



URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 43

Ljubljana, 17. decembra 1970

Cena 12 dinarjev

Leto XXVII

VSEBINA:

232. Zakon o spremembi in dopolnitvi zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji
233. Odlok o izvolitvi sodnika okrožnega sodišča v Kranju
234. Odlok o razrešitvi sodnika okrožnega sodišča v Ljubljani
235. Sklep o porazdelitvi prispevka SR Slovenije občinam za stroške zdravstvenega zavarovanja socialno ogroženih zavarovancev-kmetov
236. Odredba o preventivnih ukrepih proti določenim živalskim kužnim boleznim v letu 1971
237. Navodilo o izkaznici inšpektorja tehnične inšpekcije
- PREDPISI OBCINSKIH SKUPSCIN:**
438. Odlok o zadržanju cen za posamezna živila in storitve (Cerknica)
439. Odlok o spremembah in dopolnitvah odloka o urbanističnem redu v občini Cerknica
440. Odlok o potrditvi zazidalnih načrtov (Cerknica)
441. Odlok o dopolnitvi odloka o določitvi sredstev za izobraževanje (Grosuplje)
442. Odlok o zadržanju cen za posamezna živila in storitve (Lenart)
443. Odlok o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Bežigrad)
444. Odlok o dopolnitvi odloka o prenehanju veljavnosti občinskih odlokov (Bežigrad)
445. Odlok o ukrepih neposredne družbene kontrole cen, maksimiranju cen za nekatere prehrabene proizvode in storitve (Vrhnika)
446. Odlok o zadržanju cen obrtnih storitev in izdelkov (Vrhnika)
447. Odlok o dopolnitvi odloka o kategorizaciji cest IV. reda v občini Vrhnika
- SPLOSNI AKTI KOMUNALNIH SKUPNOSTI:**
448. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje
449. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper
450. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja delavcev (Koper)
451. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje
452. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper
453. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja kmetov (Koper)
454. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana
455. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto

232.

Na podlagi tretjega odstavka 167. člena ustave Socialistične republike Slovenije izdajam

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembi in dopolnitvi zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji

Razglasi se zakon o spremembi in dopolnitvi zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 4. decembra 1970 in na seji enotnega zbora delovnih skupnosti dne 9. novembra 1970.

Št. 402-24/70

Ljubljana, dne 7. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembi in dopolnitvi zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji

1. člen

V tretjem odstavku 97. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36-196/64, št. 43-334/67 in št. 40-302/68) se besede »do konca leta« nadomestijo z besedami: »do konca oktobra v letu«.

Za tretjim odstavkom se doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»Skupščina družbeno-politične skupnosti sme podaljšati rok iz prejšnjega odstavka do konca leta, če so nastale izredne okoliščine iz 1. točke prvega odstavka 96. člena tega zakona.«

2. člen

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

233.

Na podlagi 16. alineje 135. člena in 4. alineje 152. člena ustave SR Slovenije ter II. in XXIII. amandmaja k ustavi SR Slovenije in v zvezi z 12. členom zakona o sodiščih splošne pristojnosti (Uradni list SRS, št. 20-220/65) je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 4. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o izvolitvi sodnika okrožnega sodišča v Kranju

Za sodnika okrožnega sodišča v Kranju se izvoli Franc Skodlar, sodnik občinskega sodišča v Radovljici.

Št. 111-34/70

Ljubljana, dne 7. decembra 1970.

Skupščina
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Sergej Kraigher l. r.

234.

Na podlagi 16. alinee 135. člena in 4. alinee 152. člena ustave Socialistične republike Slovenije ter II. in XXIII. amandmaja k ustavi Socialistične republike Slovenije ter v zvezi z 12. in 19. členom zakona o sodiščih splošne pristojnosti (Uradni list SRS, št. 20-220/65) je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 4. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o razrešitvi sodnika okrožnega sodišča v Ljubljani

Milko Dobravec se razreši dolžnosti sodnika okrožnega sodišča v Ljubljani z 31. decembrom 1970.

Št. 111-14/70

Ljubljana, dne 7. decembra 1970.

Skupščina

Socialistične republike Slovenije

Predsednik

Sergej Kraigher l. r.

235.

Izvršni svet Skupščine SR Slovenije je na podlagi 7. člena zakona o prispevkih družbeno-političnih skupnosti k stroškom zdravstvenega zavarovanja kmetov za leto 1971 (Uradni list SRS, št. 39-221/70) sprejel

SKLEP

o porazdelitvi prispevka SR Slovenije občinam za stroške zdravstvenega zavarovanja socialno ogroženih zavarovancev-kmetov

I

Prispevek Socialistične republike Slovenije občinam za stroške zdravstvenega zavarovanja socialno ogroženih zavarovancev-kmetov po drugem odstavku 4. člena zakona o prispevkih družbeno-političnih skupnosti k stroškom zdravstvenega zavarovanja kmetov za leto 1971 znaša za leto 1971 7.497.600 dinarjev.

