokleparstvo	29.000	37.650
b) kotlarstvo, kovinsko strugarstvo, strojno ključavničarstvo, kovinostiskarstvo	25.900	33.650
c) galvanizerstvo, orodjarstvo, precizna mehanika za pisalne stroje, livarstvo in kovinska galanterija	28.100	36.500
d) ostale kovinske dejavnosti	20.200	26.300
3. Elektro stroka	30.200	39.300
4. Kemična stroka	24.400	31.950
5. Predelovanje lesa:		
a) mizarstvo, lesno modelarstvo, kaluparstvo, tapetništvo in dekoraterstvo	24.800	32.200
b) ostale dejavnosti	19.100	24.850
6. Papirna stroka	23.500	30.700
7. Tekstilna stroka	19.100	24.850
8. Usnjarska stroka	20.200	26.300
9. Izdelovanje gumijastih izdel	19.900	25.850
10. Izdelovanje živil	19.900	25.850
11. Tiskarne in knjigovezništvo	24.400	31.500
12. Izdelovanje in popraviljanje raznovrstnih izdelkov:		
a) umetno kovaštvo, graverstvo, pečatarstvo, zlatarstvo, izdelovanje kovinskih okrasnih predmetov	30.200	39.300

b) izdelovanje predmetov iz plastičnih mas in umetnih smol	31.500	40.950
c) ostale dejavnosti	21.400	27.850
13. Stavbna obrtna dejavnost	25.700	33.350
14. Osebnne obrtne in druge storitve:		
a) moško frizerstvo	18.400	23.850
b) žensko frizerstvo	22.500	28.000
c) kozmetika obraza in telesa	25.900	33.700
d) aranžerstvo	30.200	39.300
e) optika	28.100	36.500
f) vozno ličarstvo in ličarstvo drugih kovinskih predmetov	26.300	34.400
g) ostale osebne storitve	21.400	27.850
15. Gostinstvo	24.400	31.950
16. Avtoprevoznništvo:		
a) s tovornimi vozili do 3 ton	29.300	38.000
b) s tovornimi vozili nad 3 tone	33.800	43.900
17. Avtotaksiji	19.100	24.850

II

Letni kosmati osebni dohodek delavca ali uslužbenca, na podlagi katerega se bo določala osnova za prispevek od intelektualnih storitev, znaša:

Intelektualne storitve	Letni kosmati osebni dohodek delavcev v din
1. Odvetniki, zdravniki, dentisti	43.000
2. Ostali poklici	28.100

III

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

Št. 113-01/69

Ljubljana, dne 23. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Center
Anton Kolar l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA MOSTE-POLJE
487.

Na podlagi 62. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68, št. 56/69 in št. 32/70) ter 93. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje (Uradni list SRS, št. 17/70) je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembah in dopolnitvah odloka o proračunu občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1970

1. člen

Prvi člen odloka o proračunu občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1970 (Uradni list SRS, št. 10/70) se spremeni in glasi:

Občinski proračun za leto 1970 obsega:

	din
dohodke	17.179.534
razporejene dohodke	16.605.482
nerazporejene dohodke	574.052

2. člen

V pregledu in razporedu dohodkov proračuna občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1970 se spremenijo zneski v naslednjih glavnih namenih:

- 03 — Kulturno prosvetna dejavnost, znesek 414.800 se nadomesti z zneskom 420.300.
- 04 — Socialno skrbstvo, znesek 2.721.300 se nadomesti z zneskom 2.683.000.
- 05 — Zdravstveno varstvo, znesek 673.000 se nadomesti z zneskom 709.100.
- 07 — Delo državnih organov, znesek 2.925.500 se nadomesti z zneskom 2.926.700.
- 12 — Dejavnost krajevnih skupnosti, znesek 1.145.000 se nadomesti z zneskom 1.158.210.
- 13 — Dejavnost družbenopolitičnih organizacij in društev, znesek 1.193.100 se nadomesti z zneskom 1.217.100.
- 14 — Negospodarske investicije, znesek 2.910.962 se nadomesti z zneskom 3.881.220.
- 16 — Gospodarski posegi, znesek 3.169.200 se nadomesti z zneskom 2.463.757.
- 17 — Proračunske obveznosti iz prejšnjih let, znesek 155.000 se nadomesti z zneskom 128.800.
- 19 — Nerazporejeni dohodki, znesek 854.077 se nadomesti z zneskom 574.052.

3. člen

Spremembe in dopolnitve v splošni razporeditvi dohodkov proračuna in v posebnem delu proračuna za razpored dohodkov so sestavni del tega odloka.

4. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1970.

St. 400-3/70-1

Ljubljana, dne 25. decembra 1970.

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

488.

Na podlagi 50. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68, št. 56/69 in št. 32/70) in 93. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje (Uradni list SRS, št. 17/70) je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na 19. skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Ljubljana Moste-Polje v I. trimesečju 1971

1. člen

Do sprejetja proračuna občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1971 se bodo začasno najkasneje pa do 31. marca 1971, financirale proračunske potrebe občine Ljubljana Moste-Polje na podlagi trimesečnega načrta

proračunskih dohodkov in njihove razporeditve ter po določbah o proračunu občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1970.

2. člen

V času začasnega financiranja se sme uporabiti največ 25 % razporejenih dohodkov po proračunu za leto 1970.

3. člen

Doseženi dohodki in uporaba sredstev na podlagi tega odloka so sestavni del proračuna občine Ljubljana Moste-Polje za leto 1971.

4. člen

Svet za družbeni načrt in finance je pooblaščen, da v primeru neenakomernega dotoka dohodkov proračuna najame posojilo iz rezervnega sklada občine. Posojilo mora biti vrnjeno do konca oktobra 1971.

5. člen

Ta odlok začne veljati od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 400-3/70-1

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

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

489.

Na podlagi 1. in 15. člena temeljnega zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SFRJ, št. 12/65 in št. 32/68), 1. in 2. a člena zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SRS, št. 22/65, št. 40/68 in št. 33/70) ter 93. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje (Uradni list SRS, št. 17/70) je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prometnem davku od nepremičnin in pravic na območju občine Ljubljana Moste-Polje

1. člen

V občini Ljubljana Moste-Polje se plačuje prometni davek od nepremičnin in pravic po davčnih stopnjah, ki so predpisane s tem odlokom.

2. člen

Prometni davek od plačanega prenosa lastninske pravice na nepremičnini se plača po naslednjih davčnih stopnjah:

Ce znaša davčna osnova dinarjev:

od	do	stopnja %
	100.000	4
100.000	150.000	5
150.000	200.000	6
200.000	250.000	7
250.000	300.000	8
300.000	350.000	10
350.000	400.000	12
400.000	450.000	14
450.000	500.000	17
	nad 500.000	20

Prometni davek po prejšnjem odstavku se plača tudi od plačanega prenosa pravice bivšega lastnika do uporabe nacionaliziranega nezazidanega zemljišča.

3. člen

Prometni davek od plačanega prenosa pravice patenta (licence), pravice užitka, pravice stvarne služnosti, pravice do rente, pravice modela in znamke, se plača:

1. od prenosa patenta (licence) po stopnji 2%
2. od pravice prenosa užitka po stopnji 5%
3. od prenosa drugih pravic, navedenih v tem členu, po stopnji 3%

4. člen

Glede davčne obveznosti in njenega nastanka, oprostitev, odmere in plačevanja davka, pritožbe, vračanja davka, poročila in zastaranja ter vsega drugega, kar ni s tem odlokom predpisano, se uporabljajo neposredno določbe temeljnega zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic in določbe zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic.

5. člen

Z dnem, ko začne veljati ta odlok, preneha veljati odlok o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Glasnik, št. 33/65 in št. 34/67).

6. člen

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

Št. 421-36/70-1

Ljubljana, dne 25. decembra 1970.

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

490.

Na podlagi 5. in 45. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ št. 14/45 in št. 51/68) v zvezi z 32. členom temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67 in št. 30/68) in na podlagi 93. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na seji občinskega zbora in na seji zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah

1. člen

Odlok o upravnih taksah občine Ljubljana Moste-Polje (Glasnik, št. 15/69) preneha veljati.

2. člen

Ta odlok velja naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 423-20/69-1

Ljubljana, dne 25. decembra 1970.

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

491.

Na podlagi prvega odstavka 91. in 92. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69) in 93. člena statuta občine Ljubljana Moste-Polje je skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 izdala

ODLOČBO

o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Moste-Polje

I

Ugotavlja se letni kosmati osebni dohodek delavcev, na podlagi katerega se bo določala pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevkov od obrtnih dejavnosti, in sicer:

Dejavnost	Letni kosmati osebni dohodek delavcev v din za leto 1971	
	poprečni	najvišji
1. Predelovanje nekovin	22.500	28.000
2. Predelovanje kovin:		
a) kovinsko pasarstvo, avtomeha-		
nika, avtokleparstvo	29.000	37.650
b) kotlarstvo, kovinsko strugar-		
stvo, strojno ključavničarstvo,	25.900	33.650
kovinostiskarstvo		
c) galvanizerstvo, orodjarstvo,		
precizna mehanika za pisalne		
stroje, livarstvo in kovinska		
galanterija	28.100	36.500
d) ostale kovinske dejavnosti	20.200	26.300
3. Elektro stroka	30.200	39.300
4. Kemična stroka	24.400	31.950
5. Predelovanje lesa:		
a) mizarstvo, lesno modelarstvo,		
kaluparstvo, tapetništvo in de-	24.800	32.200
koraterstvo	19.100	24.850
b) ostale dejavnosti		
6. Papirna stroka	23.500	30.700
7. Tekstilna stroka	19.100	24.850
8. Usnjarska stroka	20.200	26.300
9. Izdelovanje gumijastih izdelkov	19.900	25.850
10. Izdelovanje živil	19.900	25.850
11. Tiskarne in knjigoveznštvo	24.400	31.950
12. Izdelovanje in popraviljanje raz-		
novrstnih izdelkov:		
a) umetno kovaštvo, graverstvo,		
pečatarstvo, zlatarstvo, izdelo-		
vanje kovinskih okrasnih	30.200	39.300
predmetov	31.500	40.950
b) izdelovanje predmetov iz pla-		
stičnih mas in umetnih smol	21.400	27.850
c) ostale dejavnosti		
13. Stavbna obrtna dejavnost	25.700	33.350
14. Osebnne obrtne in druge storitve:		
a) moško frizerstvo	18.400	23.850
b) žensko frizerstvo	22.500	28.000
c) kozmetika obraza in telesa	25.900	33.700
d) aranžerstvo	30.200	39.300
e) optika	28.100	36.500

	poprečni	najvišji
f) vozno ličarstvo in ličarstvo drugih kovinskih predmetov	26.300	34.400
g) ostale osebne storitve . . .	21.400	27.850
15. Gostinstvo	24.400	31.950
16. Avtoprevoznništvo:		
a) s tovornimi vozili do 3 ton . .	29.300	38.000
b) s tovornimi vozili nad 3 tone	33.800	43.900
17. Avtotaksiji	19.100	24.850

II

Letni kosmati osebni dohodek delavca, na podlagi katerega se bo določala osnova za prispevek od intelektualnih storitev, znaša:

	Letni kosmati osebni dohodek za leto 1971
1. Odvetniki, zdravniki, dentisti . . .	43.000
2. Ostali poklici	28.100

III

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

Št. 42-1/70-1

Ljubljana, dne 25. decembra 1970.

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

492.

Občinska volilna komisija za volitve odbornikov skupščine občine Ljubljana Moste-Polje podaja na podlagi 101. člena zakona o volitvah odbornikov občinskih skupščin

POROČILO

o izidu nadomestnih volitev odbornikov v zbor delovnih skupnosti skupščine občine Ljubljana Moste-Polje

Nadomestne volitve v zbor delovnih skupnosti so bile 16. decembra 1970.

V volilni enoti št. 2, v kateri se voli en odbornik, sta bila kandidata

Jože Česen, Ljubljana, Smartinska c. 222, ki je dobil 307 glasov in

Aleš Jaklič, Ljubljana, Pokopališka 36, ki je dobil 232 glasov.

Neveljavnih glasovnic je bilo 27.

V volilni imenik je bilo vpisano 692 volivcev.

Za odbornika je bil izvoljen Jože Česen, Ljubljana, Smartinska c. 222.

V volilni enoti št. 5, v kateri se voli en odbornik, je bila kandidat

ing. Marija Kravcar, Ljubljana, Bezenškova 23, ki je dobila 123 glasov.

Neveljavni glasovnici sta bili 2.

V volilni imenik je bilo vpisano 156 volivcev.

Za odbornika je bila izvoljena ing. Marija Kravcar, Ljubljana, Bezenškova 23.

Ljubljana, dne 17. decembra 1970.

Občinska volilna komisija

Tajnik Član Predsednik
Majda Stupica l. r. Lojze Pajk l. r. Fedor Košem l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA ŠIŠKA

493.

Na podlagi 50. in 98. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67 in št. 30/68) in 92. člena statuta skupščine občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 18/70) je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračuna skupščine občine Ljubljana Šiška v I. trimesečju 1971

1. člen

Do sprejetja proračuna skupščine občine Ljubljana Šiška za leto 1971 se bodo začasno, najdlje pa do 31. marca 1971 financirale zadeve na podlagi splošnih določb proračuna za leto 1970.

2. člen

Pri začasnem financiranju se sme uporabiti največ četrtina vseh dohodkov, ki so bili razporejeni po proračunu za leto 1970.

3. člen

Doseženi dohodki in uporaba sredstev na podlagi tega odloka so sestavni del proračuna občine Ljubljana Šiška za leto 1971.

4. člen

Vet za družbeni plan in finance občine Ljubljana Šiška se pooblašča, da v primeru neenakomernega dotoka dohodkov proračuna najame posojilo iz rezervnega sklada občine. Posojilo mora biti vrnjeno do 31. oktobra 1971.

5. člen

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

Št. 3/1-020-16/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška
Danilo Sbrizaj l. r.

494.

Na podlagi 92. člena in drugega odstavka 155. člena statuta občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 18/70), 1., 4. in 15. člena temeljnega zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SFRJ, št. 12/65 in št. 32/68) in 1. in 2a člena zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SRS, št. 12/65, 40/68 in št. 33/70) je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela spremembe in dopolnitve odloka o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Glasnik, št. 52/65), ki se v prečiščenem besedilu glasi:

ODLOK**o prometnem davku od nepremičnin in pravic
(prečiščeno besedilo)****1. člen**

V občini Ljubljana Šiška se plačuje prometni davek od nepremičnin in pravic po davčnih stopnjah, ki so predpisane s tem odlokom.

2. člen

Prometni davek od plačanega prenosa lastninske pravice na nepremičnini se plača po tehle davčnih stopnjah:

Osnova nad din	do	Stopnja %
	100.000	4
100.000	150.000	5
150.000	200.000	6
200.000	250.000	7
250.000	300.000	8
300.000	350.000	10
350.000	400.000	12
400.000	450.000	14
450.000	500.000	17
500.000		20

3. člen

Prometni davek od odplačnega prenosa pravice patenta (licence), pravice užitka, pravice stvarne služnosti, pravice do rente, pravice modela in znamke se plača:

1. od prenosa pravice patenta (licence) po stopnji 2 %;
2. od prenosa pravice užitka po stopnji 5 %;
3. od prenosa drugih pravic iz tega člena po stopnji 3 %.

4. člen

Od odplačnega prenosa pravice bivšega lastnika do uporabe nacionaliziranega nezazidanega stavbnega zemljišča se plača prometni davek po 2. členu tega odloka.

5. člen

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

Št. 6/1-020-16/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška

Danilo Sbrizaj l. r.

495.

Na podlagi 5. in 45. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 11/66, št. 54/67 in št. 51/68), 2. člena zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69), 92. in 155. člena statuta občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 18/70) ter 6. in 37. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah****1. člen**

Odlok o upravnih taksah (Glasnik, št. 26/69) preneha veljati.

2. člen

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

Št. 6/1-423-03/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška
Danilo Sbrizaj l. r.

496.

Na podlagi 7b člena v zvezi s 7a členom temeljnega zakona o sodnih taksah (Uradni list FLRJ, št. 16/60 in Uradni list SFRJ, št. 10/65 in št. 8/69), 4. člena zakona o sodnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69), 6. in 37. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) ter 92. in 155. člena statuta občine Ljubljana Šiška v soglasju s skupščinama občin Ljubljana Bežigrad in Ljubljana Vič-Rudnik je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o prenehanju veljavnosti odloka o sodnih taksah****1. člen**

Odlok o sodnih taksah (Glasnik, št. 15/69) preneha veljati.

2. člen

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

Št. 6/1-423-03/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška
Danilo Sbrizaj l. r.

497.

Na podlagi 92. in 99. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69) in 92. in 155. člena statuta občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 18/70) je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOČBO

o ugotovitvi letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Ljubljana Šiška

1

Ugotavlja se letni kosmati dohodek delavcev, na podlagi katerega se bo določala pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevkov od obrtnih dejavnosti in sicer

Dejavnost	Letni kosmati osebni dohodek delavca v din poprečni	najvišji
1. Predelovanje nekovin	22.500	28.000
2. Predelovanje kovin		
a) kovinsko pasarstvo, avtomehanika, avtokleparstvo	29.000	37.650
b) kotlarstvo, kovinsko strugarstvo, strojno ključavničarstvo, kovinostiskarstvo	25.900	33.650
c) galvaniziranje, orodjarstvo, precizna mehanika za pisalne stroje, livarstvo in kovinska galanterija	28.100	36.500
d) ostale kovinske dejavnosti	20.200	26.300
3. Elektro stroka	30.200	39.300
4. Kemična stroka	24.400	31.950
5. Predelovanje lesa		
a) mizarstvo, lesno modelarstvo, kaluparstvo, tapetništvo in dekoraterstvo	24.800	32.200
b) ostale dejavnosti	19.100	24.850
6. Papirna stroka	23.500	30.700
7. Tekstilna stroka	19.100	24.850
8. Usnjarska stroka	20.200	26.300
9. Izdelovanje gumijastih izdelkov	19.900	25.850
10. Izdelovanje živil	19.900	25.850
11. Knjigovezništvo	24.400	31.950
12. Izdelovanje in popraviljanje raznovrstnih izdelkov		
a) umetno kovaštvo, graverstvo, pečatarstvo, zlatarstvo, izdelovanje kovinskih okrasnih predmetov	30.200	39.300
b) izdelovanje predmetov iz plastičnih mas in umetnih smol	31.500	40.950
c) ostale dejavnosti	21.400	27.850
13. Stavbna obrtna dejavnost	25.700	33.350
14. Osebne obrtne in druge storitve		
a) moško frizerstvo	18.400	23.850
b) žensko frizerstvo	22.500	28.000
c) kozmetika obraza in telesa	25.900	33.700
d) aranžerstvo	30.200	39.300
e) optika	28.100	36.500

f) vozno ličarstvo in ličarstvo

drugih kovinskih predmetov 26.300 34.400

g) ostale osebne storitve 21.400 27.850

15. Gostinstvo 24.400 31.950

16. Avtoprevoznništvo

a) s tovornimi vozili do 3 ton 29.300 38.000

b) s tovornimi vozili nad 3 tone 33.800 43.900

17. Avtotaksiji 19.100 24.850

2

Letni kosmati osebni dohodek delavcev ali uslužbencev na podlagi katerega se bo določala osnova za prispevek od intelektualnih storitev, znaša

Intelektualne storitve	Letni kosmati osebni dohodek delavca v din
1. Odvetniki, zdravniki, dentisti	43.000
2. Ostali poklici	28.100

3

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

Št. 6/1-020-16/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška
Danilo Sbrizaj l. r.

498.

Na podlagi 92. in 103. člena statuta občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 18/70), 1. člena zakona o pooblastitvi občinskih skupščin, da določijo pristojnosti organov, za zadeve, določene z zveznimi predpisi (Uradni list SFRJ, št. 26/68) in 1. člena zakona o pooblastitvi občinskih skupščin, da določijo pristojnosti občinskih organov za opravljanje zadev, ki so določene z republiškimi predpisi (Uradni list SRS, št. 11/69) je skupščina občine Ljubljana Šiška na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi pristojnosti svetov in upravnih organov občinske skupščine Ljubljana Šiška za opravljanje zadev, ki so določene z zveznimi in republiškimi predpisi kot pristojnost občinske skupščine

1. člen

Sveti občinske skupščine kot politično-izvršilni organi občinske skupščine in organi družbenega samoupravljanja na področju, za katero so ustanovljeni, skrbijo za uresničevanje politike in za izvrševanje zveznih in republiških predpisov in drugih aktov, družbenih načrtov in drugih aktov občinske skupščine, predpisov in smernic mestne skupščine, dajejo predloge za določitev politike občinske skupščine in za sprejetje njenih aktov, sprejemajo predpise, za katere so pooblašteni, določajo splošne smernice za delo upravnih organov in opravljajo druge politično-izvršilne zadeve.

V izvrševanju svojih funkcij iz prvega odstavka tega člena opravljajo sveti občinske skupščine Ljubljana Šiška vsak na svojem področju naslednje naloge:

1. izdajajo izvršilne predpise na podlagi zveznih in republiških predpisov,

2. imenujejo predstavnike družbene skupnosti v organe delovnih in drugih organizacij ter opravljajo druge volitve in imenovanja, razen volitev in imenovanj organov občinske skupščine,

3. dajejo soglasja oziroma mnenja ali pripombe k aktom delovnih in drugih organizacij, kadar je tako soglasje predpisano za odločitve o spremembi dejavnosti ali sedeža organizacije, o spojitvi, pripojitvi in o drugih statusnih odločitvah,

4. obravnavajo oziroma potrjujejo načrte in programe organov ter delovnih in drugih organizacij,

5. sprejemajo neposredne ukrepe družbenega nadzorstva nad samoupravnimi organi v državnih organih ter v delovnih in drugih organizacijah, kolikor je bilo to doslej v pristojnosti občinske skupščine,

6. sprejemajo odločitve o drugih politično-izvršilnih zadevah v zvezi z izvajanjem zakonov in drugih splošnih predpisov ter politike občinske skupščine.

2. člen

Občinski upravni organi izvršujejo zakone, družbene načrte, odloke in druge akte občinske in mestne skupščine, izvajajo politiko, ki je bila določena, spremljajo stanje na ustreznem področju, organizirajo in opravljajo določene službe, odločajo v upravnih zadevah, izvajajo upravno nadzorstvo in druge upravne dejavnosti, pripravljajo akte in opravljajo druge strokovne zadeve za občinsko skupščino ter za komisije in svete občinske skupščine.

V izvrševanju svojih funkcij iz prvega odstavka tega člena upravni organi občinske skupščine Ljubljana Šiška vsak na svojem področju:

1. rešujejo vse zadeve, o katerih se odloča v upravnem postopku, razen o prisilni upravi in o prenehanju delovnih organizacij,

2. spremljajo stanje na področju gospodarstva, komunale in družbenih dejavnosti, pripravljajo analize, poročila in osnutke predpisov in drugih aktov za občinsko skupščino in njene politično-izvršilne organe,

3. dajejo strokovno pomoč organom in organizacijam,

4. nadzorujejo zakonitost dela delovnih in drugih organizacij,

5. imenujejo strokovne organe,

6. opravljajo druge operativne in upravne zadeve za neposredno izvrševanje predpisov.

3. člen

Naloge, ki so naštetje v 1. in 2. členu tega odloka, pa je zanje v zveznih in republiških zakonih določeno, da sodijo v izključno delovno področje občinske skupščine, ali da jih opravlja občinska skupščina na seji, še vedno opravlja občinska skupščina na seji.

4. člen

S tem odlokom se ne spreminjajo pristojnosti komisije za samoupravne akte delovnih organizacij glede nadzorstva zakonitosti normativnih aktov delovnih in drugih samoupravnih organizacij in krajevnih skupnosti po odloku o opravljanju nadzorstva nad zakonitostjo normativnih aktov delovnih organizacij na območju občine Ljubljana Šiška (Uradni list SRS, št. 20/70) in tudi na pristojnosti svetov po odloku o svetih občinske skupščine (Glasnik, št. 23/67 in št. 15/69).

5. člen

Statutarno-pravna komisija občinske skupščine se pooblašča, da po potrebi da obvezno razlago ali je posamezna zadeva v pristojnosti skupščine, sveta ali upravnega organa.

6. člen

Ta odlok začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS. Z uveljavitvijo tega odloka preneha veljati odlok o prenosu zadev iz pristojnosti skupščine občine Ljubljana Šiška na njene svete (Glasnik, št. 26/64).

Št. 1/2-020-020/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Šiška
Danilo Sbrizaj l. r.

Splošni akti komunalnih skupnosti

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV KRANJ

499.

Na podlagi 105. in 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na seji dne 4. decembra 1970

STATUT skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj

I. del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj so ustanovili delavci z območja naslednjih ob-

čin: Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Trzin.

Delavci z območja teh občin so ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Kranj, ki je o tem odločila s sklepom, št. 19-1/70-01/4 z dne 30. IX. 1970.

2. člen

V skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo zavarovanci-delavci pravico do zdravstvenega varstva in do denarnih prejemkov iz zdravstvenega zavarovanja zase in za svoje družinske člane.

3. člen

V tej skupnosti so zdravstveno zavarovane osebe, ki se po določbah tega statuta štejejo za delavce, če opravljajo dejavnost, na podlagi katere so zavarovane, na območju skupnosti oziroma če stalno prebi-

vajo na tem območju ali če so zavarovane na podlagi drugega svojstva.

Osebe iz prejšnjega odstavka ostanejo zavarovanci te skupnosti in so obvezno zdravstveno zavarovani z dnem, ko pridobijo svojstvo, na podlagi katerega so obvezno zdravstveno zavarovani.

4. člen

V tej skupnosti morajo zavarovati svoje delavce in učence v gospodarstvu ter učence poklicnih šol za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci z območja skupnosti, od katerih dobivajo učenci nagrado, oziroma šole na območju skupnosti, v katerih se učenci šolajo, če ne dobivajo nagrade.

5. člen

Skupnost izvaja naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo ali vpelje zanj 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 zdravstvenega zavarovanja in družbeno-politično skupnostjo.

6. člen

Skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo tudi tujim državljanom in zavarovancem nosilcev zdravstvenega zavarovanja v tujini, kadar to določajo mednarodni sporazumi.

Povračilo stroškov za zdravstveno varstvo teh oseb ureja zakon oziroma mednarodni sporazum.

7. 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.

8. člen

Zavarovanim osebam v skupnosti so vselej zagotovljene pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa kot obvezne zakon ali mednarodni sporazumi, tudi če glede posameznih pravic to ni izrečno določeno v tem statutu.

9. 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 skupnosti.

10. člen

Zaradi ugotovitve kar najneposrednejše udeležbe zavarovancev pri zagotavljanju in izvajanju zdravstvenega zavarovanja ima vsak zavarovanec pravico:

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

Vsi organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim jih zastavljajo zavarovanci.

O teh sklepih in stališčih morajo biti zavarovanci obveščeni.

11. člen

Članstvo zavarovanca v skupnostih preneha v primerih, ko preneha svojstvo na podlagi katerega je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja po zakonu ali njenem statutu. Zavarovanec zadrži po prenehanju članstva le tiste pravice, za katere statut izrečno določa, da jih zavarovanci obdržijo še po tem, ko prenehajo biti zavarovani pri tej skupnosti.

12. člen

Pod pogoji, ki so določeni v tem statutu, se v to skupnost vključujejo tudi osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in so na tej podlagi po zakonu obvezno zdravstveno zavarovane.

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, vključene v to skupnost, imajo enake pravice in obveznosti, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja zavarovanci-delavci te skupnosti.

II. del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

13. člen

Za zavarovance-delavce po tem statutu se štejejo osebe:

1. v delovnem razmerju;
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenjih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, 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 ali glavni poklic je pridobitno delo v zadrugi;
4. začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje v smislu predpisov o organizaciji in financiranju zaposlovanja;
5. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju; jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju te skupnosti.
6. na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas;
7. učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu.

Osebe iz 1. do 4. in 6. točke ter 7. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež njihove dejavnosti, organa ali delodajalca pri katerih so zaposlene ali izvoljeni člani, če je na njenem območju zavod za zaposlovanje, kjer so prijavljene oziroma če je na njenem območju šola, katero obiskujejo in ne dobivajo nagrade.

Osebe iz 5. točke so zavarovane pri skupnosti, če stalno prebivajo na njenem območju.

Za zavarovance-delavce iz 1. točke prvega odstavka se štejejo osebe v enem ali več delovnih razmerjih, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa; za zavarovance-delavce pa se štejejo tudi osebe, ki delajo

manj kot polovico delovnega časa, vendar so zavarovane samo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

Za invalide, ki delajo najmanj toliko delovnega časa, kolikor jim dopušča delovna zmožnost ter za matere, ki delajo skrajšan delovni čas po posebnih predpisih se šteje, da delajo poln delovni čas.

Kot osebe iz 4. točke prvega odstavka so zavarovane:

1. delavci, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 30 dneh:

a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma ko nehalo dobivati 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, zaradi katere so bile odpuščene iz vojaške službe;

c) ko so odpuščene s prestajanja kazni oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper nje 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 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;

4. delovni invalidi, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje, v 60 dneh po zaključeni rehabilitaciji.

Osebe iz prejšnjega odstavka tega člena so zavarovane, dokler se redno javljajo zavodu za zaposlovanje in neupravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve.

Osebe iz 1. in 2. točke šestega odstavka tega člena, ki so priglase zavodu za zaposlovanje, so zdravstveno zavarovane pod pogojem, če so bile neposredno prej, preden so nastale omenjene okoliščine, zavarovane brez presledka najmanj 3 mesece ali s presledki 6 mesecev v zadnjih 12 mesecih.

14. člen

Za zavarovance-delavce po tem statutu se štejejo tudi jugoslovanski državljani, ki so bili zavarovani na območju te skupnosti oziroma so — če niso bili zavarovani — prebivali na območju te skupnosti, pa so stopili v delovno razmerje;

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

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

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

4. pri tujem delodajalcu — če so se zaposlili s posredovanjem jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje in pred odhodom v tujino uredili svoje zavarovanje — če ta čas niso obvezno zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Jugoslovanski državljani z območja te skupnosti, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve svojega zavarovanja, se morajo obvezno zavarovati pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj, če ta čas niso dolžni biti zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. V takem primeru se sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

15. člen

Tuji državljani, ki so na območju te skupnosti zaposleni pri jugoslovanskih organizacijah oziroma zasebnih delodajalcih ali po mednarodnih sporazumih, zavarujejo sebe in svoje družinske člane v zdravstveno zavarovanje pod enakimi pogoji kot delavci — jugoslovanski državljani.

16. člen

Lastnost zavarovanca-delavca obdržijo osebe iz 1. do 3. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, zaradi katere so zavarovane, dokler prejemajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

17. člen

V skupnost so vključene tudi naslednje osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost kot glavni ali edini poklic:

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

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;

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.

Osnove za plačevanje prispevkov in denarna nadomestila določi skupščina.

18. člen

Če delajo v zasebni obrtni delavnici, poleg lastnika delavnice tudi njegovi družinski člani s kvalifikacijo, potrebno za delo, ki se opravlja v obrtni delavnici, so ti družinski člani na svojo zahtevo lahko zavarovani kot obrtniki, če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

Če zakonec ali otroci zavarovanca-obrtnika, ki je umrl ali ki je zaradi bolezni izgubil opravilno sposobnost po veljavnih predpisih, še naprej vodijo njegovo obrtno delavnico, se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost po tem zakonu.

19. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane po tisti dejavnosti, iz katere imajo pretežni del svojih dohodkov.

2. Družinski člani zavarovancev

20. člen

Za družinske člane zavarovancev iz 13., 14. in 17. člena tega statuta štejejo:

1. ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zavarovančevi zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki, če izpolnjujejo pogoje, določene s tem statutom;

2. širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši; očim in mačeha, posvojitelj, posvojiteljica in stari starši (v nadaljnjem besedilu: zavarovančevi starši), če izpolnjujejo pogoje, ki so določeni s tem statutom.

Jugoslovanski državljani, ki so imeli stalno prebivališče v SR Sloveniji, pa so zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zavarovanja, (2. do 4. točka prvega odstavka 14. člena) morajo v tej skupnosti zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo v tej skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi njihovim družinskim članom.

Osebe iz drugega odstavka 14. člena, ki so imele stalno prebivališče v SR Sloveniji, morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju te skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo na območju te skupnosti. Če so se zaposlili pri tujem delodajalcu brez posredovanja domačega zavoda za zaposlovanje ali niso zavarovali družinskih članov pred odhodom v tujino, se sklone zavarovanje z dnem prijave.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zajeti tudi družinski člani zavarovancev-tujih državljanov, ki so v delovnem razmerju na območju te skupnosti, dokler taki družinski člani živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

21. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja po tem statutu ima:

1. zakonec zavarovanca, 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 nad 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ob smrti zavarovanca še ni star 40 oziroma 55 let se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priглаšen pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se je prijavil zavodu v 90 dneh po smrti zavarovanca;

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

Pravice do zdravstvenega varstva kot družinski član nima zavarovančev zakonec, ki je zdravstveno zavarovan kot delavec, ki opravlja samostojno dejavnost ali je lastnik kmetije, ki donša večje dohodke od dohodkov, določenih v 2. točki drugega odstavka 23. člena tega statuta.

22. člen

Zavarovančevi otroci so zavarovani do dopolnjenega 17. leta starosti, če se šolajo pa do konca predpisane rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

Zdravstveno zavarovani so tudi nezaposleni otroci po končanem ali nedokončanem obveznem šolanju do 18. leta starosti pod pogojem:

— če se v roku 60 dni po zaključnem šolanju, oziroma po preteku 15. leti starosti prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev zaradi zaposlitve in se zavodu dalje redno javljajo;

— da neupravičeno, izvzemši iz zdravstvenih razlogov ne odklonijo ponudene zaposlitve.

Če je otrok iz prvega odstavka tega člena zaradi bolezni nehal redno obiskovati šolo, je zavarovan tudi med tako boleznijo, če pa nato spet redno obiskuje šolo, se mu podaljša zavarovanje tudi čez določeno starostno dobo, 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 in drugega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega, tretjega in četrtega 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.

23. člen

Člani širše družine so zdravstveno zavarovani, če jih zavarovanec preživlja, če sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov, če so dopolnili 55 let starosti (mati) oziroma 60 let (oče). Če so mlajši so upravičeni do zdravstvenega varstva le, če je njihova pridobitna nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije.

Steje se, da član širše družine nima za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov:

1. če nima lastnih dohodkov;
2. če ima lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 25 % zneska minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi; pri tem se dohodki iz kmetijstva računajo v 4-kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka, pa se vštejejo na opdlagi idealne davčne osnove; dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov

Pri ugotavljanju 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.

Steje se, da zavarovanec preživlja člana širše družine, če živi z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njegovemu vzdrževanju najmanj 1/3 minimalnega osebnega dohodka.

3. Osebe, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo

24. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, v kakršnem je zagotovljeno z zakonom in s tem statutom v primeru bolezni in nesreče izven dela zavarovancem-delavcem, uveljavljajo pri tej skupnosti redni študenti višjih in visokih šol ter fakultet in umetniških akademij z območja te skupnosti, dokler imajo status rednega študenta, ne glede na to, ali bi lahko uživali zdravstveno

varstvo kot družinski člani zavarovancev iz 13., 14. in 17. člena tega statuta ali ne.

Ožji družinski člani rednih študentov iz prejšnjega odstavka imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo pod pogoji, ki so določeni za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev.

Zdravstveno varstvo po prejšnjih dveh odstavkih je zagotovljeno, dokler ima študent status rednega študenta in ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

Na podlagi sklenjenega sporazuma med skupnostimi zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana, Maribor, Kranj in Koper, se ustanovi sklad za zdravstveno varstvo študentov vseh visokošolskih zavodov v SR Sloveniji pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Ljubljani.

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj prispeva v sklad za zdravstveno varstvo študentov pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Ljubljani, ki skrbi za zdravstveno varstvo študentov vseh visokošolskih zavodov v SR Sloveniji za vsakega študenta, ki bi v skupnosti imel pravico do zdravstvenega varstva kot družinski član zavarovanca povprečne stroške, ki odpadejo letno na zavarovano osebo v skupnosti. Skupnost prispeva mesečno skladu 1/12 tako izračunanega zneska upošteva povprečne stroške preteklega leta, dokončno pa obračuna na koncu leta.

25. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je zagotovljeno z zakonom in s tem statutom v primeru bolezni in nesreče izven dela zavarovancem-delavcem, uveljavljajo pri tej skupnosti španski borci in borci 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 19. člen).

Borci narodno-osvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 ter španski borci, ki niso zavarovanci po tem statutu (13. do 18. člen), imajo zase poleg pravic po prejšnjem odstavku še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih po 50. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

26. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je določen z zakonom in s tem statutom za zavarovance-delavce v primeru bolezni in nesreče izven dela, je zagotovljeno pri tej skupnosti tudi:

1. uživalcem stalnih priznavačin oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbenopolitična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih;

2. osebam na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa;

3. učencem strokovnih šol, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev;

4. otrokom, ki jih je zavarovalec vzel k sebi in jih preživlja; vnukom, bratom, sestrām in drugim k sebi vzetim otrokom pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev;

5. osebam na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile de-

lovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta;

6. osebam, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo;

7. osebam, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj šest ur na dan;

8. osebam, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo;

9. osebam, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaštite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo;

10. osebam, ki so na predvojaškem pouku-taborjenju;

11. uživalcem invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po tem statutu zavarovani za vse zavarovane primere; taki uživalci invalidnine so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine.

Zdravstveno varstvo po prejšnjem odstavku ni zagotovljeno tistim, ki so zavarovanci po 13. členu tega statuta ali njihovi družinski člani.

Osebam iz prvega odstavka tega člena, ki so zavarovanci po 17. členu tega statuta ali njihovi družinski člani, je zagotovljena razlika do obsega zdravstvenega varstva za zavarovance-delavce in njihove družinske člane.

Zdravstveno varstvo po tem členu je zagotovljeno tudi ožjim družinskim članom oseb iz 1., 2. in 7. točke prvega odstavka tega člena.

27. člen

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki ga določata zakon in ta statut v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, zagotovljeno tudi:

1. osebam na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje;

2. učencem strokovnih šol in gimnazij ter študentom višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom;

3. pripadnikom teritorialnih enot in civilne zaštite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaštite;

4. osebam, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje;

5. osebam, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi;

6. osebam, ki pretrpijo poškodbe na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu.

Osebam iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zdravstveno varstvo po tem členu, če jim ni to varstvo zagotovljeno kot zavarovancem-delavcem.

III. del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

1. Splošne določbe o pravicah

28. člen

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

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

29. člen

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 oziroma so izpolnjeni drugi pogoji.

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 zdravstveno zavarovana brez presledka najmanj 9 mesecev ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 18 mesecev.

30. člen

V času predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja zavarovanja v skupnostih delavskega zdravstvenega zavarovanja 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.

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 oziroma se je v tem roku prijavil zavodu za zaposlovanje.

Izseljenci-povratniki so zavarovani, dokler so redno prijavljeni pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se prijavijo zavodu v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo.

31. 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.

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 skrajšan delovni čas, se v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem takšno delo šteje kot delo s polnim delovnim časom.

2. Zdravstveno varstvo

a) Obvezne oblike določene z zakonom

32. člen

Vsem, pri tej skupnosti zavarovanim osebam, so z zakonom zagotovljene te obvezne oblike 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 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 zavarovanih oseb.

Obvezne oblike zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka se dajejo občanom v obsegu in po merilih, ki so določena v 33. do 39. členu statuta.

33. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva za odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave (1. točka prvega odstavka 32. člena), obsega:

— odkrivanje nalezljivih bolezni z ugotavljanjem njihovih povzročiteljev in z zasledovanjem trajanja kužnosti;

— zdravstveno nadzorstvo klicenoscev in oseb iz njihove okolice;

— obvezne imunizacije in revakcinacije proti nalezljivim boleznim;

— karanteno oseb, ki so prišle v dotik z bolnikom ali s kužnim materialom; dezinfekcijo, dezinsekcijo in deratizacijo pri bolnikih v zvezi z akutnimi nalezljivimi boleznimi ter izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje, če je tako zdravljenje predpisano.

Pri tuberkulozi in spolnih boleznih obsega ta oblika zdravstvenega varstva še:

a) — fluorografske preglede zavarovanih oseb v starosti nad 25 let;

— zdravniške preglede oseb, pri katerih je podan sum ali pri katerih obstaja utemeljena možnost svežega ali povratnega obolenja za tuberkulozo;

— bolnišnično in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažo tuberkuloznih bolnikov;

— tuberkulinsko testiranje, retestiranje in BCG vakcinacije;

b) — odkrivanje spolnih bolezni ob drugih zdravniških pregledih z dodatnimi preiskavami, če se utemeljeno sumi, da gre za spolno bolezen;

— zdravniške preglede z ustreznimi preiskavami oseb, pri katerih je podan sum ali utemeljena možnost obolenja za spolno boleznijo;

— v bolnišnično zdravljenje luesa v nalezljivem stadiju ter izvenbolnišnično zdravljenje in patronažo spolnih bolnikov;

— preventivne serološke preglede na lues pri nosečnicah.

34. člen

Obvezna oblika nege in zdravljenja tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave in stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice (2. točka prvega odstavka 32. člena), obsega:

— bolnišnične in izvenbolnišnične zdravniške preglede ter zdravljenje in nego tistih duševnih bolnikov, ki so nevarni zase in za okolico ter patronažo ali socialno službo;

— psihiatrično nadzorstvo nad bolniki v socialnih zavodih.

35. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom, kontracepcijo (3. točka prvega odstavka 32. člena), obsega:

a) — zdravstveno nadzorstvo nosečnic z zdravniškimi pregledi ter patronažo nosečnic;

— izvenbolnišnično oziroma bolnišnično zdravljenje nosečnic v zvezi z nosečnostjo;

b) — strokovna pomoč pri porodu ter nego in zdravljenje porodnice;

c) — zdravniške preglede in zdravljenje otročnice v zvezi s porodom in babiško nego;

ž) — zdravniške preglede in svetovanja kontracepcije za ženske v rodnem obdobju.

36. člen

Obvezna oblika popolnega zdravstvenega varstva novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti (4. točka prvega odstavka 32. člena) obsega vse strokovno potrebne in racionalno uporabljene ukrepe za čim popolnejšo in čim učinkovitejšo zdravstveno varstvo te skupine zavarovanih oseb.

37. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti (5. točka prvega odstavka 32. člena) obsega:

— sistematične preglede, varstvo in zdravljenje zob;

— preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

— protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvari vida, pri anomalijah vida in sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

38. člen

Zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve, obsega oblike iz 37. člena tega statuta.

39. člen

Obvezna oblika aktivnosti in zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje (7. točka prvega odstavka 32. člena) obsega:

a) — odkrivanje (detekcija) in zdravljenje zanesljivo ugotovljenih predrakastih obolenj v vseh zdravstvenih delovnih organizacijah;

— zdravljenje vseh malignih obolenj;

— periodične zdravniške kontrolne preglede rakavih bolnikov po zdravljenju, njihovo medicinsko rehabilitacijo ter patronažno nadzorstvo;

b) — odkrivanje in zdravljenje sladkorne bolezni v zdravstvenih delovnih organizacijah, medicinsko rehabilitacijo ter patronažno nadzorstvo;

— preglede urina na sladkor pri fluorografiranju;

c) — odkrivanje (detekcija) in zdravljenje mišičnih in živčno-mišičnih obolenj v vseh zdravstvenih delovnih organizacijah ter medicinsko rehabilitacijo;

— redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

— medicinsko indicirane ortopedske pripomočke,

b) Druge pravice, ki jih zagotavlja statut

40. člen

Poleg obveznih oblik, zdravstvenega varstva so zavarovanim osebam zagotovljene še te oblike zdravstvenega varstva:

1. splošne in specialistične zdravniške preglede, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči, zdravljenje v zdravstvenih zavodih in na bolnikovem domu;

2. strokovne medicinske ukrepe zaboljšanje zdravja oziroma za preprečevanje obolenj (cepljenja, saniranje bacilozoscev, desinfekcija) in drugi varstveni ukrepi na domu, kadar so zaradi nalezljive bolezni medicinsko nujni;

3. zdravila in sanitetni material;

4. zdravljenje zobnih bolezni;

5. zobozdravstveno pomoč in zobna protetična sredstva;

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

7. zdravljenje v zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje.

41. člen

V skladu z 41. členom in drugim odstavkom 47. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, bo skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev vsako leto z družbenim dogovorom in pogodbami z zdravstvenimi zavodi določila količinski obseg pregledov, storitev in ostalih zdravstvenih dejavnosti, navedenih v členih 40. tega statuta.

42. člen

Stroške zdravstvenega varstva, ki obremenjujejo skupnost, plača ta skupnost, če uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo tako, kot to določajo ta statut in na njegovi podlagi izdani predpisi, pravilniki, ki jih predpiše skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja in pogodbe, ki jih sklene skupnost zdravstvenega zavarovanja z zdravstvenimi zavodi in organizacijami o dajanju zdravstvenega varstva.

Stroški za zdravstveno varstvo obremenjujejo skupnost zdravstvenega zavarovanja tudi tedaj, kadar uveljavi zavarovana oseba zaradi določenih medicinskih indikacij po napolnilu zdravstvenega zavoda ali zdravniške komisije, v nujnem ali sicer medicinsko opravičenem primeru, pa tudi brez napotila, posamezne oblike zdravstvenega varstva mimo pogojev, ki jih predpisuje pravilnik, ali na drugačen način. Ali je bil zaradi medicinsko opravičenega primera potreben tak način zdravstvenega varstva, presoja vselej zdravniška komisija, če pa je bilo to potrebno zaradi nujnosti primera, presoja zdravniška komisija, če pride do spora.

Če uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo na kakšen drug način ne pa na način iz prvega in dru-

gega odstavka tega člena, trpi skupnost le tiste stroške, ki ustrezajo stroškom za tako varstvo v smislu prvega in drugega odstavka tega člena.

43. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev zagotavlja na zdravniški recept tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirana v Jugoslaviji. Skupščina skupnosti lahko sprejme seznam zdravil, katerih ni možno predpisati na račun skupnosti. Točnejše določbe vsebuje pravilnik o predpisovanju zdravil.

Način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala določa skupnost zdravstvenega zavarovanja.

Indikacije za zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave; standarde za material, iz katerega se izdelujejo ta sredstva, in njihovo življenjsko dobo ter pogoje za izdelavo novih pred pretekom te dobe določa skupščina zdravstvenega zavarovanja na podlagi strokovnega mnenja medicinskega zavoda, ki ga sama določi.

44. člen

Zdravljenje v zdraviliščih se zagotavlja po naporu na takšno zdravljenje s strani zdravniške komisije v primerih, ko so bili uporabljeni že drugi načini zdravljenja, ti pa niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih faktorjev prispevala k popolni ozdravitvi ali k medicinski rehabilitaciji. Zdravljenje v zdravilišču se lahko dovoli tudi kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja zaradi popolne ozdravitve ali medicinske rehabilitacije.

Okrevanje se zagotavlja tudi po naporu zdravniške komisije po daljšem zdravljenju, kadar bi okrevanje pripomoglo k popolni ozdravitvi ali povrnitvi delovne zmoglosti.

V podpiranju okrevanja otrok in mladine, ki so zdravstveno ogroženi, sodeluje skupnost zdravstvenega zavarovanja z družbeno političnimi skupnostmi, delovnimi in drugimi organizacijami po posebnem programu, ki ga sprejme skupščina skupnosti.

45. člen

Skupščina skupnosti lahko določi, da zavarovane osebe prispevajo same del stroškov za te 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 okrevanje;
- d) za prevoz z reševalnim vozilom;
- e) za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave;
- f) za zobozdravstveno nego, zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva;
- g) za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti;
- h) za obvezna-neobvezna cepljenja (izvzemi po čl. 32 do 39);
- i) za prve specialistične preglede, če ne gre za preglede v dispanzerjih;
- j) za zdravljenje v zdraviliščih;
- k) za pomoč gorske reševalne službe.

Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka določi skupščina skupnosti v enotnem znesku, v odstotku ali

kombinirano, lahko pa določi tudi, kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti.

Zavarovana oseba prispeva k stroškom za zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje skupnosti, na katerem se uveljavlja zdravstveno varstvo, razen za storitve, za katere je potrebna predhodna odobritev po določilih tega statuta ali pravilnika skupnosti.

Za storitve zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon, zavarovana oseba ne prispeva k stroškom.

46. člen

Skupnost ne plača pregledov in imunizacij, ki so obvezne ob priliki odhoda zavarovane osebe v tujino.

3. Pridobitev in prenehanje pravic

47. člen

Zobotehnična pomoč, protetična sredstva, proteze, pripomočki za oči in sluh ter ostale pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja.

Pogoj predhodnega zavarovanja se zahteva tudi za uživanje pravice do zdravljenja v zdraviliščih.

Ne glede na prvi in drugi odstavek tega člena, so zagotovljene oblike zdravstvenega varstva iz omenjenih odstavkov brez ozira na trajanje prehodnega zavarovanja zavarovancev, ki so imeli pred nastopom delovnega razmerja ali pred priglasitvijo zavodu za zaposlovanje delavcev pravico do takega zdravstvenega varstva kot zavarovančevi otroci ali kot otroci, ki jih je zavarovalec preživljal, ali kot zavarovancev zakonec, če so stopili v delovno razmerje ali se priglasili zavodu v določenem roku od dneva, ko so nehali biti zavarovane osebe in sicer otroci v 60 dneh, zakonec pa v 90 dneh od tega dneva.

48. člen

Zavarovancevim 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.

Širšim družinskim članom zavarovanca je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih kot članom ožje družine, pravico do zobotehnične pomoči in zobnoproteničnih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav pa imajo ob pogoju, da izpolnjujejo najmanj 24 mesecev neprekinjenega zavarovanja pred zavarovanim primerom oziroma najmanj 36 mesecev v zadnjih štirih letih. Takšna doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v zdravilišču in za okrevanje.

49. člen

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

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi tisti čas, ko je zavarovalec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na služenju vojaškega roka, če je neposredno pred nastopom vojaškega roka izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja kazen zapora, je zagotovljeno zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehalo delovno razmerje.

4. Zdravstveno varstvo v tujini

50. 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 te skupnosti nujna zdravniška pomoč, po šestih mesecih pa zdravstveno varstvo, ki je po tem statutu zagotovljeno drugim zavarovancem v delovnem razmerju.

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.

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

Če je osebam iz prejšnjega odstavka nujno potrebno zdravljenje v bolnišnici, trpi skupnost stroške takega zdravljenja do možnosti prevoza oziroma do 3 mesecev, če pa traja zdravljenje v bolnišnici dalj kakor 3 mesece, trpi skupnost od 1. dne 4. meseca samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje v Jugoslaviji.

Če je premestitev v Jugoslavijo zaradi zdravstvenega stanja nemogoča, oziroma zaradi oddaljenosti neprimerna, trpi skupnost tudi nadaljnje zdravljenje v bolnišnici.

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 te skupnosti v Jugoslaviji.

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

V primerih iz prejšnjega odstavka mora zavarovana oseba plačati del stroškov zdravstvenega varstva v znesku, kolikor bi morala prispevati k stroškom takšnih oblik na območju skupnosti oziroma v Jugoslaviji.

51. člen

Zavarovane osebe se lahko pošiljajo na zdravljenje v tujino, če gre za bolezen, ki se v Jugoslaviji ne da uspešno zdraviti, v državi, v katero se zavarovana oseba pošilja, pa je podana možnost za uspešno zdravljenje.

Za zdravljenje v tujini prizna skupnost samo dinarska sredstva, devizna sredstva pa le, če posebni predpisi v deviznem poslovanju to omogočajo.

5. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

a) Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

52. člen

Zavarovancem-delavcem in osebam, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, je nadomestilo osebnega dohodka zagotovljeno:

1. med začasno zadržanostjo od dela v zvezi z uživanjem zdravstvenega varstva;
2. med zadržanostjo od dela zaradi nege obolelega otroka, starega do petih let;
3. ko zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovančevega delovnega časa, ne morejo delati;

4. za čas nujnega zdravljenja po predpisih o vojaških vojnih invalidih;

5. ko je izoliran kot bacilonošec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici;

6. od enaintridesetega dne zadržanosti od dela zaradi nege ožjega družinskega člana;

7. če so določeni za spremljevalca bolniku, ki je poslan na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

V primerih iz prejšnjega odstavka gre zavarovancu nadomestilo od prvega dne zadržanosti; nadomestilo gre v breme organizacije oziroma zasebnega delodajalca za prvih 30 dni zadržanosti v primerih iz 1., 3. in 4. točke prejšnjega odstavka.

Nadomestilo osebnega dohodka po prvem odstavku tega člena gre samo zavarovancu-delavcu, ki ima pravico do osebnega dohodka, povračila, nagrade ali pravico do nadomestila osebnega dohodka po predpisih o delovnih razmerjih.

53. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre zavarovancu za tiste dneve, oziroma ure, za katere bi mu šli osebni dohodek, povračilo ali nagrade oziroma nadomestilo za osebni dohodek.

Zavarovancu, pri katerem nastopi začasna zadržanost od dela medtem, ko je na neplačanem dopustu, gre nadomestilo na račun skupnosti šele po preteku dopusta, če tudi takrat ni zmožen za delo.

54. člen

Zavarovanec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka ob pogoju, da ima najmanj 3 mesece neprekinjenega zavarovanja oz. 6 mesecev zavarovanja s prekinitvami v zadnjih 12 mesecih pred nastopom primera, ki mu daje pravico do nadomestila osebnega dohodka.

V primeru iz 4., 5. in 7. točke 52. člena gre nadomestilo osebnega dohodka ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

Predhodno zavarovanje se ne zahteva za zavarovance, ki so bili neposredno, preden so postali zavarovanci, družinski člani zavarovancev in so kot takšni imeli pravico do zdravstvenega zavarovanja v katerikoli skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

55. člen

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

Začasna nezmožnost za delo traja, dokler izbrani zdravnik ali pristojna komisija ugotovi, da se je delovna zmožnost povrnila, oziroma dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

Če traja zadržanost od dela zaradi časne nezmožnosti za delo daljši čas, je treba delavca najkasneje po dveh letih nepretrgane zadržanosti poslati k pristojni komisiji, da oceni njegovo delovno zmožnost in invalidnost.

56. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka do starosti treh let gre največ za trideset dni v posameznem primeru.

Zavarovanec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka le, če to nujno zahteva

zdravstveno stanje otroka in če ni druge osebe v družini, ki bi bila primerna za nego.

57. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zaradi nege družinskega člana od enaintridesetega dne dalje (tč. 6, čl. 52), odobri v izjemnih primerih izvršilni odbor na podlagi mnenja zdravniške komisije. Nadomestilo je za posamezni primer možno odobriti največ za 90 dni.

58. člen

Če izbrani zdravnik med zdravljenjem zavarovanca-delavca, ki dobiva nadomestilo osebnega dohodka, ugotovi, da se je njegovo zdravstveno stanje izboljšalo in da bi bilo delo koristno za hitrejšo povrnitev popolne delovne zmožnosti, lahko odredi, naj dela zavarovanec določen čas na ustreznem delovnem mestu s skrajšanim delovnim časom. Tako delo sme trajati najdlje eno leto.

Organizacija, pri kateri je zavarovanec-delavec v delovnem razmerju, mora v primeru iz prejšnjega odstavka zavarovancu preskrbeti delo s skrajšanim delovnim časom. Tega je lahko opravičena, če občinski upravni organ, ki je pristojen za delo, ugotovi, da pri njej sploh ni ali za določen čas ni možnosti za delo s skrajšanim delovnim časom.

59. člen

Osebe iz 1. do 3. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta imajo v primerih iz 1. točke prvega odstavka 52. člena tega statuta pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastane v 30 dneh od prenehanja delovnega razmerja in če se v tem roku prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja dobo predhodnega zavarovanja (54. člen).

60. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med začasno nezmožnostjo za delo:

1. če si nalašč povzroči nezmožnost za delo;
2. če se ukvarja z gospodarsko dejavnostjo ali opravlja delo, za katero dobiva oziroma ne prejema osebnega dohodka.

Določba 2. točke ne velja v primeru obolenja zasebnega obrtnika, pri katerem so v delovnem razmerju drugi delavci, če delavnica delo nadaljuje.

Zavarovancu se ustavi izplačevanje denarnega nadomestila med začasno nezmožnostjo za delo:

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

Zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila 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.

61. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je poprečni 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

upoštevata znesek, od katerega se je odmerilo nadomestilo.

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

Za zavarovanca, ki dela pri zasebnem delodajalcu, je osnova znesek, ki je bil v preteklem letu osnova za plačilo prispevka.

Za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol je osnova za nadomestilo znesek nagrade, ki so jo prejeli v preteklem letu.

Če je zavarovancu ves ali del 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.

Osnova za nadomestilo od prvega do petega odstavka tega člena se izračuna iz poprečnega osebnega dohodka (urnega, dnevnega ali mesečnega), ki ga je zavarovanec prejel za preteklo leto in je njegov znesek dokončno ugotovljen pri delitvi po zaključnem računu organizacije za zadevno leto.

Zavarovancu, ki je v preteklem letu delal pri drugi organizaciji ali več organizacijah, se vzame kot osnova za nadomestilo poprečni znesek osebnega dohodka, ki ga je prejel za preteklo leto pri organizaciji, pri kateri je delal in je bil ugotovljen pri delitvi osebnih dohodkov po zaključnem računu, oziroma poprečni znesek seštevka prejetega osebnega dohodka, ugotovljenega pri delitvi po zaključnih računih vseh organizacij, pri katerih je delal v preteklem letu.

V primeru zadržanosti od dela, ki nastanejo od začetka leta do zaključnega računa za preteklo leto, se do ugotovitve osnove za nadomestilo izplačuje akontacija za nadomestilo osebnega dohodka. Za izračun te akontacije se vzame kot osnova za nadomestilo poprečni znesek akontacije osebnega dohodka, ki jih je zavarovanec prejel v preteklem letu.

62. člen

V osnovo se ne všttevajo 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 izredne nagrade, nagrade za racionalizacijo, novatorstvo, za izvršitev posebnih nalog izven rednega oziroma glavnega dela in podobno, kot tudi ne drugi prejemki, ki nimajo značaj osebnega dohodka po osnovah in merilih za delitev osebnih dohodkov, ki jih delavec dobi za dopolnilno delo izven organizacije, s katero je v delovnem razmerju ali v svoji organizaciji.

63. člen

Če zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka, ki je bil preteklo leto dosežen na tem ali podobnem delovnem mestu.

Če zavarovanec ni dobil osebnega dohodka v preteklem letu in v organizaciji tudi ni obstajalo podobno delovno mesto, se vzame za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacija za tekoče leto do dneva, ko je nastopil zavarovani primer.

Če zavarovanec v tekočem letu še ni prejel osebnega dohodka ali akontacije, se vzame za osnovo dogovorjeni osebni dohodek oziroma dohodek, ki bi zavarovancu pripadal 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.

64. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kakor eno leto, se preračuna osnova za nadomestilo na ustrezajoči višji znesek, če se je v poslovnem letu, v katerem je zbolel, splošno poprečje 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 nastopil bolezenski dopust in za leto pred tem letom povečalo splošno poprečje osebnih dohodkov delavcev v tisti organizaciji. Od tako povečane osnove se mu nato znova odmeri pripadajoče nadomestilo osebnega dohodka.

Poprečni znesek nadomestila osebnega dohodka iz prvega odstavka tega člena gre zavarovancu od prvega 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 delavcev v tisti organizaciji v splošnem povečali manj kakor za 5 %, se po sprejetju zaključnega računa za naslednje leto ugotovi odstotno povečanje splošnega povečanja 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 zbolel; 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.

Za zavarovance zaposlene pri zasebnih delodajalcih in za zavarovance, katerim je v času prejemanja nadomestila osebnega dohodka prenehalo delovno razmerje, se nadomestilo osebnega dohodka v smislu 1. in 2. odstavka tega člena zviša za toliko odstotkov, kolikor se je zvišalo poprečje osebnih dohodkov na območju skupnosti.

65. člen

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih zadržanosti od dela po 52. členu tega statuta, ko gre nadomestilo v breme skupnosti in za čas, ko gre v breme zasebnega delodajalca, znaša:

- a) — 80 % osnove, od prvega do šestdesetega dne;
- 90 % osnove, od enainšestdesetega dne zadržanosti od dela dalje, če zavarovanec izpolnjuje pogoj predhodnega zavarovanja po 54. členu tega statuta;
- b) — 70 % osnove, od prvega do šestdesetega dne;
- 80 % osnove, od enainšestdesetega dne zadržanosti od dela, če zavarovanec ne izpolnjuje pogoj predhodnega zavarovanja.

Odstotke nadomestila za prvih 30 dni določijo organizacije združenega dela.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjem odstavku, ne sme biti manjše od občasno veljavnega zneska minimalnega osebnega dohodka, kar pa ne velja za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol.

66. člen

Zavarovanec, ki dela med začasno delovno nezmožnostjo skrajšan delovni čas (58. člen statuta), ima pravico do dela nadomestila osebnega dohodka, ki ustreza sorazmerju med časom koliko ne dela in polnim delovnim časom. Če je ustrezni osebni dohodek, ki ga dobi v skrajšanem delovnem času, manjši od ustreznega dela nadomestila, ki bi mu šlo, če ta čas ne bi delal, ima zavarovanec pravico tudi do nadomestila te razlike.

Zavarovanec, ki v obdobju skrajšanega delovnega časa izrabljuje letni dopust, ima pravico do ustreznega

denarnega nadomestila iz prvega odstavka tega člena tudi med letnim dopustom.

67. člen

Zavarovancu, ki ima po 52. členu tega statuta pravico do nadomestila osebnega dohodka med začasno nezmožnostjo za delo, se za tisti čas, ko je v stacionarnem zdravstvenem zavodu ali kakšnem drugem specializiranem zavodu, v katerem ima nastanitev in hrano, to nadomestilo zmanjša za 20 %, če nima družinskih članov, katere bi moral vzdrževati.

68. 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.

69. člen

Zavarovancu, ki postane v tridesetih dneh po končanem bolezenskem dopustu znova nezmožen za delo zaradi iste bolezni, se ta bolezenski dopust računa kot nadaljevanje prejšnjega in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero višine nadomestila.

70. člen

Zavarovanec, zaposlen v tujini v gospodinjstvu jugoslovanskega državljanca kot hišna pomoč, je upravičen do nadomestila v breme skupnosti za čas delovne nezmožnosti zaradi bolezni, ki traja več kot 30 dni.

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 stopili 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 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.

b) Nadomestilo osebnega dohodka med poročniškim dopustom

71. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka v višini 100 % od osnove:

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

Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke prvega odstavka časna 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 izrabi letni dopust.

Za časa bivanja v stacionarnem zavodu se nadomestilo osebnega dohodka ne zmanjšuje.

72. 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 pretekom časa, kolikor mora oz. kolikor ima po splošnem aktu delovne organizacije delavec pravico ostati na delu po sporočitvi svojega namena, da bo izstopil iz delovne skupnosti oziroma po sklepu, da mu preneha delo v delovni organizaciji;

2. v tridesetdnevni rok od prenehanja delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku prikladi pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

Zavarovanka je po prejšnjem odstavku upravičena do nadomestila osebnega dohodka, če izpolnjuje pogoje predhodnega zavarovanja (54. člen zakona).

73. člen

Zavarovanka, zaposlena v tujini v gospodinjstvu jugoslovanskega državljanca kot hišna pomoč je upravičena do nadomestila osebnega dohodka za čas trajanja porodniškega dopusta v breme skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

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 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.

c) Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

74. člen

Pravico do povračila potnih stroškov 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 stalnega prebivališča oziroma zaposlitve 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 njihove zaposlitve oziroma stalnega prebivališča ni zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda.

Skupnost ne povrne potnih stroškov v višini povprečne cene za prvih 30 kilometrov v obe smeri. Če

stroški znašajo več, se izplačilo zniža za omenjeni znesek. Z aktom o višini potnih pavšalov določi skupščina tudi znesek povprečne cene, katerega se odračuna od potnih stroškov. Akt o potnih pavšalih določi tudi višino za uporabo zasebnega prevoznega sredstva.

Omejitve prejšnjega odstavka ne veljajo, če zavarovana oseba mesečno opravi pet ali več potovanj po nalogu zdravstvene službe.

75. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremljevalec po mnenju izbranega zdravnika, zdravstvenega zavoda ali pristojne komisije nujno potreben zavarovani osebi, ko zavarovana oseba potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

Za otroke do dopolnjenega petnajstega leta starosti se predpostavlja, da jim je potreben spremljevalec.

76. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

1. povračilo prevoznih stroškov;

2. pavšalno povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju.

77. 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.

Če se zavarovana oseba ponesreči ali zboli v gorah oziroma v kraju, kjer ni možen prevoz z reševalnim avtomobilom ali drugim prevoznim sredstvom, je upravičena do prenosa do mesta, od kjer je možen prevoz z reševalnim vozilom.

S pravilnikom o uporabi pravic lahko skupščina podrobneje določi pogoje glede reševalnih prevozov.

78. člen

Kot prevozní stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza.

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

79. 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, ko 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.

8. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

80. člen

Zavarovanci imajo ob smrti družinskega člana pravico do pogrebneine.

Družinski člani imajo ob smrti zavarovanca pravico do pogrebneine in posmrtnine.

81. člen

Pravico do pogrebneine ima vsak, kdor oskrbi pogreb umrlega zavarovanca ali njegovega družinskega člana.

Pogrebna gre ob smrti zavarovanca ali zavarovančevega družinskega člana tudi, če je ta umrl v 30 dneh od prenehanja zavarovanja.

Znesek pogrebneine določi skupščina s sklepom.

Pogrebna za zavarovano osebo, ki umre med prebivanjem v tujini, se prizna v višini dejanskih pogrebnih stroškov v državi, v kateri je zavarovana oseba umrla.

82. člen

Ob smrti zavarovanca (13. člen statuta) imajo zavarovani družinski člani, ki jih je zavarovanec do svoje smrti preživljal, pravico do enkratne posmrtnine v višini osnove za nadomestilo osebnega dohodka.

Ob smrti starostnega ali invalidskega upokojenca znaša posmrtnina enomesečni znesek pokojnine z vsemi dodatki.

6. Pravice delavcev iz zdravstvenega zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicnega obolenja

83. člen

Iz zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicnega obolenja je zavarovancem zagotovljeno še:

1. zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečujejo obolenja za poklicno boleznijo in nesreče 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 obolenje za poklicno boleznijo so zagotovljene neodvisno od predhodnega zavarovanja.

84. člen

Med ukrepe za preprečevanje in odvrta 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 odvrta in preprečevanje obolenj za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu.

Da bi se preprečevale in odvrta 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.

85. 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.

86. člen

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

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.

87. 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 zavarovančevi smrti po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 3. in 4. poglavja tretjega dela tega statuta.

7. Uveljavljanje pravic

88. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo v breme skupnosti osebe, ki jim je priznано svojstvo zavarovane osebe v smislu določb tega statuta.

89. člen

Svojstvo zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupnost s sklepom.

Upravičenci do zdravstvenega varstva, ki niso zavarovane osebe (27. do 30. člen in 42. člen RZZZ) dokazujejo pravico do zdravstvenega varstva s posebno izkaznico.

90. člen

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

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje, odreče svojstvo zavarovane osebe, ji o tem izda pismeno odločbo čimprej, najkasneje pa v dveh mesecih po vložitvi prijave.

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

Zoper dokončno odločbo, s katero skupnost odreče priznanje svojstva zavarovane osebe, lahko prizadeži zaradi varstva pravice do zdravstvenega zavarovanja vložiti tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. Skupnost mora v pravnem pouku v dokončni odločbi izrecno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

91. 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 zava-

rovanec sam, če mora sam plačevati prispevek. Prijava se mora vložiti v 8 dneh po pridobitvi svojstva zavarovane osebe, ki jim je svojstvo zavarovanca prenehalo, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okolnostih, ki vplivajo na pravice zavarovanca. Zavarovanec oziroma organizacija mora prijaviti tudi zavarovanega družinskega člana. Zavarovanec lahko vloži prijavo o svojem zavarovanju tudi sam.

Če zavezanec prispevka oziroma zasebni delodajalec opusti svojo dolžnost predlaganja prijave v zavarovalno razmerje, se po izvedenem ugotovitvenem postopku vzpostavi zavarovanje po uradni dolžnosti.

92. člen

Za delavca, ki stopa prvič v delovno razmerje ali je spremenil poklic ali se zaposli po več kot 6-mesečni prekinitvi delovnega razmerja ali 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 zaposlitve oziroma prebivališča delavca. Pregled se opravi v obsegu, ki ga določa republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo.

93. člen

Za druge zavarovane osebe se morajo prijaviti za zavarovanje priložiti dokazila o svojstvu, na podlagi katerega so zavarovane.

94. člen

Način uporabe pravic določi skupnost s posebnim pravilnikom skladno s 27. členom statuta in pogodbami, katere sklepa skupnost z zdravstvenimi organizacijami.

Zavarovana oseba, ki zdravstvenega varstva ne uporablja na način, kot je v statutu, plača vse stroške in zahteva povračilo od skupnosti.

O tistih delih pogodbe, ki urejajo pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

95. 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 določa zakon, statut ali splošni akt za nastanek pravice in v primerih, ki jih določa statut ali splošni akt te skupnosti.

Če mora zavarovanec plačevati za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov prispevek, je pogoj za uživanje pravic po tem statutu redno plačevanje prispevka; pri tem se uživanje pravic 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, še neplačani prispevki.

96. člen

Pravica iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavlja, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisuje zakon, statut ali splošni akt skupnosti (svojstvo zavarovane osebe, predhodna doba zavarovanja, nastanek zavarovanega primera, čakalna doba, plačilo prispevka za zdravstveno zavarovanje s strani zavarovane osebe — samoplačnika in podobno).

97. člen

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

Dospelost posameznih pravic določa ta statut.

98. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva ali če se njena zahteva delno oziroma v celoti zavrne. Odločba se izda po predpisih o splošnem upravnem postopku. Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 15 dneh pritožbo na komisijo skupnosti. Odločba komisije je dokončna. Zoper dokončno odločbo komisije prizadeti lahko vloži tožbo pri občinskem sodišču v kraju njene zaposlitve ali stalnega prebivališča.

99. člen

Strokovna mnenja o zdravstvenem stanju, začasnih nezmožnosti za delo, poteku nosečnosti, potrebi po bolnišničnem zdravljenju, zdravilih, potnih in prevoznih stroških, ortopedskih pripomočkih itd. daje izbrani zdravnik v zdravstvenem zavodu.

S pogodbo o izvajanju zdravstvenega varstva skupnost pooblasti oziroma se dogovori z zdravstvenim zavodom o pristojnosti posameznih zdravnikov in poslovanju med skupnostjo, zdravstvenim zavodom in zavarovanimi osebami v smislu prvega odstavka tega člena.

Če se delovna organizacija pogodbeno dogovori z zdravstvenim domom za določeno ambulantno ali zdravnika, ki bo pristojen presoati zadržanost od dela zaradi bolezni, poroda, nege družinskega člana ali spremstva, bo pristojnost dogovorjenega zdravnika upoštevala tudi skupnost. To velja le v primeru, če je pogodbeno določeni zdravnik ali ambulanta v sestavi krajevnega zdravstvenega doma.

100. člen

Zaradi ugotavljanja dejstev v zvezi ugovorov zavarovanih oseb proti zdravnikom, presojo delane nezmožnosti, presojo zahtev za izplačilo potnih stroškov in priznanjem ortopedskih pripomočkov pred iztekom trajnostne dobe, ustanovi skupnost zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor skupnosti.

O delu in postopku teh komisij sprejme skupščina skupnosti poseben pravilnik.

101. člen

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 treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Komisija zdravniških izvedencev tudi lahko na predlog skupnosti oz. Komunalnega zavoda za socialno zavarovanje revidira ugotovitve zdravniške komisije; njene ugotovitve veljajo v takšnih primerih od dneva, ko so bile izdane.

Zoper ugotovitve posameznega zdravnika o nezmožnosti zavarovanca za delo lahko ugovarja tudi delovna organizacija in direktor KZSZ oziroma od njega pooblaščen delavec.

102. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo oziroma ko na drug način dobi svojstvo 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.

Zavarovanec, pri katerem nastane zaradi bolezni ali poškodbe med trajanjem zavarovanja (prvi odstavek tega člena) začasna nezmožnost za delo, se zdravi tudi po prenehanju zavarovanja, in sicer vse dotlej, dokler traja nezmožnost za delo zaradi te bolezni oziroma poškodbe.

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 varnostnega ukrepa in sicer vse dotlej, dokler ima lastnost zavarovane osebe po tem zakonu.

Ce prestaja zavarovanec kazni zapora ali strogega zapora, mu je zagotovljeno zdravstveno varstvo po drugih predpisih, ne pa po tem statutu.

103. člen

V zdravstvenem varstvu so zagotovljene zavarovanim osebam vse njegove oblike, ki jih določa ta statut, po načelih sodobnih medicinskih znanosti, po medicinski doktrini ter po načelih kodeksa etike zdravstvenih delavcev.

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva po tem statutu imajo zavarovane osebe prosto izbiro zdravnika in zdravstvenega zavoda.

Ce ZD ne omogoči proste izbire, se zavarovanec lahko pritoži pri skupnosti.

104. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja oziroma kršitvi etičnih načel pri pristojnem organu zdravstvene organizacije (17. člen zakona o zdravstvu) ali pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Zavarovana oseba se mora med zdravljenjem držati navodil zdravnika, hišnega reda in drugih pravil zdravstvenega zavoda. Ce 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.

105. člen

Izbrani zdravnik v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe, na katerega se je ta obrnila, je dolžan spremljati zdravljenje te osebe v vseh njegovih fazah. Izbranega zdravnika sme zavarovana oseba menjati v istem koledarskem letu samo iz važnih razlogov, ki jih upošteva izbrani zdravnik ali predstojnik zdravstvenega zavoda.

106. člen

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih in v stacionarnih zdravstvenih zavodih se uveljavlja na podlagi napotila izbranega splošnega zdravnika, s katerim ta ugotovi, da je takšno zdravljenje potrebno. Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na specialiste: zobne terapevte, venerologe, okulistice zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in

zdravstvenih zavodih ali njihovih enotah na območju skupnosti, ki delajo na dispanzerski način. Zdravstveno varstvo v dispanzerjih lahko uveljavljajo zavarovane osebe samo v okviru letnega programa.

Zdravnik specialist iz prvega odstavka sme napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarni zdravstveni zavod.

107. 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 dani zdravstveni pomoči.

108. člen

Pravico do zobotehničnih pripomočkov in zobno-protetičnih del uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih zavodih.

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 pravilnikom o pravici zavarovanih oseb do teh pripomočkov.

109. člen

Pravico do zdravljenja v bolnicah in drugih stacionarnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe, ko je zdravnik z napotnico ugotovil, da jim je potrebno takšno zdravljenje.

110. člen

Osebe, ki so zavarovane pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Kranju, uveljavljajo zdravstveno varstvo po določbah tega statuta, četudi uveljavljajo zdravstveno varstvo pri zdravstvenem zavodu izven območja te skupnosti.

111. člen

Bolezensko odsotnost zaradi nege družinskega člana odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pooblaščen za odrejanje bolezenskega dopusta, razen, če ni v tem statutu drugače določeno. Pri tem mora upoštevati možnosti za nego obolelega družinskega člana v zavarovaneči družini po drugem članu na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

112. člen

Odobreni bolezenski dopust vseh vrst se vpiše v zdravstveno izkaznico.

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva odsotnosti, ki ga je odredil izbrani zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnevom lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do izbranega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti in drugih tehničnih razlogov. V takšnih primerih lahko izbrani 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.

Izbrani 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.

113. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, se mora zdraviti v kraju dosedanjega bivališča. Izbrani 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 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, izbrani zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

114. 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 zdravniških izvedencev.

Če zdravniška komisija zavrne ugovor, je zavarovanec upravičen do nadomestila osebnega dohodka le do dneva, s katerim je izbrani zdravnik delanezmožnost zaključil. Zavarovanec v takem primeru tudi ni upravičen do povračila potnih stroškov. Enako določilo velja, če ugovor zavarovanca zavrne komisija zdravniških izvedencev.

115. 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 izbranega zdravnika ali z mnenjem pristojne komisije.

116. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja pri skupnosti z napotnico izbranega zdravnika, če je bila zavarovana oseba poslana v drug kraj oz. 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.

117. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s potrdilom o smrti zavarovane osebe. Skupnost lahko zahteva tudi dokaz, da te dajatve ni uveljavila upravičena oseba.

118. 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 oziroma s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

119. 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.

120. člen

Zavarovane osebe, ki so v tujini na delu ali na zasebnem potovanju, lahko 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. Stroški pregleda ne bremenijo skupnosti.

IV. del

FINANCIRANJE

121. člen

Sredstva za uveljavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter pravic v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom zavarovancev, delovnih in drugih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavezancev, z udeležbo družbenopolitičnih skupnosti in z drugimi dohodki.

122. člen

Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Pri tem se upošteva ali so osebe zavarovane za vse, ali samo za posamezne zavarovane primere, v okviru teh rizikov pa še, ali so zavarovane samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne pravice.

123. člen

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

124. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje,
2. posebni prispevek.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje se predpiše posebej:

1. za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo,
2. za druge oblike zdravstvenega varstva iz zdravstvenega zavarovanja,
3. za druge z zakonom in s tem statutom predvidene primere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb.

125. člen

Zavarovanci, ki so v delovnem razmerju in delajo najmanj polovico polnega delovnega časa, člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, zadrugah in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo in člani obrtnih in ribiških zadrug, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje iz svojih kosmatih osebnih dohodkov.

Osnova za obračunavanje prispevka pri zavarovancih, ki prejemajo osebni dohodek iz delovnega razmerja, je njihov kosmati osebni dohodek. Osnova za obračunavanje prispevka za člane predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene

osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo, je to stalno mesečno povračilo. Osnova za obračunavanje prispevka za članke obrtnih in ribiških zadrug je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

Stopnjo prispevka določa za vsako leto posebej skupščina skupnosti s sklepom.

126. člen

Za zavarovance, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljeni pri zavodu za zaposlovanje, plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje pristojni zavod za zaposlovanje.

Osnova za obračun prispevka za zavarovance iz prvega odstavka tega člena, je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejema denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Stopnjo prispevka določa za vsako leto posebej skupščina skupnosti s sklepom.

127. člen

Za zavarovance — upokojujence in uživalce pravic do poklicne rehabilitacije in zaposlitve plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja, v katerega breme se izplačuje pokojnina oziroma oskrbnina. Jugoslovanski državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje sami.

Osnova za obračunavanje prispevka za zavarovance iz prvega odstavka tega člena je pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

Stopnjo prispevka določa za vsako leto posebej skupščina skupnosti s sklepom.

128. člen

Za osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas, plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje iz svojih sredstev organizacija, pri kateri taka oseba dela.

Višino prispevka za osebe iz prvega odstavka tega člena določa skupščina skupnosti v pavšalnem znesku za vsako leto posebej s sklepom.

129. člen

Za učence v gospodarstvu in za učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli, ali pri zasebnem delodajalcu, plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje organizacija, šola ali zasebni delodajalec, ki izplačuje vajencu oziroma učencu nagrado oziroma štendijo. Če vajenec ne prejema niti nagrade niti štendije, plačuje zanj prispevek šola.

Višino prispevka za zavarovance iz prvega odstavka tega člena določa v pavšalnem znesku skupščina skupnosti za vsako leto posebej s sklepom.

130. člen

V tujini zaposleni delavci plačujejo sami prispevek za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in ki jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja ter za sebe, če so zdravstveno zavarovani v tej skupnosti.

Višino prispevka za zavarovance iz prvega odstavka tega člena določa v pavšalnem znesku za vsako leto posebej skupščina skupnosti s sklepom.

131. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo določa skupnost po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti. Kadar je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varnostnih ukrepov povečana, skupnost določi višjo tarifo za takšno organizacijo, oziroma zasebnega delodajalca. Višja tarifa za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo za posamezno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca ne more biti za več kot 50 % višja od redne tarife.

Osnova za določitev višje tarife po prejšnjem odstavku je posebna evidenca o stroških v zvezi z nesrečami pri delu in obolenji za poklicno boleznijo.

132. člen

Prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo obračunavajo in plačujejo iz dohodka oziroma iz lastnih sredstev:

1. delovne in druge organizacije, državni organi in zasebni delodajalci za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in za učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjene učne pogodbe;
2. šole za učence v gospodarstvu in za učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjenih učnih pogodb in za 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;
5. ostali zavezanici, ki jih določajo predpisi.

133. člen

Sredstva za kritje zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, same s prispevki, ki se odmerjajo od osnov, ki jih določa skupnost s splošnim aktom. Skupnost lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na zavarovančevega družinskega člana.

Glede prispevka zavarovane osebe k stroškom zdravstvenega varstva in glede drugih zadev financiranja ter za pozavarovanje, se smiselno uporabljajo ustrezne določbe tega statuta.

134. člen

Stopnje prispevkov, in prispevke v pavšalnih zneskih določa skupnost v taki višini, da sredstva, ki se z njimi dosegajo, krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotavljajo ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih rizikov, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe.

135. člen

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

Sredstva rezervnega sklada se lahko uporabljajo tudi za obratna sredstva in za kritje primanjkljaja po zaključnem računu.

Ce se sredstva rezervnega sklada uporabijo za kritje primanjkljaja po zaključnem računu, se mora v ta namen uporabljeni znesek do višine obvezne rezerve vrniti v naslednjem finančnem letu.

Za kritje z zaključnim računom 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.

136. člen

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni povprečni znesek planiranih izdatkov sklada v tekočem letu.

Obvezna višina rezervnega sklada mora biti zagotovljena v petih letih od uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja sredstev v rezervni sklad določi skupščina skupnosti s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom za vsako leto posebej.

137. člen

Za zavarovance iz 4. člena tega statuta obračunavajo in odvajajo prispevke delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci, ki jim izplačujejo osebne dohodke.

Zavezanci, ki jim ni treba voditi svojega poslovanja preko službe družbenega knjigovodstva oziroma banke, lahko plačujejo prispevke neposredno na blagajnah zavoda in njegovih izpostav.

138. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevke po 16. členu tega statuta — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke,

2. za sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja z dnem izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine,

3. za druge zavezance — zadnjega dne v mesecu za nazaj.

139. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev kot tudi osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 % na dan od zneska nevplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

140. člen

Zavezanec, 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 obrestmi.

Ce je v osmih dneh vložen ugovor, skupnost ne more izdati novega plačilnega naloga, temveč lahko uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

141. člen

Na zahtevo skupnosti mora služba družbenega knjigovodstva oziroma banka na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive odločbe sodišča izterjati neplačane prispevke tako, da prenese ustrezni znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Ce prispevkov ni mogoče izterjati na način iz prejšnjega odstavka, 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 določenih izvršilnega postopka.