II

Z upoštevanjem meril po 5. členu zakona o prispevkih družbeno-političnih skupnosti k stroškom zdravstvenega zavarovanja kmetov za leto 1971 se prispevek Socialistične republike Slovenije porazdeli med posamezne občine takole:

Zap. št.	Občina	Izračun na podlagi razvrstitve občin v tri skupine dinarjev
1	2	3
1. Lenart		390.900
2. Lendava		626.400
3. Murska Sobota		1.498.800
4. Ormož		335.900
5. Ljutomer		243.100
6. Šmarje pri Jelšah		521.700
7. Grosuplje		297.400
8. Gornja Radgona		280.000
9. Šentjur pri Celju		210.600
10. Ptuj		629.400
11. Trebnje		212.700
12. Slov. Bistrica		242.500

Zap. št.	Občina	Izračun na podlagi razvrstitve občin v tri skupine dinarjev
1	2	3
13. Slov. Konjice		169.300
14. Ribnica		88.900
15. Krško		225.700
16. Črnomelj		175.500
17. Sevnica		167.600
18. Radlje ob Dravi		103.800
19. Brežice		270.000
20. Litija		88.500
21. Logatec		32.600
22. Mozirje		97.000
23. Dravograd		31.800
24. Tolmin		95.900
25. Zalec		114.800
26. Slov. Gradec		76.500
27. Metlika		40.900
28. Laško		76.700
29. Ajdovščina		94.200
30. Idrija		58.500
Skupaj		7.497.600

III

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporabljal pa se bo od 1. januarja 1971.

Št. 420-39/70

Ljubljana, dne 26. novembra 1970.

Izvršni svet Skupščine

Socialistične republike Slovenije

Predsednik

Stane Kavčič l. r.

236.

Na podlagi 15. člena zakona o ukrepih za pospeševanje živinoreje in o zdravstvenem varstvu živine (Uradni list SRS, št. 4-15/67) izdaja republiški sekretar za gospodarstvo

ODREDBO

o preventivnih ukrepih proti določenim živalskim kužnim boleznim v letu 1971

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1

Da se preprečijo oziroma ugotovijo v tej odredbi navedene živalske kužne bolezni, morajo lastniki oziroma posestniki živine (v nadaljnjem besedilu: posestniki) v letu 1971 opraviti določena preventivna cepljenja ter diagnostične in druge preiskave živine.

2

Preventivna cepljenja, diagnostične in druge preiskave opravijo veterinarske postaje ali drugi veterinarski zavodi.

3

Preventivna cepljenja se morajo opraviti tolikokrat, kolikor je potrebno, da so živali stalno zaščitene.

4

Stroški za preventivno cepljenje goved zoper sli-
navko in parkljevko po tej odredbi gredo v breme
sredstev posebnih računov za zatiranje živalskih kuž-
nih bolezni pri občinah (tretji odstavek 24. člena za-
kona o ukrepih za pospeševanje živinoreje in o zdrav-
stvenem varstvu živine), stroški za druga cepljenja in
preiskave pa gredo v breme posestnika živine.

5

Veterinarska postaja oziroma veterinarski zavod,
ki opravi preventivno cepljenje ali diagnostično pre-
iskavo, mora voditi evidenco o datumu cepljenja ozi-
roma preiskave, imenu in bivališču posestnika živine,
o opisu živine, o proizvajalcu in seriji cepiva ter o
rezultatu preiskave.

II. PREVENTIVNI UKREPI

6

Preventivno cepljenje konj, goved in ovac proti
vraničnemu prisadu se mora opraviti v vseh soseskah,
kjer je bila v zadnjih 30 letih ugotovljena ta bolezen.

7

Proti šumečemu prisadu se mora preventivno ce-
piti govedo pred odgonom na pasišča, na katerih je
bila v zadnjih 30 letih ugotovljena ta bolezen.

8

Preventivno cepljenje psov, starih več kot 3 me-
sece, proti steklini se mora opraviti do 31. marca
1971. Cepljeni psi se vpišejo v register psov, ki ga
vodi pristojni občinski upravni organ.

Neprijavljeni in necepljeni psi se morajo pokon-
čati.

9

Preventivno cepljenje kokoši in puranov proti ati-
pični kokošji kugi se mora opraviti:

- na družbenih kmetijskih posestvih;
- v obratih individualnih proizvajalcev, ki ko-
operirajo z delovno organizacijo;
- v obratih individualnih proizvajalcev, kjer
predstavlja reja perutnine pomembnejšo gospodarsko
dejavnost;
- v naseljih, kjer je bila atipična kokošja kuga
ugotovljena v zadnjih dveh letih.

Naselja in obrate iz prejšnjega odstavka, v katerih
se mora opraviti preventivno cepljenje, določi občins-
ki veterinarski inšpektor.

Preventivno cepljenje se opravi z vakcino iz F se-
va virusa ali seva lasota z okulonazalno ali pa pero-
ralno metodo.

10

Zoper prašičjo kugo je treba preventivno cepiti
prašiče, ki se hranijo s pomijami iz gostinskih obra-
tov in obratov družbene prehrane ter s surovimi stran-
skimi klavničnimi proizvodi. Cepljenje se opravi s K
sevom lapiniziranega virusa.

11

Zoper sli-navko in parkljevko se morajo preven-
tivno cepiti osnovna, goveja čreda družbenih kmetij-
skih posestev in biki v osemenjevalnih središčih.

Preventivno cepljenje se opravi s polivalentno
AOC vakcino.

12

Tretja splošna tuberkulinizacija goved se mora
začeti v naslednjih občinah:

Ajdovščina, Cerkljica, Domžale, Grosuplje, Ilirska
Bistrica, Kamnik, Laško, Litija, Ljubljana Bežigrad,
Ljubljana Center, Ljubljana Moste-Polje, Ljubljana
Šiška, Ljubljana Vič-Rudnik, Logatec, Murska Sobota,
Nova Gorica, Postojna, Sežana, Slovenske Konjice,
Sentjur pri Celju, Smarje pri Jelšah, Tolmin, Trebnje
in Vrhnika.

Tretja splošna tuberkulinizacija goved in sanacija
okuženih in okužbe sumljivih gospodarstev v občinah
iz prvega odstavka se mora dokončati do 31. decem-
bra 1972.

13

Glede na brucelozo se morajo pregledati:

— z mlečno prstanasto preizkušnjo krave v obra-
tih individualnih proizvajalcev, in to dvakrat v letu
v presledku od pet do sedem mesecev;

— z enkratnim laboratorijskim pregledom krvi
osnovna goveja čreda v obratih družbenih kmetijskih
posestev;

— z enkratnim laboratorijskim pregledom krvi in
enkratnim laboratorijskim pregledom semena biki v
osemenjevalnih središčih, in to v presledku šestih me-
secev med obema pregledoma;

— z enkratnim laboratorijskim pregledom krvi
plemenske živali na družbenih prašičjerejskih obratih.

14

Ta odredba začne veljati osmi dan po objavi v
Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januar-
ja 1971.

St. 322/A-042/70-XIX

Ljubljana, dne 20. novembra 1970.

Republiški sekretar
za gospodarstvo

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

237.

Na podlagi drugega odstavka 14. člena zakona o
tehničnih inšpekcijah na področju industrije in grad-
beništva (Uradni list SRS, št. 12-68/70) izdaja republi-
ški sekretar za gospodarstvo

NAVODILO

o izkaznici inšpektorja tehnične inšpekcije

1. Inšpektorji tehnične inšpekcije — elektroener-
getski inšpektorji, inšpektorji parnih kotlov in grad-
beni inšpektorji morajo imeti pri opravljanju tehnične
inšpekcije izkaznico. Izkaznica se izdaja po obrazcu,
ki je sestavni del tega navodila.

2. Inšpektorjem iz prejšnje točke izda izkaznico

a) republiški sekretariat za gospodarstvo — repu-
bliškemu tehničnemu inšpektorju;

b) za tehnično inšpekcijo pristojni občinski uprav-
ni organ — občinskemu tehničnemu inšpektorju.

Medobčinskemu inšpektorju se izda ena izkaznica.
Izkaznico izda za tehnično inšpekcijo pristojni upravni
organ ene občine, za tehnično inšpekcijo pristojni
upravni organi drugih občin pa na ustreznem mestu
v izkaznici potrdijo, da velja izkaznica tudi za območ-
je teh občin.

Izkaznica se izda za tekoče koledarsko leto in se vsako leto njena veljavnost podaljša za naslednje koledarsko leto.

3. Inšpektor, ki mu je prenehala ta funkcija, mora najpozneje v treh dneh po prenehanju funkcije vrniti izkaznico organu, ki jo je izdal.

4. To navodilo začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 039-06/70

Ljubljana, dne 25. novembra 1970.

Republiški sekretar
za gospodarstvo

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

OBRAZEC IZKAZNICE

(velikost 70 × 100 mm)

Na prvi strani platnic izkaznice je grb Slovenije. Izkaznica ima osem strani.

Prva notranja stran:

Grb SR Slovenije

Ime organa, ki izda izkaznico

IZKAZNICA

....., elektroenergetski, inšpektor parnih kotlov, gradbeni inšpektor (Pripomba: Navedba inšpekcije, za katero imetnik izkaznice ni pooblaščen, se prečrta.)

Št.

V

Druga notranja stran:
(inšpektorjeva fotografija 35 × 45 mm)

Podpis imetnika izkaznice

Tretja notranja stran:

Inšpektor je po 2. členu zakona o tehničnih inšpekcijah na področju industrije in gradbeništva (Uradni list SRS, št. 12-68/70) pooblaščen opravljati tehnično inšpekcijo.

V

Pečat

Podpis izdajatelja izkaznice

Četrta in peta notranja stran:

Po petkrat besedilo:

Veljavnost izkaznice se podaljšuje za leto 19.....

Pečat

Podpis organa

Šesta, sedma in osma notranja stran:

Po petkrat besedilo:

Velja tudi za območje občine za leto 19.....

V

Pečat

Podpis organa

Predpisi občinskih skupščin

SKUPŠČINA OBČINE CERKNICA

438.

Na podlagi tretjega odstavka 13., 16. in 20. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67, št. 23/67, št. 40/68, št. 11/69 in št. 15/70), odloka o maksimiranju cen za posamezna živila in storitve (Uradni list SFRJ, št. 48/70) ter 94. člena statuta občine Cerknica je skupščina občine Cerknica na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 27. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o zadržanju cen za posamezna živila in storitve

1. člen

Drobnoprodajne cene za:

1. vse vrste kruha, razen peciva;
 2. svinjsko in perutninsko meso, sveže ribe, ter vse vrste drobovine;
 3. sveže kravje mleko;
 4. stanarine;
 5. komunalne storitve
- ostanejo na ravni, na kateri so bile na dan 29. oktobra 1970.

2. člen

Za druga osnovna živila, to je moka, sladkor, olje, črni kruh, goveje in telečje meso ostanejo v veljavi

določila odloka o najvišjih maloprodajnih cenah in maržah skupščine občine Cerknica.