142. člen

Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano od konca leta v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

143. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja preko enotnega žiro računa skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva, pri zavodu pa se vodijo ločeno na posebnih računih in sicer:

1. dohodki za zagotavljanje pravic ob nesrečah pri delu in obolenjih zaradi poklicne bolezni,
2. dohodki za zagotavljanje pravic iz ostalih oblik zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja,
3. dohodki za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja za nekatere kategorije zavarovanih oseb.

Skupščina skupnosti lahko odloči, da se kateri od navedenih vrst dohodkov vodijo na skupnem računu.

144. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, ki ga zagotavlja zakon in ta statut zavarovanim osebam, ki pa same niso zavarovane, se zbirajo s prispevki, ki jih plačujejo v zakonu določeni zavezanci.

Prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz prvega odstavka 82. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva določi skupščina v pavšalnem znesku, upoštevajoč obseg zagotovljenega varstva.

145. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva oseb, navedenih v prejšnjem členu in pa ustrezni del stroškov za izvajanje službe.

146. 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.

147. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:
 - nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva,
 - v tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,

- ostale z zakonom in s tem statutom predvidene primere, ko je predpisan prispevek,
- 2. dohodki skupnosti po mednarodnih sporazumih,
- 3. delež družbeno-političnih skupnosti v stroških za obvezne oblike zdravstvenega varstva,
- 4. povračila za skupnosti povzročeno škodo,
- 5. povračila iz pozavarovanja,
- 6. drugi dohodki.

148. člen

Iz skupnih dohodkov, ugotovljenih po prejšnjem členu tega statuta, se v rezervni sklad izloča del, ki ga vsako leto določi skupščina skupnosti s finančnim načrtom oziroma s posebnim sklepom. Preostali del skupnih dohodkov tvori čisti dohodek.

149. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki za zavarovane osebe in sicer:

1. za zdravstveno varstvo, za:
 - nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva,
 - v tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,
 - ostale v zakonu in s tem statutom določene primere iz zdravstvenega varstva,
 - zdravstveno varstvo po mednarodnih sporazumih.
2. za denarna nadomestila osebnega dohodka in druge denarne dajatve, ki jih predvidevata zakon in ta statut,
3. za obveznosti iz 78. člena zakona (zdravstveno varstvo rednih študentov),
4. ostale obveznosti in izdatki skupnosti:
 - pozavarovanje,
 - stroški zavoda za izvajanje zavarovanja,
 - študijsko in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja,
 - stroški denarnega in plačilnega prometa,
 - poštni stroški,
 - obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja,
 - stroški samouprave skupnosti,
 - obresti in provizija,
 - ostali izdatki (komisije ipd.).

150. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto takrat, ko določi stopnje prispevkov in njihovo višino, se predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti,
- odstotek od skupnosti dohodkov za izločanje v rezervni sklad,
- čisti dohodek skupnosti,
- skupni izdatki skupnosti.

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto v določenem roku se za preteklo leto ugotovijo kazalci iz prvega odstavka tega člena.

Presežek čistega dohodka nad skupnimi izdatki po zaključnem računu se lahko v celoti ali delno izloči v rezervni sklad ali pa prenese med skupne dohodke sklada v naslednje leto. O tem odloči za vsako leto posebej skupščina skupnosti, ko sprejme zaključni račun za preteklo leto.

Presežek skupnih izdatkov nad čistim dohodkom (primanjkljaj) se krije iz rezervnega sklada skupnosti.

151. člen

Skupščina skupnosti lahko predpiše s posebnim pravilnikom podrobnejši način evidentiranja svojih dohodkov in izdatkov ter način vodenja poslovnih knjig v okviru dogovorov vseh skupnosti v SR Sloveniji ali predpisov, ki bodo izdani od višjih organov.

V. del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

152. 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.

153. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Kranju.

154. člen

Skupnost ima svoj pečat in štampljko.

Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja v Kranju. Sedež je naveden v sredini.

Štampljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

155. člen

Splošni akti skupščine so: statut, pravilniki, sklepi in programi.

Splošni akti začnejo veljati 8 dni po objavi, če ni v posameznem aktu drugače določeno.

Statut, pravilniki in sklepi se objavljajo v Uradnem listu SRS.

2. Organi skupnosti

156. člen

Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo sestavljajo predstavniki zavarovancev.

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za odločanje o pritožbah zavarovancev ima skupščina komisijo za reševanje pritožb.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje tudi posebne komisije, katerim določi tudi pristojnosti.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti se ustanavljajo sveti zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

157. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike, predvidene v statutu;

2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev, določa politiko uporabe skladov, daje zavodu, ki zanjo izvaja zdravstveno zavarovanje, smernice za delo, z namenom, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarov-

vanih oseb, da se racionalno posluje s sredstvi skupnosti;

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

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

5. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je potrebno izvesti v zvezi s tem;

6. obravnava letno poročilo zavoda o opravljanju strokovnih, finančnih in administrativnih zadev pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti;

7. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami v stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore;

8. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji;

9. 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;

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

11. sodeluje v postopku za imenovanje direktorja zavoda s tem, da imenuje v pristojno komisijo štiri člane;

12. daje soglasje k predlogu za imenovanje direktorja zavoda;

13. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonu in tem statutu, če ni izrecno za opravljanje teh zadev določen drug organ skupnosti.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njegovem imenu odloči o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

158. člen

Skupščina določi poslovnik za svoje delo, za delo izvršilnega odbora in drugih organov skupščine.

159. člen

Skupščina skupnosti šteje 60 članov.

Pravico biti voljen za člana skupščine skupnosti ima vsak zavarovanec te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih.

Skupščino skupnosti sestavljajo člani, ki jih izvolijo:

delavski sveti v gospodarskih organizacijah in ustrezni organi v drugih delovnih organizacijah; poklicne organizacije zavarovancev, društva upokojujencev in delovnih invalidov.

Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah članov skupščine, ki določa: volilne enote, kandidiranje, 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.

160. člen

Mandat članov skupščine traja štiri leta.

Član skupščine je lahko izvoljen največ dve zaporedni mandatni dobi.

161. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe v tehle primerih:

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 treh mesecev
5. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti odpoved sprejme
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat članu skupščine več kot eno leto pred pretekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v enem letu po prenehanju mandata.

162. člen

Članu skupščine preneha mandat z odpoklicem:

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 skupnosti ali njenih organov.

O odpoklicu odločajo zavarovanci oziroma njihovi predstavniki, ki so člana skupščine izvolili.

b) Izvršilni odbor in komisije

163. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov, ki jih izvoli skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

164. člen

Volitev članov izvršilnega odbora se opravi z javnim glasovanjem, razen, če skupščina ne odloči drugače.

Pravico predlagati kandidata za člana izvršilnega odbora ima vsak član skupščine. Izvoljen je kandidat, ki dobi največ glasov.

Predsednika izvršilnega odbora in njegovega namestnika izvolijo člani izmed sebe.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor v celoti, če ta prekorači dana pooblastila, ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata ob pogojih iz 161. člena.

Izvršilni odbor se dopolni v takih primerih na prvi prihodnji seji skupščine.

165. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini 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 spremembo statuta in druge splošne akte, ki jih sprejema skupščina;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine za izvrševanje finančnega načrta ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;
7. obravnava načrt in program za delo zavoda, ki izvaja za skupnost zdravstveno zavarovanje;
8. skrbi za sklicevanje sej skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij;

9. imenuje zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev;

10. udeležuje se razgovorov pri samoupravnih dogovorih;

11. zahteva strokovni nadzor nad delom zdravstvenih zavodov po določbah zakona o zdravstvu;

12. daje uradna tolmačenja določb statuta in drugih aktov skupnosti;

13. opravlja druge zadeve v skladu s statutom in splošnimi akti ter sklepi skupščine.

166. člen

Komisija za reševanje pritožb:

1. rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe, ki jih o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja izdaja zavod na I. stopnji;

2. obravnava splošne pritožbe in pripombe zavarovanih oseb, skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.

167. člen

Komisija za reševanje pritožb ima tri člane in enako število namestnikov, odloča vedno v senatu treh članov.

Imenuje jo skupščina izmed zavarovancev skupnosti. Mandat članov komisije traja štiri leta. Predsednik mora biti član skupščine.

Sestavo senata in predsednika senata določi skupščina s sklepom o imenovanju članov komisije. Odločbe komisije za pritožbe podpisuje predsednik komisije.

Komisija mora o svojem delu poročati skupščini.

c) Sveti zavarovancev

168. člen

Svete zavarovancev sestavljajo delegati vsakokratnega volilnega telesa po volilnih enotah za eno mandatno dobo.

V delovnih organizacijah, kjer je volilno telo delavski svet, ima ta status sveta zavarovancev.

Seje svetov zavarovancev skliče skupščina na predlog člana skupščine te volilne enote ali na predlog 1/3 članov sveta.

Na sejah svetov morajo obvezno sodelovati člani skupščine, ki predstavljajo zavarovance z območja sveta zavarovancev.

169. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnike, program dejavnosti in sklepe o določitvi prispevkov, mora dobiti mnenje svetov zavarovancev.

Sveti zavarovancev tudi:

1. razpravljajo o vprašanjih zdravstvenega zavarovanja in potrebnih sredstev za njegovo izvajanje;

2. obravnavajo letno poročilo skupnosti;

3. dajejo iniciativo s področja delovanja skupnosti;

4. se izjavijo o predlogu statuta in predlagajo njegovo spremembo.

Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov zavarovancev in obvesti predlagatelje o svojih stališčih.

3. Referendum

170. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.

Referendum se mora obvezno razpisati, kadar se odloča o združitvi ali razdružitvi skupnosti.

Referendum se mora razpisati tudi, kadar za odločitev o kakšnem vprašanju to zahteva polovica članov skupščine na seji, kjer je navzočih 2/3 vseh članov skupščine.

Referendum o razdružitvi se lahko razpiše tudi samo za območje ene ali več občin.

171. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem-listki, kjer se na vprašanje odgovori z »da« ali »ne«.

Referendum je veljaven, če glasuje najmanj 2/3 zavarovancev.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot 1/2 vseh zavarovancev.

Odločitev sprejeta z referendumom, je obvezna in velja najmanj leto dni.

Postopek za izvedbo referenduma se določi s poslovníkom skupščine.

VI. del

SODELOVANJE SKUPNOSTI Z DRUŽBENO-POLITIČNIMI SKUPNOSTMI, SKUPNOSTMI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA, ZDRAVSTVENIMI ZAVODI IN NJIHOVIMI ZDRUŽENJI, OBČINSKIMI SINDIKALNIMI SVETI TER DRUGIMI ORGANIZACIJAMI

172. člen

Skupnost sodeluje po svojih organih z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami pri programiranju 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, varstva pri delu in dr.), za katere so nosilci programov, sredstev in organiziranja organi in organizacije iz prvega odstavka tega člena.

173. člen

Skupnost sodeluje z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja in se dogovarja o združevanju 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.

174. člen

Za sodelovanje po prejšnjih dveh členih tega statuta se sklene samoupravni dogovor v primerni obliki.

V samoupravnem dogovoru se določi tudi način in postopek za reševanje spornih vprašanj, ki nastopijo v zvezi z izvajanjem dogovora.

175. člen

Družbeno-politične skupnosti, skupnost zdravstvenega zavarovanja, zdravstvene delovne organizacije in njihova združenja, delovne organizacije, občinski sindi-

kalmi sveti in druge zainteresirane organizacije sodelujejo 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.

V prvem odstavku tega člena našeti dejavniki sprejmejo po načelih družbenega dogovarjanja tudi program zdravstvenega varstva za območje skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev. Program se sprejme načeloma za vsako leto posebej.

176. člen

Skupščine občin, občinski sindikalni sveti gospodarske in zdravstvene delovne organizacije z območja skupnosti ter skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev po načelih družbenega dogovarjanja v skladu z določili drugega odstavka 70. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev stopenj prispevka za zdravstveno zavarovanje za naslednje leto.

177. člen

Izvršni odbor skupščine skupnosti pripravi predlog za izoblikovanje temeljnih izhodišč za določitev stopenj prispevka. Predlog mora sloneti na ovrednotenem programu zdravstvenega varstva in na predhodno izračunanih stopnjah prispevka, ki naj bi ob upoštevanju predvidenega gibanja osebnih dohodkov in izdatkov za zdravstveno varstvo izven skupnosti zadoščale za kritje vseh predvidenih izdatkov.

Pri sprejemanju programa zdravstvenega varstva in pri oblikovanju temeljnih izhodišč za določitev stopenj prispevka v skladu s 176. členom tega statuta sodelujejo enakopravno po načelih družbenega dogovarjanja:

1. skupščine občin z območja skupnosti;
2. občinski sindikalni sveti;
3. zdravstvene delovne organizacije z območja skupnosti;
4. delovne organizacije in sicer:
 - po ena delovna organizacija iz vsake industrijske gospodarske panoge s sedežem na območju skupnosti, ki jo določi za vsako leto posebej ustrezeni organ skupščine občine;
 - po ena delovna organizacija iz kmetijske in gozdarske dejavnosti, s področja gradbeništva, prometa, gostinstva in trgovine, iz obrtne ter stanovanjske in komunalne dejavnosti s sedežem na območju skupnosti, ki jo določi za vsako leto posebej ustrezeni organ skupščine občine;
 - po ena delovna organizacija s področja družbenih služb, ki jo vsako leto določi ustrezeni organ skupščine občine;
5. skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Temeljna izhodišča, izoblikovana na dogovoru med navedenimi dejavniki, so osnova za sklep skupščine o višini stopenj prispevka, ki je obvezen za vse območje skupnosti za ustrezno leto.

Družbeno dogovarjanje v smislu določil prejšnjega in tega člena statuta mora biti opravljeno pravočasno, da skupščina skupnosti lahko sprejme sklep o višini stopenj prispevka za zdravstveno zavarovanje pred koncem leta za naslednje leto. O sprejetih stališčih se vodi zapisnik, ki se mora dostaviti skupščini v obravnavo.

178. 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 zdravstvenega varstva 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 zagotavljanja zdravstvenega varstva.

Sporna vprašanja, ki nastanejo 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.

179. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto ali za daljše obdobje, kar mora biti razvidno iz pogodb.

Če se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji.

180. 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 za zagotavljanje zdravstvenega varstva za take osebe.

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

Sporazum se sklene najmanj za eno leto, veljavnost sporazuma in njegovo prenehanje pa se uredi s sporazumom.

V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja vprašanja v zvezi z izvajanjem sporazuma.

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

VII. del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH IN ADMINISTRATIVNIH ZADEV

181. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja opravlja za skupnost komunalni zavod za socialno zavarovanje Kranj.

Medsebojna razmerja med skupnostjo in zavodom v socialnem zavarovanju se uredijo s posebnim sporazumom.

182. člen

S sporazumom iz prejšnjega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnost in ki morajo biti zajete v delovnem načrtu zavoda;
2. pogoji za izvrševanje teh nalog;
3. način določanja povračila za delo zavoda;
4. druga medsebojna razmerja in nadzor.

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s sporazumom, se uporablja temeljni zakon o zavodih in na njegovi podlagi izdani predpisi.

183. člen

O pravicah zavarovancev, ki jih zagotavlja ta statut in drugi splošni akti, odloča za skupnost na prvi stopnji komunalni zavod za socialno zavarovanje, ki za zavod opravlja strokovne, administrativne in finančne zadeve.

Odločbe podpisuje direktor zavoda.

184. člen

Izvršilni odbor skupščine lahko pooblasti direktorja zavoda, da zastopa skupnost v premoženjskih in drugih pravnih razmerjih, ki izvirajo iz dejavnosti zavoda v zvezi z ravnanjem s sredstvi skladov skupnosti.

VIII. del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

185. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prevzame skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj vse pravice in obveznosti sedanje komunalne skupnosti socialnega zavarovanja.

Dokler ne bodo izdani novi predpisi, določeni s tem statutom, se uporabljajo sedaj veljavni predpisi, če niso v nasprotju z zakonom in tem statutom.

186. člen

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 22. člena od 1. januarja 1971.

187. člen

Preden skupščina sprejme statut, mora dati predlog statuta v izjavo zavarovancem.

Ko skupščina razpravlja o sprejetju statuta, mora obravnavati in sklepati o pripombah, ki so jih dali k predlogu statuta zavarovanci, delovne in sindikalne organizacije ter družbeno-politične skupnosti.

Enak postopek velja tudi za spremembo statuta.

188. člen

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

Št. 190-617/70-02/19

Kranj, dne 4. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Kranj**

**Predsednik
Janko Bajde l. r.**

500.

Na podlagi 117., 126. in 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in na podlagi 94. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj na seji dne 4. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

**o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja
delavcev Kranj**

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj določa s tem pravilnikom način, kako zavarovane osebe na račun sklada zdravstvenega zavarovanja te skupnosti uveljavljajo zdravstveno varstvo (v nadaljevanju: skupnost).

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

2. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo pravice do zdravstvenega varstva v zdravstvenih organizacijah, katerim je to svojstvo priznано po določbah republiškega zakona o zdravstvu (Uradni list SRS, št. 26/70).

Razen obveznega samopriskupka zavarovanih oseb k stroškom posameznih oblik zdravstvenih storitev, plača skupnost vse stroške zdravstvenega varstva z uveljavljanjem pravic po določbah statuta skupnosti in tega pravilnika.

3. člen

Ce zavarovana oseba plača zdravstveno storitev sama, ker ni uveljavila pravic do zdravstvenega varstva v skladu z določbami statuta te skupnosti in tega pravilnika, vloži zahtevo za ustrezno povračilo stroškov Komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje Kranj oziroma pri njegovih izpostavah.

II. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

**a) Splošno in specialistično zdravljenje, izbira
zdravstvenega zavoda in zdravnika**

4. člen

Splošno, dispanzersko in specialistično zdravstveno varstvo po določbah statuta lahko uveljavljajo osebe, zavarovane pri skupnosti Kranj, pri vseh zdravstvenih zavodih na območju skupnosti tj. na območju občin Jesenice, Kranj, Radovljica, Skofja Loka in Tržič.

Zavarovane osebe, ki stanujejo izven območja skupnosti Kranj, lahko uveljavljajo te pravice tudi pri zdravstvenih zavodih v območju svojega stalnega bivališča.

Zavarovane osebe, katere se začasno nahajajo izven območja zaposlitve ali stalnega bivališča (letni dopust, potovanja), lahko uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva pri zdravstveni ustanovi, kjer se takrat nahajajo.

5. člen

V zdravstvenih zavodih, navedenih v prejšnjem členu, lahko zavarovana oseba prosto izbere zdravnika splošne prakse ter zobnega terapevta.

Brez napotnice zdravnika splošne prakse lahko zavarovana oseba uveljavi zdravniško pomoč tudi v ambulantah, ki delajo na dispanzerski način (za otroke, žene, venerične bolezni, proti TBC in pri okulistu v zvezi s predpisom očal).

6. člen

Zdravnika, katerega je zavarovana oseba izbrala v smislu čl. 103 statuta in prvega odstavka prejšnjega člena, ne more v teku koledarskega leta menjati brez opravičljivega vzroka. Ta določba ne velja samo v primeru, če je bil obisk drugega zdravnika zaradi nujnosti opravljen na domu zavarovane osebe.

Za opravičljiv razlog, ko je dovoljeno menjati izbranega zdravnika pred določenim rokom se šteje: sprememba kraja zaposlitve ali stanovanja zavarovane osebe, sprememba delovnega časa zdravnika ali zavarovane osebe in nesoglasje z zdravnikom.

V primeru spora z izbranim zdravnikom se mora zavarovana oseba glede menjave obrniti na predstojnika zdravstvenega zavoda. Proti odločitvi predstojnika lahko zavarovana oseba vloži ugovor v roku 48 ur pri zdravniški komisiji skupnosti.

7. člen

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih-specialistih, ki niso navedeni v 5. členu tega pravilnika, lahko uveljavi zavarovana oseba samo z napotnico izbranega zdravnika splošne prakse ali z napotnico specialista, h kateremu se lahko obrne naravnost.

Ob izdaji napotnice po prejšnjem odstavku ima zavarovana oseba pravico prosto izbirati zdravnika specialista, h kateremu naj bo napotena, vendar lahko izbira le med specialisti zdravstvenih zavodov na območju skupnosti Kranj. K specialistu izven omenjenega območja je zavarovana oseba lahko napotena le v primeru, če zadevne specialistične ambulante ni v območju skupnosti Kranj.

Napotnica velja za posamezni pregled in dodatne preglede, ki so po mnenju zdravnika-specialista nujni za popolno diagnostično obdelavo.

Zavarovana oseba, ki sama zahteva konziliarni specialistični pregled, kateri po mnenju izbranega zdravnika ni potrebe, je sama plačnik specialističnega pregleda.

8. člen

Navodila za zdravljenje zavarovanim osebam, ki so bile poslani specialistu, daje izbrani zdravnik.

Zavarovanec se mora izbranemu zdravniku javljati na pregled po njegovem naročilu.

9. člen

Zdravniško pomoč na svojem domu lahko zavarovane osebe zahtevajo:

- a) v primeru nujnosti, ki jo presodi zdravnik,
- b) v primeru zdravljenja, kadar je to mogoče v domači oskrbi in kadar zavarovana oseba ni sposobna prihajati v zdravstveno ustanovo.

Zdravniško pomoč na domu lahko nudi zdravnik, zdravnik-specialist ali pa drugi strokovno usposobljeni zdravstveni delavec, po odredbah izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista.

10. člen

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

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

Zavarovana oseba, ki je zahtevala obisk zdravnika na domu in ta ni bil nujen, je dolžna povrniti stroške obiska. Če je bil poziv za obisk opravičljiv ali ne, presodi zdravnik, ki je obisk napravil. V spornem primeru da svoje mnenje zdravniška komisija.

11. člen

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

Obseg in vrsto storitev na domu zavarovane osebe določa pogodba med skupnostjo in zadevno zdravstveno ustanovo.

Sklad skupnosti poravnava stroške zdravljenja in nege na domu le v primeru, če to pomoč nudijo zdravniki ali drugi zdravstveni delavci pristojnega zdravstvenega zavoda.

Če zavarovana oseba želi, da jo na domu zdravi zdravnik iz oddaljenejšje zdravstvene ustanove, je dolžna nositi razliko stroškov.

12. člen

Pravico do dopusta zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana, je zavarovana oseba upravičena zahtevati le tedaj, če izbrani zdravnik presodi, da za nego bolnika ni mogoče dobiti ustreznega varstva.

b) Zdravstveno varstvo v bolnišnicah

13. člen

Zdravljenje v bolnišničnih zdravstvenih ustanovah lahko zavarovana oseba uveljavi le z napotnico izbranega zdravnika, katerega je izbrala v smislu 5. člena tega pravilnika in to v primerih, če zdravljenje ni mogoče v ambulanti ali na domu bolnika. V nujnem primeru lahko izda napotnico vsak zdravnik, v primeru nezgode in v zelo nujnih primerih pa se zavarovana oseba napoti v stacionarni zdravstveni zavod tudi brez napotnice.

Zavarovane osebe se prvenstveno lahko zdravijo v bolnišnicah na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj. V bolnišnice izven območja te skupnosti je zavarovana oseba lahko poslana le, če v bolnišnicah na območju skupnosti ni prostora, oziroma če te bolnišnice za določeno vrsto ali način zdravljenja strokovno niso usposobljene.

Skladno z določbo v 5. členu lahko zavarovane osebe v primeru nujnosti uveljavljajo zdravniško pomoč v kateremkoli stacionarnem zdravstvenem zavodu, kadar se začasno nahajajo izven območja skupnosti Kranj po službenih ali zasebnih opravkih.

c) Zdravljenje v naravnih zdraviliščih

14. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih je dopustno le kot nadaljevanje ali nadomestilo zdravljenja v bolnišnicah.

Zavarovane osebe so lahko napotene samo v tista naravna zdravilišča na območju SRS, za katera je Sekretariat za zdravstvo ugotovil, da izpolnjujejo pogoje za zdravljenje bolnikov.

O napotitvi v naravno zdravilišče odloči konzilij bolnišnice, kadar gre za neposredno nadaljevanje zdravljenja v bolnišnici, zdravniška komisija na predlog izbranega zdravnika pa v primeru, če gre za nadomestno zdravljenje.

Po treh tednih zdravljenja v naravnem zdravilišču mora le-to, kolikor je zdravljenje še potrebno, pravočasno zahtevati odobritev podaljšanja od zdravniške komisije.

Nadaljevano ali nadomestno zdravljenje v zdraviliščih na območju drugih republik, lahko odobri samo zdravniška komisija po predhodni ugotovitvi, da zdravilišče izpolnjuje pogoje za zdravljenje bolnikov.

Za časa bivanja v naravnem zdravilišču zavarovana oseba ni upravičena do spremstva na račun skupnosti.

15. člen

Ce je zdravljenje potrebno, pa se po določbah statuta ne more odobriti plačilo zdraviliškega zdravljenja v celoti, lahko zdravniška komisija odobri koriščenje zdravstvenih storitev na račun skupnosti.

16. člen

Zavarovana oseba nastopi nadomestno zdravljenje v zdravilišču po prejemu poziva.

Ce zavarovana oseba zdravljenja ne more nastopiti v pozivnem roku, mora zdravilišču sporočiti zadržek vsaj 3 dni pred navedenim rokom. O zadržku mora obvestiti tudi zdravnika, ki je zdravljenje predlagal. O ponovnem nastopu odloči zdravniška komisija.

č) Zdravila in sanitetni material

17. člen

Zavarovanim osebam predpisuje zdravila in sanitetni material na recepte v breme sklada skupnosti le izbrani zdravnik-posameznik (5. člen), zdravnik specialista in dežurni zdravnik, kadar zavarovano osebo zdravi.

Drugi zdravniki na območju skupnosti npr. upokojeni zdravniki, zdravniki, ki delajo izključno v preventivi ali drugih ustanovah, lahko predpisujejo zdravila na recepte v breme sklada skupnosti le po posebnem pooblastilu izvršilnega odbora skupščine skupnosti.

Na teh receptih mora biti vedno oznaka »usluga«.

18. člen

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

Pri nabavi zdravil so zavarovane osebe dolžne plačevati svoj delež k stroškom za vsako prejeto zdravilo v višini, ki je določena s sklepom skupnosti.

19. člen

Zavarovana oseba je upravičena prvenstveno do domačih zdravil, če so ta zdravila na zalogi ter so enake sestave in učinka, kakor uvožena zdravila.

Ce ima lekarna na zalogi razne vrste zdravil, ki so enake kakovosti in učinka, lahko zavarovana oseba na njeno željo dobi dražja zdravila, mora pa poleg ob-

veznega dela stroškov plačati še razliko v ceni med dražjim in cenejšim zdravilom.

20. člen

Ce zavarovana oseba ne more nabaviti v lekarni svojega območja ali v območju SFRJ zdravil, za katera je dano dovoljenje, da so v prometu v Jugoslaviji, lahko taka zdravila nabavi v inozemstvu. V tem primeru skupnost zavarovani osebi povrne stroške za to zdravilo po nabavni ceni v inozemstvu, preračunano v jugoslovansko valuto po uradnem tečaju. Tudi v tem primeru je zavarovana oseba dolžna plačati obvezni del stroškov k posameznemu zdravilu.

21. člen

Zavarovana oseba ima pravico do povračila stroškov za neregistrirana zdravila, nabavljena doma ali v tujini le v izjemnih primerih, če so bila vsa uporabljena zdravila brezuspešna.

Pred povračilom stroškov mora zavarovana oseba priskrbeti priporočilo oddelka bolnišnice, ki je pooblaščen za preizkušanje novih zdravil in mnenje zdravniške komisije.

d) Zobozdravstveno varstvo

22. člen

Zobozdravstvene in zobotehnične storitve uveljavljajo zavarovane osebe pri zdravstvenem zavodu ali zobni ambulanti v območju skupnosti Kranj, smiselno določilom 5. člena tega pravilnika.

23. člen

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

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

Upravičenost zahteve za prednost sprejema presodi predstojnik zobne ambulante.

24. člen

Zobotehnična in protetična dela se izdelajo iz predpisanega standardnega materiala in po indikacijah, kakot to določa pravilnik skupnosti.

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

Zavarovani osebi, ki sama prinese plemenito kovino, povrne zdravstveni zavod, pri katerem se je zdravila, vrednost standardnega materiala po ceni, po kateri ga plačuje skupnost v času opravljene storitve. Povračilo se obračuna po dejanski teži izdelka s pribitkom 10% kala, vendar skupno največ 1,80 grama za izdelano prevleko ali člen v mostu.

25. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva, da se ji izdelajo nove ali popravijo stare proteze in protetična dela tudi pred potekom predpisane trajnostne dobe, če je do

okvare ali nerabnosti prišlo zaradi anatomske-fizioloških sprememb ali zaradi netrežnosti materiala kakor tudi zaradi drugih opravičljivih razlogov, npr. nezgode pri delu.

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

Če se proteza ali protetično delo izdelata ali popravi pred potekom trajnostne dobe na stroške skupnosti ali na stroške zavarovane osebe, presodi predstojnik zobne ambulante, v spornem primeru pa odloči skupnost na podlagi mnenja zdravniške komisije.

e) Protetična in ortotična sredstva in sanitarne naprave

26. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev, sanitarnih priprav in drugih pripomočkov v obsegu in pod pogoji, kakor so določeni v:

— pravilniku o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva ter sanitarne priprave;

— pravilniku o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov, in pripomočkov za omogočanje glasnega govora;

— pravilniku o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov.

Pred nabavo vsakega od sredstev je zavarovana oseba dolžna predložiti recept komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje oziroma njegovi izpostavi v potrditev in izdajo naročilnice.

27. člen

Pri težjih invalidnih ugotavlja prvo in nadaljnjo potrebo za vse vrste protetičnih in ortotičnih pripomočkov ustreznih zdravstveni zavod, ki tudi kontrolira izvedbo narejenega pripomočka.

Zavarovana oseba, kateri predpiše pripomoček zdravnik — specialist, je dolžna s pripomočkom iti k istemu zdravniku, da kontrolira ustreznost narejenega pripomočka.

Za slušne aparate potrjuje ustreznost zdravstveni zavod oziroma zdravnik-specialist, ki ga je predpisal.

28. člen

Nabavo protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav, ki niso našeta v veljavnih predpisih, in zamenjavo dotrajenih slušnih aparatov in drugih pripomočkov, odobrava na predlog zdravnika oziroma zdravnika-specialista po prosti presoji izvršilni odbor.

29. člen

Stroški za nabavo ortopedskih in drugih pripomočkov gredo v breme sklada za zdravstveno zavarovanje, če so izdelani iz materialov in po standardih, ki so predpisani s pravilniki skupnosti.

Zavarovana oseba lahko zahteva izdelavo ortopedskih pripomočkov in sanitarnih naprav tudi iz boljšega materiala ali po višjem standardu, vendar mora sama doplačati razliko v ceni.

30. člen

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

Če postane ortopedski pripomoček ali sanitarna naprava neuporabna po njeni krivdi pred potekom trajnostne dobe, določene s pravilnikom, nima pravice do popravila ali nabave novega pripomočka na račun sklada zdravstvenega zavarovanja.

Pred potekom trajnostne dobe, določene za posamezne vrste ortopedskih pripomočkov ali sanitarnih naprav, ima zavarovana oseba pravico, da dobi nove ali se ji popravijo stari, če so postali neuporabni zaradi anatomske ali funkcionalne spremembe ali zaradi netrežnosti materiala.

Pristojni zdravnik-specialist ali ustreznih zdravstveni zavod ugotovi, če se pripomočki izdelajo ali popravijo pred potekom trajnostne dobe na račun sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja ali na stroške zavarovane osebe.

V primeru spora da svoje mnenje zdravniška komisija. Na podlagi tega se izstavi odločba.

f) Uveljavljanje pravic, če ni v skladu z določbami tega pravilnika

31. člen

Sklad skupnosti zdravstvenega zavarovanja plača vse stroške zdravljenja tudi, če je zavarovana oseba uveljavila pravico do zdravstvenega varstva, neupoštevajoč določbe tega pravilnika zaradi nujnosti ali drugih opravičljivih razlogov. Nujnost oziroma upravičenost presoja zdravniška komisija.

Če se zavarovana oseba obrne za zdravniško pomoč na zdravstveno ustanovo, ki ni na območju skupnosti in na katero se v smislu 4. člena tega pravilnika ne more obrniti, mora stroške pregleda ali storitve plačati sama. Pri KZSZ ali njegovi izpostavi pa po predložitvi ustreznega potrdila lahko zahteva povračilo stroškov, kolikor bi znašali, če bi bilo zdravstveno varstvo uporabljeno v zdravstveni ustanovi, ki je najbližja stanovanju zavarovane osebe, ali v obratni ambulanti gospodarske organizacije, kjer je zavarovana oseba zaposlena.

Prav tako mora zavarovana oseba, ki se je z napotnico obrnila k specialistu izven območja KZSZ, kljub temu, da ustreznih specialistov obstaja na tem območju, plačati stroške pregleda ali storitve, lahko pa zahteva, da ji KZSZ oziroma izpostava povrne stroške do višine, kolikor bi znašala, če bi šla k specialistu na tem območju.

Če se zavarovana oseba brez napotnice zdravnika splošne prakse obrne na zdravnika-specialista, razen v primerih, dovoljenih v 5. členu tega pravilnika, mora sama plačati stroške pregleda ali storitve. Od KZSZ oziroma njegove izpostave lahko zahteva povračilo stroškov le v primeru, če bo od izbranega zdravnika splošne prakse predložila potrdilo, da sta bila pregled ali storitev specialista nujno potrebna. Sklad skupnosti zdravstvenega zavarovanja bo povrnil stroške na podlagi predloženega potrdila o vplačilu, vendar največ v višini, kolikor znašajo stroški enakega pregleda ali storitve pri najbližjem zdravniku enake specialnosti.

Zavarovana oseba, ki zahteva zdravljenje v stacionarnem zavodu izven določb tega pravilnika, mora sama plačati morebitno razliko stroškov med ceno izbranega stacionarnega zavoda in ceno zavoda, določene v 13. členu tega pravilnika.

Na napotnici mora biti označena želja zavarovane osebe za zdravljenje v izbranem zavodu, kakor tudi, da sama plača razliko v ceni. Račun plača zavarovana oseba neposredno zdravstvenemu zavodu; pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja pa zahteva povračilo stroškov v višini, kakor če bi bilo zdravljenje uveljavljeno po določbi 13. člena tega pravilnika.

32. člen

Ce zavarovana oseba pred potekom enega leta samovoljno menja izbranega zdravnika, mora pri novoizbranem zdravniku sama plačati stroške pregledov in storitev. Na podlagi potrdila zdravstvene ustanove bo KZSZ ali izpostava povrnila stroške zdravljenja po predhodnem mnenju predstojnika zdravstvene ustanove ali zdravniške komisije.

III. PRESOJANJE ZMOŽNOSTI ZA DELO

33. člen

Zavarovanec uveljavlja pravico do dopusta zaradi bolezni ali poškodbe, skrajšanega delovnega časa, poroda in drugih primerov praviloma pri izbranem zdravniku splošne prakse v smislu 5. in 6. člena tega pravilnika.

Ce se delovna organizacija s krajevnim zdravstvenim domom dogovori, da je za presojo dela nezmožnosti pristojen samo določen zdravnik, uveljavljajo zavarovanci, zaposleni v zadevni organizaciji pravico do dopusta zaradi bolezni pri tem zdravniku.

34. člen

Zavarovancem, katere gospodarska organizacija začasno pošlje na delo v kraj izven svojega sedeža, lahko v primeru nezmožnosti za delo zaradi bolezni, poškodbe ali poroda, odredi dopust tudi zdravnik zdravstvenega doma, ki je krajevno pristojen za začasno delovno mesto.

35. člen

Zavarovanec uveljavlja začetek nezmožnosti za delo z zdravstveno izkaznico, v katero zdravnik vpiše začetek nezmožnosti za delo. Zavarovanec je nezmožen za delo od tistega dne, ko zdravnik pri pregledu nezmožnost za delo ugotovi.

Zaposleni zavarovanec mora uveljaviti zdravniško pomoč praviloma izven svojega delovnega časa. Pravice, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, lahko uveljavlja zavarovanec v nasprotnem primeru le, če izbrani zdravnik potrdi, da je zavarovanec upravičeno iskal zdravniško pomoč v delovnem času.

Dežurni zdravnik, ki ob hišnem obisku ugotovi pri zaposlenem zavarovancu začasno nezmožnost za delo, napoti zavarovanca s svojim izvidom in mnenjem k njegovemu izbranemu zdravniku zaradi odobritve staleža delane nezmožnosti.

Ce se zavarovanec zaradi svojega zdravstvenega stanja ne more zgledati pri izbranem zdravniku in slednjega o zavarovanečem stanju tudi družinski člani ne morejo obvestiti, mora izbranemu zdravniku izvid in mnenje, o bolnem zavarovancu sporočiti dežurni zdravnik.

36. člen

Zavarovanec, ki le začasno stanuje v kraju zaposlitve, je v času trajanja nezmožnosti za delo dolžan ostati in se zdraviti v kraju stanovanja.

Ce izbrani zdravnik meni, da je za zavarovanca koristna oskrba na njegovem stalnem domu in ni negotibno potrebno zdravljenje v stacionarnem zavodu, predlaga zdravniški komisiji, da mu odobri zdravljenje v drugem kraju.

Kolikor je po mnenju komisije potreben takemu zavarovancu zdravstveni nadzor, se mora zavarovanec prijaviti krajevno najbližji zdravstveni ustanovi.

37. člen

Zavarovanec, ki zboli v času, ko se nahaja izven kraja zaposlitve (4. člen tega pravilnika) se za odobritev pravice do dopusta zaradi bolezni lahko obrne na zdravnika krajevnega zdravstvenega doma. O nastopu bolniškega dopusta mora v roku 3 dni obvestiti svojega izbranega zdravnika v kraju zaposlitve. Po vrnitvi v kraj zaposlitve mora izbranemu zdravniku predložiti dokumentacijo o poteku bolezni.

IV. POVRAČILA IN PODPORE

a) Potni in prevozní stroški

38. člen

Povračilo potnih stroškov, ki jih utrpel zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic do zdravstvenega varstva, se prizna praviloma za najkrajšo relacijo in po najnižji tarifi za redna prevozna sredstva javnega prometa, to je po redni ceni v avtobusnem prometu ali po ceni za prevoz v II. razredu na potniških in motornih vlakih ali v turističnem razredu na ladjah.

Izjemoma od določbe prejšnjega odstavka lahko odobri KZSZ ali njegova izpostava prevoz z brzovlakom ali uporabo višjega razreda na potniškem vlaku, če to predlaga zdravnik ali zdravstvena ustanova glede na dolžino potovanja. Ne glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe je dovoljena uporaba brzovlaka, če je namembna postaja oddaljena nad 200 km.

Odobritev uporabe brzega vlaka ali višjega razreda v potniškem vlaku velja tudi za spremljevalca zavarovane osebe.

39. člen

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

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

Za potovanja, ki trajajo več kot 8, toda manj kot 16 ur, se izplačuje polovica dnevnice.

Zavarovane osebe do sedmih let starosti so upravičene do povračila stroškov za prehrano in nastanitev v polovičnem znesku.

Višino dnevnice določí skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Kranj s posebnim sklepom.

40. člen

Ce zavarovana oseba pri uveljavljanju zdravstvenega varstva prosto izbere za zdravljenje zdravnika, ali zdravstveno ustanovo, ki ni najbližja kraju zaposlitve ali stanovanja (5. in 6. člen tega pravilnika), ali če izbere bolnični zavod, ki ni naveden v 13. členu tega pravilnika, se ji povrnejo le potni stroški, ki bi nastali, če bi uveljavljala zdravstveno varstvo pri najbližjem zdravniku ali zdravstveni ustanovi ali stacionarnem zavodu po določbah 4. člena tega pravilnika.

41. člen

Ce je zavarovancu po določbah 36. člena tega pravilnika dovoljeno za čas trajanja delanezmožnosti spremeniti bivališče, ker je pristojna zdravniška komisija mnenja, da je to glede na njegovo zdravstveno stanje in okrevanje nujno, je upravičen do povračila potnih stroškov na način in ob pogojih iz 38. člena tega pravilnika.

Zavarovanec, ki med trajanjem delanezmožnosti sam spremeni bivališče, ali ga spremeni z dovoljenjem pristojne zdravniške komisije, četudi to glede na njegovo zdravstveno stanje in okrevanje ni potrebno, je upravičen do povračila potnih stroškov največ v znesku, kolikor bi znašali, če bi zavarovanec ostal v kraju zaposlitve.

42. člen

V nujnih primerih imajo zavarovane osebe pravico do prevoza v zdravstveni zavod z reševalnim avtomobilom. Za nujni primer se šteje:

- če je treba prepeljati v zdravstveni zavod osebo, ki je zbolela za nalezljivo boleznijo;
- če je treba prepeljati osebo, ki je zbolela za duševno boleznijo in ni zmožna potovati z rednim prometnim sredstvom;
- če je treba prepeljati v zdravstveno ustanovo osebo, ki se je življenjsko nevarno poškodovala, ali so nujni zdravniški posegi v zdravstveni ustanovi;
- če je treba prepeljati v zdravstveno ustanovo osebo, ki je težko pokretna (mavčeve obveze itd.), tako da ni zmožna potovati z rednim prometnim sredstvom.

Za življenjsko nevarne poškodbe in nujne zdravniške posege se štejejo vsi tisti primeri, pri katerih je po načelih zdravniške vede nujna takojšnja zdravniška intervencija in če bi opustitev take intervencije pomenila neposredno nevarnost za življenje zavarovane osebe, ali če bi opustitev intervencije pomenila trajno poslabšanje zdravstvenega stanja.

V primerih iz točke č) tega člena imajo zavarovane osebe pravico tudi do prevoza iz zdravstvene ustanove na dom.

Nujnost prevoza v primerih iz prvega in tretjega odstavka tega člena ugotavlja zdravnik, ali zdravnik stacionarnega zavoda, ki je zavarovano osebo zdravil.

43. člen

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

Skład skupnosti zdravstvenega zavarovanja bo v takem primeru povrnil prevozne stroške le na podlagi predloženega računa. Računu mora biti priloženo zdravniško poizvedilo.

Skupščina skupnosti s posebnim sklepom določi najvišji znesek za prevožen kilometer, katerega povrne v primeru uporabe zasebnega prevoznega sredstva.

44. člen

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

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

b) Pogrebne in posmrtnine

45. člen

Povračilo pogrebnih stroškov ob smrti zavarovane osebe se izplača v pavšalnem znesku, ki ga določi

skupščina skupnosti zavarovancev s svojim sklepom.

Pogrebne se izplačujejo po predložitvi izpiska iz matične knjige umrlih in zdravstvene izkaznice umrlega.

Osebi, izven ožjega družinskega kroga umrle zavarovane osebe, se izplača pogrebna, če s predložitvijo plačanih računov dokaže, da je oskrbela pogreb.

Pogrebna zapade v izplačilo z dnem smrti zavarovane osebe ali z dnem, ko je uradno ugotovljena smrt.

46. člen

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

Zahtevek za izplačilo posmrtnine vloži družina ali njen zastopnik.

V. SKUPNE IN KONČNE DOLOČBE

47. člen

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

Samo v nujnih in neodložljivih primerih lahko zavarovana oseba zahteva zdravniško pomoč brez potrjene zdravstvene izkaznice, vendar pa mora svojo pravico dokazati naknadno.

Na zahtevo zdravnika ali drugega zdravstvenega delavca je zavarovana oseba dolžna predložiti osebno izkaznico, potrdilo o predhodni zaposlitvi ali druga potrdila, ki dokazujejo upravičenost do določene vrste zdravstvenega varstva.

V zdravstvene izkaznice zavarovanih oseb se obvezno vpiše ime pristojnega zdravnika in ambulate.

48. člen

Med zdravljenjem se morajo zavarovane osebe držati zdravnikovih navodil, v redu prihajati na odrejene preglede in zdravstvene storitve ter pravilno uporabljati zdravila in pripomočke.

Zavarovane osebe nimajo pravice zdravniku vsiljevati svoje volje glede vrste in načina zdravljenja ali predpisov vrste in količine zdravil.

49. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pravilnik, preneha veljati prejšnji pravilnik o načinu uveljavljanja pravic do zdravstvenega varstva (Uradni vestnik Gorenjske, št. 21/67, Uradni list SRS, št. 2/68 in Uradni list SRS, št. 31/69).

50. člen

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

Št. 02-7/70-02/19

Kranj, dne 4. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Kranj

Predsednik
Janko Bajde l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV NOVO MESTO

501.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 8. decembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja
delavcev Novo mesto

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (v nadaljnjem besedilu »skupnost«) so ustanovili delavci in osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (v nadaljnjem besedilu »delavci«) na območju občin Črnomelj, Krško, Metlika, Novo mesto in Trebnje, 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 svojim družinskim članom zdravstveno varstvo in druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Delavci na območju omenjenih občin so na zasedanju dne 29. 9. 1970 ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Skupnost je pravna oseba.

2. člen

V skupnosti zavarovanci v mejah zakona samostojno določajo zase in za svoje družinske člane zdravstveno varstvo in druge pravice ter obveznosti iz zdravstvenega zavarovanja, obseg in raven pravic, pogoje in način njihove uporabe ter sredstva, ki so potrebna za njihovo uveljavljanje.

3. člen

Zaradi organizacije in izvajanja zdravstvenega varstva, zaradi zagotovitve najbolj smotrne uporabe 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 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 svetu oziroma odboru;
- sodelovati v razpravah 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.

4. 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.

5. člen

Uživanje pravic iz zdravstvenega varstva zagotovi skupnost s pogodbi s ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami; pogodbe sklepa kot poslovna razmerja med enakopravnimi in samostojnimi organizacijami, ki jim je poverjeno uresničevanje zdravstvenega varstva zavarovanih oseb.

6. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi, šole in zasebni delodajalci, svoje delavce ter učence v gospodarstvu oziroma učence poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, obvezno zdravstveno zavarujejo za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo.

7. člen

V tej skupnosti so zdravstveno zavarovane osebe, ki se po določbah tega statuta štejejo za delavce, če je sedež njihove dejavnosti na podlagi katere so zavarovane na podlagi drugega dejstva.

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.

8. člen

V to skupnost so vključene tudi osebe, ki opravljajo na območju te skupnosti samostojno poklicno dejavnost oziroma, ki imajo v njej stalno prebivališče v skladu z določbami tega statuta.

9. člen

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

10. 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 zdravstvenega zavarovanja po zakonu ali njenem statutu. Zavarovanec zadrži po prenehanju članstva le tiste pravice, za katere statut izrecno določa, da jih zavarovanci obdržijo še tudi po tem, ko prenehajo biti zavarovanci v tej skupnosti.

11. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu.

Skupnost izvaja naloge v zvezi z uveljavljanjem obveznih oblik zdravstvenega varstva tudi za osebe, ki niso zdravstveno zavarovane, po sporazumu, ki ga skupnost sklene z občinskimi skupščinami.

Če občinske skupščine vpeljejo in zagotovijo za osebe iz prejšnjega odstavka še druge oblike zdravstvenega varstva, ki niso zajete v obveznih oblikah po zakonu, izvaja skupnost po sporazumu z občino tudi naloge v zvezi z uveljavljanjem tega varstva.

Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s sporazumom med skupnostjo in občinskimi skupščinami.

12. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev od katerekoli zdravstvene delovne organizacije oziroma zdravstvenega delavca ne glede na sedež zdravstvene delovne organizacije oziroma delavca.

Pri tej skupnosti zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja po predpisih, ki veljajo na območju te skupnosti.

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način kot je določeno v splošnem aktu te skupnosti, prevzame skupnost za opravljeno zdravstveno storitev toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je skupnost sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo njenim zavarovanim osebam.

13. člen

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

14. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali ta statut, se ne morejo zmanjšati, omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določajo zakon, statut ali splošni akti, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

15. člen

Denarni prejemki iz zdravstvenega zavarovanja, ki so že zapadli v plačilo pa so ob smrti uživalca ostali neizplačani, se lahko podedujejo.

Zahtevki za povračilo stroškov in denarni prejemki iz zdravstvenega zavarovanja zastarajo po splošnih predpisih civilnega prava.

16. 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 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 potrebnih rezerv, pozavarovanje, izvajanje službe in za del

sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

Skupnost, 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. Postopek dogovarjanja je določen v tem statutu.

Drugi del

OBVEZNE OBLIKE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

17. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti gredo 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 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.

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.

K zagotovitvi sredstev za stroške, ki jih ima skupnost za obvezne oblike zdravstvenega varstva po zakonu, prispevajo tudi družbeno-politične skupnosti po posebnem zakonu, upoštevaje finančno zmogljivost skupnosti in program zdravstvenega varstva.

Za osebe, ki niso zajete v obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa te oblike uveljavljajo pri tej skupnosti, krijejo stroške obveznih oblik zdravstvenega varstva občine, na katerih območju stalno prebivajo.

18. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva za odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave, obsega:

— odkrivanje nalezljivih bolezni z ugotavljanjem njihovih povzročiteljev in z zasledovanjem trajanja kužnosti;

— zdravstveno nadzorstvo klicenoscev in oseb iz njihove okolice;

— obvezne imunizacije in revakcinacije proti nalezljivim boleznim;

— karanteno oseb, ki so prišle v dotik z bolnikom ali s kužnim materialom; dezinfekcijo, dezinfekcijo in deratizacijo pri bolnikih v zvezi z nalezljivo boleznijo; izolacijo bolnikov in prevoz bolnikov z akutnimi nalezljivimi boleznimi ter izvenbolnišnično in bolnišnično zdravljenje, če je tako zdravljenje predpisano.

Pri tuberkulozi in spolnih boleznih obsega ta oblika zdravstvenega varstva še:

a) — fluorografske preglede prebivalstva nad 25 let starosti;

— bolnišnično in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažo tuberkuloznih bolnikov;

— zdravniške preglede oseb, pri katerih je podan sum ali pri katerih obstaja utemeljena možnost svežega ali povratnega obolenja za tuberkulozo;

b) — odkrivanje spolnih bolezni ob drugih zdravniških pregledih z dodatnimi preiskavami, če se utemeljeno sumi, da gre za spolno bolezen;

— zdravniške preglede z ustreznimi preiskavami oseb, pri katerih je podan sum ali utemeljena možnost obolenja za spolno boleznijo;

— bolnišnično zdravljenje luesa v nalezljivem stadiju ter izvenbolnišnično zdravljenje in patronažo spolnih bolnikov;

— preventivne serološke preglede na lues pri nosečnicah.

19. člen

Obvezna oblika nege in zdravljenja tistih duševnih bolnikov ki utegnejo zaradi narave in stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice, obsega:

— bolnišnične in izvenbolnišnične zdravniške preglede ter zdravljenje in nego tistih duševnih bolnikov, ki so nevarni zase in za okolico ter patronažo ali socialno službo;

— psihiatrično nadzorstvo nad bolniki v socialnih zavodih.

20. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo obsega:

a) — zdravstveno nadzorstvo nosečnic z zdravniškimi pregledi ter patronažo nosečnic;

— izvenbolnišnično oziroma bolnišnično zdravljenje nosečnic v zvezi z nosečnostjo;

b) — strokovno pomoč pri porodu ter nego in zdravljenje porodnice;

c) — zdravniške preglede in zdravljenje otročnice v zvezi s porodom in babiško nego;

č) — zdravniške preglede in svetovanje kontracepcije za ženske v rodnem obdobju.

21. člen

Obvezna oblika popolnega zdravstvenega varstva novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti obsega vse strokovno potrebne in racionalno uporabljene ukrepe za čim boljše in čim učinkovitejše zdravstveno varstvo te skupine prebivalstva.

22. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti obsega:

— sistematične preglede, varstvo in zdravljenje zob;

— preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

— protetične in rehabilitacijske ukrepe pri okvari vida, pri anomalijah vida in sluha ter pri ortopedskih anomalijah in deformacijah.

23. člen

Zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub možnosti za delo začasno ni mogoče nuditi zaposlitve, obsega obvezne oblike iz 22. člena tega statuta.

24. člen

Obvezna oblika aktivnosti za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje obsega:

a) — odkrivanje (detekcija) in zdravljenje zanesljivo ugotovljenih predrakastih obolenj v vseh zdravstvenih delovnih organizacijah;

— zdravljenje vseh malignih obolenj;

— periodične zdravniške kontrolne preglede rakavih bolnikov po zdravljenju, njihovo medicinsko rehabilitacijo ter patronažno nadzorstvo;

b) — odkrivanje in zdravljenje sladkorne bolezni v zdravstvenih delovnih organizacijah, medicinsko rehabilitacijo ter patronažno nadzorstvo;

— pregled urina na sladkor pri fluorografiranju;

c) — odkrivanje (detekcija) in zdravljenje mišičnih in živčno-mišičnih obolenj v vseh zdravstvenih delovnih organizacijah ter medicinsko rehabilitacijo;

— redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

— medicinsko indicirane ortopedske pripomočke.

25. člen

Obvezna oblika aktivnosti za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva obsega programirano zdravstveno vzgojo v zvezi z obveznimi oblikami zdravstvenega varstva.

Programirana zdravstvena vzgoja se opravlja v obliki organiziranih predavanj, seminarjev, letakov, brošur, skupinskih demonstracij in podobno ter v obliki skupinskega dela z določenimi vrstami bolnikov.

26. člen

V skladu z zakonom in z družbenim dogovori se s pogodbami o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva natančneje določi izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva.

Tretji del

OSEBE, ZAVAROVANE ZA VSE PRIMERE BOLEZNI IN NESREČ IZVEN DELA

1. poglavje: Zavarovane osebe

1. Zavarovanci

27. člen

Za zavarovance-delavce po 1. členu tega statuta se štejejo osebe, ki so na območju te skupnosti:

1. v delovnem razmerju;

2. člani 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 prejema za to delo stalno mesečno povračilo;

3. člani obrtnih zadrug in člani ribiških zadrug, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;

4. začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje;

5. 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;

6. na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas;

7. upokojenci, uživalci začasne pokojnine in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;

8. jugoslovanski državljani, ki prejema pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.

Za zavarovance-delavce po 1. točki prejšnjega odstavka se štejejo osebe, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa; za zavarovance-delavce pa se štejejo tudi osebe, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, vendar so zavarovane samo za nesrečo pri delu in obolenja za poklicno boleznijo.

Delavci, ki delajo v dveh ali več delovnih razmerjih, so zavarovani za vse primere, ob pogoju, da dosega skupen delovni čas v teh delovnih razmerjih vsaj polovico polnega delovnega časa predpisanega za delo, ki ga pretežno opravljajo.

Za invalide, ki delajo najmanj toliko časa, kolikor jim dopušča delovna zmožnost ter za matere, ki delajo skrajšan delovni čas po posebnih predpisih, se štejejo, da delajo poln delovni čas.

Za člane ribiških zadrug se šteje, da jim je delo v zadrugi glavni poklic, če so v zadrugi zaposleni poln 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.

Lastnost zavarovanca-delavca obdržijo zavarovanci tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, zaradi katere so zavarovani, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

28. člen

Lastnost zavarovanca-delavca po 4. točki prvega odstavka 27. člena imajo osebe, dokler so redno priglašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se prijavijo zavodu v 30 dneh:

a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost oziroma ko nehalo dobivati nadomestilo osebnega dohodka do katerega imajo pravico po tem statutu;

b) ko odslužijo vojaški rok v JLA ali ko preneha njihova nezmožnost za delo zaradi bolezni, zaradi katere so bil odpuščen iz te vojaške službe;

c) ko so odpuščen iz kazenskega poboljševalnega zavoda oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep.

Osebe ki so priglašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje, so v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovane, če so bile neposredno prej, preden so nastale omenjene okoliščine, zavarovane brez presledka najmanj 9 mesecev ali s presledki v zadnjih 2 letih najmanj 18 mesecev.

Lastnost zavarovanca-delavca imajo tudi osebe, ki so redno priglašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če so se zavodu prijavile v 60 dneh:

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

b) od dneva, ko jim je prenehala prostovoljna praksa (volonterji) in izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja iz drugega odstavka tega člena;

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 strokovno šolanje;

č) od dneva, ko so končale poklicno rehabilitacijo.

Osebe iz prejšnjih odstavkov so zavarovane, dokler se redno javljajo zavodu za zaposlovanje in če neopravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve.

29. člen

Za zavarovance-delavce po tem statutu se štejejo tudi jugoslovanski državljani, ki so bili zavarovani na območju te skupnosti, oziroma so — če niso bili zavarovani — prebivali na območju te skupnosti pa so stopili v tujino v delovno razmerje:

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

2. pri tujih organizacijah oziroma delodajalcih — po posebnem sporazumu, če obdržijo lastnost oseb, ki so v delovnem razmerju v SR Sloveniji, vendar jim pravice in dolžnosti iz delovnega razmerja mirujejo po predpisih o delovnih razmerjih;

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

4. pri tujem delodajalcu — če so se zaposlili s posredovanjem jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje in pred odhodom v tujino uredili svoje zavarovanje — če ta čas niso obvezno zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Jugoslovanski državljani iz SR Slovenije, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve svojega zavarovanja, se morajo obvezno zavarovati pri domačem nosilcu zavarovanja, če ta čas niso dolžni biti zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. V takem primeru se sklence zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

30. člen

Zavarovanci iz 1., 2., 3. in 8. točke prvega odstavka 27. člena so zavarovani pri tej skupnosti, če je na njenem območju sedež njihove dejavnosti: zavarovanci iz 4. točke, če so prijavljeni pri zavodu za zaposlovanje na območju te skupnosti, zavarovanci iz 5. točke pa če je sedež organizacije ali delodajalca pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo oziroma šole, če ne dobivajo nagrade ali štipendije na območju te skupnosti.

Drugi zavarovanci iz 27. člena so zavarovani pri tej skupnosti, ako imajo na območju skupnosti stalno prebivališče.

Družinski člani zavarovancev iz prejšnjih dveh odstavkov so zavarovani pri tej skupnosti, ako so tu za-

varovani zavarovanci, po katerih imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja.

31. člen

Tudi držaljan, ki so zaposleni na območju te skupnosti pri jugoslovanskih organizacijah oziroma zasebnih delodajalcih ali po mednarodnem sporazumu, zavarujejo sebe in svoje družinske člane za zdravstveno zavarovanje pod enakimi pogoji kot delavci — jugoslovanski državljani.

2. Družinski člani zavarovancev

32. člen

Za družinske člane zavarovancev iz 27., 29. in 31. člena se štejejo:

1. ožji družinski člani:

a) zavarovančev zakonec;

b) zavarovančevi otroci: zakonski, nezakonski, posvojeni in pastorki;

2. širši družinski člani: zavarovančevi starši, stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica (v nadaljnjem besedilu zavarovančevi starši), če jih zavarovanec preživlja in izpolnjuje po tem statutu določene pogoje.

Jugoslovanski državljani, ki so imeli stalno prebivališče v SR Sloveniji, pa so se zaposlili v tujini pri mednarodni ali drugi organizaciji oziroma delodajalcu, morajo pri tej skupnosti zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju te skupnosti.

Če so se zaposlili pri tujem delodajalcu brez posredovanja zavoda za zaposlovanje ali niso zavarovali družinskih članov pred odhodom v tujino, se sklence zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

Družinski člani oseb iz 2. odstavka tega člena so zavarovani, dokler živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zajeti tudi družinski člani zavarovancev — tujih državljanov, ki so v delovnem razmerju v tej skupnosti, dokler taki družinski člani živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

33. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja ima:

1. zavarovančev 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 nad 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena). Če zakonec še ni star 55 oziroma 40 let, se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se prikladi zavodu v 90 dneh od zavarovančeve smrti;

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

Zakonci ima pravico do zdravstvenega zavarovanja, če ni zavarovanec po tem statutu in je kot tak sam obvezno zavarovan.

34. člen

Zavarovančevi otroci so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če se šolajo pa do konca pred-

pisanega 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 spet 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. Pogoje preživljanja se ugotavlja po 37. členu tega statuta.

35. člen

Zavarovančevi otroci so zavarovani kot družinski člani tudi od 15. do 18. leta starosti ne glede na šolanje, če se v 60 dneh po končanem šolskem letu oziroma po prekinitvi šolanja prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se tu redno javljajo in če neopravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve, v kolikor niso samostojno zdravstveno zavarovani kot osebe začasno izven delovnega razmerja.

36. člen

Zavarovančevi starši, ki jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov, so zavarovani:

1. če so dopolnili 65 let starosti (moški) oziroma 55 let (ženske) ali

2. če so mlajši pa so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

Starši so zavarovani tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljavljati pravice do družinske pokojnine zato, ker je s pokojnino ožjih družinskih članov zavarovanca izrpana osnova za družinsko pokojnino.

37. člen

Steje se, da zavarovančevi starši nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov;

2. če imajo zavarovančevi starši ali člani njihovega gospodinjstva dohodek iz enega ali več virov, pa ti skupno ne presegajo mesečno 25 % zneska minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi; pri tem se dohodki iz kmetijstva računajo v pet kratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki, oproščeni prispevka oziroma davka, se vštevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

Pri ugotavljanju zneska dohodka, ki odpade na posameznega izmed zavarovančevih staršev, se dohodek deli s številom tistih družinskih članov, ki so se na podlagi zakona ali pogodbe dolžni medsebojno vzdrževati.

Steje se da zavarovanec preživlja svoje starše, če živi z njimi v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj znesek iz 2. točke 1. odstavka tega člena.

2. poglavje: Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

38. člen

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

Ce ni v tem statutu drugače določeno, se lastnost zavarovane osebe pridobi z dnem, ko pri osebi nastane okoliščina, na podlagi katere je zavarovana, izgubi pa se, ko preneha ta okoliščina.

39. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico ali s potrdilom o zdravstvenem varstvu katerih oblike predpiše skupščina skupnosti.

Skupščina predpiše tudi način izdajanja in uporabe zdravstvene izkaznice ter drugih obrazcev v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

40. člen

Svojstvo zavarovane osebe ugotovi skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, ki je vložena po predpisih o evidenci zdravstvenega zavarovanja.

O svojstvu zavarovane osebe odloči skupnost na podlagi prijave v zavarovanje.

Za delavca, ki stopa prvič v delovno razmerje, se zaposli po več kot 6-mesečni prekinitvi delovnega razmerja, preboli hujšo bolezen ali preide na drugo delo, se mora prijavi za zavarovanje priložiti na vpogled izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo.

Ce naj se osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje odreče lastnost zavarovane osebe, se ji o tem izda pismena odločba najpozneje v dveh mesecih po prejemu prijave.

Ce se odločba ne izda v roku dveh mesecev, velja, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana dokončna odločba.

Odločba se mora tudi izdati, če za tako osebo ni bila vložena prijava, pa je verjetno izkazano, da bi morala biti vložena.

41. člen

Odločbo izda v imenu skupnosti služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve.

Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 15 dneh pritožbo na komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Zoper dokončno odločbo lahko prizadeti vloži tožbo na pristojno sodišče. V dokončni odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do vložitve tožbe.

42. člen

Kot dan nastopa na delo se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delo.

Zavarovanec, pri katerem nastane zaradi bolezni ali poškodbe med trajanjem zavarovanja in varstvene dobe začasna nezmožnost za delo, se zdravi tudi po prenehanju zavarovanja, in sicer vse dotlej, dokler

traja nezmožnost za delo zaradi te bolezni oziroma poškodbe.

Zdravstveno varstvo 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 zakonu in tem statutu.

3. poglavje: Osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu

1. Osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu

43. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je zagotovljeno zavarovancem-delavcem za primer bolezni in nesreče izven dela, je zagotovljeno tudi rednim študentom višjih in visokih šol ter fakultet in umetniških akademij v SR Sloveniji, dokler imajo status rednega študenta, ne glede na to, ali bi lahko užival zdravstveno zavarovanje kot družinski član zavarovancev iz 27., 29. in 31. člena tega statuta.

Zdravstveno varstvo po prejšnjem odstavku je zagotovljeno dokler ima oseba status rednega študenta ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

Studentje iz tega člena uveljavljajo zdravstveno varstvo pri tisti skupnosti zdravstvenega zavarovanja, kjer je sedež visokošolskega zavoda na podlagi sporazuma, ki ga sklenejo izobraževalna skupnost SRS, zveza študentov Slovenije in skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

44. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je zagotovljen z zakonom in s splošnim aktom skupnosti zavarovancem-delavcem za primer bolezni in nesreče izven dela, če niso zavarovani po tem statutu ali statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov, je zagotovljeno:

— borcem-udeležencem španske državljanske vojne in

— borcem-udeležencem narodnoosvobodilne vojne, ki 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.

Povračilo stroškov za zdravstveno varstvo oseb iz prejšnjega odstavka uveljavlja skupnost iz proračuna SR Slovenije.

45. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je določen z zakonom in s splošnim aktom skupnosti za zavarovance-delavce za primer bolezni in nesreče izven dela, je zagotovljeno tudi temle osebam:

1. uživalcem stalnih priznavačin, oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbenopolitična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali drugih predpisih;

2. osebam na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa;

3. učencem strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev;

4. otrokom, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja: vnukom, bratom, sestram, in drugim k

sebi vzetim otrokom, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev;

5. osebam na šolanju strokovni izpopolnitvi ali po-diplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta;

6. osebam, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo;

7. osebam, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj šest ur na dan;

8. osebam, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo;

9. osebam, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaštite, zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo;

10. osebam, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju;

11. uživalcem invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi zavarovani po zakonu za vse zavarovane primere; taki uživalci invalidnine so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine.

Zdravstveno varstvo po tem členu je zagotovljeno osebam, naštetim v prvem odstavku tega člena, če niso zavarovane osebe.

Osebam iz prvega odstavka tega člena, ki so zavarovane kot kmetje ali kot osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost ali njihovi družinski člani, je zagotovljena morebitna razlika do obsega zdravstvenega varstva za zavarovance-delavce in njihove družinske člane.

2. Družinski člani

46. člen

Ožji družinski člani rednih študentov iz 43. člena imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo pod pogoji, ki so določeni za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev.

47. člen

Ožji družinski člani zavarovancev iz 44. člena imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v istem obsegu kot zavarovanci-delavci in pod pogoji, ki so določeni za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev, če niso zavarovane osebe po 27., 29. in 31. členu tega statuta ali če niso zavarovane kot zavarovanci kmetje ali osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

48. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno tudi ožjim družinskim članom oseb iz 1., 2. in 7. točke prvega odstavka 45. člena pod pogoji, ki veljajo za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev.

49. člen

Določbe drugega poglavja tretjega dela tega statuta veljajo smiselno tudi za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu.

4. poglavje: Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za primer obolenja ali nesreče izven dela

1. Splošne določbe o pravicah

50. člen

V tej 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.

51. 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 so izpolnjeni drugi pogoji.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo oziroma, ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, ali od poznejšega dneva, ko je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja, pa do pretka 30. dne od dneva, ko preneha biti zavarovane.

Če je pridobitev vezana na predhodno zavarovanje in ni s tem statutom 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.

52. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja iz 27., razen čas prejetanja družinske pokojnine, 29. in 31. člena tega statuta ter čas, prebit v zavarovanju v svojstvu osebe, ki je opravljala samostojno poklicno dejavnost in čas prejetanja nadomestila osebnega dohodka po prenehanju delovnega razmerja oziroma samostojne poklicne dejavnosti.

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, če se je zavarovane v tem roku prijavil pri pristojnem zavodu za zaposlovanje.

Šteje se, da zavarovanje ni prekinjeno, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega roka v Jugoslovanski ljudski armadi, po vrnitvi pa se je zavarovane ponovno zavaroval v 30 dneh oziroma se je v tem roku prijavil zavodu za zaposlovanje.

Šteje se, da zavarovanje ni pretrgano, če se je zavarovane zaposlil v inozemstvu pa po vrnitvi do ponovnega zavarovanja oziroma priglasi zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 30 dni.

53. člen

Čas, ki ga zavarovane prebije v enem ali več delovnih razmerjih, v katerih je delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se seštevata in upošteva tako, da se skupno število ur takega dela v posameznem obdobju preračuna na poln delovni čas.

2. Zdravstveno varstvo

54. člen

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, medicinske rehabilitacije in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih delovnih organizacijah, če to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;

2. strokovne medicinske ukrepe za izboljšanje zdravja oziroma za preprečevanje obolenj, kot so: cepjenja, saniranje bacilnooscev, dezinfekcija in drugi varstveni ukrepi na domu, kadar so zaradi nalezljive bolezni medicinsko nujni;

3. medicinsko intervencijo ob prekinitvi nosečnosti, če je ta medicinsko indicirana in zdravljenje v zvezi s tem;

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

5. zdravljenje zobnih bolezni;

6. zobno protetično pomoč in protetična sredstva;

7. protetična in ortotična sredstva ter sanitarne priprave, očesne in slušne pripomočke in pripomočke za omogočanje glasnega govora;

8. zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje, v primerih in ob pogojih, ki jih določata ta statut in drug splošni akt.

Zdravstveni pregledi delavcev, ki so po posebnih predpisih obvezni za varstvo okolice (sanitarno-higieniski pregledi oseb, ki delajo v zdravstvenih delovnih organizacijah in socialnih zavodih, ki so zaposleni v proizvodnji in prodaji živil, ki delajo na šolah in brivnicah ter drugi obvezni sanitarni higieniski pregledi) kot tudi pregledi, na katerih se ugotavlja zdravstvena sposobnost za delo na posameznih delovnih mestih ali se z njimi izvršujejo obveznosti organizacije v zvezi s predpisi o higijensko-tehničnem varstvu (pregledi voznikov motornih vozil in drugih oseb, ki delajo pri prometnih organizacijah) — se ne opravljajo na račun sklada.

55. člen

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja tista zdravila, ki so registrirana, da so v prometu v Jugoslaviji in ki se dobijo samo na zdravniški recept ter pomožni in sanitetni material.

Skupščina skupnosti lahko določi seznam zdravil, ki se zavarovanim osebam lahko predpišejo ali seznam zdravil, ki se ne morejo predpisati na račun skupnosti.

Zdravila, ki niso registrirana, da so v prometu v Jugoslaviji, se lahko predpišejo zavarovanim osebam na račun skupnosti samo tedaj, če jih dobijo ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na predlog utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvene delovne organizacije, ki se ukvarja z znanstveno raziskovalnim delom in če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno.

Način predpisovanja, izdajanja in zaračunavanja zdravil in pomožnega sanitetnega materiala določa natančneje poseben pravilnik.

56. člen

Vrste, indikacije, standarde za material in roke trajanja za zobno protetično pomoč in za protetična

ter ortotična sredstva, za sanitarne priprave ter za očesne in slušne pripomočke in pripomočke za omogočanje glasnega govora določa skupščina skupnosti s posebnimi pravilniki.

57. člen

Zobna protetična pomoč, protetična in ortotična sredstva, sanitarne priprave, očesni in slušni pripomočki in pripomočki za omogočanje glasnega govora so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoji predhodnega zavarovanja.

Ne glede na prvi odstavek tega člena so zagotovljene oblike zdravstvenega varstva iz prvega odstavka brez ozira na trajanje predhodnega zavarovanja zavarovancem, ki so imeli pred nastopom delovnega razmerja ali pred priglasitvijo zavodu za zaposlovanje pravico do takega zdravstvenega varstva kot zavarovanci otroci ali kot zavarovanci zakonci, če so stopili v delovno razmerje ali se priglasili zavodu v določenem roku od dneva, ko so nehali biti zavarovane osebe in sicer otroci v 60. dneh, zakonci pa v 90 dneh od tega dneva.

58. člen

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, le ti pa niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih faktorjev prispevala k ozdravitvi ali k medicinski rehabilitaciji. Zdravljenje v zdraviliščih se lahko dovoli tudi kot nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja zaradi ozdravitve ali medicinske rehabilitacije.

Indikacije za zdravljenje v naravnih zdraviliščih se določijo s posebnim pravilnikom, lahko pa te določijo tudi po sporazumu z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev — ustrezen strokovni organ v republiki.

Pravilnik lahko tudi določi čas zdravljenja.

59. člen

V podpiranju okrevanja otrok in mladine, ki so zdravstveno ogroženi ter slepih, sodeluje skupnost z družbeno-političnimi skupnostmi, delovnimi in drugimi organizacijami po programu, ki ga sprejme skupščina skupnosti.

60. člen

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 izrecno drugače določeno.

Zavarovancem staršem je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih kot članom ožje družine; pravico do zobno protetične pomoči, protetičnih in ortotičnih sredstev, sanitarnih priprav, očesnih in slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora, imajo ob pogoju, da je bil zavarovanelec, po katerem imajo to svojo pravico, zavarovan poprej brez presledka najmanj 24 mesecev ali s presledki v zadnjih 4 letih 36 mesecev.

Taka doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

61. člen

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanelec, po kate-

rem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na služenju vojaškega roka ali je nezmožen za delo zaradi bolezni, zaradi katere je bil odpuščen iz te vojaške službe.

62. člen

Skupščina skupnosti lahko določi, da zavarovane osebe same krijejo del stroškov za te oblike zdravstvenega varstva:

1. za vsa zdravila, razen za tista, za katera je potrebna neposredna intervencija strokovnega zdravstvenega delavca;
2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo;
3. za intervencijo ob medicinsko indiciranem splavu;
4. za prevoz z reševalnim vozilom;
5. za protetična in ortotična sredstva, sanitarne priprave, očesne in slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora;
6. za zobozdravstveno nego, zobno protetično pomoč in protetična sredstva;
7. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom;
8. za neobvezna cepljenja;
9. za prvi specialistični pregled, če ne gre za pregled v dispanzerjih ali enotah, ki delajo na dispanzerski način;
10. za zdravljenje v zdraviliščih;
11. za dajanje injekcij doma.

Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka določi skupščina skupnosti v enotnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določi tudi, kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti.

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

Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno varstvo izven območja skupnosti, plača del stroškov po predpisih tiste skupnosti, kjer se ji nudijo zdravstvene storitve oziroma pripomočki, razen za tiste storitve in pripomočke, ki se morajo odobriti vnaprej.

3. Zagotavljanje zdravstvenega varstva v tujini

63. člen

Zavarovancem, ki delajo v tujini in njihovim družinskim članom, ki z njimi prebivajo v tujini ali zavarovancem, ki službeno potujejo v tujino ali se tam strokovno izpopolnjujejo, se za prvih šest mesecev bivanja v tujini zagotavlja samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo; po preteku šestih mesecev pa jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno v obsegu, ki ga določa ta statut.

Zavarovanim osebam, ki so po zasebnih opravkih v tujini, se za prve tri mesece bivanja v tujini zagotavlja samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo.

Nujno zdravstveno varstvo iz 1. in 2. odstavka tega člena, gre v breme skupnosti oziroma skupnost povrne osebi stroške takega zdravljenja le za toliko časa, da je zavarovana oseba usposobljena za premeštevitev v zdravstveno delovno organizacijo v domovini.

64. člen

Če je za zdravstveno varstvo zavarovanih oseb iz prejšnjega člena potrebno nujno zdravljenje v bolnišnici, gre v breme skupnosti tako zdravljenje do treh

mesecev. Če pa traja tako zdravljenje v bolnišnici dalj kot tri mesece, gre v breme skupnosti od prvega dne četrtega meseca naprej samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v domovini. Če je premeštev bolnika na zdravljenje v domačo bolnišnico zaradi njegovega zdravstvenega stanja nemogoča oziroma zaradi prevelike oddaljenosti neprimerna, gredo stroški v breme skupnosti tudi po treh mesecih zdravljenja.

Zavarovanim osebam, ki jim je med bivanjem v tujini zagotovljena samo nujna zdravniška pomoč, ki pa izkoristijo v tujini zdravstveno varstvo v širšem obsegu ali preko določenega roka, povrne stroške za tako zdravstveno varstvo skupnost v dinarjih in sicer samo v višini, kolikor bi stalo tako zdravstveno varstvo v skupnosti.

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

65. člen

Skupnost lahko napoti zavarovano osebo na pregled ali zdravljenje v tujino če strokovni kolegij ustrezne klinike ugotovi, da uspešno zdravljenje v domovini ni mogoče, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh.

Stroški zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku gredo v breme skupnosti.

66. člen

Skupnost povrne ali plača stroške zdravstvenega varstva v mejah zakonitih predpisov v deviznih sredstvih, če pa to ni mogoče, povrne stroške v dinarjih.

67. člen

Način in pogoje za uveljavljanje in uživanje zdravstvenega varstva v tujini v breme skupnosti natančneje določa splošni akt skupnosti.

S sporazumom z drugimi skupnostmi se lahko podrobneje določi način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini.

K stroškom za zdravstveno varstvo v tujini prispeva zavarovana oseba del teh stroškov v obsegu oziroma v višini, kot to določajo statut in drugi splošni akti skupnosti.

68. člen

Določbe 63. in 64. člena se uporabljajo, če mednarodni sporazumi, ki jih je sklenila Jugoslavija, ne določajo drugače.

4. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

a) Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

69. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela je zagotovljeno zavarovancu:

1. če je začasno zadržan od dela v zvezi z uživanjem zdravstvenega varstva;
2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovancevega delovnega časa, ne more delati;
3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojnih invalidih;
4. če je določen za negovanje obbolelega otroka, starega do treh let;
5. če je izoliran kot bacilonosilec 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;

8. če je začasno zadržan, ker je dal kri ali kožo ali je bila opravljena druga transplantacija, dokler je v stacionarni zdravstveni organizaciji.

70. člen

V primerih iz prejšnjega člena gre zavarovancu nadomestilo osebnega dohodka od prvega dne zadržanosti. V primerih iz 1., 2. in 3. točke prejšnjega člena gre nadomestilo za prvih 30 dni nepretrgane zadržanosti v breme organizacije oziroma zasebnega delodajalca, z 31. dnem pa v breme skupnosti. V ostalih primerih gre nadomestilo od prvega dne v breme skupnosti.

Steje se, da je zadržanost nepretrgana, če zavarovanec postane ponovno nezmožen za delo zaradi iste bolezni v 30 dneh od dneva zadnje nezmožnosti.

71. člen

Nadomestilo osebnega dohodka po 1. odstavku 70. člena gre zavarovancem iz 1., 2., 3. in 5. točke (če prejemajo nagrado) 27. člena in 31. člena zavarovancem iz 29. člena pa pripada nadomestilo ob pogoju iz 87. člena.

72. člen

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.

Zavarovancu pri katerem nastopi začasna zadržanost od dela medtem ko je odsoten z dela brez pravice do nadomestila osebnega dohodka, gre nadomestilo šele po preteku take odsotnosti, če tudi takrat ni zmožen za delo.

73. člen

Zavarovanec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka ne glede na dobo predhodnega zavarovanja; njegova višina pa je odvisna od pogojev, ki jih določa ta statut.

74. člen

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

Zadržanost od dela zaradi začasne nezmožnosti traja, dokler pristojni zdravnik oziroma pristojna komisija ne ugotovi, da se je delovna zmožnost povrnila oziroma dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

75. člen

Nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolelega otroka do starosti treh let gre največ za 15 dni za posamezni primer.

Na podlagi mnenja zdravniške komisije se nega otroka iz prejšnjega odstavka lahko podaljša še za nadaljnjih 15 dni za isti primer.

Nadomestilo osebnega dohodka v drugih primerih ne gre člana ožje družine oziroma žene na porodu gre največ za 7 dni za posamezni primer.

Zavarovanec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka oziroma člana ožje dru-

žine le, če to nujno zahteva zdravstveno stanje otroka oziroma družinskega člana in če ni druge osebe v družini, ki bi bila primerna za nego.

76. člen

Če zdravnik med zdravljenjem zavarovanca — delavca, ki dobiva nadomestilo osebnega dohodka, ugotovi, da se je zavarovančevo stanje izboljšalo in da bi bilo delo koristno za hitrejšo povrnitev popolne delovne zmožnosti, lahko odredi, naj 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 za zadržanega od dela in ima pravico do nadomestila osebnega dohodka za tisti čas, ko ne dela.

Če je osebni dohodek, ki ga dobi v skrajšanem delovnem času manjši od ustreznega dela nadomestila, ki bi mu šlo, če ta čas ne bi delal, ima zavarovanec pravico tudi do nadomestila te razlike.

77. člen

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.

78. člen

Osebe, iz 1., 2. in 3. točke 27. člena tega statuta, imajo v primeru iz 1. točke 69. člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastane v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja, če se v tem roku prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo pred prenehanjem delovnega razmerja najmanj 3 mesece neprekinjenega zavarovanja oziroma 6 mesecev zavarovanja s prekinjavami v zadnjih 12 mesecih.

79. člen

Zavarovanec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med začasno nezmožnostjo za delo:

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

Zavarovancu se ustavi izplačevanje denarnega nadomestila med začasno nezmožnostjo za delo:

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

Zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila 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.

80. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je osebni dohodek, ki ga je zavarovanec dosegel po zaključnem računu 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.

Ce zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije za tekoče leto pred mesecem, ko je nastopil zavarovani primer, če pa je nastopil zavarovani primer pred potekom meseca, se šteje do dneva, ko je nastopil zavarovani primer.

Ce 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, ki bi zavarovancu šel po predpisih o delitvi osebnega dohodka.

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

Ce zavarovanec ne dobiva osebnega dohodka, ampak povračilo ali nagrado, se ta šteje v osnovo za nadomestilo.

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

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

Ce je zavarovancu ves ali del osebnega dohodka določen v odstotku — proviziji, se od celotnega dohodka v ustreznem času odbijejo vsi materialni stroški, ki jih je imel tak zavarovanec pri opravljanju svojega dela.

Osnova za nadomestilo po prejšnjih odstavkih se izračuna tako, da se osebni dohodek oziroma z njim izenačen prejemek deli z možnim številom ur v razdobju iz katerega se upošteva osebni dohodek po prejšnjih odstavkih in množi s predpisanim delovnim časom v organizaciji oziroma pri zasebnem delodajalcu, v razdobju za katerega se mora nadomestilo izplačati.

81. člen

V osnovo se ne všttevajo tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov, ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (terenski dodatki, dodatki za ločeno življenje in podobno) in ne prejemki, ki pomenijo izredne nagrade (nagrada za racionalizacijo, novotarstvo, 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.

Ce nastane dvom ali spor o tem, ali se določeni dohodki upoštevajo za osnovo ali ne, se uporabljajo predpisi za izračun pokojninske osnove.

82. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kot eno leto, se osnova poveča za toliko odstotkov za kolikor se je v poslovnem letu, v katerem je zavarovanec zbolel, v primerjavi s prejšnjim letom, povečalo poprečje osebnih dohodkov v njegovi delovni organizaciji.

Nadaljnja povečanja osnov po prejšnjem odstavku se izračunajo tako, da se primerjajo poprečni osebni dohodki iz leta pred letom, ko je zavarovanec izpolnil pogoj za drugo oziroma nadaljnje povečanje s poprečnimi osebnimi dohodki pred tem letom.

Osnova za nadomestilo po prejšnjem odstavku se poveča zavarovancu, ki po preteku enega leta bolezen-

skega dopusta nima več svojstva na podlagi katerega je bil obvezno zavarovan, za toliko za kolikor so se povečali osebni dohodki na območju skupnosti.

Za zavarovance — delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, se osnova za nadomestilo poveča za toliko odstotkov, za kolikor so se na splošno povečali osebni dohodki na območju skupnosti.

Osnova se poveča uradoma.