3. člen

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

Št. 38-17/70-1

Cerknica, dne 27. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Cerknica
Franc Zorman, dipl. ing. l. r.

439.

Na podlagi 9. in 15. člena zakona o urbanističnem planiranju (Uradni list SRS, št. 16/67), 8. in 9. člena odloka o urbanističnem programu občine Cerknica (Uradni list SRS, št. 23/69) in 94. člena statuta občine Cerknica je skupščina občine Cerknica na 12. redni seji obeh zborov dne 27. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembah in dopolnitvah odloka o urbanističnem redu v občini Cerknica

1. člen

3. člen odloka o urbanističnem redu v občini Cerknica (Uradni list SRS, št. 23/69) se spremeni in se glasi:

»V naseljih, ki se urejajo z urbanističnim redom, je dovoljena gradnja novih objektov v okviru osnovnega značaja naselja in to:

- stanovanjskih hiš,
- nadomestnih stanovanjskih hiš,
- gospodarskih poslopij,
- pomožnih objektov,
- komunalnih naprav,
- manjših trgovskih ali gostinskih prostorov za lokalne potrebe.«

2. člen

4. člen se spremeni in se glasi:

»Gradnja objektov po 3. členu tega odloka, je dovoljena znotraj meje strnjene naselja ali v neposredni bližini naselja na zemljišču, ki so za kmetijsko in gozdarsko proizvodnjo, za razvoj turizma in lovstva in za ohranitev pokrajinskih ter naravnih lepote manj potrebna.

Svet za komunalne, stanovanjske in gradbene zadeve ter urbanizem občine Cerknica lahko dovoli tudi gradnjo drugih objektov, ki niso navedeni v 3. členu odloka. V izjemnih primerih lahko svet dovoli gradnjo tudi izven strnjene naselja.

Gradnja se mora podrediti osnovnemu konceptu zazidave naselja glede gabarita, tlorisnega koncepta in izgleda.«

3. člen

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

Št. 350-2/67-1

Cerknica, dne 27. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Cerknica
Franc Zorman, dipl. ing. I. r.

440.

Na podlagi 12. in 13. člena zakona o urbanističnem planiranju (Uradni list SRS, št. 16/67), 8. člena odloka o urbanističnem programu občine Cerknica (Uradni list SRS, št. 23/69) in 94. člena statuta občine Cerknica je skupščina občine Cerknica na 12. redni seji obeh zborov dne 27. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o potrditvi zazidalnih načrtov

1. člen

S tem odlokom se sprejmejo in potrdijo zazidalni načrti:

- zazidalni načrt Cerknica — Peščenek, št. projekta 1436;
- zazidalni načrt Cerknica — Videm, št. projekta 980;
- zazidalni načrt Rakek nad Vodovodno cesto, št. projekta 1435;
- zazidalni načrt Stari trg — Lož pod Malim vrhom, št. projekta 1434;
- zazidalni načrt Dolenja vas — del.

2. člen

Sprejeti zazidalni načrti vsebujejo programski in tehnični del s pravilniki o izvajanju zazidalnih načrtov.

3. člen

Sprejeti zazidalni načrti so sestavni del tega odloka.

4. člen

Zazidalni načrti so stalno na vpogled občanom, organom in organizacijam pri upravnem organu skupščine občine Cerknica, pristojnemu za urbanizem.

5. člen

Izvajanje sprejetih zazidalnih načrtov nadzira občinska urbanistična inšpekcija.

6. člen

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

Št. 350-12/70/1

Cerknica, dne 27. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Cerknica
Franc Zorman, dipl. ing. I. r.

SKUPŠČINA OBČINE GROSUPLJE

441.

Na podlagi 26. in 27. člena zakona o izobraževalnih skupnostih in o financiranju vzgoje in izobraževanja v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 16/67, št. 5/68, št. 27/68, št. 40/68 in št. 8/69) in, 102. člena statuta občine Grosuplje (Glasnik, št. 22/69) je skupščina občine Grosuplje na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 25. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o dopolnitvi odloka o določitvi sredstev za izobraževanje

1. člen

V 3a členu odloka o zagotovitvi sredstev za izobraževanje (Glasnik, št. 5/69 in Uradni list SRS, št. 7/70) se za prvim odstavkom doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

»Ne glede na določilo prvega odstavka tega člena pa se od dneva ko bodo po prvih treh členih tega odloka izločena sredstva dosegla 4.882.700 din do konca leta 1970, še nadalje izloča za investicije na področju izobraževanja del občinskega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja in sicer po stopnji 0,55 %. Tudi ta sredstva se izločajo temeljni izobraževalni skupnosti Grosuplje.«

2. člen

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

Št. 400-4/68

Grosuplje, dne 25. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Grosuplje
Ivan Ahlin I. r.

SKUPŠČINA OBČINE LENART

442.

Na podlagi tretjega odstavka 13. člena in 20. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12-176/67, št. 23-343/67, št. 40-473/68, št. 11-139/69 in št. 15-170/70), 2. točki odloka o maksimiranju cen za posamezna živila in storitve (Uradni list SFRJ, št. 48-566/70) in 161. členu statuta občine Lenart (Uradne objave, št. 16-188/67, št. 18-207/67 in Uradni list SRS, št. 6-23/69, št. 43-209/69, št. 11-118/70) je skupščina občine Lenart na skupni seji obeh zborov dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o zadržanju cen za posamezna živila in storitve

1. člen

Cene živil in storitev v prodaji na drobno, ki so navedene v 2. členu tega odloka, se zadržijo na ravni cen, na kateri so bile na dan 29. oktobra 1970.

2. člen

Zadržane cene v smislu 1. člena veljajo za tale živila in storitve:

1. za vse vrste kruha, razen za pekovo pecivo,
2. za sveže svinjsko, telečje, goveje in perutninsko meso ter sveže ribe,
3. za svinjsko, telečjo in govejo drobovino,
4. za sveže kravje mleko,
5. za stanarine,
6. za komunalne storitve.

3. člen

Ta odlok začne veljati z dnem objave v Uradnem listu SRS.

Št. 38-10/65-31

Lenart, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA BEŽIGRAD

443.

Na podlagi 1., 5. in 15. člena temeljnega zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SFRJ, št. 12/65 in št. 32/68), 1. člena zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SRS, št. 22/65, št. 40/68 in št. 33/70) in 108. člena statuta občine Ljubljana Bežigrad je skupščina občine Ljubljana Bežigrad na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi in dopolnitvi odloka o uvedbi in stopnjah prometnega davka od nepremičnin in pravic na območju občine Ljubljana Bežigrad

(Glasnik, št. 5/68, ki se v prečiščenem besedilu glasi:

ODLOK

o prometnem davku od nepremičnin in pravic

1. člen

Prometni davek od odplačilnega prenosa lastniške pravice na nepremičnini se plača po naslednjih stopnjah:

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

2. člen

Prometni davek od odplačilnega 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%.

3. člen

Od odplačilnega prenosa pravice bivšega lastnika do uporabe nacionaliziranega nezazidanega stavbnega zemljišča se plača prometni davek po 1. členu tega odloka.

4. člen

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

5. člen

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

Št. 421-27/70-4

Ljubljana, dne 26. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Bežigrad
Karel Kušar l. r.

444.

Na podlagi 108. člena statuta občine Ljubljana Bežigrad (Uradni list SRS, št. 15/70) je skupščina občine Ljubljana Bežigrad na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. novembra 1970 sprejela

ODLOK

o dopolnitvi odloka o prenehanju veljavnosti občinskih odlokov

1. člen

V odloku o prenehanju veljavnosti občinskih odlokov (Glasnik, št. 16/69) se dopolni prvi člen in sicer:

A. iz področja splošnih služb:

- odlok o hišnem redu (Glasnik, 3/61)
- odlok o razširitvi veljavnosti odloka o ustanovitvi odbora in uprave za narodno obrambo pri MS Ljubljana za nemestno območje občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, 23/66)
- odlok o razširitvi veljavnosti odloka o organih za kaznovanje prekrškov pri MS za nemestno območje (Glasnik, 26/66)
- odlok o pravicah in dolžnostih ter načinu izbire delegatov Skupščine občine Ljubljana Bežigrad na zasedanju v Skupščini SR Slovenije (Glasnik, 19/69)
- odlok o načinu plačevanja stanovanjskega prispevka gospodarskih organizacij s pavšalnim obračunom (Glasnik, 77/60)
- odlok o razširitvi veljavnosti odlokov s stanovanjskega področja, ki jih je sprejel MS Ljubljana za izvenmestno območje občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, 2/66)
- sklep o pooblastitvi štaba za varstvo pred naravnimi in drugimi hudimi nesrečami za mesto Ljubljana, da opravlja naloge varstva pred hudimi nesrečami tudi za tisti del območja občine Ljubljana Bežigrad, ki je zunaj mestnega območja (Glasnik, 22/67)

B. iz področja družbenih služb:

- odlok o voznih olajšavah na prevoznih sredstvih, za katere se daje regres iz občinskega proračuna (Glasnik, 37/61)

C. iz področja gospodarstva:

- odredba o maloprodajnih cenah in maržah (Glasnik, 34/65, 48/65, 24/66)
- odredba o obveznem zaščitnem cepljenju psov proti pasji steklini na območju občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, 15/62)

D. iz področja komunale:

- odlok o ustanovitvi komunalnega sklada (Glasnik, 52/61 in 74/61)

F. iz področja dela davčne uprave:

- odlok o prispevkih in davkih občanov ter njihovih stopnjah, ki se plačujejo na območju občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, 10/65, 49/65, 5/66, 10/66 in 4/67)
- odlok o uvedbi in stopnjah prometnega davka od nepremičnin in pravic na območju občine Ljubljana Bežigrad (Glasnik, št. 32/65).

2. člen

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

Št. 010-2/70-1

Ljubljana, dne 28. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine
Ljubljana Bežigrad
Karel Kušar l. r.

SKUPŠČINA OBČINE VRHNIKA

445.

Na podlagi tretjega odstavka 13. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67), 2. točke odloka o maksimiranju cen za posamezna živila in storitve (Uradni list SFRJ, št. 48/70) in 111. člena statuta občine Vrhnika (Uradni list SRS, št. 2/67) je skupščina občine Vrhnika na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 2. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o ukrepih neposredne družbene kontrole cen, maksimiranju cen za nekatere prehrabene proizvode in storitve

1. člen

S tem odlokom se uvajajo ukrepi neposredne družbene kontrole cen in določajo maksimalne maloprodajne cene in komunalne storitve, ki so veljale na dan 29. oktobra 1970.