83. člen

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih iz 69. člena tega statuta, ko gre nadomestilo v breme skupnosti ali v breme zasebnega delodajalca, znaša:

- a) 70 odstotkov od osnove za prvih sedem dni;
80 odstotkov od osnove od osmega do šestdesetega dne in
90 odstotkov od osnove od enainšestdesetega dneva zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki je izpolnil pogoj predhodnega zavarovanja iz 51. člena tega statuta preden je nastal primer, ki daje pravico do nadomestila;
- b) 60 odstotkov od osnove za prvih sedem dni;
70 odstotkov od osnove od osmega do šestdesetega dne in
80 odstotkov od osnove od enainšestdesetega dne zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki ni izpolnjeval pogoja predhodnega zavarovanja iz 51. člena tega statuta.

Nadomestilo osebnega dohodka za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol znaša od 31. dne zadržanosti od dela 100 odstotkov osnove.

Za primere iz 8. točke 69. člena tega statuta pripada zavarovancu nadomestilo v višini 100 odstotkov osnove od prvega dne zadržanosti od dela.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjih odstavkih, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, določenega z republiškim predpisom.

84. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo izračunano po prejšnjem členu in sicer za 20 odstotkov od prvega dne, ko gre nadomestilo v breme skupnosti, če nima družinskih članov, ki bi bili po njem zdravstveno zavarovani ali pa so ti sami zavarovani po 4., 5. in 6. točki 27. člena ter 43. člena tega statuta, če jih zavarovanec preživlja.

Tako izračunano nadomestilo ne sme biti manjše od 60 odstotkov od osnove in pri osebah v delovnem razmerju tudi ne manjše od minimalnega osebnega dohodka, določenega z republiškim predpisom.

85. člen

Zavarovancu, ki je v času uživanja nadomestila osebnega dohodka odstranjen iz delovne organizacije, pa v tem času zboli 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.

86. člen

Zavarovancu, ki postane v 30 dneh po končanem bolezenskem dopustu znova začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni se ta bolezenski dopust računa

kot nadaljevanje prejšnjega in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero višine nadomestila.

87. člen

Zavarovanec v delovnem razmerju pri jugoslovan-skem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinj-stvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji ter zavarovanec, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja dolo-čene 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.

Osební dohodek, dnevnice oziroma štipendijo iz-plačuje na svoj račun organ, organizacija ali deloda-jalec, pri katerem je zavarovanec iz prejšnjega od-stavka zaposlen oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplača zavarovancu, ki je zaposlen pri de-lodajalcu 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 za-poslili v tujini, obdržali pa so lastnost osebe, ki je v delovnem razmerju v Jugoslaviji, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti dok-ler so v tujini, če jim ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanci, ki so stopili v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem deloda-jalcu, pa so zavarovani po tem statutu, imajo, kadar ne morejo delati, pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler so v Jugo-slaviji.

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 obračunavanje in plačevanje prispev-ka za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

b) Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

88. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom za čas, ki je kot najmanjši določen z zakonom;

2. med delom, ko zavarovanka do 8. meseca otro-kove starosti dela po 4 ure na dan.

Zavarovanka pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke 1. odstavka začasna zadržanost, ima za ta čas poleg pravice do nadomestila po prejšnjem od-stavku tudi pravico do nadomestila osebnega dohodka, ki ustreza skrajšanemu delovnemu času po določbah tega statuta.

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po 2. točki 1. odstavka tudi če v varstveni dobi izrabi letni dopust.

Zavarovanka, ki nastopi po presoji zdravnika po-rodniški dopust prej kot 45 dni pred porodom, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi za te dni.

89. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi po preneha-nju delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če

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

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

2. v 30. dnevni rok po prenehanju delovnega raz-merja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če je neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja iz-polnila dobo predhodnega zavarovanja (3 mesece ne-prekinjenega zavarovanja oziroma 6 mesecev s preki-nitvami v zadnjih 12 mesecih).

90. člen

Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom znaša 100 odstotkov od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

Nadomestilo gre od prvega dne v breme skupnosti.

91. člen

Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovan-skem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinj-stvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, ima med poro-dniškim dopustom namesto pravice do nadomestila osebnega dohodka po tem zakonu pravico do osebnega dohodka, dnevnic ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnice oziroma štipendijo izpla-čuje zavarovanki iz prejšnjega odstavka na svoj račun organ, organizacija ali delodajalec, pri katerem je za-poslena oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izje-moma izplačuje zavarovanki, ki je zaposlena v gospo-dinjstvu zavarovanca iz prejšnjega odstavka, osebni dohodek za prvih 30 dni delodajalec na svoj račun, potem pa se ji izplačuje nadomestilo na račun skup-nosti.

Zavarovanka, ki se je po posebnem sporazumu zaposlila v tujini, obdržala pa je lastnost osebe v de-lovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nado-mestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas, ko je v tujini, če ji ni ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanka, ki je stopila v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi ali pri tujem deloda-jalcu, zavarovana pa je po tem statutu, ima med porodniškim dopustom pravico do nadomestila oseb-nega dohodka na račun skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

Kadar ima zavarovanka iz prvega do četrtega od-stavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za obračunavanje in plačevanje prispev-kov za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

92. člen

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka med porodniškim dopustom posebej določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu oseb-nega dohodka ob začasni zadržanosti od dela.

c) *Povračilo stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva*

93. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe:

1. kadar jih pristojni zdravnik, zdravstvena delovna organizacija, pristojna komisija ali služba oziroma organizacija, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, 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 ali zdravstvene delovne organizacije.

Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe, ki začasno bivajo v nekem kraju, le do najbližje zdravstvene delovne organizacije.

94. člen

Povračilo potnih stroškov gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od najbližje postaje javnega prevoznega sredstva, do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije najmanj 15 km.

95. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je ta po mnenju pristojnega zdravnika ali pristojne komisije nujno potreben zavarovani osebi, ki potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

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

96. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

97. člen

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

Glede na nujnost primera in zdravstveno stanje zavarovane osebe sme pristojni zdravnik oziroma pristojna komisija določiti tudi drugačen način prevoza (reševalni avtomobil).

Prevoz z reševalnim vozilom se lahko dovoli samo v primerih, ko prevoz z rednim javnim prevoznim sredstvom ni mogoč glede na nujnost in zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Za pomoč gorske reševalne službe se povrnejo stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližje zdravstvene delovne organizacije.

Prevoz z drugimi vozili v primerih iz drugega odstavka je mogoče odrediti na stroške skupnosti samo, če ni na razpolago reševalnega vozila.

Višino povračila za prevoz iz prejšnjega odstavka določi s sklepom skupščina skupnosti.

98. člen

Kot prevozní stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza z izjemo prevoza po 8. odstavku prejšnjega člena.

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

99. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi takrat, kadar je bila zavarovana oseba premeščena iz ene v drugo zdravstveno delovno organizacijo, prevoz pa je bil potreben glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Prevoz zavarovane osebe, ki zboli v času začasnega bivanja izven njenega stalnega prebivališča, se opravi na račun skupnosti do stalnega prebivališča ali do zdravstvene delovne organizacije v njenem stalnem prebivališču vendar samo takrat, kadar je potreben prevoz s posebnim vozilom in samo do višine razlike med ceno posebnega vozila in ceno najcenejšega rednega javnega prevoznega sredstva.

Povračilo prevoznih stroškov iz prejšnjih dveh odstavkov gre v breme skupnosti tudi kadar je treba zavarovano osebo, ki se v smislu 63. do 68. člena tega statuta zdravi v tujini, od tod prepeljati, če skupnost na podlagi mnenja zdravniške komisije ali zdravstvene delovne organizacije, v kateri se zavarovana oseba zdravi, ugotovi, da ji je pri vrnitvi iz tujine potreben poseben prevoz. Zavarovancem, ki delajo v tujini in njihovim družinskim članom, ki z njim prebivajo v tujini, se povrnejo dejanski stroški prevoza za vrnitev v domovino.

100. člen

Zavarovanim osebam, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način kot je določeno v tem statutu ali v drugem splošnem aktu, se povrnejo potni stroški samo do zneska, ki bi jim pripadal, če bi uveljavile zdravstveno varstvo po tem statutu oziroma drugem splošnem aktu.

d) *Povračilo in denarna dajatev ob smrti zavarovane osebe*

101. člen

Ob smrti zavarovane osebe ima pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebnine) tisti, ki je oskrbel pogreb.

102. člen

Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s sklepom v pavšalnem znesku.

Če umre zavarovanec oziroma zavarovane družinski član izven svojega stalnega prebivališča, ima tisti, ki opravi pogreb, pravico do povračila 50 % prevoznih stroškov, če je bil prevoz opravljen na razdalji od 15 km do 150 km v eno smer.

O povračilu stroškov prevoza na razdalji, daljši od 150 km v eno smer, odloči za vsak primer posebej izvršilni odbor skupščine, pri čemer pa ne more priznati manj kot 50 % stroškov prevoza.

Določbe prejšnjih dveh odstavkov tega člena veljajo tudi, če zavarovana oseba umre v tujini.

103. člen

Ožji družinski člani, ki so zdravstveno zavarovani po umrlem zavarovancu, imajo po njegovi smrti pravico do posmrtnine.

Pravico do te dajatve imajo tudi ožji družinski člani, ki so sicer samostojno zavarovani po 4. 5. in

6. točki 27. člena ter 43. člena tega statuta, če jih je zavarovanec do svoje smrti preživljal.

104. člen

Posmrtnina znaša enomesečno osnovo nadomestila osebnega dohodka; pri upokojenih enomesečni znesek pokojnine z vsemi dodatki, pri uživalcih oskrbnin in začasnih nadomestil pa enomesečno oskrbino oziroma nadomestilo, ki mu je pripadalo v zadnjem mesecu pred smrtjo.

5. poglavje: Financiranje

105. člen

Sredstva za uveljavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja ter pravic v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevki zavarovancev, delovnih in drugih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavezancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki.

106. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti s sklepom. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne; pri tem pa se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse ali samo za posamezne primere, v okviru teh rizikov pa še, ali so zavarovane samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne dajatve.

107. člen

Za primere, ko osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, določi skupščina skupnosti prispevke lahko v pavšalnem znesku.

108. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo določi skupščina skupnosti po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

Kadar je nevarnost za nesreče pri delu ali za obolenja za poklicno boleznijo v organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov povečana, lahko skupnost določi višjo tarifo za takšno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca.

109. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejemajo osebni dohodek ali nagrado — njihov kosmati osebni dohodek ali nagrada; za zavarovance zaposlene v tujini pa določi osnove skupščina s posebnim sklepom;

2. za upokojene in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja — pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina;

3. za zavarovance, člane predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljenih oseb v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, združenjih, zbornicah 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 vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje — poprečni osebni dohodek, ki je osnova za

odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med časno brezposelnostjo.

Če je osnova za prispevek določena v neto znesku, se prispevek obračunava in plačuje po neto preračunani stopnji iz kosatega osebnega dohodka.

110. člen

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

111. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje so:

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

2. prispevek za zdravstveno zavarovanje; — za obvezne oblike zdravstvenega varstva; — za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;

3. posebni prispevek.

Skupščina skupnosti lahko sklene, da se za primere iz 2. točke prejšnjega odstavka določi skupna stopnja.

112. člen

Prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev:

1. delovne in druge organizacije, državni organi in zasebni delodajalci za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno ali štipendijsko pogodbo;

2. šole za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne ali štipendijske 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, akciji ali delu;

5. ostali zavezanci, ki jih določajo predpisi.

113. člen

Skupnosti in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odvajajo prispevek skupnosti na njen žiro račun pri službi družbenega knjigovodstva.

Ostali zavezanci za prispevek plačujejo prispevek skupnosti pri banki ali neposredno pri blagajni službe skupnosti.

Skupščina skupnosti predpiše poseben pravilnik o ugotavljanju osnov in o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje.

114. člen

Prispevek zapade v plačilo:

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

2. za sklad invalidsko-pojninskega zavarovanja s prvim dnem v mesecu, za katerega se izplačuje pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina;

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

115. člen

Zavezanec prispevka, ki ne obračuna, ne vplača ali ne vplača pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, mora poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 odstotka na dan od zneska nevpłačanega ali nepravčasno plačanega prispevka.

116. člen

Zavezancu, 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 obrestmi.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vloži v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost.

Ce je ugovor pravočasno vložen, lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

117. člen

Na zahtevo skupnosti mora služba družbenega knjigovodstva oziroma banka na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive odločbe sodišča izterjati neplačane prispevke tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Ce prispevek z obrestmi ni mogoče izterjati na način iz prejšnjega odstavka, 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 pravih izvršilnega postopka.

118. člen

Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano od konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

119. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja na enoten žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva. Pri službi skupnosti pa se vodijo na posebnem obračunu kot:

1. sredstva za zagotovitev obveznih oblik zdravstvenega varstva;
2. sredstva za zagotovitev pravic v primeru nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo;
3. sredstva za zagotovitev pravic, ki jih je skupnost samostojno določila s tem statutom;
4. denarna sredstva po 124. členu tega statuta.

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

120. člen

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku petih let od uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupščina s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

121. člen

Sredstva rezervnega sklada se lahko uporabljajo tudi za obratna sredstva in za kritje primanjkljaja po zaključnem računu.

Ce se sredstva rezervnega sklada uporabijo za kritje primanjkljaja po zaključnem računu, se mora za ta namen uporabljeni znesek do višine obvezne rezerve vrniti v naslednjem letu.

122. člen

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.

123. 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.

124. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki jim je po zakonu zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu kot ga zagotavlja zakon in statut, sami pa niso zavarovanci, se zbirajo s prispevki, ki jih plačujejo v zakonu določeni zavezanci.

Sredstva iz prejšnjega odstavka se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva in del stroškov za izvajanje službe.

125. člen

Višino oziroma stopnjo prispevkov določa skupščina skupnosti tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotovi ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih rizikov, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe.

126. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti pripravi temeljna izhodišča za določitev višine oziroma stopnje prispevka po načelih iz prejšnjega člena tega statuta.

Na skupnem sestanku predstavnikov občinskih skupščin, občinskih sindikalnih svetov, zdravstvenih delovnih organizacij in predstavnikov skupščine skupnosti se izoblikuje predlog temeljnih izhodišč za določitev višine oziroma stopnje prispevka do 10. novembra vsakega leta.

Izvršilni odbor skupščine pošlje ta predlog vsem gospodarskim organizacijam na območju skupnosti z vabilom za skupni sestanek s predlagatelji, na katerem se doseže družbeni dogovor o dokončnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka. Sestanek mora biti sklican najpozneje do 30. novembra vsakega leta.

Steje se, da vabljeni gospodarska organizacija soglašajo s predlogom iz drugega odstavka, če se kljub vabilu ne udeležijo sestanka in če je bila v vabilu na to opozorjena.

Ce se do 31. decembra vsakega leta ne doseže družbeni dogovor o temeljnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka, se za obračun in plačevanje prispevka uporablja kot akontacija stopnja prispevka, določena za preteklo leto.

127. člen

Skupni dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:
 - obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - nesreče pri delu in za obolenja za poklicne bolezni;
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;
 - ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb;
2. dohodki po mednarodnih sporazumih;
3. prispevek družbeno-političnih skupnosti;
4. povračila za povzročeno škodo;
5. povračila iz pozavarovanja;
6. drugi dohodki.

128. člen

Iz skupnih dohodkov, ugotovljenih po prejšnjem členu, se izloča v rezervni sklad del skupnih dohodkov, ki ga vsako leto s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti.

Preostali del skupnih dohodkov je čisti dohodek.

129. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki:

1. za zdravstveno varstvo in sicer:
 - za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - za nesrečo pri delu in poklicne bolezni;
 - za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
 - za ostale po zakonu in tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
 - za zdravstveno varstvo po mednarodnih sporazumih;
2. za denarna nadomestila in druge denarne datjave, ki jih določata zakon in ta statut;
3. za zdravstveno varstvo rednih študentov;
4. za ostale obveznosti in izdatke:
 - za pozavarovanje;
 - za izvajanje službe;
 - za študijska in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja;
 - za stroške denarnega in plačilnega prometa;
 - poštne stroške;
 - obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja;
 - stroške samouprave;
 - obresti in provizije;
 - ostale izdatke (stroški komisij in drugo);

130. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti s sklepom za vsako poslovno leto, se predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti;
- izločanje v obvezno rezervo;
- čisti dohodki skupnosti;
- skupni izdatki skupnosti.

Podrobna razčlenitev skupnih dohodkov in skupnih izdatkov je sestavni del sklepa.

Finančni načrt mora biti sprejet pred začetkom poslovnega leta in hkrati z določitvijo prispevkov za naslednje leto.

131. člen

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto v predpisanem roku, se ugotovijo za preteklo leto:

- skupni dohodki skupnosti;
- obvezna rezerva;
- čisti dohodki skupnosti;
- skupni izdatki skupnosti.

Presežek čistih dohodkov nad skupnimi izdatki po zaključnem računu se prenese v rezervni sklad.

Ce se z zaključnim računom ugotovi presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki, se postopa po določilih 122. člena tega statuta.

132. člen

Skupščina skupnosti predpiše poseben pravilnik o organizaciji in vodenju knjigovodstva.

Cetrti del

ZAVAROVANJE ZA NESREČO PRI DELU IN ZA OBOLENJE ZA POKLICNO BOLEZNIJO

1. poglavje: Osebe, zavarovane za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo

133. člen

Delavci (zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka ter drugega odstavka 27. člena ter zavarovanci iz 29. in 31. člena tega statuta) in učenci v gospodarstvu oziroma učenci poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu (7. točka prvega odstavka 27. člena statuta) so obvezno zdravstveno zavarovani za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (6. člen tega statuta).

134. člen

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki ga določata zakon in ta statut za zavarovance-delavce v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, zagotovljeno tudi temle osebam:

1. osebam na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje;
 2. učencem strokovnih šol in gimnazij ter študentom višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom;
 3. pripadnikom teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite;
 4. osebam, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje;
 5. osebam, ki se udeležijo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi;
 6. osebam, ki pretrpijo poškodbe na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu.
- Osebam iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zdravstveno varstvo po tem členu, če jim ni to varstvo zagotovljeno kot zavarovancem-delavcem.

2. poglavje: Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za primer nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo

135. člen

Osebam, ki so po tem statutu zdravstveno zavarovane za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo, so zagotovljene te pravice:

1. do zdravstvenega varstva, zlasti preventivnega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrtačo in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

2. do vseh vrst zdravstvene pomoči in ortopedskih sredstev, da delavci ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo ter da se povrne njihova delovna zmožnost; zavarovancem iz 133. člena pa še pravica;

3. do nadomestila osebnega dohodka za ves čas, ko traja začasna zadržanost od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu oziroma obolenje za poklicno boleznijo (učencem v gospodarstvu in učencem poklicnih šol, če prejemaajo nagrado), in do potnih stroškov v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo so zagotovljene zavarovancem-delavcem ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

Za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo se štejejo poškodbe in bolezni, ki jih določajo predpisi o invalidskem zavarovanju.

136. 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.

137. 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.

138. člen

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

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 odstotkov od osnove.

139. člen

Če ni v tem delu tega statuta drugače določeno, se glede nadomestila osebnega dohodka in uveljavljanja pravic uporabljajo določbe tega statuta tudi za primer nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo.

3. poglavje: Financiranje

140. člen

Sredstva za uveljavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic iz zdravstvenega zavarovanja v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom delovnih in drugih organizacij ter drugih, z zakonom določenih zavezanec.

Peti del

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB, KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO DEJAVNOST

1. poglavje: Zavarovane osebe

141. člen

Za zavarovance — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, 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;

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;

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.

142. člen

V tej skupnosti so od oseb iz prejšnjega člena zavarovane osebe iz 1., 2. 4. in 5. točke, če je sedež njihove dejavnosti na območju te skupnosti; osebe iz 3. točke pa, če imajo na območju te skupnosti stalno prebivališče.

143. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno in kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane v tej skupnosti, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne poklicne dejavnosti.

144. člen

Lastnost zavarovanja iz 141. člena tega statuta pridobi:

a) oseba iz 1., 2. in 5. točke prvega odstavka 141. člena z dnem vpisa samostojne poklicne dejavnosti v register oziroma evidenco, preneha pa biti zavarovanec z dnem črtanja iz tega registra oziroma evidence;

b) književnik, skladatelj, umetnik ali prevajalec z dnem, ko mu je priznana ta lastnost po predpisih o pokojninskem zavarovanju, preneha pa biti zavarovanec z dnem, ko izgubi to lastnost;

c) odvetnik z dnem vpisa v imenik odvetnikov, preneha pa biti zavarovanec z dnem izbrisa iz tega imenika;

d) druge osebe pridobijo lastnost zavarovanja z dnem, ko so evidentirane pri ustrezni organizaciji, prenehajo pa biti zavarovanci z dnem izbrisa iz evidence.

145. člen

Obrtniku in gostincu preneha pravica do zdravstvenega zavarovanja za tisti čas, ko je obrtna delavnica oziroma gostišče začasno zaprto, če to ni posledica zadržanosti (69. člen). Zavarovanje pa ne preneha za tisti čas, ko je obrtna delavnica oziroma gostišče začasno zaprto, če obrtnik oziroma gostinec v 8 dneh po tem, ko je dobil dovoljenje pristojnega organa, da je lahko zapre, sporoči službi ali organizaciji, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve, da želi biti še naprej zavarovan in če za ta čas redno plačuje prispevke.

Tako podaljšanje zavarovanja sme trajati največ 1 leto.

146. člen

Če delajo v zasebni obrtni delavnici poleg lastnika delavnice tudi njegovi družinski člani s kvalifikacijo, potrebno za delo, ki se opravlja v obrtni delavnici, so ti družinski člani na svojo zahtevo lahko zavarovani kot obrtniki, če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

Če zakonec ali otroci zavarovanca-obrtnika, ki je umrl ali ki je zaradi bolezni izgubil opravilno sposobnost, po veljavnih predpisih še naprej vodijo njegovo obrtno delavnico; se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost po zakonu.

147. člen

Družinski člani oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovani ob enakih pogojih kot družinski člani zavarovancev-delavcev.

2. poglavje: Pravice iz zdravstvenega zavarovanja

148. člen

Zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, imajo zagotovljene zase in za svoje družinske člane:

1. oblike zdravstvenega varstva, ki so kot obvezne določene z zakonom;

2. ob boleznih, nesreči pri delu in izven dela ter ob obolenju za poklicno boleznijo: zdravstveno varstvo, denarne dajatve in druge pravice v obsegu in ob pogojih, ki jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja delavci te skupnosti v kolikor v tem statutu ni drugače določeno.

149. člen

Denarne dajatve se odmerjajo od osnov, ki so določene za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje.

Zavarovancu, ki v letu pred letom, v katerem je zbolel, ni bil zavarovan v svojstvu osebe, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost ali ni bil zavarovan celo leto, se vzame za osnovo za nadomestilo osebnega dohodka ali za druge denarne dajatve dosežen osebni dohodek iz delovnega razmerja oziroma osebni dohodek in osnova, po kateri je bil zavarovan.

Za zavarovance, osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ne velja določba o pravici do nadomestila osebnega dohodka do višine minimalnega osebnega dohodka.

Otroci, ki po smrti ali po izgubi opravilne sposobnosti zavarovanca-obrtnika še naprej vodijo njegovo obrtno delavnico (2. odstavek 146. člena), imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka, če so do prvega

dne začasne zadržanosti dopolnili 15. leto starosti in pod pogojem, da delajo v delavnici ali da sodelujejo pri njenem upravljanju.

150. člen

Zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in njihovi družinski člani morejo uživati pravico iz zdravstvenega zavarovanja le, če so prispevki v redu plačani. Uživanje pravic se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

151. člen

Zavarovanci — obrtniki in gostinski nimajo pravice do nadomestila osebnega dohodka v času, ko je njihova obrtna delavnica oziroma gostišče začasno zaprto po 145. členu, če tudi jim zavarovanje ni prenehalo.

152. člen

Zavarovancu — osebi, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost in ki je začasno zadržana več kot eno leto, se njena osnova za nadomestilo osebnega dohodka preračuna na ustrezajoči višji znesek, če se je v letu, v katerem je zbolela, osnova za to samostojno dejavnost povečala v primerjavi z osnovo iz prejšnjega leta in sicer za toliko odstotkov, za kolikor se je ta osnova povečala.

153. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok oziroma s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

3. poglavje: Financiranje

154. člen

Sredstva za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo zavarovanci sami s prispevki, ki se odmerjajo od osnov, ki jih določi skupnost s splošnim aktom. Skupnost lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na zavarovančevega družinskega člana.

Glede prispevka zavarovane osebe k stroškom zdravstvenega varstva in glede drugih zavez financiranja ter za pozavarovanje se smiselno uporabljajo določbe 49., 68. do 79. ter 85. in 86. člena zakona.

Šesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

155. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti pod pogoji in na način, ki ga določajo zakon, ta statut, pravilnik o postopkih pri uveljavljanju pravic in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi ali drugimi organizacijami in drugimi osebami. O tistih delih pogodbe, ki urejajo pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

156. člen

Pravice, ki se uveljavljajo pod predpisanimi pogoji in na predpisan način iz prejšnjega člena, se ne

morejo omejiti, zmanjšati ali odvzeti. Pravica preneha, ko prenehajo pogoji in v primerih, ki jih določa ta statut ali drug splošni akt te skupnosti.

157. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavljajo, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisuje zakon, ta statut ali splošni akti te skupnosti (lastnost zavarovane osebe, predhodna doba zavarovanja, nastanek zavarovanega primera, plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje s strani zavarovane osebe — samoplačnika in podobno).

Ce mora zavarovanec plačevati za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov prispevek, je pogoj za uživanje pravic po tem statutu redno plačevanje prispevka; pri tem se uživanje pravic 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 še neplačani prispevki. Ne ustavi se uživanje pravic, ki se je začela uživati pred zapadlostjo neplačanega prispevka.

158. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo izda služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve. Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 15 dneh pritožbo na komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Zoper dokončno odločbo te komisije lahko prizadeti vloži tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. V odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do tožbe.

159. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni nezmožnosti za delo, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja in podobnem, dajejo pristojni zdravnik, zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev. Za zdraviliško zdravljenje daje mnenja zdravniška komisija.

Strokovna mnenja o invalidnosti daje v postopkih iz zdravstvenega zavarovanja invalidska komisija po zakonu o invalidskem zavarovanju.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor.

Sestav, pristojnost in delo komisij ter pristojnosti in delo zdravnika poedinca se določi v pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravic.

Kadar je v postopkih, ki jih določa ta statut, potrebno strokovno medicinsko mnenje zdravnika oziroma komisij po 1. odstavku tega člena, ni mogoče odločiti brez takega mnenja.

160. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev od katerekoli zdravstvene delovne organizacije oziroma zdravstvenega delavca ne glede na sedež zdravstvene delovne organizacije oziroma zdravstvenega delavca.

Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji, ki ni najbližja njenemu prebivališču oziroma delovnemu mestu, mora povrniti skupnosti razliko v stroških med ceno

v zdravstveni delovni organizaciji kjer je uveljavljala pravico in ceno določeno s pogodbo, ki jo je skupnost sklenila z ustreznimi zdravstveno delovno organizacijo.

Potni stroški se v tem primeru povrnejo le do najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki lahko nudi tako storitev.

V nujnih primerih se drugi odstavek tega člena ne uporabi.

161. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji pri zdravstveni organizaciji ali pri skupnosti.

162. člen

Ce je zavarovana oseba vložila ugovor pri skupnosti mora služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve ukreniti vse potrebno, da se spor reši v najkrajšem času.

163. člen

Zoper odredbe 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.

Ce je zavarovanec ugovarjal v rokih iz prejšnjih dveh odstavkov velja mnenje komisij za nazaj; sicer pa od dne, ko je komisija dala svoje mnenje.

Zoper odredbo posameznega zdravnika ali zoper ocenitev zdravniške komisije lahko ugovarja tudi delovna organizacija oziroma delodajalec zavarovanca in s tem statutom določena služba, oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve.

164. člen

Zoper ugotovitev ali oceno zdravniške komisije v stvareh, v katerih ne daje ugotovitev posamezni zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev.

Komisija zdravniških izvedencev tudi lahko na predlog skupnosti revidira ugotovitve zdravniške komisije. Njene ugotovitve veljajo v takih primerih od dneva, ko so bile izdane.

165. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva odsotnosti, ki ga je odredil 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. V takih 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.

Zdravstveno stanje in primere, ki opravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja za prvih 30 dni zdravnik, od 31. dne dalje pa zdravniška komisija.

Kateri zdravniki so pooblašteni ugotavljati primere in čas zadržanosti od dela se določi v pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravic.

V dispanzerjih za žene v kraju prebivališča ali zaposlitve zavarovanke-delavke ugotavljajo začasno nezmožnost za delo v zvezi z ženskimi boleznimi tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. Zdravnik v dispanzerju za žene ima tudi pravico določiti poročni dopust. V protituberkuloznih dispanzerjih lahko ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti-ftiziologi v zvezi s tuberkuloznimi obolenji.

166. člen

Posamezni zdravnik, ki je pri zavarovancu ugotovil začasno nezmožnost za delo zaradi bolezni ali poškodbe, mora po 30 dneh nepretrganega bolezenskega dopusta, najkasneje pa v treh dneh po izteku tega roka napotiti zavarovanca na pregled k pristojni zdravniški komisiji, razen če se ta zdravi v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

Če je zavarovanec nepokreten ali če tudi sicer ni sposoben za potovanje ali če je glede na značaj in diagnozo obolenja oziroma poškodbe očitno nesposoben za delo je dovolj, da se pošlje komisiji njegovo medicinsko gradivo. Zdravniška komisija pa tudi v teh primerih lahko zahteva osebni pregled zavarovanca.

Mnenje zdravnika o zavarovančevi delovni nezmožnosti je obvezno v primeru iz tega člena vse dotlej dokler ne da zdravniška komisija svojega mnenja.

Če traja zadržanost zaradi začasne nezmožnosti za delo daljši čas, je treba delavca najkasneje po dveh letih nepretrgane zadržanosti poslati k pristojni invalidski komisiji, da oceni njegovo delovno zmožnost in invalidnost.

167. člen

Odobreno zadržanost od dela se vpiše v zdravstveno izkaznico.

168. člen

Odsotnost zaradi nege družinskega člana odredi zavarovani osebi pod pogoji, ki jih določa ta statut, zdravnik, ki je pristojen za odrejanje bolezenskega dopusta (ocenjevanje nezmožnosti za delo). Pri tem mora upoštevati možnost za nego obolelega družinskega člana v zavarovančevi družini po drugem članu na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

169. člen

Zavarovancu, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, sme pristojni zdravnik dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov, v takem primeru mora 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.

170. člen

Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za delo,

se mu ustavi nadomestilo osebnega dohodka z odločbo in s poukom, da se mu bo začelo nadomestilo ponovno izplačevati, ko bo to zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja.

Zoper odločbo se zavarovanec lahko pritoži v 15 dneh po njenem prejemu.

171. člen

Zavarovanec, ki mu je pristojni zdravnik ali komisija odredila začasno zadržanost od dela, 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 mnenjem pristojne komisije.

172. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja pri skupnosti s potrdilom pristojnega zdravnika in z izkazilom, da je v drugem kraju iskala zdravstveno pomoč.

Potni stroški se praviloma izplačajo po opravljenem potovanju.

V izjemnih primerih se zavarovani osebi lahko izplača akontacija za prevozne stroške in za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju (dnevnic). Po opravljenem potovanju se napravi obračun na podlagi predloženih ustreznih dokazil.

173. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s poročilom o smrti zavarovane osebe. Skupnost lahko zahteva tudi izkazilo, da teh dajatev ni uveljavila druga oseba.

174. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo z dnem, s katerim zapade v izplačilo osebni dohodek oziroma prispevek ali kak drug prejemek, ki tvori osnovo za nadomestilo in mora biti izplačano v desetih dneh od tega dne. Če zavarovanec ni zaposlen, zapade nadomestilo osebnega dohodka v izplačilo s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok oziroma s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

Potni stroški zapadejo v izplačilo s končanim potovanjem.

Pogrebina in posmrtnina zapadeta v izplačilo z dnem smrti zavarovane osebe.

175. člen

Za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja po meddržavnih sporazumih, ki jih je sklenila Jugoslavija, se uporabljajo določbe, ki veljajo za zavarovane osebe te skupnosti, kolikor v teh sporazumih ni drugače določeno.

176. člen

Kolikor ni v statutu določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku.

Stranka lahko zahteva spremembo ali razveljavitev dokončne odločbe v roku v katerem lahko uveljavi zahtevo pri občinskem sodišču.

177. člen

Določbe tega dela statuta veljajo smiselno tudi za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu in za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

Sedmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. poglavje: Splošne določbe
o organizaciji

178. člen

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

179. člen

Splošni akti skupščine skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi in programi.

Statut, pravilniki, sklepi in programi začnejo veljati 8. dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno določeno drugače.

Splošni akti skupščine skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

180. člen

Sedež skupnosti je v Novem mestu.

Skupnost ima svojo štampiljko okrogle in pravokotne oblike. Štampiljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev v Novem mestu. Sedež je naveden v sredini. Štampiljka pravokotne oblike ima isti napis kot štampiljka okrogle oblike.

181. člen

Skupnost zastopa predsednik skupščine, v njegovi odsotnosti pa podpredsednik skupščine, kolikor ni v drugih določbah tega statuta določeno, da skupnost zastopa kakšen drug organ ali kakšna druga oseba.

Predsednik ali podpredsednik skupščine lahko za vse ali za posamezne primere pooblasti kakšno drugo osebo.

182. člen

Skupnost je soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Slovenije.

2. poglavje: Organi skupnosti

183. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje pritožb ima skupnost komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje stalne ali občasne komisije, katerim določi delovno področje in njih pristojnost.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti se v skupnosti ustanovljajo sveti in odbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

184. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike;

2. sprejema druge splošne akte;

3. sprejema predlog programa zdravstvenega varstva za družbeni dogovor o načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove, sodeluje pri tem dogovarjanju prek svojih predstavnikov in dokončno sprejema programe zdravstvenega varstva;

4. sprejema ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev, določa politiko uporabe skladov ter daje službi oziroma organizaciji, ki izvaja strokovne zadeve za skupnost, 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;

5. odloča o stvarni pristojnosti službe oziroma organizacije, ki za skupnost opravlja strokovne finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

6. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnjo prispevkov na podlagi izoblikovanih izhodišč za določitev stopnje prispevka po načelih družbenega dogovarjanja;

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

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

9. obravnava letno poročilo službe oziroma organizacije, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

10. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore;

11. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi in drugimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji ter drugimi osebami;

12. 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;

13. voli predsednika in podpredsednika skupščine, izvršilnega odbora in predstavnike skupnosti v zvezo skupnosti;

14. voli izvršilni odbor in imenuje komisijo skupščine za opravljanje določenih nalog;

15. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu, če ni izrecno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti ali služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb iz 11. in 12. točke tega člena.

185. 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 in društva upokojencev.

Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah, 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. V pravilniku se določi tudi način odpoklica članov skupščine.

Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika, ki ju izvoli izmed svojih članov.

186. člen

Skupščina skupnosti določi poslovnik za svoje delo, delo izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti, v katerem mora določiti tudi pravice in dolžnosti članov skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

187. člen

Skupščina šteje 45 članov.

Pravico biti voljen za člana skupščine skupnosti ima vsak zavarovanec te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih.

188. člen

Mandat članov skupščine traja 4 leta.

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

189. člen

Članu skupščine preneha mandat 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 in skupščina odpo-ved sprejme;
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat članu skupščine prej kot eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 90 din po prenehanju mandata.

190. člen

Član skupščine je lahko odpoklican:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte te skupnosti;
2. če neupravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim;
3. če neupravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine ali drugih organov skupnosti.

O odpoklicu odločajo zavarovanci volilne enote oziroma njihovi predstavniki po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah.

Pobudo za uvedbo postopka za odpoklic da skupščina skupnosti ali ena desetina zavarovancev volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršilni odbor in komisija

191. člen

Izvršilni odbor ima 11 članov.

Voli ga skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja 4 leta.

192. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini program dejavnosti, finančni načrt in zaključne račune skladov;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji, drugimi organizacijami in osebami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je le-ta pristojna;
5. obravnava mnenja in predloge svetov in odborov zavarovancev;
6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
7. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;
8. obravnava načrt in program za delo službe oziroma organizacije, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve in daje pripombe nanj;
9. sklepa dogovore z organizacijami, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve neposredno pri organizacijah tudi takrat, kadar gre do dajatve v breme skupnosti;
10. skrbi za sklicevanje sej skupščine ter za sklicevanje in delo komisij;
11. imenuje zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev;
12. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut in drugi splošni akti in sklepi skupščine.

193. člen

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe službe oziroma organizacije, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve o svojstvih zavarovanih oseb in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb ima pet članov in potrebno število namestnikov. Komisija je sklepčna, če pride na sejo večina njenih članov, sklep pa je sprejet, če ga je sprejela večina vseh članov.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu najmanj enkrat letno.

194. člen

Predsedniku in podpredsedniku skupščine ter članom izvršilnega odbora traja funkcijska doba toliko časa, kolikor traja mandatna doba članom skupščine.

Funkcijska doba članov komisij traja toliko časa, kolikor je določeno z aktom o imenovanju.

195. člen

Predsednik, podpredsednik, član izvršilnega odbora in član komisij, je lahko s sklepom skupščine razrešen svoje funkcije še pred potekom funkcijske dobe iz istih razlogov, kot je predčasno lahko odpoklican član skupščine.

c) Sveti in odbori zavarovancev

196. člen

V občinah se ustanovijo sveti zavarovancev.

V svet zavarovancev volijo predstavnike ustrezni organi delovnih organizacij, društva upokojencev in druge organizacije, ki predstavljajo zavarovance.

V delovnih organizacijah se lahko ustanovijo odbori zavarovancev. V odbor zavarovancev delegirajo člane delavski svet in sindikalna organizacija, vsaka polovico članov.

Odbori zavarovancev se lahko ustanovijo tudi po posameznih skupinah oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost. V odbor oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, volijo svoje predstavnike zavarovanci neposredno.

Število članov sveta določi skupščina skupnosti glede na število zavarovancev v občini.

Število članov odbora zavarovancev določita sporazumno delavski svet in sindikalna organizacija delovne skupnosti.

197. člen

Sveti in odbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanjih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
 2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti: pravilnikih, programih, sklepih itd.;
 3. obravnavajo letno poročilo organov skupnosti;
 4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.
- Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov in odborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

198. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnike, 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 posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah;
2. na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah;
3. z dostavo osnutka akta delovni organizaciji;
4. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenj in predlogov;
5. z anketiranjem zavarovancev.

199. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o razdružitvi, skupnosti oziroma o izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

Referendum o razdružitvi in izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

200. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem — listki, kjer se na vprašanja odgovori z »da« ali »proti«.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot polovica vseh zavarovancev skupnosti.

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

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji, drugimi organizacijami ter drugimi osebami

201. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in z družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva, pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelu družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko 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 izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

202. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi osebami o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa skupščina ali izvršilni odbor po smernicah in pooblastilu skupščine, če je bil za to pooblaščen.

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 ter pogoji in način njegovega uveljavljanja.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali združenjem ter drugimi osebami v zvezi z izvajanjem sklenjenih pogodb, se rešujejo na način in po postopku, ki se določi v pogodbi.

203. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in drugimi osebami praviloma za eno leto, kolikor ni izrecno določeno v pogodbi daljše obdobje.

Ce se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predloži sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji, ki deluje na način in po postopku, ki je določen z zakonom o zdravstvu.

204. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko s sporazumom poveri skupnosti opravljanje določenih nalog v zvezi z zagotavljanjem 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 zagotavljanju zdravstvenega varstva in pri opravljanju teh nalog.

Sporazum se sklepa najmanj za eno leto ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, pod katerimi lahko vsaka pogodbená 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.

Osmi del

STROKOVNA, FINANČNA
IN ADMINISTRATIVNA SLUŽBA

205. člen

Strokovne, finančne in administrativne naloge, v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja po zakonu in tem statutu opravlja v imenu in na račun skupnosti Komunalni zavod za socialno zavarovanje Novo mesto (v nadaljnjem besedilu »zavod«).

Prvostopne odločbe podpisuje direktor zavoda.

206. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom.

S sporazumom iz 1. odstavka tega 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. način izvrševanja nadzora nad opravljenim delom in
5. druga medsebojna razmerja.

207. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 206. člena je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

Deveti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

208. člen

Skupščina skupnosti je dolžna izpeljati volitve po tem statutu do 30. junija 1971.

209. člen

Določbe petega dela tega statuta glede zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno po-

klicno dejavnost prenehajo veljati, če bi se ustanovila samostojna skupnost zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

210. člen

Zavezanci prispevka morajo plačevati svoje prispevke od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po uveljavitvi tega statuta, po dosedanjih predpisih, če se plačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970. Ta vplačila se opravijo v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

211. člen

Če se za leto 1971 ne bo pravočasno dosegel družbeni dogovor o temeljnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo zavezanci prispevka plačevati do sprejetja dogovora akontacije prispevka v višini 7 odstotkov na kosmate osebne dohodke.

212. člen

Dokler ne bodo določene indikacije za zdravljenje v zdraviliščih, se bodo uporabljale indikacije in kontraindikacije, ki jih je določil zavod SRS za zdravstveno varstvo.

213. člen

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

Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah zakona, 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 z zakonom, tem statutom in s splošnimi akti te skupnosti.

Za zavarovančeve otroke iz 35. člena, ki ob začetku uporabe tega statuta niso zaposleni ali v učenem razmerju, začne teči rok 60 dni, ki je določen za prijavo zavodu za zaposlovanje s 1. 1. 1971.