2. člen

Maksimalne maloprodajne cene za kruh, zemlje, sveže goveje, telečje in svinjsko meso ter perutnino in sveže kravje mleko so:

1. Kruh iz moke, TIP 400 »B«	2,60 din/kg
2. Kruh iz moke TIP 1.000 »B«	1,90 din/kg
3. Zemlje iz moke, TIP 400 »B«	0,35 din/kos.
4. Sveže goveje meso I. vrste	16,00 din/kg
5. Sveže goveje meso II. vrste	14,00 din/kg
6. Sveže telečje meso	22,00 din/kg
7. Sveže svinjsko meso	18,00 din/kg
8. Bevy beef	17,50 din/kg
9. Drobovina	
— goveja	10,05 din/kg
— telečja	10,70 din/kg
— svinjska	14,07 din/kg
10. Sveže kravje mleko 1/1	1,60 din/l
11. Sveže kravje mleko 1/2	1,70 din/l

3. člen

Cene iz drugega člena tega odloka so enotne za območje občine.

4. člen

Maksimalna cena za potrošnja pitne vode, za uporabo kanalizacije, odvoz smeti in odpadkov ter pogrebni storitve se določijo na višino kot so znašale na dan 29. oktobra 1970. in to:

1. Tarife za porabo vode po števcu:

- a) za gostinstvo in vojsko, ki se rabi za gospodinske namene . 0,60 din/m³
- b) za delovne in druge organizacije razen društev 1,45 din/m³
- c) za vojsko, ki se rabi za gospodarske namene 0,80 din/m³
- d) za družbene organizacije . 0,25 din/m³

2. Tarifa za porabo vode na osnovi mesečnega pavšala:

- a) od osebe v gospodinjstvu in od komada goveje živine ter konj . 0,80 din

- b) od kopalnice na osebo . . . 0,50 din
 c) od pralnice na osebo . . . 0,50 din
 d) stranišče na izpiranje — na osebo . . . 0,45 din
 e) brez pralnice na osebo, če se voda uporablja za pranje iz javnega vodovoda . . . 0,40 din
 f) od glave drobnice . . . 0,50 din
 g) od osebe v delovnih organizacijah in zasebne dejavnosti razen gostinstva . . . 5,10 din

3. Tarifa za porabo vode na osnovi letnega pavšala:

- a) gostinstvo družbenega in zasebnega sektorja . . . 10 % od btto prom.
 b) vzgojno varstvene ustanove in kino Borovnica . . . 140,00 din od ene vodovodne pipe
 c) vojna pošta, vrtni vodovodi in kino Borovnica . . . 180,00 din od ene vodovodne pipe

4. Tarifa za porabo vode pri izgradnji gradbenih del:

- a) za gospodarske organizacije ali od predračunske vrednosti objekta . . . 1,30 din/m³
 b) za individualno gradnjo ali od predračunske vrednosti . . . 0,60 din/m³
 c) za posameznike . . . 10 %

5. Kanalizacijske pristojbine na območjih kjer je zgrajena kanalizacija:

40 % od zneska vodovodnih tarif

6. Pokopališka tarifa:

- a) letna najemnina za grobove
 — za odrasle . . . 10,00 din
 — za otroke . . . 7,00 din
 b) letna najemnina za grobnice
 — do površine 7 m² . . . 60,00 din
 — do površine 7 m² . . . 80,00 din
 c) za pokopavanje
 — za odrasle . . . 120,00 din
 — za otroke . . . 80,00 din
 — za uporabo vozička . . . 20,00 din
 d) postavitev nagrobnih spomenikov, grobnikov
 — za postavitev spomenika za 1 grob . . . 15,00 din
 — za postavitev spomenika za 2 groba . . . 20,00 din
 — za postavitev spomenika za 3 grobe . . . 25,00 din
 — za postavitev robnika okoli 1 groba . . . 8,00 din
 — za postavitev robnika okoli 2 grobov . . . 16,00 din
 — za postavitev robnika okoli 3 grobov . . . 20,00 din
 — za postavitev napisne plošče . . . 30,00 din
 e) postavitev grobnice . . . 10,00 din/m²

7. Tarifa za odvoz smeti in odpadkov:

- a) za odvoz smeti iz gospodinjstev od stanovanjske površine . . . 0,15 din/m²

- b) za odvoz smeti delovnih in drugih organizacij — od poslovne površine . . . 0,22 din/m²

5. člen

Za storitve gostinskih, delovnih organizacij in samostojnih gostincev se uvaja sistem evidentiranih cen.

6. člen

Glede na 5. člen tega odloka so dolžne gostinske delovne organizacije in lastniki samostojnih gostišč dostavljati upravnemu organu skupščine občine Vrhnika, ki je pristojen za cene cenikov gostinskih storitev.

7. člen

Skupščina občine Vrhnika pooblašča gospodarsko zbornico Socialistične republike Slovenije, da lahko v njenem imenu določa in usklajuje cene proizvodov iz 2. člena tega odloka.

Pooblastilo velja, če taka pooblastila dajo vse občinske skupščine v Socialistični republiki Sloveniji in pod pogojem, da s sporazumom soglašata zavod za cene Socialistične republike Slovenije.

8. člen

Delovne organizacije in odgovorne osebe ter posamezniki, ki kršijo določbe tega odloka se kaznujejo:

- | | |
|---|----------|
| | din |
| a) delovne organizacije | do 3.000 |
| b) odgovorne osebe delovne organizacije | do 300 |
| c) posamezniki | do 300 |

9. člen

Ko začne veljati ta odlok nehalo veljati:

- odlok o najvišji ravni cen in najvišjih maržah v prometu na drobno za določene živilske proizvode (Uradni list SRS, št. 3/70),
- odlok o spremembah odloka o najvišji ravni cen in najvišjih maržah v prometu na drobno za določene živilske proizvode (Uradni list SRS, št. 25/70),
- odlok o komunalnih tarifah (objavljen na krajevno običajen način z 21. 7. 1970),
- prvi odstavek 17. člena odloka o obveznem odlaganju in odvažanju smeti ter odpadkov na območju mesta Vrhnika in naselja Borovnice (Uradni list SRS, št. 35/69).

10. člen

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

Št. 3/1-010-011/70

Vrhnika, dne 2. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Vrhnika
Franci Širok l. r.

446.

Na podlagi tretjega odstavka 13. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67) in 111. člena statuta občine Vrhnika je skupščina občine Vrhnika na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 2. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o zadržanju cen obrtnih storitev in izdelkov****1. člen**

Delovne organizacije in lasniki samostojnih obrtnih delavnic, ki opravljajo obrtne storitve in izdelujejo obrtne izdelke ne smejo povišati cen svojih storitev in izdelkov nad raven cen, ki so veljale na dan 29. oktobra 1970.

2. člen

Ko začne veljati ta odlok neha veljati 1. člen odloka o načinu oblikovanja in družbeni kontroli cen obrtnih storitev in izdelkov (Uradni list SRS, št. 40/69).

3. člen

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

St. 3/1-010-06/69-70

Vrhnika, dne 2. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Vrhnika
Franci Širok l. r.

447.

Na podlagi 4. in 5. člena temeljnega zakona o javnih cestah (Uradni list SFRJ, št. 27/67) in 111. člena statuta občine Vrhnika je skupščina občine Vrhnika

na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 26. oktobra 1970 sprejela.

ODLOK**o dopolnitvi odloka o kategorizaciji cest IV. reda v občini Vrhnika****1. člen**

V seznam odloka o kategorizaciji cest IV. reda v občini Vrhnika (Glasnik, št. 33/65 ter Uradni list SRS, št. 10/67, št. 27/67 in št. 6/69) se za zaporedno številko »70« dodajo nove številke, ki se glasijo:

»71. Cesta, ki se odcepi od ceste IV. reda v Brezovici do konca vasi Zabočevo 1.800 m
72. Podaljšek Idrijske ceste od Ogrina do Voljča 700 m
73. Odcep od Robove ceste, prek Košac s podaljškom na cesto IV. reda na Stari Vrhniki 1.800 m«.

2. člen

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

St. 3/1-010-08/65-70

Vrhnika, dne 26. oktobra 1970.

Predsednik
skupščine občine Vrhnika
Franci Širok l. r.

Splošni akti komunalnih skupnosti**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV
CELJE**

448.

Na podlagi 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 Celje na seji dne 26. novembra 1970

STATUT**skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje****Prvi del****SPLOŠNE DOLOČBE****1. člen**

Skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (v nadaljnjem besedilu: »skupnost«) so ustanovili delavci na območju občin Brežice, Celje, Laško, Mozirje, Sevnica, Slovenske Konjice, Sentjur, Šmarje pri Jelšah, Zalec.

Delavci na območju omenjenih občin so ustanovili skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje — s sklepom o ustanovitvi skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 33/70).

2. člen

V skupnosti zagotavljajo zavarovanci zase in za svoje družinske člane pravico do zdravstvenega var-

stva, pravico do denarnih nadomestil in drugih denarnih prejemkov ter druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

3. člen

V skupnosti so zdravstveno zavarovane osebe, ki se po določilih zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zakon«) ter po določilih tega statuta štejejo za delavce, če opravljajo dejavnost na podlagi katere so zavarovane, na območju skupnosti, oziroma če stalno prebivajo na tem območju, ako so zavarovane na podlagi drugega svojstva (v nadaljnjem besedilu: »zavarovanec«).

Osebe iz prejšnjega odstavka postanejo člani te skupnosti in so obvezno zdravstveno zavarovane z dnem, ko dobijo lastnost delavca ali začasno opravljati dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovane.

Krog njihovih družinskih članov, ki so po njih zavarovani določa zakon, na njegovi podlagi izdani predpisi in ta statut.

4. člen

V skupnosti morajo zavarovati svoje delavce in učence v gospodarstvu ter učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk, za nesrečo pri delu in za poklicno bolezen delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci na območju te skupnosti, od katerih dobivajo učenci nagrado, oziroma šole na območju skupnosti, v katerih se učenci šolajo, če ne dobivajo nagrade.

5. člen

V skupnost so vključene pod enakimi pogoji kot ostali zavarovanci tudi osebe, ki opravljajo na območju skupnosti samostojno poklicno dejavnost in so na tej podlagi po zakonu obvezno zdravstveno zavarovane.

6. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo ali vpeljejo zanje to pravico družbeno-politične skupnosti, če poverijo izvajanje zdravstvenega varstva zanje skupnosti. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s pogodbo med skupnostjo in družbeno-politično skupnostjo. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s pogodbo med skupnostjo in družbeno-politično skupnostjo.