214. člen

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

215. člen

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 določenih v tem statutu za priznanje lastnosti zavarovanca ali družinskega člana.

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 zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvenih izkaznic, izdanih tem osebam.

216. člen

O pritožbah zavarovanih oseb glede pravic iz zdravstvenega zavarovanja, vloženih in nerešenih do 31. 12. 1970 odloča na drugi stopnji komisija za reševanje pritožb zavarovanih oseb, določena v tem statutu.

217. člen

Glede zdravstvenega varstva in financiranja zdravstvenega varstva družinskih članov, katerih hranilec je v obvezni vojaški službi, nekaterih kategorij žrtev fašističnega nasilja, civilnih žrtev vojne, žrtev vojnega materiala in njihovih družinskih članov ter borcev za severno mejo v letih 1918 in 1919 ostanejo še naprej v veljavi:

1. zakon o pomoči družinskim članom, katerih hranilec je v obvezni vojaški službi (Uradni list SRS, št. 42/66),

2. zakon o varstvu nekaterih kategorij žrtev fašističnega nasilja, civilnih žrtev vojne, žrtev vojnega materiala in njihovih družinskih članov (Uradni list SRS, št. 37/68),

3. zakon o borcih za severno mejo v letu 1918 in 1919 (Uradni list SRS, št. 37/68).

Namesto predpisov, na katere se sklicujejo v prejšnjem odstavku omenjeni zakoni in ki po zakonu prenehajo veljati, veljajo ustrezne določbe zakona in tega statuta.

218. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

1. statut Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto (stopil v veljavo 1. 7. 1966);

2. poslovnik skupščine Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto (stopil v veljavo 1. 7. 1966);

3. pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva (Ur. list SRS 8/68);

4. sklep o določitvi stopnje osnovnega prispevka za zdravstveno zavarovanje (Ur. list SRS, št. 44/69);

5. sklep o stopnjah dodatnega prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo zavarovanci od dopolnilnih dohodkov (Ur. list SRS, št. 44/69);

6. sklep o določitvi stopenj dodatnega prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije (Ur. list SRS, št. 44/69);

7. sklep o prispevku k stroškom za izdano zdravila (Ur. list SRS, št. 64/69);

8. sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom nekaterih zdravstvenih storitev in k stroškom za zobno tehnično pomoč in zobna protetična sredstva za ortopedske čevlje in posamezne druge vrste ortopedskih in drugih pripomočkov, sanitarnih priprav in sanitetnega materiala (Ur. list SRS, št. 42/67 in št. 44/69);

9. sklep o zneskih pogrebnin (Ur. list SRS, št. 44/69);

10. sklep o povračilu stroškov za prehrano in nastanitev zavarovanih oseb med potjo in bivanjem v drugem kraju (Ur. list SRS, št. 44/69);

11. sklep o višini zneska podpore za opremo otroka št. 401-12/64-03 z dne 24. 12. 1964 in sklep o spremembah sklepa (Skupščinski Dolenjski list, št. 6/67);

12. sklep o višini nadomestila osebnega dohodka ob zadržanosti od dela (Skupščinski Dolenjski list, št. 1/68);

13. sklep o oprostitvi ali zmanjšanju obveznega prispevka k stroškom za proteze, ortopedske in druge pripomočke in priprave v letu 1967 (Skupščinski Dolenjski list, št. 14/67).

219. člen

Ta statut začne veljati 8. dan po objavi v Uradnem listu SRS in se začne uporabljati s 1. I. 1971.

Št. 011-5/70

Novo mesto, dne 8. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

502.

Na podlagi 126. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 155. ter 184. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

PRAVILNIK

o postopkih pri uveljavljanju pravic

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik določa pogoje in način uveljavljanja posameznih pravic iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih zagotavlja zavarovanim osebam skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (v nadaljnjem besedilu: »skupnost«) po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zakon«) in po statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: »statut«) v breme skupnosti.

Določbe tega pravilnika veljajo tudi za osebe, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo in za druge upravičence do zdravstvenega varstva v breme posebnih sredstev, kolikor ne bi bilo za osebe iz 46. člena zakona s sporazumom drugače določeno.

2. člen

Zavarovane osebe in drugi upravičenci do zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zavarovane osebe«) uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja z zdravstveno izkaznico ali drugo listino, predpisano s posebnim pravilnikom.

Nujna zdravstvena pomoč (prva pomoč) se sme uveljaviti tudi brez zdravstvene izkaznice oziroma druge listine in se zanjo vnaprej ne sme zahtevati plačila.

Kdor uveljavlja zdravstveno varstvo brez ustreznih listin, mora sam založiti stroške. Povračilo tako nastalih stroškov uveljavlja zavarovana oseba po postopku, določenem s tem pravilnikom.

3. člen

Skupnost je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, če je to uveljavljeno na način, ki ga določajo zakon, statut, ta pravilnik in drugi splošni akti skupnosti. Zavarovana oseba pa je dolžna v primerih, ki jih določa statut in drugi splošni akti skupnosti, prispevati k stroškom zanje.

4. člen

O vseh spornih zadevah, ki nastanejo pri izvajanju tega pravilnika, odloča na prvi stopnji organ, ki ga določa statut, pri čemer mora glede na značaj spora, upoštevati tudi strokovna zdravniška mnenja.

5. člen

Ta pravilnik vsebuje določbe o:

- načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva pri zdravnikih oz. zdravstvenih delovnih organizacijah;
- sodelovanju zdravnikov in komisij v postopkih pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja;
- uveljavljanje povračil potnih stroškov;
- postopku pri povračilu stroškov zdravstvenega varstva.

II. NAČIN UVELJAVLJANJA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA PRI ZDRAVNIKI OZIROMA ZDRAVSTVENIH DELOVNIH ORGANIZACIJAH

1. Uveljavljanje osnovnega zdravstvenega varstva

6. člen

Osnovno zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe v breme skupnosti v enotah zdravstvenega doma, ki po svojih nalogah lahko daje ustrezno zdravstveno pomoč (splošne ambulate, obratne ambulate, zobne ambulate, dispanzerji, posvetovalnice itd.). V enotah si zbirajo zdravnik (izbrani zdravnik).

Izbrani zdravnik opravlja osnovno zdravstveno varstvo v obsegu in na način, ki je določen v zakonu, statutu, pravilnikih, v zakonitih predpisih o zdravstveni službi in zdravstvenem varstvu ter v statutu oz. pravilniku zdravstvenega doma, v katerem dela. Izbrani zdravnik pa mora napotiti zavarovano osebo k drugemu zdravniku oz. v drugo zdravstveno delovno organizacijo, kadar v okviru svoje dejavnosti ne more nuditi ustreznega zdravstvenega varstva.

7. člen

Zavarovana oseba je glede na svoje zdravstveno stanje upravičena zahtevati zdravniški obisk na domu v primeru nujnosti in kadar ni zmožna sama priti v zdravstveno delovno organizacijo.

Hišni zdravniški obisk mora naročiti pri pristojni zdravniški službi oz. pri zdravniku najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki opravlja obiske zdravnikov na domu.

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben.

8. člen

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

Izbrani zdravnik, ki pošilja zavarovano ali drugo osebo z napotnico k zdravniku specialistu, mu mora na njegovo zahtevo poslati ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki jo ima zbrano, in ki je za zaprosen pregled potrebna.

9. člen

Če zavarovana oseba izbere drugega zdravnika, mora prejšnji poslati, na zahtevo noveizbranega zdrav-

nika, vso potrebno dokumentacijo, ki se nanaša na to osebo.

2. Uveljavljanje ambulantnega specialističnega zdravstvenega varstva

10. člen

Ambulantno specialistično zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe bodisi v specialističnih ambulantah bolnišnice bodisi v specialističnih ambulantah drugih zdravstvenih delovnih organizacij z napotnico, ki jo izda izbrani zdravnik, potem ko je ugotovil, da je specialistični pregled ali ambulantno specialistično zdravljenje potrebno. Ambulantno specialistično zdravstveno varstvo se lahko uveljavi tudi na podlagi napotnice, ki jo izda zdravnik specialist, h kateremu je bila zavarovana oseba poslana, če je ugotovil, da je pregled oz. zdravljenje potrebno pri drugemu ustreznemu specialistu, pa tudi po naročilu njega samega.

Napotnica ni potrebna za ponovne preglede pri istem specialistu, če ta sam naroči zavarovano osebo zaradi nadaljnega zdravljenja oz. če jo pošlje k njemu izbrani zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen.

Ambulantno specialistično zdravstveno varstvo lahko zavarovane osebe uveljavijo brez napotnice pri naslednjih zdravniških specialistih: ginekologu, pediatru, venerologu, okulistu zaradi predpisa očal ter pri zobnih terapevtih (z izjemo ortodonta) in pri zdravnikih v dispanzerjih ter enotah, ki delajo na dispanzerski način.

11. člen

Napotnica se izda na predpisanem obrazcu, na katerem morajo biti dani vsi predvideni podatki, zlasti pa še diagnoza bolezni in dotedanja terapija.

Napotnica velja 30 dni od dne, ko je bila izdana.

12. člen

Zdravnik specialist opravi tiste preglede in preiskave, za katere je zaprosen, pa tudi tiste, za katere meni, da so nujno potrebni.

Zdravnik specialist mora po vsakem pregledu, ki ga je opravil, obvestiti zdravnika, ki je izdal napotnico za pregled o izvidih in o načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu mora poslati dokumentacijo.

3. Uveljavljanje bolnišničnega zdravstvenega varstva

13. člen

Bolnišnično zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe v splošnih, specialnih in v kliničnih bolnišnicah na podlagi napotnice izbranega zdravnika ali zdravnika specialista, ko je ugotovil, da je tako zdravljenje potrebno.

V primeru nujne zdravniške pomoči ni potrebno imeti napotnice. Ocenio nujnosti poda zdravnik bolnišnice in izda napotnico po uradni dolžnosti.

14. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo bolnišnično zdravljenje praviloma v splošnih bolnišnicah. V specialnih in kliničnih bolnišnicah uveljavljajo zdravljenje praviloma le, kadar ga splošne bolnišnice ne morejo dati.

Napotnico za zdravljenje v specialnih in kliničnih bolnišnicah izda zavarovani osebi izbrani zdravnik ali zdravnik specialist potem, ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz 1. odst. tega člena. Splošne bolnišnice smejo same izdati napotnice, določene v prejšnjem odstavku.

Napotnice za zdravljenje v zavodu za medicinsko rehabilitacijo — zdravilišče Laško in v zavodu za srčne in revmatične rekonvalescente za mladino Šentvid pri Stični lahko izdajo le ustrezni oddelki bolnišnic (splošnih, specialnih, kliničnih), kjer je bila oseba nazadnje v oskrbi, sicer pa ustrezni oddelek Splošne bolnišnice Novo mesto.

15. člen

Napotnica za bolnišnično zdravljenje velja 60 dni od dneva, ko je bila izdana.

16. člen

Če zavarovana oseba ni bila sprejeta na zdravljenje v bolnišnico, je upravičena zahtevati, da se na napotnici navede razlog odklonitve sprejema. Kolikor je bila odklonjena zaradi pomanjkanja prostora, lahko zahteva, da se na napotnici navede tudi, kdaj bo sprejem mogoč oz. kdaj bo zagotovljeno prosto mesto.

Oseba, ki ni bila sprejeta v bolnišnico, mora to takoj sporočiti zdravniku, ki jo je napotil v bolnišnico.

4. Uveljavljanje zdravstvenega varstva naravnih zdravilišč

17. člen

Zdraviliško zdravljenje se lahko uveljavlja le v zdraviliščih, ki so organizirana v skladu z zakonom, to je, da imajo svojo bolnišnično, lekarniško in laboratorijsko službo ter medicinsko rehabilitacijo.

18. člen

Zdravljenje v zdraviliščih odreja pod pogoji, ki so določeni v statutu zdravniške komisije na predlog izbranega zdravnika ali zdravnika specialista, ki dela v ambulantni ali bolnišnici.

Predlagatelj mora predlogu za tako zdravljenje vselej priložiti potrebno in novejšo medicinsko gradivo, iz katerega bo razvidna utemeljenost predloga.

Če zavarovana oseba zahteva zdravljenje v zdravilišču pri skupnosti, ji mora izbrani zdravnik na njeno zahtevo poslati celotno medicinsko gradivo zaradi presoje zahtevka po zdravniški komisiji.

19. člen

Za zdravljenje v zdravilišču izda zdravniška komisija napotnico. Napotnica velja 90 dni od dneva, ko je bila izdana.

Če je bilo zavarovani osebi odobreno zdravljenje v zdravilišču, mora zdravniška komisija sama poslati napotnico tistemu zdravilišču, v katerem ji je zdravljenje odobreno.

20. člen

Zdravniška komisija mora o svoji odločitvi obvestiti zavarovano osebo neposredno po odločitvi ali pismeno, če pri delu komisije ni bila navzoča; mora pa tudi obvestiti zdravnika, ki je dal predlog; za za-

varovanja delavca pa še zdravnika, ki je pooblaščen odločati o zadržanosti od dela, če ta ni istočasno predlagatelj.

21. člen

Zdravljenje v zdravilišču je mogoče urediti praviloma največ za 21. dni. Čas zdravljenja se lahko podaljša z odobritvijo zdravniške komisije, če je bilo do sedanjega zdravljenja uspešno in če se utemeljeno pričakuje nadaljnje izboljšanje zdravstvenega stanja oz. ozdravitev.

Podaljšanje zdravljenja lahko pismeno predlaga le zdravnik zdravilišča, ki osebo zdravi, v katerem mora utemeljiti predlog za podaljšanje s podatki o do sedanjem zdravljenju in perspektivi nadaljnjega zdravljenja ter čas, ki ga predlaga za podaljšanje. Podaljšano zdravljenje praviloma ne more trajati več kot 7 dni.

Zdravnik zdravilišča mora predlog o podaljšanju poslati zdravniški komisiji, tako da ga je mogoče komisiji predložiti v presojo najkasneje 3 dni pred iztekom roka že odobrenega zdravljenja.

Če zdravniška komisija predlog osvoji, mora izdati dodatno napotnico, sicer pa mora predlagatelja pismeno obvestiti, zakaj predloga ni osvojila.

22. člen

Zavarovana oseba nastopi zdravljenje v zdravilišču, ko prejme od zdravilišča obvestilo o nastopu zdravljenja. O obvestilu zdravilišča mora zavarovana oseba obvestiti zdravnika, ki je predlagal zdravljenje, zavarovane delavce pa še zdravnika, ki je pooblaščen odločati o zadržanosti, če ta ni istočasno zdravnik predlagatelj.

Če zavarovana oseba ne more nastopiti zdravljenja v roku, ki ga je določilo zdravilišče, mora sporočiti zdravilišču zadržek vsaj 3 dni pred določenim rokom; s tem pa mora seznaniti tudi zdravnika, ki je predlagal zdravljenje.

5. Uveljavljanje nekaterih drugih oblik zdravstvenega varstva

23. člen

Pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav, do očesnih in do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora (v nadaljnjem besedilu: pripomočki), njih popravila in zamenjave uveljavljajo zavarovane osebe po ustreznih pravilnikih skupnosti in s potrdilom, določenih s posebnim splošnim aktom.

Potrdilo velja 90 dni od dne, ko je bilo izdano.

Zavarovana oseba predloži potrdilo službi oz. organizaciji, ki za skupnost opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve (v nadaljnjem besedilu: služba), da potrdi upravičenost nabave, zamenjave ali popravila pripomočka. Služba evidentira odobren pripomoček, njegovo zamenjavo ali popravilo v zdravstveno izkaznico, kolikor s pogodbo z dobaviteljem ni dogovorjeno, da to opravlja dobavitelj.

24. člen

Zavarovana oseba mora ob prevzemu preizkusiti, ali ji pripomoček ustreza. Če ima pripombe glede ustreznosti pripomočka ali če ugotovi, da ima pripomoček očitno hibo, odkloni sprejem pripomočka in to sporoči službi.

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

25. člen

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

26. člen

Kolikor v tem pravilniku ali v drugih splošnih aktih skupnosti ni glede načina uveljavljanja pravic drugače določeno, se uporabljajo določbe pogodbe, ki jo je z dobaviteljem pripomočka sklenil ustrezen organ skupnosti.

27. člen

Ce uveljavlja zavarovana oseba pravico do zobno-protetične pomoči in zobno protetičnih sredstev v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je skupnost sklenila pogodbo, ugotavlja predpisane indikacije, dobo predhodnega zavarovanja in iztek trajnostne dobe že danih protetičnih sredstev, praviloma zobni terapevt samostojno.

V drugih primerih ali pa če zobni terapevt iz 1. odst. ne razpolaga s podatki o predhodni dobi zavarovanja ali dobi trajanja pripomočka, vroči zavarovani osebi potrdilo o potrebi zobotehničnih del, da si prekrbi pri službi skupnosti dovoljenje za zobotehnična dela. Potrdilo o potrebi zobotehničnih del je predpisano s posebnim splošnim aktom. Potrdilo velja 90 dni od dne, ko je bilo izdano.

Zobni terapevt iz 1. odst. je dolžan poskrbeti, da se dana zobotehnična pomoč oz. zobno protetično sredstvo vpiše v zdravstveno izkaznico.

28. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko organizira občasne kontrole nad izvajanjem zobozdravstvenega varstva, zlasti glede pravilno izdelanih zobotehničnih sredstev. Kontrolo opravi posebna strokovna komisija, ki jo za vsak posamezni primer imenuje izvršilni odbor.

Zaradi izvedbe kontrole se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri tej komisiji.

29. člen

Pravico do zobno protetične pomoči in protetičnih sredstev uveljavljajo zavarovane osebe po posebnem pravilniku in po pogodbi, ki jo je skupnost sklenila z ustreznim zdravstvenim delovno organizacijo.

6. Zaščita zavarovanih oseb pri uveljavljanju zdravstvenega varstva

30. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva morajo biti zavarovanim osebam zagotovljene vse njegove oblike po sodobnih zdravstvenih metodah in s sodobnimi sredstvi.

31. člen

Vsakdo ima pravico, da ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja pri zdravniku oz. v zdrav-

stveni delovni organizaciji. Zavarovana oseba lahko ugovarja pri zdravstveni delovni organizaciji ali pri skupnosti.

Ce je ugovor vložen pri skupnosti, mora služba takoj ukreniti vse potrebno, da se spor reši v najkrajšem času. Pri tem lahko:

1. opozori organ zdravstvene delovne organizacije, ki je po njenem statutu pooblaščen odločati o ugovorih, da reši v svoji pristojnosti in o tem obvesti skupnost, ali pa

2. predloži ugovor v presojo zdravniški komisiji, da o njem izda svoje mnenje.

Ugovor, ki je vložen pri skupnosti, je mogoče reševati v zdravstveni delovni organizaciji (prva točka prejšnjega odst.) le, če s tem soglašajo zavarovana oseba.

Zoper mnenje zdravniške komisije iz 2. točke 2. odst. lahko zavarovana oseba ugovarja na komisijo zdravniških izvedencev.

32. člen

O ugovorih iz prejšnjega člena se ne izdajajo odločbe, razen če zavarovana oseba to zahteva.

III. SODELOVANJE ZDRAVNIKOV IN KOMISIJ V POSTOPKIH PRI UVELJAVLJANJU PRAVIC IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

33. člen

V postopkih pri uveljavljanju pravic sodelujejo posamezni zdravnik, zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev.

34. člen

Posamezni zdravnik je zdravnik, ki ga izbere zavarovana oseba za nudenje zdravstvenega varstva. Praviloma je to zdravnik splošne prakse v zdravstveni delovni organizaciji, lahko pa so to tudi zdravniki specialisti, predvideni v 10. členu tega pravilnika.

35. člen

Posamezni zdravnik opravlja poleg drugega dela za varstvo in zboljšanje zdravja zavarovanih oseb tudi še naslednje, kolikor ni za to pristojna zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev oz. kakšen drug strokovni organ:

1. presoja bolezni, določa način zdravljenja in opravlja potrebna zdravljenja, predpisuje zdravila, protetična sredstva, proteze in druge pripomočke, spremlja potek zdravljenja, pošilja bolnike na zdravljenje in medicinske preiskave ali na presoje invalidnosti, kolikor niso po tem ali drugih pravilnikih za to pristojne zdravniške komisije ali komisije zdravniških izvedencev ali ustrezne organizacije oziroma organi;

2. presoja delovno zmožnost zavarovancev in odreja skrajšan delovni čas med zdravljenjem;

3. presoja nosečnost zavarovank v zvezi s poročniškim dopustom;

4. ugotavlja, ali je bolniku na poti potreben spremljevalec;

5. ugotavlja, ali je zavarovancu potreben izreden dopust, da bi mogel negovati obolelega ožjega družinskega člana;

6. odreja izolacijo zavarovanih oseb, če je nevarnost nalezljive bolezni;

7. daje mnenje o tem, ali si je zavarovanec nalašč povzročil delovno nezmožnost, oziroma ali je namenoma preprečeval ozdravljenje;

8. odreja uporabo prevoznih sredstev, ki so glede na zdravstveno stanje bolnika potrebna za prevoz;

9. opravlja preglede in medicinske preiskave, da se prepriča o zdravstvenem stanju in ugotovi zdravstveno zmožnost za delo na posameznem delovnem mestu;

10. vodi predpisane evidence o zdravljenju in splošnem zdravstvenem stanju zavarovanih oseb.

36. člen

V primerih, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti, odreja zadržanost od dela zdravnik zdravstvenega doma, s katerim je delovna organizacija sklenila pogodbo o izvajanju zdravstvenega varstva za svoje delavce, sicer pa zdravnik, ki je krajevno najbližji delovnemu mestu oz. prebivališču zavarovanca.

V dispanzerjih za žene, v kraju bivališča ali zaposlitve zavarovanke — delavke, ugotavljajo začasno nezmožnost za delo v zvezi z ženskimi boleznimi tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. Zdravnik v dispanzerju za žene ima tudi pravico določiti porodniški dopust. V protituberkuloznih dispanzerjih lahko ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti — ftiziologi v zvezi s tuberkuloznimi obolenji.

37. člen

Posamezni zdravnik, ki je pri zavarovancu ugotovil začasno nezmožnost za delo zaradi bolezni ali poškodbe, mora po 30 dneh nepretrganega bolezenskega dopusta, najkasneje v 3 dneh po izteku tega roka, napotiti zavarovanca na pregled k pristojni zdravniški komisiji, razen če se ta zdravi v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

Zdravnik je dolžan upoštevati mnenje zdravniške komisije. Če se je zdravstveno stanje zavarovanca, ki ga je zdravniška komisija ocenila za sposobnega za delo, poslabšalo zaradi istega obolenja, lahko kljub takemu mnenju zdravniške komisije odredi nezmožnost za delo, vendar mora v treh dneh napotiti zavarovanca na ponovni pregled pred zdravniško komisijo.

Če je zavarovanec nepokreten ali če tudi sicer ni sposoben za potovanje, ali če je glede na značaj diagnoze obolenja oz. poškodbe očitno nesposoben za delo, je dovolj, da pošlje zdravniški komisiji njegovo medicinsko gradivo. Zdravniška komisija pa tudi v teh primerih lahko zahteva osebni pregled zavarovanca.

Mnenje zdravnika o zavarovančevi delanezmožnosti iz tega člena je obvezno vse dotlej, dokler ne da zdravniška komisija svojega mnenja.

Če traja zadržanost zaradičasne nezmožnosti za delo daljši čas, je treba delavca najkasneje po dveh letih nepretrgane zadržanosti poslati k pristojni invalidski komisiji, da oceni njegovo delanezmožnost in invalidnost.

38. člen

Če po pogodbi z delovno organizacijo iz 1. odst. 36. čl. tega pravilnika zdravnik ni pooblaščen odrediti zadržanosti od dela v breme delovne organizacije, je tudi ne more odrediti v breme skupnosti.

39. člen

Služba skupnosti lahko v primerih, ko trpi nadomestilo osebnega dohodka skupnost, delovna ali druga organizacija, delodajalec pa v primerih, ko se nadomestilo izplačuje v njihovo breme, zahtevajo, naj za-

varovanca, čigar zadržanost od dela je odredil posamezni zdravnik, pregleda zdravniška komisija in znova presodi opravičenost do zadržanosti od dela. Delovne in druge organizacije ter delodajalci pa lahko predlagajo službi skupnosti, da se ponovno oceni zadržanost od dela, tudi takrat, ko se nadomestilo osebnega dohodka izplačuje v breme skupnosti.

40. člen

Zdravniška komisija je strokovni organ skupnosti, ki daje mnenja v primerih, predvidenih v zakonu, statutu in drugih splošnih aktih skupnosti ter drugih predpisih.

Zdravniška komisija opravlja zlasti tele zadeve:

1. presoja delovno zmožnost zavarovancev na bolezenskem dopustu po 30 dneh odsotnosti z dela;

2. daje mnenje v zvezi z ugovorom, ki ga je vložila zavarovana oseba zoper mnenje posameznega zdravnika;

3. daje mnenje o ugovoru ali zahtevku za revizijo delovne organizacije, delodajalca ali skupnosti zoper odredbo posameznega zdravnika gledečasne zadržanosti od dela;

4. daje mnenje o potrebi zdravljenja v naravnih zdraviliščih;

5. daje mnenje o potrebi podaljšanja nege nad 15 dni za otroke do 3 let starosti;

6. presoja upravičenost zahteve za novimi zobnimi in drugimi protezami, ortopedskimi in drugimi pripomočki in sanitarnimi napravami pred pretekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje in presoja opravičenost do novega zobnega protetičnega sredstva, za katerega ni določen rok trajanja;

7. daje mnenje o potrebi določenega pripomočka, če se ta lahko dodeljuje samo v zvezi z delom oz. poklicem zavarovane osebe (delovna indikacija);

8. daje vsa mnenja glede zagotavljanja zdravstvenega varstva v tujini, razen za primer, ko je po statutu za to pristojen strokovni kolegij ustrezne klinike in če ni s konvencijami drugače določeno;

9. presoja, ali je za zavarovano osebo, ki se zdravi v tujini potreben pri vrnitvi v domovino poseben prevoz.

41. člen

Komisija zdravniških izvedencev:

1. daje mnenje glede ugovora zavarovane osebe na mnenje zdravniške komisije iz 40. čl. tega pravilnika, razen 2. in 3. točke;

2. preizkuša ob reviziji pravilnost mnenja, ki ga je kot dokončnega dala zdravniška komisija in daje svoje mnenje o njem.

Preizkus mnenja zdravniške komisije lahko skupnost za posamezen primer prepusti tudi določeni zdravstveni delovni organizaciji, ki ima v takem primeru kompetence komisije zdravniških izvedencev.

42. člen

Zdravniško komisijo sestavljajo najmanj 3 zdravniki, od tega en kirurg in en internist in 3 namestniki. Med namestnike mora biti imenovan tudi pediater, ki mora vselej sodelovati v delu komisije, kadar se odloča o zdraviliškem zdravljenju otrok.

Predsednika in člane zdravniške komisije ter njihove namestnike imenuje izvršilni odbor skupščine izmed zdravnikov, ki imajo najmanj 5 let prakse pri presojanju delanezmožnosti zavarovancev. Zdravniška

komisija se imenuje praviloma za območje skupnosti, lahko pa imenuje izvršilni odbor tudi več zdravniških komisij za posamezne naloge ali za posamezna območja.

43. člen

Komisijo zdravniških izvedencev sestavljajo trije zdravniki, od tega en kirurg in en internist in 3 namestniki. Predsednika, člane in namestnike imenuje izvršilni odbor skupščine izmed zdravnikov, ki imajo najmanj 10 let izkušenj v zdravstvenem varstvu zavarovanih oseb, od tega najmanj 5 let prakse v presojanju delovne zmožnosti zavarovancev.

44. člen

Zdravnik, ki je kot zdravnik posameznik zdravil zavarovanca, ne more biti član zdravniške komisije oz. komisije zdravniških izvedencev, ki obravnava njegovo mnenje o njem.

45. člen

Izvide in mnenja morejo dajati zdravniške komisije in komisije zdravniških izvedencev samo, kadar so v polni sestavi. Izvid in mnenje morajo podpisati vsi člani komisije.

Izvide in mnenja dajejo komisije z večino glasov. Član komisije lahko da svoje posebno mnenje, vendar ga mora pisмено obrazložiti.

Skupnost mora dati komisijam za opravljanje njihovega dela potrebne strokovne in administrativne delavce, prostore in pisarniški material.

46. člen

Zdravniška komisija presoja delovno zmožnost zavarovanih oseb oziroma daje mnenje o njihovem zdravstvenem stanju na podlagi medicinske dokumentacije in osebnega pregleda zavarovane osebe. Osební pregled lahko odpade v primerih, predvidenih v 2. odstavku 166. člena statuta.

47. člen

Posamezni zdravnik mora poslati zdravniški komisiji za zavarovano osebo, ki jo napoti na pregled, vse potrebne podatke ali gradivo, ki je bistveno za pregled in presojo. Če zdravniška komisija misli, da medicinska dokumentacija ne zadostuje za pregled in mnenje, mora brez odlašanja urediti dopolnitev medicinske obdelave.

48. člen

Komisija zdravniških izvedencev mora pred podanim mnenjem opraviti neposreden zdravniški pregled.

49. člen

Mnenje o delovni zmožnosti zavarovane osebe mora zdravniška komisija oz. komisija zdravniških izvedencev sporočiti zavarovancu takoj po zdravniškem pregledu in ga vpisati v zavarovancevo zdravstveno izkaznico. To mnenje mora zdravniška komisija oz. komisija zdravniških izvedencev sporočiti tudi posameznemu zdravniku, ki je upravičen odločati o nezmožnosti za delo, skupnosti in delovni organizaciji oz. delodajalcu, pri katerem je zavarovanec zaposlen, komisija zdravniških izvedencev pa tudi zdravniški komisiji, ki je podala mnenje, zoper katerega je bil dan ugovor.

50. člen

Zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev morata ugovore takoj vzeti v postopek in dati svoje mnenje.

51. člen

Zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev morata voditi dnevnik dela ter vanj vpisovati izvide in mnenja za zavarovane osebe v posameznih primerih iz svoje pristojnosti.

Obrazce za dnevnik dela ter izvide, mnenja in poročila, določi služba skupnosti.

IV. UVELJAVLJANJE POVRČIL POTNIH STROŠKOV

52. člen

Povračilo potnih stroškov uveljavi zavarovana oseba na podlagi potrdila, ki je predpisano s splošnim aktom, na katerem mora biti potrjeno, da je bila sprejeta na zdravljenje oz. da je bila ambulantno pregledana oz. da je bila odklonjena in zakaj je bila odklonjena.

53. člen

Način prevoza presojaajo:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — zdravnik ambulante, ki je pristojen po prebivališču ali zaposlitvi ali zdravnik bolnišnice, ki je zavarovano osebo sprejel;

2. iz kraja začasnega bivanja v kraj stalnega prebivališča — zdravnik, ki je pristojen po kraju stalnega prebivališča ali zdravnik bolnišnice, iz katere je bila taka oseba odpuščena.

3. iz bolnišnice v drugo bolnišnico ali v kraj stalnega prebivališča — zdravnik bolnišnice, ki je odredil premestitev oz. odpust;

4. iz tujine — zdravniška komisija.

54. člen

Služba skupnosti oz. določene komisije po statutu, morajo same izdati in potrditi potrdilo iz 52. čl., če so zavarovano osebo napotile ali poklicale v kraj izven njenega prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva in če ugotovijo, da ji potni stroški pripadajo.

55. člen

Zavarovana oseba predloži potrdilo iz 52. čl. službi oz. svoji organizaciji, če je z njo dogovorjeno, da zavarovane osebe tam uveljavljajo svoje pravice do denarnih dajatev.

56. člen

Služba obračuna prevozne stroške in stroške nastanitve ter prehrane v skladu s statutom in posebnim sklepom ter jih nakaže upravičencu iz bančnega računa, najpozneje v 15 dneh od prejema.

Stroške prevoza s posebnim prevoznim sredstvom (reševalnim vozilom ali drugim posebnim prevoznim sredstvom) plača skupnost neposredno zdravstveni oz. drugi organizaciji ali zasebniku, ki je opravil prevoz. Pri tem upošteva pogodbo, ki jo je skupnost sklenila z zdravstveno delovno organizacijo oz. sklep skupščine, če se je prevoz opravil z drugim posebnim prevoznim sredstvom ter sklep o obveznem prispevku zavarovanih oseb, če je za to obliko prispevek predpisan.

Prevoznik iz prejšnjega odst. je dolžan znižati račun za obvezni prispevek zavarovane osebe.

V. POSTOPEK PRI POVRAČILIH STROŠKOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

57. člen

Zavarovana oseba, ki uveljavi zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji, ki ni najbližja njenemu delovnemu mestu oz. prebivališču, mora povrniti skupnosti razliko v stroških med ceno v zdravstveni delovni organizaciji, kjer je uveljavila pravico in ceno, določeno s pogodbo, ki jo je skupnost sklenila z ustrežno zdravstveno delovno organizacijo.

Ce zdravstvena delovna organizacija, s katero je skupnost sklenila pogodbo, ne more nuditi potrebnega zdravstvenega varstva, se za izračun razlike po prejšnjem odstavku, upoštevajo cene po pogodbi, ki jo je sklenila skupnost zdravstvenega zavarovanja, na območju katere je ta zdravstvena delovna organizacija.

Za zavarovane osebe, ki se redno šolajo izven stalnega prebivališča, plača skupnost vse stroške zdravstvenega varstva, ki nastanejo, če to uveljavijo pri zdravstveni delovni organizaciji, najbližji njenemu začasnemu prebivališču.

58. člen

Uveljavljeno zdravstveno varstvo plača skupnost v celoti in neposredno zdravstveni delovni organizaciji, ki je storitev opravila. V primerih, da mora zavarovana oseba po določbah statuta in tega pravilnika plačati razliko v stroških, izterja skupnost razliko od zavarovanca, zanj in za njegove zavarovane družinske člane.

59. člen

Razliko iz prejšnjega člena uveljavlja skupnost tako, da pisмено s povratnico zahteva plačilo v roku, primernem glede na višino zahtevka z opozorilom, da se bo plačilo razlike uveljavilo s tožbo pri rednem sodišču, če razlika v danem roku ne bo plačana.

60. člen

V primeru, da zavarovana oseba sama plača stroške zdravstvenega varstva, do katerega ima pravico po zakonu in statutu, ima pravico do povračila.

Ce je bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno v skladu s tem pravilnikom, se ji povrnejo stroški v celoti, sicer pa samo do zneska, ki bi ga skupnost plačala, če bi zdravstveno varstvo uveljavila v skladu s statutom in s tem pravilnikom.

61. člen

Povračilo po prejšnjem členu uveljavi zavarovana oseba na podlagi dokazil o plačanih stroških.

VI. KONČNA DOLOČBA

62. člen

Ta pravilnik začne veljati z dnem objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 190-256/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

503.

Na podlagi 47. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 55. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto sprejela na seji dne 24. decembra 1970

PRAVILNIK

o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil,
ki se predpisujejo zavarovanim osebam

1. člen

Kadar gredo stroški za zdravstveno varstvo na račun sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (v nadaljnjem besedilu: »sklad«), se predpisujejo, izdajajo in zaračunavajo zdravila zavarovanim osebam tako, kot določa ta pravilnik.

2. člen

Zdravila se predpisujejo na obrazcu recepta za zavarovane osebe, v katerega se vpisujejo tile podatki:

1. skupnost zdravstvenega zavarovanja, ki je plačnik izdanega zdravila;
2. oblika zdravstvenega varstva;
3. registrska številka;
4. naziv države, če je zavarovana po konvenciji;
5. priimek in ime zavarovanca;
6. ime družinskega člana; starost bolnika v letih, do dveh let v mesecih;
7. naslov bolnika;
8. vrsta zavarovanja.

Podatki iz prvega odstavka tega člena se vpisujejo v ustrezne rubrike obrazca recepta iz zdravstvene izkaznice zavarovane osebe oziroma iz njenega vložka ali druge ustrezne listine, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe v skladu s posebnim splošnim aktom.

3. člen

Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept podpisati in pritisniti pod podpisom pečat s svojim imenom.

Izročanje podpisanih, blanco receptnih obrazcev drugemu zdravniku ni dovoljeno; za posledice, ki iz tega nastanejo, odgovarjata po splošnih predpisih oba prizadeta zdravnika.

4. člen

Na receptu mora biti tudi pečat zdravstvene delovne organizacije.

S pečati in obrazci za recepte oskrbuje zdravnike zdravstvena delovna organizacija, v kateri delajo, pooblaščen zdravniki pa pristojna služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

5. člen

Recept mora biti napisan čitljivo.

Imena zdravil se smejo skrajševati samo toliko, da se s tem farmacevta ne more spraviti v zmotu.

Na posameznem receptu sme biti predpisano zdravilo samo za eno osebo.

Za sestavni del zdravila se šteje tudi pomožni material, ki je namenjen za uporabo predpisane zdravila (npr. kapalka, steklena paličica, redestilirana voda za raztopino in drugo).

Na hrbtni strani recepta se ne smejo predpisovati zdravila.

6. člen

Zdravnik je dolžan vsako predpisano zdravilo vpisati v zdravstveni karton zavarovane osebe in pri tem navesti skrajšano ime, količino in moč zdravila ter navodilo, dano za uporabo.

7. člen

Na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika ni mogoče predpisovati zavarovanim osebam:

1. zdravil, za katere v smislu zakona o prometu zdravil (Uradni list SFRJ, št. 15/65) ni dano dovoljenje, da smejo biti v prometu v Jugoslaviji (neregistrirana zdravila); izjema velja za tista neregistrirana zdravila, ki jih dobijo bolniki ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na podlagi utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvene delovne organizacije, ki se ukvarja z znanstveno-raziskovalnim delom, če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno;

2. zdravil, za katere je dano dovoljenje, da smejo biti v prometu, vendar samo za uporabo v ustreznih zavodih (Viocin, Cycloserin ipd.);

3. zdravil, katera se lahko uporabljajo samo pod stalnim nadzorstvom zdravnika v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (Bykomycin, Kanamycin ipd.);

4. kemičnih sredstev, ki se uporabljajo za diagnozo (kontrastna sredstva ipd.);

5. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo ali dajejo neposredno pri nujni zdravniški pomoči izven bolnišnice;

6. material, ki se uporablja v zdravstveni delovni organizaciji za obvezovanje ran ali za trdno obvezo; izjemoma pa se sme predpisovati obvezilni material zavarovanim osebam na recepte v primerih nadaljevanega kirurškega zdravljenja na domu, če bolnik ne more sam k zdravniku in če gre za večjo porabo obvezilnega materiala (postoperativna zdravljenja, razpadajoči karcinomi, fistulacije, anus praeter naturalis decubitus itd.); v teh primerih je treba predpisati diagnozo;

7. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo v zdravstvenih delovnih organizacijah s specialnimi napravami (inhalatorji, serosol aparati ipd.);

8. cepiv, serumov in drugih zdravil, pri katerih je nujna zdravnikova kontrola in zanje potrebna neposredna intervencija zdravstvenega delavca;

9. zdravil, ki jih dobivajo zavarovane osebe tisti čas, ko se zdravijo v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

8. člen

Zdravila, ki so našeta v 2. do 9. točki 7. člena tega pravilnika, preskrbuje zdravstvena delovna organizacija razen v 6. točki 7. člena navedene izjeme.

Kadar gre za nujen primer, pa zdravstvena delovna organizacija ne more preskrbeti zdravila iz 8. točke 7. člena tega pravilnika, ga predpiše zdravnik na posebnem obrazcu zdravstvene delovne organizacije. Na takem obrazcu mora biti označeno, da je zdravilo nujno, ker je prejemniku zagotovilo, da ga dobi, poleg tega pa mora biti na njem zapisano, da naroča zdravilo zdravstvena delovna organizacija, in z zdravnikovim podpisom potrjeno, da ga bo plačala zdravstvena delovna organizacija in da ga ni treba prejemniku nič zaračunati.

Vzajemne obveznosti, ki izvirajo iz izvajanja določb tega člena, posebno pa tiste, ki so v zvezi z olajšavami zavarovanim osebam za uporabo zdravil, uredijo natančneje skupnost zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni zavodi z medsebojnimi pogodbami.

9. člen

Na posamezen recept se sme predpisati tolikšna količina zdravila, da glede na bolnikovo stanje in naravo obolenja zadošča do naslednjega napovedanega zdravniškega pregleda. Ta količina:

1. pri akutnih obolenjih ali stanjih praviloma ne sme presegati količine, ki zadošča za 10 dni;

2. pri kroničnih obolenjih ali stanjih, ko gre za stalno uporabo posameznega zdravila, ne sme presegati količine, ki zadošča za en mesec, največ pa za dva meseca (diabetes, tbc, kronični kardiopati, kronične hepatopatie, kronična vnetja, revmatska obolenja, krvna obolenja, nevropsihiatrična obolenja preventivno jemanje penicilina pri streptokoknih infekcijah, trajna terapija z urikozuricnimi sredstvi ipd.).

Če predpiše zdravnik večjo količino zdravila od količine, ki zadošča za 10 dni, mora zapisati v zdravstveni karton zavarovanca osebe na kratko, zakaj je predpisal tolikšno količino zdravila. Na takšen recept mora zdravnik pripisati: »Necesse est«. Klavzula »Necesse est« ne sme biti tiskana in jo mora izpisati zdravnik lastnoročno.

Navodilo za uporabo zdravila mora biti popolno (npr. »3-krat 2 tableti na dan« ipd.). Skupna količina predpisanega zdravila mora biti enaka količini po navodilu in napisana v njegovih enotah. V izjemnih primerih, kadar je količina potrebnega zdravila približno enaka njegovi količini v izvirnem ovitku, sme predpisati toliko zdravila, kolikor ga vsebuje izvirni ovitek (npr.: če je po navodilu za uporabo zdravila potrebno 18 tablet, izvirni ovitek pa vsebuje 20 tablet; ali če je potrebnih 150 g raztopine, izvirni ovitek pa vsebuje 180 g ipd.).

10. člen

Predpisovanju zdravil zavarovanim osebam morajo zdravniki:

1. predpisovati zdravila le s svojega delovnega področja;

2. predpisovati, kadar gre za enakovredna zdravila, cenejše zdravilo;

3. pri predpisovanju antibiotikov označiti diagnozo bolezni ali v posebnih primerih šifro (090-099);

4. pripisati tudi diagnozo pri dietnih preparatih, ki se v smislu zakona štejejo kot zdravila.

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam smejo zdravniki:

1. predpisati zdravilo s toksikomanogenim učinkom le, če je njegova uporaba medicinsko upravičena in nujna;

2. predpisati na receptu eno samo zdravilo, ki vsebuje eno samo sredstvo z narkotičnim učinkom.

Zdravnik ne sme predpisovati sebi in članom svoje družine zdravil s toksikomanogenim učinkom, razen v primerih prve pomoči. Farmacevt mora v nasprotnem primeru odkloniti izdajo zdravila in smatra tak recept kot nepravilen.

11. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravilo na receptu, ki ni pravilno izpolnjen, in sicer:

1. če vsebinsko ni jasan;
2. če je navodilo o uporabi zdravila nepopolno;
3. če manjkajo potrebne oznake;
4. če so predpisane sestavine inkompatibilne;
5. če je pri zdravlilu močnega učinka prekoračena dovoljena doza, ali če ta doza ni izpisana tudi z besedo oziroma ni postavljen klicaj in pripisan podpis zdravnika.

Farmacevt ne sme izdati zdravila s toksikomano-genim učinkom:

1. na popravljen recept ali na recept, čigar enkratna dovoljena količina je prekoračena;
2. če je preteklo več kot 5 dni od dneva, ko je bilo tovrstno zdravilo predpisano.

12. člen

Lekarna obvezno zadrži zaradi evidence recept, predpisan na obrazcu zdravstvenega zavarovanja, čeprav je njegova vrednost izpod zneska zavarovančevega obveznega prispevka.

13. člen

Ob izdaji zdravila, predpisanega na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika, zaračuna lekarna za vsa izdana zdravila znesek, ki je določen v sklepu skupne skupnosti, ki ga morajo plačevati zavarovane osebe k stroškom za izdana zdravila.

Zaračunane zneske iz 1. odstavka tega člena obračunavajo lekarne oziroma zdravstvene delovne organizacije s skupnostjo zdravstvenega zavarovanja tako, kot je to določeno v medsebojnih pogodbah.

14. člen

Ta pravilnik se smiselno uporablja tudi za osebe, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

15. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 5/5-3/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

501.

Na podlagi 68. in 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) ter 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na svoji seji dne 24. decembra 1970

PRAVILNIK

o ugotavljanju osnov ter obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje

1. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik ureja način ugotavljanja osnov ter obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev in drugih oseb, ki so zavarovane pri skupnosti po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) ter oseb, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

2. člen

Zavezanci za prispevke za zdravstveno zavarovanje so: zavarovanci-delavci, ki dobivajo osebni dohodek iz delovnega razmerja; osebe, katerih prejemki so izenačeni z osebnim dohodkom iz delovnega razmerja, osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavezanci.

Zavezanci za prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so državni organi, delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci — za zavarovance, ki so pri njih zaposleni; osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavezanci.

3. člen

Zavezanci za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno varstvo po 66., 82. in 83. členu zakona (v nadaljnjem besedilu: zavezanci) so: družbeno-politične skupnosti, državni organi, delovne in druge organizacije, zasebni delodajalci ter osebe, ki morajo zase same plačevati prispevek.

4. člen

Zavezanci za prispevke plačujejo tele prispevke:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje (66. in 97. člen zakona),
2. prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (69. člen zakona) — za osebe iz 1., 2., 3., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena ter 15., 17. in 18. člena zakona,
3. poseben prispevek za zdravstveno zavarovanje (71. člen zakona),
4. prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz 29. člena zakona (82. člen zakona),
5. prispevek za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena zakona (83. člen zakona).

5. člen

Prispevek iz 1. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz odtegnjenega dela osebnega dohodka delavcev ali prejemka, ki ima značaj osebnega dohodka,
2. zasebni delodajalci za zavarovance, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev,
3. družbeno-politične in druge skupnosti ter organizacije, ki morajo po zakonitih predpisih in sporazumu plačevati oziroma prispevati prispevek za zavarovanje za posamezne kategorije zavarovancev ali oseb iz 44. člena zakona — iz svojih sredstev,

4. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev,
5. drugi zavezanci — ki jih določajo zakoniti predpisi — iz sredstev, določenih v teh predpisih.

6. člen

Prispevek iz 2. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije — iz dohodka,
2. zasebni delodajalci — iz svojih sredstev,
3. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev.

7. člen

Prispevek iz 3. točke tega pravilnika plačujejo:

1. delovne in druge organizacije — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojega dohodka,
2. zasebni delodajalci — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev,
3. osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost — iz svojih sredstev,
4. zavarovanci iz 15. člena zakona — iz svojih sredstev,
5. invalidsko-pokojninski sklad — za uživalce pokojnin, oskrbnin in invalidnin — iz sredstev sklada,
6. drugi zavezanci — iz svojih sredstev.

8. člen

Prispevek iz 4. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. Družbeno-politične skupnosti za osebe iz 1. in 4. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz proračunskih sredstev,
2. organizacije za osebe iz 2., 3., 5. in 6. točke prvega odstavka 29. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 7. do 10. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz svojih sredstev,
4. skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja za osebe iz 11. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz sredstev sklada.

9. člen

Prispevek iz 5. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. zavodi za zaposlovanje delavcev za osebe iz 1. točke 30. člena zakona — iz sredstev skladov skupnosti za zaposlovanje,
2. organizacije za osebe iz 2. točke 30. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 3. do 6. točke 30. člena zakona — iz svojih sredstev.

10. člen

Za zavarovance — tuje državljane iz 3. odstavka 1. člena zakona se uporabljajo določbe iz prejšnjih členov tega pravilnika.

Tuji državljani zaposleni na podlagi mednarodnih pogodb pri tujih organizacijah v Jugoslaviji, ki uživajo diplomatsko imuniteto in tujci, ki prejema osebni dohodek neposredno iz tujine — plačujejo prispevek sami.

Osebe iz prejšnjega odstavka ne plačujejo prispevka po 2. točki 4. člena pravilnika.

Za osebe, ki so zavarovane po zakonu o zdravstvenem varstvu tujcev v Jugoslaviji (Uradni list SFRJ, št. 23-347/67), se uporabljajo določila navedenega zakona.

II. OSNOVE ZA OBRAČUNAVANJE IN PLAČEVANJE PRISPEVKOV

11. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov pri zavarovancih, ki prejema osebni dohodek iz delovnega razmerja pri delovnih in drugih organizacijah je njihov celoten kosmati osebni dohodek, ki so ga dobili za delovne uspehe, dosežene z delom na svojem delovnem mestu, po osnovah in merilih, ki jih je zavezanec določil v splošnem aktu o delitvi osebnih dohodkov delavcev.

Kadar se osebni dohodek ugotavlja skupaj s potnimi stroški, in se uporabljajo skupna merila za isto osnovo (provizija trgovskih potnikov in zavarovalnih agentov in podobno), se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za obračun prispevkov, le tisti del tako ugotovljenega osebnega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Če tako izračunani ostanek celotnega zneska skupaj z osebnim dohodkom, ki ga delavec doseže po drugih osnovah iz splošnega akta delovne organizacije, presega najvišji osebni dohodek v delovni enoti delovne organizacije se vzame za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje znesek, ki je enak najvišjemu osebnemu dohodku v delovni enoti.

V osebni dohodek za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje se všteva tudi dodatek za borca, ki ga po posebnih predpisih dobivajo osebe v delovnem razmerju.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane predstavniških teles in drugih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo, je stalno mesečno povračilo, ki ga prejema za delo.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane obrtnih in ribiških združenj je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v združenju.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila za območje zavoda tistim zavarovancem, ki prejema denarno nadomestilo medčasno brezposelnostjo.

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov določita sporazumno pristojni zavod za zaposlovanje in skupnost.

Za upokojene in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je osnova za obračunavanje prispevka izplačana pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

Za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. in 18. člen zakona), je osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje osnova določena s sklepom skupnosti.

Če določi skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje za zavarovance posameznih kategorij s svojim sklepom stalne zneske prispevkov, se plačujejo za njihovo zdravstveno zavarovanje ti zneski.

12. člen

Osnova za obračun prispevkov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih je čisti osebni dohodek iz delovnega razmerja, ki pa ne sme biti manjši od

prijavljenega osebnega dohodka oziroma od osebnega dohodka, ki ga je za enako ali podobno delo ugotovil oziroma določil pristojni organ občinske skupščine po zakonu o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih. Če je tako ugotovljeni osebni prispevek manjši od minimalnega osebnega dohodka, je osnova za obračun prispevka predpisani minimalni osebni dohodek.

Če je dogovorjeno plačilo v denarju in v naravi, ne sme biti del osebnega dohodka, ki se izplačuje v denarju, manjši od minimalnega osebnega dohodka.

13. člen

Za jugoslovanske državljane — delavce, osebe na strokovnem izpopolnjevanju, v uku ali na praksi v tujini sta osnova in način obračunavanja prispevkov določena s sklepom skupnosti.

Strokovna izobrazba in kvalifikacija oseb iz prvega odstavka se presojata po predpisih, ki veljajo v SR Sloveniji.

14. člen

Če se osebni dohodki in drugi prejemki izjemoma obračunavajo in izplačujejo v čistih zneskih, se prispevek za zdravstveno zavarovanje obračunava in plačuje na stopnjah, preračunanih na čisti osebni dohodek oziroma prejemek. Stopnja se preračunava po naslednji formuli:

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje na čisti osebni dohodek oziroma prejemek	=	Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje $\times 100$
		$100 - (\text{seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja} + \text{seštevek stopenj prispevka za izobraževanje} + \text{stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje} + \text{stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje} + \text{stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo} + \text{stopnja prispevka za otroški dodatek} + \text{stopnja prispevka za zaposlovanje})$

Po formuli iz prvega odstavka tega člena se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi tedaj, kadar osebni dohodek ne vsebuje vseh prispevkov iz osebnega dohodka ali se ti plačujejo po nižji stopnji. Na način, določen v prvem in drugem odstavku tega člena se obračunavajo prispevki za zdravstveno zavarovanje tudi od pavšalnih osnov, če ni v zakonu oziroma v sklepu drugače določeno.

15. člen

Posebni prispevek za zdravstveno zavarovanje se obračunava od osnov, od katerih se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje.

III. OBRAČUNAVANJE PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA ZAVAROVANCE DRUGIH KATEGORIJ

16. člen

Za gospodinjske pomočnice se prispevek obračunava in plačuje po določenih stopnjah od dogovorje-

nega osebnega dohodka iz 12. člena pravilnika, če ni skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev določila zanje stalne osnove.

Jugoslovanski ali tuji državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji ali v pavšalnem znesku, ki ga določi skupnost.

Za osebe na prostovoljni praksi, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol (6. in 7. točka prvega odstavka 14. člena zakona) ter za družinske člane, ki jih morajo posebej zavarovati jugoslovanski državljani zaposleni v tujini (3. in 4. odstavek 15. člena zakona), se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini, ki ga določi skupnost s sklepom.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za neplačane izostanke z dela je osebni dohodek, ki ga je delavec prejel za prejšnji mesec.

Za osebe iz 29. in 30. člena zakona, se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih določi skupnost.

17. člen

Iz osebnega dohodka delavcev in upokojenцев v delovnem razmerju pri enem ali več zavezancih, vendar skupaj manj kot polovico delovnega časa, se plačuje prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo po sklepu skupnosti.

IV. ROKI, KRAJ IN NAČIN PLAČEVANJA PRISPEVKOV

18. člen

Vsi prispevki, ki jih obravnava ta pravilnik, se vplačujejo pri službi družbenega knjigovodstva (v nadaljnjem besedilu: družbeno knjigovodstvo) na žiro račun ali pri blagajni skupnosti.

Če je jugoslovanska delovna organizacija zaposlila pri delu v tujini delavce iz druge jugoslovanske delovne organizacije, je zavezanec za plačevanje prispevka še nadalje delovna organizacija, katere delavci so pritegnjeni k takemu delu.

19. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevek po 74. členu zakona — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja s prvim dnevom izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;

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

20. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev ter zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. člen zakona), ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 % na dan od zneska nevplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

21. člen

Zavezanec, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Ce je v osmih dneh vložen ugovor, skupnost ne more izdati novega naloga, temveč lahko uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

22. člen

Na zahtevo skupnosti mora družbeno knjigovodstvo oziroma banka na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive odločbe sodišča izterjati neplačane prispevke tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Ce prispevkov ni mogoče izterjati na način iz prejšnjega odstavka, 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.

23. člen

Za delavce, ki delajo v tujini v delovnem razmerju z jugoslovanskimi delovnimi organizacijami, morajo le-te plačevati prispevke v valuti, v kateri izplačujejo osebne dohodke; če dobivajo devizna sredstva po posebnih predpisih iz republiške kvote za plačevanje v neblagovnem prometu s tujino, plačujejo prispevke v dinarjih.

Jugoslovanski državljani — ki so stopili v tujini v delovno razmerje (15. člen zakona) in so zavarovani po zakonu o zdravstvenem zavarovanju, plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje v valuti, v kateri prejemajo osebni dohodek po najbližjem korespondentu Narodne banke Jugoslavije v zadevni državi; če tam ni takega korespondenta, pa tako, kot to določi Narodna banka Jugoslavije.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejemajo osebni dohodek, ali v dinarjih.

Prispevek za jugoslovanske državljane, ki so zaposleni pri gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov v tujini, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejemajo sami osebni dohodek.

Prispevki iz tega člena se vplačujejo na žiro račun sklada skupnosti, pri kateri je zavarovana oseba prijavljena v zavarovanje.

24. člen

Zavezanec, ki obračunava prispevke v neto stopnjah, mora pri preračunavanju upoštevati prispevne stopnje iz delovnega razmerja (iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja, za izobraževanje, za neposredno otroško varstvo in otroški dodatek ter za zaposlovanje), ki se všteta v bruto osebni dohodek v občini, kjer ima izplačevalec osebnega dohodka oziroma samostojna organizacija združenega dela v sestavu delovne organizacije svoj sedež.

25. člen

Zavezanec mora prispevke vplačevati ločeno za:

- zdravstveno zavarovanje delavcev,
- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
- zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za učence v gošpodarstvu in učence poklicnih šol,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 29. členu zakona,

- zdravstveno zavarovanje oseb po 30. členu zakona,
- zdravstveno zavarovanje oseb, zaposlenih v tujini,
- posebni prispevek,
- kazenske obresti in stroški.

Zavezanec lahko nakaže vse prispevke za zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo z enim virnanskim nalogom ali položnico, vendar mora specificirati po vrstah prispevkov.

Na prenosnem nalogu ali položnici mora biti označena doba, na katero se nanaša vplačilo prispevka, osnovo, stopnjo in znesek prispevka.

Ce zavezanec za vplačilo prispevka ne izpolni naloga — položnice po določitih tega člena, mu družbeno knjigovodstvo ali pošta zavrne vplačilo po 38. in 60. členu zakona o službi družbenega knjigovodstva.

26. člen

Zavezanec lahko refundira preveč ali napačno vplačane prispevke samo ob pismenem soglasju skupnosti, če ni s predpisi drugače določeno.

V. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

27. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje po tem pravilniku se bodo obračunavali in plačevali od 1. januarja 1971 kot dneva, ko se začne izvajati zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

Izjemoma morajo zavezanci prispevka svoje prispevke plačevati po predpisih in stopnjah za financiranje zdravstvenega zavarovanja delavcev, ki veljajo na dan 31. decembra 1970, 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. Vplačila opravijo zavezanci prispevka v korist pristojne skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

St. 420-67/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

505.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 56. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 8. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za protetična in ortotična sredstva ter

druge pripomočke in priprave (v nadaljnjem besedilu: »pripomočki«), ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

(1) Pripomočke iz tega pravilnika predpisuje zdravnik ustrezne specialnosti — ortoped, kirurg, nevrokirurg, ginekolog ter zdravnik specialist za fizikalno medicino in rehabilitacijo.

(2) Zdravnikov predpis za pripomoček mora vsebovati medicinske in tehnične elemente, ki so potrebni za njegovo izdelavo.

(3) Pripomoček, ki se izdelava po meri, se sme izročiti zavarovani osebi šele, ko se s strokovno kontrolo ugotovi, da je dobre kakovosti in da je uporaben v svoj namen.

3. člen

(1) Protetična sredstva (proteze) so namenjena za funkcionalno in estetsko nadomestitev izgubljenih delov okončin.

(2) Ustrezajočo protezo dobi zavarovana oseba, če ji manjka vsa zgornja ali spodnja okončina ali njen del.

(3) Skupaj s protezo za zgornjo okončino dobi zavarovana oseba funkcionalno kljuko in umetno roko. Poleg umetne roke na protezi dobi nepodložene usnjene rokavice za obe roki ali estetsko rokavico za protezo.

(4) Skupaj s protezo za zgornjo ali spodnjo okončino dobi zavarovana oseba navleko za krn.

4. člen

Ortotična sredstva (ortopedski aparati in stezniki) dobi zavarovana oseba, ki jih potrebuje, da se prepreči ali korigirajo deformacije, kontrolirajo nehoteni gibi in doseže stabilizacija ali razbremenitev okončin ali hrbtenice.

5. člen

Elektronsko protetično in ortotično sredstvo dobi zavarovana oseba le izjemoma, če ji ga odobri izvršilni odbor skupščine skupnosti po predhodno pribavljenem in utemeljenem mnenju strokovnega kolegija Ortopedske klinike v Ljubljani in če se z njim omogoči polna zaposlitev.

6. člen

(1) Ortopedsko obutev dobi zavarovana oseba, če ji je potrebna zato:

1) ker ima več kot 2,5 cm krajšo spodnjo okončino ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska);

2) ker ima zaradi izpaha ali preloma, ali zaradi večjih kostnih izrastkov močno deformiran gleženj ali stopalo — izvzemši deformacijo nožnih palcev (hallux valgus) in če se mora obutev izdelati po mavčevem odlitku;

3) ker ima močnejše dvignjeno stopalo (pes excavatus);

4) ker ima petno stopalo (pes calcaneus);

5) ker ima konjsko stopalo (pes equinus);

6) ker ima navznoter obrnjeno stopalo tipa pes equinovarus ali pes varus adductus, ali pes calcaneo-valgus;

7) ker ima izrazite trofične spremembe z ulcercijami na stopalih;

8) ker ima paralično ali skoraj paralično stopalo (močna pareza);

9) ker ima močno deformirane prste stopal tako, da posamezni prsti jahajo na drugih prstih;

10) ker boleha za elefantaizo;

11) ker ji manjkajo na enem ali na obeh stopalih več kot dva prsta.

(2) Otroci do dopolnjenega 14. leta starosti dobijo ortopedsko obutev tudi, če imajo za 1,5 cm ali več krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska).

(3) Steje se, da je obutev sestavni del pripomočka, če zavarovana oseba:

1. potrebuje ortopedski aparat v zvezi z obutvijo;

2. potrebuje ortopedsko sandalo ali ortotično sredstvo z ortopedsko sandalo;

3. ne nosi ortotičnega sredstva, a ji je amputiran del narta ali petnice.

7. člen

(1) Invalidski voziček dobi zavarovana oseba:

1. če sta ji amputirani obe nogi nad kolonom;

2. če sta ji amputirani obe nogi pod kolonom, proteze pa so iz medicinskih vzrokov kontraindicirane ali jih ni mogoče amplicirati;

3. če ji je amputirana ena noga, pa se ji zaradi progresivne bolezni noge ne more omogočiti hoja s protezo, ker se pričakuje poslabšanje njenega stanja;

4. če ima popolnoma ohromele spodnje okončine in mora kljub aparatom večji del časa prebiti v vozičku;

5. če ima težke deformativne procese velikih sklepov spodnjih okončin in zaradi tega sploh ne more hoditi;

6. če ima hemiplegijo, medicinska rehabilitacija pa ni možna ali medicinsko ni indicirana zaradi drugih medicinskih vzrokov (srčne bolezni itd.).

(2) V primerih iz prvega odstavka tega člena dobi zavarovana oseba v uporabo standardni sobni tip ali kombinirani tip vozička po lastni odločitvi.

(3) Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju ali opravlja dejavnost, na podlagi katere je zavarovana ali je na poklicni rehabilitaciji oziroma habilitaciji, dobi poleg invalidskega vozička sobnega tipa še v uporabo terenski invalidski voziček, na ročni ali nožni pogon.

(4) Zavarovanim osebam iz tretjega odstavka tega člena lahko izvršilni odbor skupščine skupnosti odobri terenski invalidski voziček na motorni pogon.

8. člen

Zavarovana oseba dobi pomožne pripomočke, če so ji potrebni iz medicinskih vzrokov in sicer:

1. aparat za esktenzijo v uporabo pri stanjih po prelomu hrbtenice, pri kompresivnem sindromu hrbtenega mozga in drugih stanjih, če je tak aparat nujen za medicinsko rehabilitacijo doma;

2. kilni pas, če ima inoperabilno umbilikalno, inguinalno ali femoralno kilo;

3. bergli ali berglo, če se ji s tem omogoči hoja in stoja ali je medicinsko indicirana razbremenitev spodnjih okončin.

9. člen

Druge pripomočke in sanitarne priprave dobi zavarovana oseba:

1. umetno dojko, če je bila zavarovani osebi — ženski amputirana dojka;

2. lasuljo, če je pri zavarovani osebi — ženski močnejše izražena trajna plešavost traumatske ali bolezenske geneze;

3. brizgalko za injekcije 2 cm³ z 12 iglami, če boleha za sladkorno boleznijo in je indicirano vbrizgavanje insulina;

4. dve endotrahealni kanili, če je preprezan sapnik;

5. stalni kateter, če ne more prazniti mehurja s prosto drenažo;

6. vrečico za vodo (receptor urina), če ji ni mogoče s sodobnimi zdravilnimi metodami urediti hotene izpraznitve sečnega mehurja;

7. pas za vrečico za blato ali sterilen holaston za tri mesece, če se črevesje prazni skozi umetno odprtino na trebušni strani.

10. člen

(1) Proteze se izdelujejo iz standardnih materialov in sicer ležišča iz plastične mase, lesa ali usnja, sestavni del pa iz plastične mase, lesa, kovine, usnja, klobučevine in gumija.

(2) Ležišča protez se izdelujejo praviloma iz plastične mase, le izjemoma se zaradi stanja krna ležišča izdelujejo iz lesa ali usnja.

(3) Navleka za krn se izdeluje iz materiala, ki ustreza tehničnim in medicinskim pogojem (volna, bombaž ali sintetična vlakna).

(4) Ortotična sredstva se izdelujejo iz standardnih materialov: kovine, plastične mase, usnja, gumija ali iz tkanin.

(5) Ortopedska obutev se izdeluje iz standardnega usnja; njena oblika je odvisna od oblike obremenjenega stopala.

(6) Usnjene rokavice se izdelujejo iz standardnega usnja.

11. člen

Trajnostne dobe pripomočkov so odvisne od starosti, telesne konstitucije in poklica zavarovane osebe ter se določajo po skupinah oseb in sicer:

I. skupina — osebe do dopolnjenega 7. leta starosti;

II. skupina — osebe nad 7 do dopolnjenih 18 let starosti;

III. skupina — osebe, stare nad 18 let;

IV. skupina — osebe posameznih poklicev, pri katerih so zaradi delovnih pogojev in načina dela, telesne konstitucije in konfiguracije terena pripomočki redno izpostavljeni intenzivnejši obrabi (stoja, hoja, prekomerna telesna teža, neraven teren in podobno).

12. člen

Pripomočki morajo glede na skupine iz 11. člena tega pravilnika trajati najmanj:

1. proteza

a) za zgornjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	8 mesecev	8 mesecev
II. skupina	18 mesecev	18 mesecev
III. skupina	48 mesecev	36 mesecev
IV. skupina	36 mesecev	24 mesecev

b) za spodnjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z lesenim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	6 mesecev	6 mesecev	6 mesecev
II. skupina	10 mesecev	10 mesecev	10 mesecev
III. skupina	36 mesecev	24 mesecev	24 mesecev
IV. skupina	30 mesecev	24 mesecev	18 mesecev

2. navleka za krn 2 meseca;

3. estetska rokavica 6 mesecev;

4. nepodložene usnjene rokavice za I. in II. skupino 12 mesecev, za III. in IV. skupino 24 mesecev;

5. ortotična sredstva

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	12 mesecev
III. skupina	24 mesecev
IV. skupina	18 mesecev

6. ortopedska obutev

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	8 mesecev
III. skupina	12 mesecev
IV. skupina	8 mesecev

7. invalidski voziček 60 mesecev;

8. kilni pas

I. skupina	3 mesece
II. skupina	8 mesecev
III. in IV. skupina	12 mesecev

9. bergle

I. skupina	12 mesecev
II. skupina	18 mesecev
III. in IV. skupina	36 mesecev

10. umetna dojka 12 mesecev;

11. lasulja

I. skupina	18 mesecev
II. skupina	24 mesecev
III. in IV. skupina	24 mesecev

12. brizgalka za injekcije 18 mesecev;

13. endotrahealna kanila:

— kovinska 12 mesecev

— gumijasta ali plastična 6 mesecev;

14. stalni kateter 3 mesece;

15. vrečica za vodo 8 mesecev;

16. pas z vrečico za blato 8 mesecev;

17. holostom 100 kosov za 3 mesece.

13. člen

Nove pripomočke dobi po tem pravilniku zavarovana oseba po preteku rokov trajanja iz 12. člena tega pravilnika le, če se dotedanji obrabijo ali funkcionalno več ne ustrezajo ali postanejo zaradi okvare neuporabni, a se ne dajo popraviti oziroma bi bili stroški za njihovo popravilo večji kot cena novih pripomočkov.

14. člen

Pred potekom rokov trajanja pripomočkov iz 11. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov pripomoček oziroma se ji popravi stari, če je postal neuporaben zaradi anatomske ali funkcionalne spremembe organov.

15. člen

(1) Organ, ki je pooblaščen za sklenitev pogodb za skupnost zagotovi zavarovanim osebam izdelavo pripomočkov po meri pri organizacijah:

1. ki izdelujejo oziroma dobavljajo pripomočke v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj enoletno roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

(2) Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred pretekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita organ, ki je pooblaščen za sklenitev pogodb za skupnost in organizacija, ki izdeluje oziroma dobavlja pripomočke, s pogodbo.

16. člen

Vsa protetična in ortotična sredstva, ki so naštetá v tem pravilniku lahko zavarovana oseba na podlagi predpisa iz 2. člena tega pravilnika uvozi iz tujine.

Skupnost povrne zavarovani osebi za uvožen pripomoček stroške v dinarski vrednosti največ do višine cene standardnega pripomočka po tem pravilniku, ki je veljala v času uvoza. Če je tak uvožen pripomoček cenejši, se povrnejo dejanski stroški.

17. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravic.

18. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 190-251/70

Novo mesto, dne 8. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

**Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.**

506.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS št. 26-147/70) in 56. člena Statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 8. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za očesne pripomočke, ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste očesnih pripomočkov:

1. Očala:

- s stekli v dioptrijah,
- z mlečnimi stekli,
- s temnimi stekli brez dioptrij,
- s temnimi stekli v dioptrijah,
- s temnimi stekli iz plastične mase,
- z bifokalnimi stekli,
- s specialnim sistemom leč (teleskopska očala),

— s temnimi stekli brez dioptrij, s stenopeično rezo in ščitniki s strani (očala z luknjico);

2. Kontaktna stekla;

3. Očesne proteze.

3. člen

(1) Očala s stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba za korekcijo ostrine vida na daljavo in bližino pri ametropiji ali prezbiopiji.

(2) Očala z mlečnimi stekli dobi zavarovana oseba, ki ima diplopijo in monokularno afakijo, v primeru anizokorije.

(3) Očala s temnimi stekli brez dioptrij dobi zavarovana oseba v primerih:

1. spačenosti zunanjih delov očesa;

2. kroničnih recidivnih keratokonjunktivitisov;

3. obolenja sprednjega segmenta očesa, zaradi skleritisa, karatitisa, iritisa ali iridociklitisa;

4. obolenja očesnega ozadja ali očesnega živca, zaradi horioditisa, horiofretinitisa, retinitisa, nevrinitisa, nevroretinitisa, atrofije očesnega živca in odstopa mrežnice;

5. po intrakularnih operacijah (mrene, glaukoma, odstranitvi tujka, iz očesa ipd.), če je nastala po operaciji komplikacija — iritis, krvavitev v steklovini očesa ipd.

(4) Očala s temnimi stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba, pri kateri je poleg obolenja iz prvega odstavka tega člena hkrati podano tudi kakšno obolenje, ki je navedeno v tretjem in osmem odstavku tega člena.

(5) Očala s temnimi stekli iz plastične mase dobi zavarovana oseba, ki je slepa.

(6) Očala z bifokalnimi stekli namesto dveh očal s stekli v dioptrijah za korekcijo vida na bližino in daljavo dobi zavarovana oseba pri ametropiji ali prezbiopiji, če je podana zaradi poklica ali vrste dela, ki ga opravlja, potreba po sočasni korekciji ostrine vida na bližino in daljavo;

(7) Očala s specialnim sistemom leč (teleskopska očala) dobi zavarovana oseba z visoko stopnjo slabovidnosti, pri kateri se ostrina vida na obeh očesih ne da izboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in pri kateri se po mnenju očesne klinike z nošenjem takih očal dosega polovica normalne ostrine vida in omogoča opravljanje poklica.

(8) Očala s temnimi stekli brez dioptrij in s ščitniki s strani, s stenopeično rezo ali brez reze, dobi zavarovana oseba v primerih:

1. odstopa mrežnice;

2. krvavitve v steklovini očesa;

3. kroničnega pomladanskega katarja vezenic (Conjunctivitis vernalis).

4. člen

(1) Kontaktna stekla dobi zavarovana oseba v primerih:

1. keratokonusa;

2. monokularne (unilateralne) afakije (Aphakia unilateralis), kadar je leča na drugem očesu prozorna;

3. anizometrije, ki presega 3 dioptrije in potrebe stereoskopskega vida v zvezi s poklicem;

4. ametropij, ki presega 5 dioptrij, kombiniranih z astigmatizmom, ki presega 3 dioptrije, pri katerem se s stekli v dioptrijah ne da doseči ostrina vida, večja kot 0—5 dioptrije;

5. obojestranskih afakij.

(2) Kontaktna stekla dobi v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovana oseba, če očesna klinika ali za to strokovno usposobljen oddelk bolnišnice ugotovi, da zavarovana oseba prenaša taka stekla in ji je uporaba takih stekel nujno potrebna za šolanje ali za opravljanje dela.

5. člen

Očesno protezo dobi zavarovana oseba:

1. polno pri anoftalmusu;
2. luskasto pri delni odstranitvi ali atrofiji očesnega zrkla;
3. orbitalno, kadar so poleg atrofije očesnega zrkla skazani tudi zunanji deli očesa.

6. člen

Očesne pripomočke predpisuje zdravnik specialist — okulist, v kolikor ni v tem pravilniku drugače določeno.

7. člen

(1) Okviri za očala, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam, se delajo iz plastične mase, pri čemer morajo biti krilca ojačena s kovinsko armaturo.

(2) Očesne proteze se delajo iz plastične mase, stekla, porcelana, ali kakšne druge snovi, ki je primerja za to vrsto pripomočkov.

(3) Če standardna oblika in velikost očesne proteze ne ustreza obliki in velikosti konjunktivne vrečice, se izdelata očesna proteza po meri.

8. člen

(1) Očesni pripomočki morajo trajati najmanj:

1. okviri očal:
 - za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;
2. stekla in temna stekla v dioptrijah ter brez dioptrij:
 - za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let starosti — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;
3. mlečna stekla, bifokalna stekla, teleskopska očala in kontaktna stekla 30 mesecev,
4. očesne proteze:
 - za zavarovane osebe do dopolnjenih 18 let starosti — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev.

(2) Zavarovane osebe, ki imajo pravico do očesne proteze, imajo enkrat na leto tudi pravico do poliranja očesne proteze.

9. člen

(1) Pred potekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nove očesne pripomočke in sicer:

1. stekla v dioptrijah, če se spremeni razlika v sferni korekciji za 0,5 ali v cilindrični korekciji za 0,25 dioptrije;
2. teleskopska očala in kontaktna stekla, kadar je to potrebno po mnenju okulistične klinike.

(2) Pred potekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi nov očesni pripomoček zavarovana oseba tudi, če postane pripomoček neuporaben, zaradi poškodbe zavarovane osebe, ki ga nosi, pri delu ali zaradi anatomske in funkcionalne spremembe, kar ugotovi zdravnik specialist — okulist oziroma okulistična klinika.

10. člen

(1) Organ skupnosti, ki je pristojen za sklepanje pogodb zagotovi zavarovanim osebam očesne pripomočke pri organizacijah:

1. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;
2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;
3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

(2) Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred potekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določi organ skupnosti, ki je pristojen za sklepanje pogodb in organizacija, ki dobavlja pripomočke, s pogodbo.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do očesnih pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravic.

12. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 190-229/70

Novo mesto, dne 8. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik:
Ciril Jarnovič l. r.

507.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Ur. list SRS, št. 26-147/70) in 56. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Ur. list SRS, št. 45-501/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 8. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetična sredstva

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč in sredstva, ki so zagotovljena zavarovanim osebam iz sklada zdravstvenega zavarovanja.

Nova zobna protetična sredstva se smejo pred pretekom roka njihovega trajanja izdelovati samo ob pogojih, ki jih določa ta pravilnik.

2. člen

Zobna protetična pomoč in zobna protetična sredstva obsegajo v smislu tega pravilnika:

1. prevleke vseh vrst, všteti tudi lite plombe;
2. snemalne in fiksne proteze;
3. obturatorje;
4. opornice pri paradontopatiji;
5. ortopedske in ortodontske pripomočke.

3. člen

Prevleke (krone) se devljejo:

1. če je destruirana zobna krona in ne bi zado-
stovalo samo plombiranje;
2. na zobe, ki nosijo fiksne proteze;
3. na zobe, ki nosijo kljukice (po potrebi);
4. če to zahteva nega zob;
5. ker je treba urediti višino vgriza.

4. člen

Snemalne in fiksne proteze (mostovi) se izdelu-
jejo v vseh primerih, kadar manjkajo zobje, razen:

1. fiksne proteze — kadar manjka po en zob med
molarji (kočniki) ali premolarji (ličniki), če ne gre za
prvi premolar;
2. snemalne proteze — kadar manjkata zadnja dva
molarja (na eni ali obeh straneh čeljusti) ali kadar
manjka po en zob med molarji in premolarji. Določba
te točke pa ne velja, če manjkata 6. in 7. molar na
obeh straneh iste čeljusti;
3. privesek z vgrizno ploskvijo privesek kot na-
domestilo molarja ali privesek nazaj — če ne gre za
manjkajoči stranski sekalec.

5. člen

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg dru-
gega več kot trije zobje, se ji izdela praviloma sne-
malna proteza.

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg dru-
gega več kot trije zobje, se ji sme izdelati fiksna pro-
teza, če to dovoljujejo razdalja med nosilnimi zobmi,
okluzija in artikulacija ter če so nosilci mosta dovolj
trdni in stabilni.

Fiksna proteza se sme pritrditi tudi na modrostni
zob, če je dovolj trden in stabilen in je s tem zago-
tovljeno določeno trajanje proteze.

6. člen

Začasna in imediatna proteza se izdela zavarovani
osebi, ki ji je ta potrebna za opravljanje njenega po-
klica in zato, da se prepreči poslabšanje njenega sploš-
nega zdravja, kadar manjkajo najmanj štirje zobje v
spodnji ali zgornji čeljusti drug pri drugem, od kate-
rih sta najmanj dva sprednja.

7. člen

Za standardne materiale, iz katerih se smejo iz-
delovati zobna protetična sredstva, se štejejo:

1. za prevleke in fiksne proteze — polplemenite
zlitine (auropal, palador in podobno) in akrilat;
2. za zobne fasete — akrilat in porcelan;
3. za proteze — akrilat, kavčuk, zlitina krom-ko-
balt, molibden ipd;
4. za skeletirane proteze — zlitine kroma, kobalta
in molibdena ipd.

8. člen

Zobna protetična sredstva morajo trajati:

1. prevleke in fiksne proteze iz polplemenitih zli-
tin — najmanj štiri leta;
2. prevleke na zobeh, ki nosijo parcialne proteze
— najmanj tri leta;
3. prevleke iz akrilata — najmanj dve leti;
4. parcialne proteze iz akrilata — najmanj tri leta;

5. totalne proteze iz akrilata — najmanj pet let;

6. proteze s kovinsko ploščo — najmanj pet let;

7. začasne in imediatne parcialne proteze — naj-
manj šest mesecev;

8. začasne in imediatne totalne proteze — najmanj
eno leto.

Opravičenost novega protetičnega sredstva iz 3. in
4. točke 2. člena tega pravilnika, za katerega ni dolo-
čen rok trajanja, presoje zdravniška komisija skup-
nosti zdravstvenega zavarovanja na predlog posamez-
nega zobnega terapevta.

Roki trajanja, ki so navedeni v tem členu, tečejo od
dneva, ko je zavarovani osebi nameščeno ustrezno zob-
no protetično sredstvo.

Zobna protetična sredstva, ki so navedena v tem
členu, dobi zavarovana oseba po preteku predpisa-
nega roka trajanja le, če ugotovi posamezni zobni tera-
pevt, da je postalo dotedanje zobno protetično sredstvo
neuporabno.

Pred pretekom roka trajanja iz tega člena se sme
izdelati zavarovani osebi novo protetično sredstvo le,
če je dotedanje zaradi anatomske-patoloških in funk-
cionalnih sprememb postalo neuporabno. Opravičenost
novega protetičnega sredstva presoja zdravniška komi-
sija s tem, da pritegne k sodelovanju pri takem od-
ločanju vselej zobozdravnika.

V primerih, ko je pred potekom roka trajanja
potrebna samo reparatura proteze, je potrebna obraz-
ložitev zobnega terapevta v kartoteki in na obračun-
skem listu.

9. člen

Če izdela zdravstvena delovna organizacija zobno
protetično sredstvo iz plemenite kovine, ji mora zava-
rovana oseba nadomestiti razliko med vrednostjo stan-
dardnega materiala, ki ji je zagotovljen po tem pravil-
niku, in plemenito kovino, pri čemer se računa do 1,80
gramov paladorja na zob oziroma krono.

10. člen

Če izdela zdravstvena delovna organizacija zobno
protetično sredstvo iz plemenite kovine, ki jo da zava-
rovana oseba sama, mora zavarovani osebi povrniti
vrednost standardnega materiala po ceni, ki je veljala
v času opravljene zobozdravstvene storitve.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic v zvezi z izka-
zovanjem zobne protetične pomoči in izdelavo zobnih
protetičnih sredstev zavarovanim osebam določi skup-
ščina skupnosti v pravilniku o postopkih pri uveljav-
ljanju pravic.

12. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem
listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 190-252/70

Novo mesto, dne 8. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

508.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Ur. list SRS, št. 26-147/70) in 56. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 8. 12. 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene tele vrste pripomočkov:

1. slušni aparat (amplifikator);
2. aparat za omogočanje glasnega govora (umetno grlo na podlagi električnega vibratorja — megafon).

3. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba, pri kateri je podana obojestranska zguba sluha, če se ga z zdravljenjem ne da izboljšati in je s tonalno in vokalno avdiometrično preiskavo ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da se da doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba, ki je trajno izgubila možnost govora zaradi bolezni, poškodbe ali operativnega posega na grlu, če se s testiranjem ugotovi, da se da s takim aparatom doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek in če učenje ezofagealnega govora ni prineslo zadovoljivega uspeha.

4. člen

Zavarovane osebe iz prvega odstavka 3. člena tega pravilnika dobivajo slušni aparat:

1. predšolski otroci, če se glede na njihovo mentalno stanje in stopnjo okvare sluha pričakuje razvoj govora ob izvedbi strokovnega rehabilitacijskega postopka s slušnim aparatom;
2. šolski otroci, če jim je s slušnim aparatom omogočeno spremljanje pouka;
3. gluhonemi otroci, če se jim z uporabo slušnega aparata olajša spremljanje pouka v specialnih oddelkih ali zavodih;
4. druge zavarovane osebe, ki so izgubile sluh na obeh ušesih za več kot 40 decibelov in ga ni mogoče izboljšati z zdravljenjem, če jim je potreben v zvezi s kakršnimkoli delom ali v zvezi z varstvom in vzgojo otrok do 14. leta starosti.

Slušni aparat se ne daje popolnoma gluhim.

5. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja avdiološkega centra, ki ima možnost, da z vokalnimi in tonalnimi avdiološkimi preiskavami ter s strokovnim testiranjem karakteristik amplifikatorja določi rehabilitacijski učinek in zagotovi rehabilitacijski postopek ter na podlagi tega ugotovi potrebo po dodelitvi aparata določenih elektroakustičnih karakteristik, ki bo v danem primeru najbolje ustrezal okvari sluha.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja klinike za bolezni ušes, nosa in grla, ki predpisuje to vrsto pripomočkov.

6. člen

Zavarovana oseba ima ob pogojih 1. odstavka 5. člena tega pravilnika pravico do standardnega žepnega slušnega aparata z vrstico, ki ji po elektroakustičnih karakteristikah ustreza.

Ce zahteva zavarovana oseba slušni aparat drugačne oblike (aurikulete aparat vdolan v očala in podobno), prevzema sklad zdravstvenega zavarovanja stroške do cene standardnega aparata iz 1. odstavka tega člena ob pogojih iz 1. odstavka 5. člena tega pravilnika.

7. člen

Rok trajanja slušnega aparata znaša:

1. za otroke do dopolnjenih 7 let — 24 mesecev;
2. za otroke in mladino od dopolnjenih 7 let do dopolnjenih 18 let — 36 mesecev;
3. za druge zavarovane osebe — 48 mesecev.

Rok trajanja aparata za omogočanje glasnega govora znaša 48 mesecev.

Po preteku rokov trajanja iz prvega in drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do novega slušnega aparata oziroma aparata za omogočanje glasnega govora le, če se ugotovi, da je postal prejšnji neuporaben in da se ne da popraviti za nadaljnjo uporabo oziroma bi znesli stroški popravila več kot bi stal nov aparat.

8. člen

Pred potekom rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov slušni aparat le, če je postal prejšnji neuporaben zaradi poškodbe zavarovanca pri delu, ali če se sluh spremeni v tolikšni meri da se s prejšnjim aparatom ne dosega zadovoljivega izboljšanja, a se ga da doseči z novim aparatom.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja smiselno tudi za zavarovano osebo, ki ima aparat za omogočanje glasnega govora.

9. člen

Organ, ki je pooblaščen za sklenitev pogodbe za skupnost zagotovi zavarovanim osebam slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora pri organizacijah:

1. ki dajejo glede kakovosti izdelave in možnosti popraviljanja oziroma nadomeščanja delov aparata ter glede na elektroakustične karakteristike in trajnosti materialov, iz katerega so taki aparati izdelani, največ garancije, da bo normalna uporaba aparata trajala najmanj polovico rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika;
2. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;
3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijski roki iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije, če bi se aparat brez krivde zavarovane osebe pred pretekom garancijskega roka pokvaril, postal neuporaben, morajo biti dogovorjeni v pogodbi z organizacijo, ki nabavlja in dobavlja aparate.

10. člen

Po preteku garancijskega roka iz 9. člena tega pravilnika zagotovi in prevzame stroške sklad zdravstvenega zavarovanja za delo aparata, ki je zaradi uporabe doslužil, oziroma popravilo aparata, ki se je pokvaril, ne da bi bila to zakrivila zavarovana oseba s svojim nepravilnim ravnanjem.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena ne velja za zavarovane osebe iz drugega odstavka 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora določi skupščina skupnosti v pravilniku o postopkih pri uveljavljanju pravic.

12. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 190-253/70

Novo mesto, dne 8. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Novo mesto

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

509.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 106. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70), je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na svoji redni seji, dne 24. decembra 1970

SKLEP

**o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje
delavcev za leto 1971**

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev znaša 7,20 % od kosmatih osebnih dohodkov.

2

Osebe, ki se ukvarjajo s samostojno poklicno dejavnostjo, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji 10,70 % od osnov, ki so določene s posebnim sklepom oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

3

Za upokojene in uživalce pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki prebivajo na območju skupnosti, se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji 8,60 % od izplačane pokojnine, oskrbnine in invalidnine oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

4

Za osebe, začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji 10,70 %, oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

Osnova za plačilo prispevka je povprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

5

Od navedenih stopenj prispevkov v točkah 1 do 4 tega sklepa za zdravstveno zavarovanje odpade na investicije za razvoj zdravstvene službe:

a) po točkah 2 do 4 po 0,60 % neto prispevne stopnje, katera pa se bo naknadno ugotovila po praračunu na čisti dohodek in

b) po točki 1 0,40 % bruto prispevne stopnje.

6

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

Št. 420-60/70-2/4

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Novo mesto

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

510.

Na podlagi 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 109. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70), je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto, na svoji seji, dne 24. decembra 1970

SKLEP

**o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje
delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno
bolezni**

1

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo se plačuje po stopnji 0,80 % od kosmatih osebnih dohodkov ali 1,20 % od čistih osebnih dohodkov oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

2

Prispevek se obračunava in plačuje od istih osnov, od katerih se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje. Zavezanci prispevka plačujejo prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo iz svojega dohodka.

3

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

Št. 420-65/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Novo mesto

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

511.

Na podlagi 97. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 154. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

**o merilih za razvrščanje v osnove za plačevanje
prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb,
ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost**

1

S tem sklepom se določijo osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in so po predpisih registrirane ali evidentirane;
2. samostojne gostince, ki opravljajo gostinsko dejavnost po predpisih o zasebnem gostinstvu;
3. književnike, skladatelje, umetnike ter prevajalce znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost;
4. odvetnike in duhovnike;
5. športnike, artiste, kolporterje tiska in prtljažne nosače;
6. druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2

Osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in samostojni gostinci, se glede na letno davčno osnovo razvrstijo v naslednje osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna davčna osnova din	Znaša mesečna osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje din
14.000	900
nad 14.000 do 18.000	1000
nad 18.000 do 22.000	1200
nad 22.000 do 26.000	1500
nad 26.000 do 30.000	1800
nad 30.000 do 35.000	2100
nad 35.000 do 40.000	2400
nad 40.000 do 50.000	2800
nad 50.000 do 60.000	3250
nad 60.000	3700

Osebe iz te točke se razvrščajo v osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto ki jo mora predložiti taka oseba najpozneje do 30. junija tekočega leta.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora taka oseba predložiti v osmih dneh po vpisu v register oziroma evidenco, se razvrsti v osnovo zavarovanja 900 din.

3

Književniki, skladatelji, prevajalci znanstvenih in književnih del ter umetniki se razvrstijo za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje v mesečno osnovo 1600 din.

4

Duhovniki se razvrstijo za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje v mesečno osnovo 1100 din.

5

Odvetniki se razvrstijo za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje na podlagi letne osnove osebnega dohodka od intelektualnih storitev za preteklo leto v naslednje osnove:

Ce znaša letna osnova, ki služi za odmero občinskega prispevka od intelektualnih storitev din	Znaša mesečna osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje din
do 30.000	2000
nad 30.000 do 40.000	2400
nad 40.000 do 50.000	2800
nad 50.000 do 60.000	3250
nad 60.000	3700

Osebe iz te točke se razvrščajo v osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o letni osnovi osebnega dohodka od intelektualnih storitev.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora taka oseba predložiti v osmih dneh po vpisu v register oziroma evidenco, se razvrsti v osnovo zavarovanja 2000 din.

6

Druge osebe se razvrstijo v naslednje mesečne osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje:

Tek. št.	Kategorija	Mesečna osnova din
1.	Zdravniki	2000
2.	Dentisti	1500
3.	Arhitekti I.	1500
4.	Arhitekti II.	2000
5.	Izvajalci zabavne glasbe	1500
6.	Športniki — štipendisti	900
7.	Športniki — profesionalci	2000
8.	Artisti	1500
9.	Prtljažni nosači	950
10.	Kolporterji tiska	950
11.	Osebe ki po 20. členu temeljnega zakona o gostinski dejavnosti opravljajo gostinsko dejavnost po pogodbi z gospodarsko organizacijo	950
12.	Osebe, ki po 26. členu temeljnega zakona o blagovnem prometu opravljajo trgovsko dejavnost po pogodbi z gospodarsko organizacijo	950
13.	Rejnikji po zakonu o rejništvu	950
14.	Verski učitelji — laiki	950
15.	Druge osebe, ki se ukvarjajo s samostojno poklicno dejavnostjo	950

7

Osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v točkah 2. do 6. tega sklepa so čiste osnove.

Vse osnove navedene v tem sklepu veljajo do 30. junija 1972. Za naprej pa se vsako leto valorizirajo (1. julij do 30. junija naslednje leto), in sicer s količnikom, ki se uporablja za preračunavanje osebnih dohodkov na raven osebnih dohodkov za preteklo leto.

Izjemoma se za zavarovance iz 2. in 5. točke tega sklepa za razvrščanje v zavarovalne osnove do 30. junija 1971 upoštevajo davčne osnove iz leta 1969.

8

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

Št. 420-60/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

512.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 106. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na svoji seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o plačevanju prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko se zaposleni delavci nahajajo na neplačanem dopustu

1

Delovna organizacija in zasebni delodajalec sta dolžna plačevati za svoje delavce, katerim se odobri koriščenje neplačanega dopusta, ali ki opravičeno ali neopravičeno izostanejo z dela brez pravice do nadomestila, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela po tej točki v višini 7,20 % od kosmatih osebnih dohodkov ali 10,70 % od čistih osebnih dohodkov oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

2

Osnova za obračun prispevka za zdravstveno zavarovanje je poprečni mesečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil, oziroma izkoristil neplačani dopust, ali je nastopila kaka druga okoliščina iz točke 1. tega sklepa.

3

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

St. 420-64/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

513.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 106. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na svoji seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o osnovah in stopnjah prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev, ki so zaposleni ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini

1

Za zavarovance, ki so stopili v tujini v delovno razmerje pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah ali v gospodinjstvih zavarovancev, zaposlenih pri teh organih ali organizacijah oziroma v gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov, zaposlenih pri mednarodnih organizacijah oziroma delodajalcih — po posebnem sporazumu, mednarodnih in drugih organizacijah — po mednarodni pogodbi ter tujem delodajalcu (1. in 2. odstavek 15. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva), se določi kot osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje poprečni čisti mesečni znesek osebnega dohodka, ki so ga imeli na delovnem mestu v letu pred letom, v katerem so se zaposlili v tujini.

2

Za zavarovance, ki so stopili v tujini v delovno razmerje, prej pa niso bili zaposleni, se določijo naslednje osnove za obračunavanje prispevka:

	din
— za osebe z visoko strokovno izobrazbo	3500
— za visokokvalificirane delavce in osebe z višjo strokovno izobrazbo	2500
— za kvalificirane delavce in osebe s srednjo strokovno izobrazbo	2000
— za priučene delavce in osebe z nižjo strokovno izobrazbo	1600
— za nekvalificirane delavce in osebe brez strokovne izobrazbe	1300

Osnove iz 1. točke tega sklepa in iz prejšnjega odstavka se povečajo za vsako leto tako, da se povečajo s količnikom, ki se uporablja za preračunavanje osebnih dohodkov na raven osebnih dohodkov za preteklo leto.

3

Za zavarovance iz 1. točke tega sklepa veljajo osnove iz 2. točke, če so imeli poprečni čisti osebni dohodek nižji od teh osnov.

4

Za zavarovance, ki so v delovnem razmerju z domačo organizacijo in delajo v tujini ali so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, se tam učijo oziroma so na praksi, se določi kot osnova za obračunavanje za plačevanje prispevka poprečni čisti mesečni znesek osebnega dohodka, ki so ga imeli na delovnem mestu, na katerem so bili pred odhodom v tujino.

Dejanska osnova za zavarovance iz prejšnjega odstavka se določi tako, da se osnova iz prejšnjega odstavka pomnoži z indeksom povečanja osebnega dohodka na zaposlenega delavca v obračunskem letu v tej organizaciji. Podlaga za obračunavanje prispevka v naslednjem letu je dejanska osnova iz preteklega leta.

5

Prispevek za zdravstveno zavarovanje za zavarovance iz 1., 2. in 4. točke tega sklepa se plačuje po stopnji 10,70 % oziroma po preračunani stopnji na čisti osebni dohodek.

6

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

St. 420-66/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

514.

Na podlagi 3. odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju, in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 107. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva

1

Za osebe iz 30. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Ur. list SRS, št. 26-147/70) se določi mesečni prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo in sicer:

- | | |
|--|-----|
| 1. Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje | dim |
| 2. Učenci strokovnih šol ali gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom | 20 |
| 3. Pripadniki teritorialnih enot in civilne zaštite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaštite | 4 |
| 4. Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje | 10 |
| 5. Osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del, ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi | 5 |
| 6. Osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih delih ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu | 10 |

2

Zavezanci za prispevek za osebe iz prejšnje točke so:

1. za osebe iz 1/1 — zavodi za zaposlovanje;
2. za osebe iz 1/2 — organizacija oziroma šola, pri kateri te osebe opravljajo praktično delo;
3. za osebe iz 1/3 do 1/6 — organizator akcije.

3

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

4

Prispevek po tem sklepu se plačuje za osebe, ki jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno kot zavarovancem-delavcem.

5

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

Št. 420-59/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto

Predsednik

Ciril Jarnovič l. r.

515.

Na podlagi 3. odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 107. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na svoji seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo za osebe iz 29. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva

1

Za osebe, ki jim je po 29. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) zagotovljeno zdravstveno varstvo v primeru bolezni in nesreče izven dela se določi mesečni prispevek za zdravstveno zavarovanje po tem sklepu.

2

Prispevek po prejšnji točki znaša mesečno dinarjev:

- | | |
|--|----|
| 1. za uživalce stalnih priznavalnih oziroma stalne družbene pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih | 65 |
| 2. za osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa | 35 |
| 3. za učence strokovnih šol, ki uživajo zdravstveno varstvo pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev | 10 |
| 4. za otroke, ki jih je zavarovanelec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in drugi k sebi vzeti otroci) | 20 |
| 5. za osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta | 65 |
| 6. za osebe, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo | 65 |
| 7. za osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj 6 ur na dan | 20 |
| 8. za osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo | 20 |
| 9. za osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaštite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo | 20 |
| 10. za osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju | 12 |
| 11. za uživalce invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po zakonu zavarovani za vse zavarovane primere so pa zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine | 30 |

3

Zavezanci za prispevek za osebe iz prejšnje točke so:

1. za osebe iz 2/1 in 2/4 — družbeno-politične skupnosti;

2. za osebe iz 2/2, 2/5 in 2/6 — organizacija, pri kateri so te osebe zaposlene oziroma na praksi ali jih štipendira;

3. za osebe iz 2/3 — šola;

4. za osebe iz 2/7 do 2/10 — organizator akcije;

5. za osebe iz 2/11 — sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja.

4

Kadar so osebe iz 2. točke tega sklepa zavarovane po 27. členu statuta oziroma so njihovi družinski člani, se za take osebe ne plačuje prispevek za zdravstveno varstvo po tem sklepu.

5

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

6

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

Št. 420-61/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

516.

Na podlagi tretjega odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 107. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nekatere kategorije zavarovanih oseb

1

Za določene kategorije zavarovanih oseb se določi pavšalni prispevek za zdravstveno varstvo v mesečnih zneskih in sicer:

Kategorija	Za obvezne oblike in druge pravice po statutu — mesečno din	Za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno bolezni — mesečno din
1. Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol	20	2
2. Osebe na prostovoljni praksi, ki ne dobivajo osebnega dohodka in delajo poln delovni čas	65	7
3. Za ožje družinske člane jugoslovanskih državljanov, ki so v delovnem razmerju v tujini, ki živijo na območju skupnosti in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja	65	—
4. Jugoslovanski državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja	65	—

2

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

3

Zavezanci za prispevek po tem sklepu so:

1. za osebe iz 1/1 tega sklepa — šola, organizacija ali zasebni delodajalec, ki izplačuje vajencu oziroma učencu nagrado, oz. štipendijo; če vajenec oz. učenec ne prejema ne nagrade in ne štipendije, plačuje zanj prispevek šola;

2. za osebe iz 2/1 tega sklepa — organizacija, pri kateri taka oseba dela;

3. za osebe iz 3/1 tega sklepa — v tujini zaposleni delavec;

4. za osebe iz 4/1 tega sklepa — sam upokojenec.

4

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

Št. 420-58/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.

517.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 102. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o zneskih pogrebnin

I

Kdor je oskrbel pogreb zavarovanca ali zavarovančevega zdravstveno zavarovanega družinskega člana, ima pravico do povračila stroškov pogreba, in sicer: 250 N din za osebe do dopolnjenega sedmega leta starosti;

450 N din za osebe stare nad sedem let do dopolnjenega petnajstega leta starosti;

700 N din za osebe nad 15 let starosti.

Za mrtvorojenega otroka se izplača pogrebna le, če je bil pogreb opravljen tako, kot za umrlo osebo.

II

Če umre zavarovanec ali zavarovačev družinski član izven stalnega prebivališča, pokop pa se opravi v kraju stalnega prebivališča, ima tisti, ki oskrbi pogreb in prevoz pravico do povračila 50 % prevoznih stroškov, če je bil prevoz opravljen na razdalji od 15 km do 150 kilometrov v eno smer.

Za prevoz na razdalji daljši od 150 km v eno smer, odloči o povračilu za vsak primer izvršilni odbor skupščine, pri čemer pa ne sme priznati manj kot 50 % stroškov prevoza.

III

Izplačilo pogrebne zapade v plačilo z dnem smrti zavarovane osebe, izplačilo prevoznih stroškov pa z dnem opravljenega prevoza.

IV

Ta sklep začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za smrtne primere, ki bodo nastopili od 1. januarja 1971 dalje.

St. 401-13/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

**Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.**

518.

Na podlagi 47. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS št. 26-147/70) in 98. in 97. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o povračilu stroškov za prehrano in nastanitev zavarovane osebe med potjo in bivanjem v drugem kraju in o povračilu za uporabo drugačnega vozila namesto reševalnega vozila

I

Zavarovane osebe in spremljevalec zavarovane osebe imajo v primerih in ob pogojih iz 93. do 98. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto in po pravilniku o uveljavljanju pravic, pravico do povračila za stroške prehrane in nastanitve med potjo in bivanjem v drugem kraju v naslednjih zneskih:

20 din, če ne prenočujejo in jim potovanje ali bivanje traja več kot 10 ur in manj kot 24 ur;

50 din na dan, če prenočujejo in jim potovanje ali bivanje traja več kot 10 ur.

Zavarovanim osebam do dopolnjenega sedmega leta starosti pripada povračilo v višini 50 % zneskov iz prvega odstavka tega člena.

II

Zavarovane osebe imajo po 97. členu statuta pravico do povračila za prevoz z drugimi vozili, če prevoz z javnimi prevoznimi predstvi ni mogoč in bi bil potreben prevoz z rešilnim avtomobilom, pa istega ni na razpologo.

To povračilo znaša 0,80 din za prevoženi kilometer in se izplača zavarovani osebi oziroma osebi, ki je opravila prevoz.

III

Povračila iz I. in II. točke tega sklepa zapadejo v plačilo s končanim potovanjem.

IV

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

St. 401-14/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Novo mesto**

**Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.**

519.

Na podlagi 2. odst. 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 62. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto (Uradni list SRS, št. 45-501/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 24. decembra 1970

SKLEP

o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva

I

Zavarovane osebe, ki uveljavijo v tem sklepu navedene zdravstvene storitve, pravico do zdravil, protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav, pravico do očesnih in slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora ter pravico do zobne protetične pomoči in protetičnih sredstev, prispevajo k stroškom zanje in sicer:

1. 8 din za vsak prvi obisk zdravnika na domu za isto bolezen (diagnozo), ki je opravljen na zahtevo zavarovane osebe;

2. 20 din za vsak prevoz z reševalnim ali kakim drugim vozilom;

3. 50 odstotkov vseh stroškov pregledov in zdravljenja zaradi zastrupitve z alkoholom;

4. 8 din za vsak prvi pregled v specialistični ambulanti, razen za preglede v dispanzerjih ali enotah, ki delajo na dispanzerski način;

5. 50 odstotkov stroškov cepljenj, ki po predpisih niso obvezna;

6. 4 din za vsako izdano zdravilo, ki se lahko predpiše v breme skupnosti, razen za zdravila, za katera je potrebna neposredna intervencija strokovnega zdravstvenega delavca;

7. 25 odstotkov stroškov zobozdravstvenih storitev in zobne protetične pomoči ter sredstev, ki so zavarovanim osebam zagotovljena v breme skupnosti, z izjemo stroškov zdravljenja in izdiranja zob;

8. 20 din za vse očesne pripomočke;

9. 50 din za slušni aparat in za aparat za omogočanje glasnega govora;

10. 40 din za ortopedске čevlje do velikosti 35. številke;

11. 70 din za ortopedске čevlje večje od 35. številke;

12. 50 din za vsak invalidski voziček, katerekoli predpisane vrste;

13. 15 din za berglo ali bergli;

14. 50 din za lasuljo, za proteze vseh vrst, ortopedске aparate in steznike, kilne pasove in aparate za ekstenzijo;

15. trojni znesek, ki je predpisan kot prispevek za zdravila: za umetno dojko in brizgalko za injekcije.

II

Prispevka po tem sklepu ne plačajo zavarovane osebe:

1. za storitve in pripomočke, ki jih je kot obvezne predpisal zakon;

2. za storitve in pripomočke, ki so zavarovani osebi potrebni v zvezi z nesrečo pri delu ali poklicno boleznijo;

3. za stalni kateter, vrečico za vodo, pas z vrečico za blato, holostom in endotrahealne kanile.

Prispevka po 10. do 15. podtočki I. točke tega sklepa ne prispevajo tudi osebe po dvojni ali več-stranski

amputaciji udov nad zapestjem ali nad gležnjem in osebe, ki imajo paraplegijo, triplegijo ali tetraplegijo.

III

Kadar je prispevek iz I. točke tega sklepa določen v stalnem (pavšalnem) znesku, pa ta znesek presega dejanske stroške storitve oziroma pripomočka, plača zavarovana oseba dejanske stroške oziroma nabavno ceno pripomočka.

Prispevek iz I. točke tega sklepa je dohodek tiste zdravstvene delovne organizacije, ki je opravila storitev oziroma izdala zdravilo in tistega dobavitelja, ki je pripomoček dobavil.

Zdravstvena delovna organizacija oziroma dobavitelj je dolžna na računu posebej izkazati znesek prispevka in zanj zmanjšati vrednost računa, ki je plačljiv iz sklada te skupnosti.

IV

Ta sklep velja tudi za osebe, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu, kot zavarovancem-delavcem in za osebe, ki po zakonu uživajo razliko do obsega zdravstvenega varstva zavarovancev — delavcev oziroma njihovih družinskih članov.

V

Ta sklep začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. I. 1971.

Št. 401-71/70

Novo mesto, dne 24. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Novo mesto

**Predsednik
Ciril Jarnovič l. r.**

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV KRANJ

520.

Na podlagi 105., 107. in 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/1970) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Kranj na zasedanju dne 3. decembra 1970

STATUT

**skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Kranj**

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Kranj so ustanovili kmetje z območja občin Jesenice, Kranj, Radovljica, Škofja Loka, Tržič, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodbe in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja kmetov Kranj na seji dne 1. oktobra 1970 s sklepom št. 19-2/70-02/19.

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 tej skupnosti je zagotovljeno tudi zdravstveno varstvo oseb, 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 prežitka preživnine ali se ukvarjajo kot družinski člani 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 tista občina s sporazumom, s katerim se je uredilo tudi povračilo stroškov.

5. člen

V skupnostih 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 skupnostih 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 določijo 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 ta skupnost.

8. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim oseb in oseb iz 3. člena s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi zavodi; 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 izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne upo-

rabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem sredstev za skupne ukrepe in akcije.

Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti. Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja.

11. 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 določenih pogodbah o uveljavljanju pravic morajo biti obveščene zavarovane osebe.

Ce uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa ta statut.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam upravičenim do zdravstvenega varstva zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah tega statuta.

12. 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.

13. člen

Skupnost izdaja splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

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 statut;
- predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut;
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta;
- 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.

14. člen

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.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena z dnem ko preneha okolnost na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

Statut določa pravice, ki jih oseba iz prvega in drugega odstavka zadrži ko preneha biti zavarovana

ali upravičena do zdravstvenega varstva pri tej skupnosti.

Drugi del

1. Zavarovanci

15. člen

Za kmete-zavarovance se štejejo:

1. osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic (v smislu 20. člena), če niso zdravstveno zavarovane na drugi podlagi in člani njihovega gospodinjstva, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

16. člen

Steje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic oseba (nosilec zavarovanja):

- ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka ne glede na to, ali je oproščena 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 kmetijstva.

17. člen

Ce opravljajo osebe iz 16. prejšnjega člena tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

2. Zavarovani gospodinjstvi člani

18. 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 mačcha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja,

3. drugi člani gospodinjstva zavarovanca — bratje in sestre, zavarovancevi otroci, strici in tete, tisti in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovancevem gospodarstvu kot edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane 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.

Ce so ti otroci prekinili šolanje zaradi bolezni, so zavarovani tudi med takšno prekinitvijo; če pa nadaljujejo šolanje pred 26. letom, se zavarovanje podaljša po tej starosti za tolikšno dobo, kolikor so prekinili šolanje.

Ce postanejo otroci iz 1. točke in bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka pred dopolnjenjo predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem

zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovanec.

19. člen

Na podlagi 31. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, je zdravstveno varstvo v obsegu, ki je določen z zakonom in statutom skupnosti zagotovljeno tudi temle osebam:

1. preužitkarjem in njihovim zakoncem, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

2. uživalcem stalnih preživnin, ki jih prejema od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij in njihovim ožjim družinskim članom;

3. članom družinske in gospodinjke skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. ali 17. členu republiškega zakona, ki se na zavarovanečem zemljišču ukvarja s kmetijsko dejavnostjo kot z edinim ali glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in tudi ne spadajo med družinske člane zavarovanca po 20. členu republiškega zakona.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

20. 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. Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico te skupnosti.

21. 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.

22. člen

Ce 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.

23. 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.

24. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnostih od dneva, ko začne opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživnine pa z dnem, ko začno pridobivati preužitek ali preživnino.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim družinskim članom, uživalca preživnine.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

25. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

26. 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.

27. člen

Skupnost kmetov določi v skladu z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva s tem statutom, katere oblike zdravstvenega varstva gredo v celoti v breme sklada in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

28. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti gredo v celoti v breme 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 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 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 in sladkorne bolezni 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.

29. 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 transfuzije, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

30. 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 (ambulantni) pregledi (splošni, specialni in 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. zdravniško nego in pomoč porodnicam v zdravstvenih zavodih in na domu (pred porodom, med porodom in po porodu),

4. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje,

5. proteze in nujni ortopedski pripomočki,

6. prevozi z reševalnim vozilom.

Skupščina bo vsako leto v pogodbah z zdravstvenimi zavodi določila količinski obseg pregledov, storitev in ostalih zdravstvenih dejavnosti, navedenih v prvem odstavku tega člena.

31. člen

Skupščina skupnosti s svojim sklepom določi količinski 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.

32. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene v statutu zavarovanim osebam, ne gredo do breme skupnosti.

33. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena zdravila, pomožni in sanitetni material, ki se dobijo 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 lahko določi seznam zdravil, ki so zavarovanim osebam zagotovljena na račun skupnosti ali po seznamu zdravil, ki z zdravstvenim zavarovanjem niso zagotovljena, ker se lahko nadomestijo z enakovrednimi in drugimi zdravili ali pa imajo predvsem prehrabni ali kozmetični značaj. Seznam zdravil je sestavni del statuta.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala.

Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezeni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

34. 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 imajo poleg pravic, ki jim pripadajo kot zavarovancem-kmetom 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 na območju te skupnosti.

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 članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

35. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo 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. Če je zavarovana oseba uporabila zdravstveno varstvo v drugem zdravstvenem zavodu, 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 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.

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. Za zdravljenje v tujini prizna skupnost samo dinarska sredstva, devize pa le, če posebni predpisi o deviznem poslovanju to omogočajo. Skupščina lahko odobri izjemoma tudi zdravljenje brez predhodnega pristanka, vendar samo v dinarskih sredstvih in največ v višini, kolikor bi zdravljenje stalo, če bi ga uveljavljali v ustrezni zdravstveni ustanovi v SRS.

V primerih iz prejšnjih dveh odstavkov 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. člena.

Četrti 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.

Skupščina skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

Obrazec izkaznice določi s sklepom skupnost po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

41. člen

Oseba, ki je zajeta v zdravstveno zavarovanje kmetov pri tej skupnosti, mora vložiti v 8 dneh prijavo

v zavarovanje, na način, ki ga določajo predpisi o evidencah v socialnem zavarovanju; v istem roku mora prijaviti tudi zavarovanje svojih gospodinskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

42. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

43. člen

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

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

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.

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 izrecno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

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 oblikovanja v zdravstvenem zavodu pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Skupnost 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

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 52. člena trpi skupnost stroške do višine stroškov, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih ako potrdi izbrani zdravnik splošne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarnem zavodu potrebno.

47. člen

O zahtevah zavarovane osebe, ki jim skupnost ne ugotovi izda na njeno zahtevo KZSZ pismeno odločbo. Zoper odločbo lahko zavarovana oseba vloži pritožbo

v 15 dneh po njenem prejemu pri skupščini skupnosti. Po dokončni odločbi lahko uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

48. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinskega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

49. 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

50. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci iz lastnih sredstev 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 na podlagi posebnega zakona;
4. z drugimi dohodki.

51. člen

V osnovo za odmero prispevka po 1. točki prejšnjega člena se poleg katastrskega dohodka iz gozda lahko vtevajo tudi drugi dohodki kmetijskega gospodarstva.

Stopnjo prispevka določi skupščina skupnosti za vsako leto posebej s sklepom.

52. člen

Osnova za odmero prispevka po 2. točki prejšnjega člena je kosmati dohodek zavarovanca.

Stopnje določi skupščina skupnosti za vsako leto posebej s sklepom.

53. člen

Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodarstva.

54. člen

Zavarovanci plačujejo prispevek iz 1. točke 1. člena tega statuta tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

55. člen

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, pozavaru-

jejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

56. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami v kmečkem zavarovanju, se plačujejo v pavšalnem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti za vsako leto posebej s sklepom.

57. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Kranj prispeva v sklad za zdravstveno varstvo študentov pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Ljubljani, ki skrbi za zdravstveno varstvo študentov vseh visokošolskih zavodov v SR Sloveniji za vsakega študenta, ki bi v skupnosti imel pravico do zdravstvenega varstva kot družinski član zavarovanca povprečne stroške, ki odpadejo letno na zavarovano osebo v skupnosti.

Skupnost prispeva mesečno skladu 1/12 tako izračunanega zneska upoštevaje povprečne stroške preteklega leta, dokončno pa obračuna na koncu leta.

58. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerjajo, pobirajo in izterjujejo davčne uprave občin na območju skupnosti na podlagi posebnega dogovora s skupščino skupnosti.

59. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazenske zamudne obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

60. člen

Terjatev prispevka zastara v petih letih, računano od konca leta, v katerem je prispevek zapadel v plačilo.

61. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo s finančnim načrtom dohodkov in izdatkov sklada in sicer posebej za zavarovane osebe in posebej za izenačene osebe po 31. členu republiškega zakona.

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 v tem statutu.

62. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zdravstvenih zavodov in drugih organizacij ima skupnost rezervni sklad.

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni poprečni znesek predvidenih izdatkov v tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku petih let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določa skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevkov.

63. 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 zne-

sek nadoknaditi do zneska obvezne rezerve iz dohodka v naslednjem letu.

64. člen

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

Sredstva sklada za pozavarovanje, ki se vodi pri republiški zvezi skupnosti, se razporejajo s finančnim načrtom v okviru sredstev, zbranih s premijami, ki jih plačujejo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov iz svojih dohodkov.

65. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto takrat, ko določi stopnje prispevkov in prispevke v pavšalnem znesku, se predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti;
- odstotek skupnih dohodkov, ki se izločajo v rezervni sklad;
- čisti dohodek skupnosti;
- skupni izdatki skupnosti.

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto v določenem roku se za preteklo leto ugotovijo elementi iz prvega odstavka tega člena.

Presežek čistega dohodka nad skupnimi izdatki pri zaključnem računu se lahko izloči v celoti ali delno v rezervni sklad ali pa se prenese med skupne dohodke sklada za naslednje leto. O tem odloči za vsako leto posebej skupščina skupnosti, ko sprejme zaključni račun za preteklo leto.

Presežek skupnih izdatkov nad čistim dohodkom (primanjkljaj) se krije iz rezervnega sklada skupnosti.

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

66. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

67. člen

Splošni akti skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi skupščine in programi.

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.

68. člen

Skupnost je pravna oseba.
Sedež skupnosti je v Kranju.

69. člen

Skupnost ima svoj pečat in štampiljko.

Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov v Kranju. Sedež je naveden v sredini.

Štampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Skupščina skupnosti

70. člen

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

Skupščina šteje 15 članov. Mandat članov skupščine skupnosti traja štiri leta. Nihče ne more biti

več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine.

71. člen

Skupščina skupnosti opravlja te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in druge splošne akte;

2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepov za izboljšanje varstva zavarovanih oseb, politiko uporabe skladov, daje komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilne nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispekov;

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

5. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov in o ukrepih v zvezi s tem;

6. daje soglasje k imenovanju direktorja zavoda;

7. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji;

8. odloča o pritožbah zavarovancev in drugih upravičenih oseb zoper odločbe skupnosti, ki jih na prvi stopnji izdaja komunalni zavod za socialno zavarovanje;

9. obravnava pripombe in pritožbe zavarovanih oseb, ki jim skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo, v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja;

10. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami v stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi samoupravne dogovore;

11. obravnava letna poročila zavoda o opravljanju finančnih, strokovnih in administrativnih zadev za skupnost;

12. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna po zakonu ali tem statutu;

13. po potrebi imenuje komisije za opravljanje določenih zadev in jim določi pristojnost;

14. sprejme poslovnik za svoje delo;

15. sodeluje v družbenem dogovoru;

16. tolmači smisel in določbe tega statuta.

3. Volitve skupščine in volilni postopek

72. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja po volilnih enotah po postopku, določenem s tem statutom.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovanec — nosilec zavarovanja te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih.

73. člen

Vsak član se voli približno na toliko zavarovancev, kolikor znaša skupno število zavarovancev — nosilcev zavarovanja na območju skupnosti, deljeno s številom članov skupščine.

Število volilnih upravičencev se ugotovi po podatkih v času volitev.

a) Volilne enote in volilne komisije

74. člen

Volitve članov skupščine vodi volilna komisija, ki jo sestavljajo predsednik in štirje člani in njihovi namestniki. Imenuje jih skupščina.

75. člen

Volilna komisija:

— izvršuje tehnične priprave za volitve;

— določi volilne enote;

— ugotavlja izid volitev;

— izdaja izvoljenim članom potrdilo o izvolitvi;

— opravlja druge zadeve, ki jih določa ta statut.

Strokovno-tehnično in pisarniško delo za volilno komisijo opravlja KZSZ Kranj.

76. člen

Volilna komisija razdeli območje vsake občine z območja Komunalne skupnosti kmetov na toliko volilnih enot, kolikor članov skupščine je treba izvoliti v občini in sicer tako, da je v vsaki enoti približno enako število zavarovancev.

V vsaki občini je najmanj ena volilna enota.

V vsaki volilni enoti se voli po en član skupščine.

b) Kandidiranje in volitve

77. člen

Kandidiranje in volitve članov skupščine se opravijo na zborih kmetov-zavarovancev.

Zbor kmetov zavarovancev skliče volilna komisija za vsako volilno enoto.

Sklic zbora kmetov-zavarovancev se razglasi na način, ki je običajen v kraju, kjer se opravi zbor.

78. člen

Zbor kmetov-zavarovancev se lahko opravi, če je navzočih najmanj desetina vseh zavarovancev z območja ene volilne enote.

Če na zboru ni toliko zavarovancev kot je to določeno v prejšnjem odstavku, se lahko čez pol ure od časa, ki je bil določen za začetek zbora, opravi zbor ne glede na število navzočih zavarovancev.

Na zboru zavarovancev imajo pravico predlagati kandidata in voliti člane skupščine samo zavarovanci, ki prebivajo na območju volilne enote, za katero je zbor sklican.

79. člen

Delo zbora zavarovancev vodi predsednik zbora, ki ga navzoči zavarovanci izvolijo izmed sebe.

Zapisnikarja na zboru zavarovancev preskrbi volilna komisija.

80. člen

Kandidate za člane skupščine lahko predlaga skupina najmanj petih zavarovancev. Vsaka skupina lahko predlaga enega kandidata.

Po končanem predlaganju kandidatov objavi predsednik zbora imena kandidatov po vrstnem redu, kot so bili kandidati predlagani.

81. člen

Po končanem kandidiranju zbor zavarovancev voli člana izmed predlaganih kandidatov.

Volitve se opravijo javno z dviganjem rok. Zbor lahko sklene, da se voli tajno z glasovnicami.

O predlaganih kandidatih se glasuje po vrsti kot so bili predlagani. Vsak zavarovanec lahko glasuje le za enega kandidata.

Izvoljen je tisti kandidat, ki je dobil večino glasov navzočih zavarovancev. Če je dobilo dvoje ali več kandidatov enako največje število glasov, se volitve ponovijo samo med temi kandidati.

82. člen

O delu zbora se piše zapisnik. Zapisnik obsega podatke o tem, kje in kdaj je bil zbor, ugotovitev ali je bil zbor sklepčen, kandidate, ki so bili predlagani na zboru, koliko glasov je dobil vsak kandidat, in kdo je bil izvoljen za člana skupščine.

Zapisnik podpiše predsednik zbora in zapisnikar zapisnik izroči predsedniku zbora volilni komisiji.

c) Ponovne in nadomestne volitve

83. člen

Ce občinska skupščina razveljavi volitve v volilni enoti, se morajo ponovne volitve opraviti v 15 dneh od dneva razveljavitve.

84. člen

Nadomestne volitve se opravijo, če preneha mandat člana skupščine več kot eno leto pred potekom mandatne dobe. Volitve razpiše skupščina, izvedejo se po postopku, določenem za redne volitve.

Mandat člana izvoljenega na nadomestnih volitvah traja do poteka mandatne dobe člana, na katerega mestu je bil izvoljen.

85. člen

Članu skupščine 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 pravomočno odločbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 3 mesecev,
5. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme,
6. z odpoklicem.

Ce preneha mandat več kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

86. 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 članov skupščine skupnosti.

d) Verifikacija mandatov

87. člen

Prvo sejo skupščine skliče dosedanji predsednik oziroma njegov namestnik v roku 30 dni po volitvah.

Sejo začne in vodi do izvolitve novih skupščinskih organov dosedanji predsednik oziroma njegov namestnik.

Skupščina določi zapisnikarja, izmed svojih članov pa izvoli dva overovatelja.

88. člen

Na prvi seji izvoli skupščina tričlansko verifikacijsko komisijo, ki se takoj sestane, pregleda potrdila ter preizkusi pravilnost izvolitve novih članov skupščine in skupščini poroča o ugotovitvah.

89. člen

Skupščina odloči o verifikaciji mandatov s sklepom. Če predlaga verifikacijska komisija, naj skup-

ščina ne verificira posameznega kandidata, se o tem glasuje o vsakem članu posebej.

Član skupščine, katerega mandat je sporn, ne more glasovati o potrditvi svojega mandata.

Ce ugotovi skupščina, da je bila izvolitev nekega člana nepravilna in je zato verifikacijo odklonila, pozove volilno komisijo, da opravi ponovne volitve.

Verifikacija mandatov naknadno izvoljenih članov skupščine se opravi po istem postopku kot na prvi seji.

e) Volitve predsednika in njegovega namestnika

90. člen

Po izvršeni verifikaciji mandatov članov skupščine, se izvolita predsednik skupščine in njegov namestnik.

Predlog za izvolitev lahko poda vsak član skupščine ali pa posebna kandidacijska komisija, ki jo imenuje skupščina.

Volitve predsednika skupščine se opravijo praviloma javno, lahko pa tudi tajno, če tako sklene skupščina. Izvoljen je tisti kandidat, ki dobi večino glasov od navzočih članov skupščine.

Ce se voli z glasovnicami, se vanjo vpišejo imena po abecednem redu.

4. Zbori zavarovancev

91. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin oziroma krajevnih skupnosti zbor zavarovancev.

92. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanjih 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.

5. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

93. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut ali pravilnik, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci na zbori zavarovancev,
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov,
3. z anketiranjem zavarovancev.

94. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum.

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

Referendum o razdružitvi ali izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

95. 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 polovico zavarovancev — nosilcev zavarovanja.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavilo več kot polovica vseh zavarovancev skupnosti.

Odločitev, sprejeta na referendumu, je obvezna in velja najmanj leto dni.

6. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

96. 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 drugim 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 sodelujočih z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina.

97. člen

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.

98. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto, kolikor ni izrecno določeno v pogodbi daljše obdobje.

Če se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji.

99. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso ajele 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 do-

ločiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbená stran-ka 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

SLUŽBENA IZVAJANJA ZAVAROVANJA

100. člen

Strokovne, finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja opravlja za skupnost Komunalni zavod za socialno zavarovanje Kranj.

Medsebojna razmerja med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje se uredijo s posebnim sporazumom.

101. člen

S sporazumom iz prejšnjega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnost in ki morajo biti zajete v delovnem načrtu zavoda,

2. pogoji za izvrševanje en nalog,

3. način določanja povračila za delo zavoda,

4. druga medsebojna razmerja in nadzor.

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s sporazumom, se uporablja temeljni zakon o zavodih in na njegovi podlagi izdani predpisi.

Osmi del

KONČNE DOLOČBE

102. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prenehajo veljati statut komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Kranj in na njegovi podlagi izdani splošni akti.

Dokler ne bodo izdani novi predpisi, določeni s tem statutom, se uporabljajo sedaj veljavni predpisi, če niso v nasprotju z zakonom in tem statutom.

103. člen

Zavarovanci skupnosti lahko pravice po tem statutu uveljavijo šele s 1. januarjem 1971.

104. člen

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

Št. 190-617/70-02/19

Kranj, dne 3. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Kranj

Predsednik
Ivan Oman l.r.