7. člen

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

8. člen

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

9. člen

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

10. člen

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

11. člen

Da se zagotovi najbolj smotrna uporaba sredstev za financiranje zdravstvenega zavarovanja ima vsak zavarovanec te skupnosti 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 svojem zboru zavarovancev;
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut;
- postavljati vprašanja in dajati predloge vsem organom skupnosti.

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

12. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost, 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 izrečno določa, da jih zavarovanci obdržijo še tudi potem, ko prenehajo biti zavarovani pri tej skupnosti.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

13. člen

Kot delavci so zavarovani v tej skupnosti:

1. osebe 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, ki jim je pridobitno delo v zadruzi edini ali glavni poklic;
 4. osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno priglase pri zavodu za zaposlovanje po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja;
 5. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;
 6. osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo polni delovni čas;
 7. 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;
 8. jugoslovanski državljani, ki prejema pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zdravstvenega zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.
- Delavci, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, so zavarovani samo za nesrečo pri delu in za poklicno bolezen.

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

14. člen

Kot osebe iz 4. točke prvega odstavka prejšnjega člena so zavarovane:

1. delavci, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 30 dneh:
 - a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma, ko ne morejo dobiti 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 te vojaške službe;

c) ko so odpuščeni s prestajanja kazni oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep.

Osebe, ki so priglase pri pristojnem zavodu za zaposlovanje, so v primerih iz točk a do c zavarovane, če so bile neposredno prej, preden so nastale omenjene okoliščine, zavarovane najmanj tri mesece ali s presledki v zadnjih 12 mesecih najmanj šest mesecev;

2. osebe, ki se priklasi zavodu za zaposlovanje v 60 dneh:

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

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

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

3. izseljenci-povratniki, če se priklasi zavodu za zaposlovanje v 90 dneh od prekinitve delovnega razmerja v tujini (v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo);

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

Osebe iz prejšnjih odstavkov so zavarovane dokler se redno javljajo zavodu za zaposlovanje in neupravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve

15. člen

Kot delavci so zavarovani pri skupnosti tudi jugoslovanski državljani, ki so pred zaposlitvijo v tujini bili zavarovanci skupnosti oziroma so prebivali na njenem območju, pa so stopili v tujini v delovno razmerje:

1. pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah, ali v gospodinjstvih zavarovancev zaposlenih pri teh organih ali organizacijah, oziroma 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, ki so bili zdravstveno zavarovani v tej skupnosti in 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 tukajšnji skupnosti, če ta čas niso dolžni biti zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. V takem primeru se sklone zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

Osebe iz 2. do 4. točke prvega odstavka tega člena, ki so zdravstveno zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, zdravstveno zavarujejo svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če ni

z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi njihovim družinskim članom. V takih primerih gre zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

Osebe iz drugega odstavka tega člena morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo. V takem primeru se sklone zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

16. člen

Lastnost delavca — zavarovanca obdržijo zavarovanci tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, zaradi katere so zavarovane, in če niso zavarovane na podlagi kakšne druge lastnosti, ki so si jo na novo pridobile, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

17. člen

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

18. člen

Za zavarovance skupnosti se ob pogoju, da opravljajo samostojno poklicno 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, kot samostojno poklicno dejavnost.

19. člen

Če delajo v delavnici zavarovanca iz prejšnjega člena tega statuta poleg lastnika delavnice tudi njegovi družinski člani s kvalifikacijo, ki je potrebna za delo, ki se opravlja v delavnici, so ti družinski člani na svojo zahtevo lahko zavarovani v enakem svojstvu kot lastnik delavnice, če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

Če zakonec ali otroci zavarovanca iz prejšnjega člena tega statuta, ki je umrl, ali, ki je zaradi bolezni izgubil svojo opravilno sposobnost, po veljavnih predpisih še naprej vodijo njegovo delavnico, se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost in so zavarovanci iz tega naslova.

20. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno ali kmetijsko dejavnost so zdravstveno zavarovane po tisti dejavnosti, iz katere imajo pretežni del svojih dohodkov, brez ozira na to, če izpolnjujejo pogoje, da bi bile zavarovane kot družinski člani.

21. člen

Osebam iz 27., 28. in 29. člena zakona je pri skupnosti zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, v kakršnem je zagotovljeno z zakonom in tem statutom zavarovancem — delavcem v primeru bolezni in nesreče izven dela.

Osebam iz 30. člena zakona je pri skupnosti zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, v kakršnem je zagotovljeno z zakonom in tem statutom zavarovancem — delavcem v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni.

2. Družinski člani zavarovancev**22. člen**

Za družinske člane zavarovancev od 13. do 19. člena tega statuta se štejejo:

1. ožji družinski člani: zavarovančev zakonec, zavarovančevi zakonski in nezakonski otroci, posvojenci in pastorki, če jih zavarovanec preživlja in če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje;

2. vzdrževani zavarovančevi starši, očin in mačeha, stari starši ter posvojitelj in posvojiteljica (v nadaljnjem besedilu: zavarovančevi starši), če izpolnjujejo 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 oz. 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 obvezno zdravstveno zavarovanje so zajeti družinski člani zavarovancev — tujih državljanov iz 16. člena tega statuta, dokler živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

23. člen

Zavarovančev zakonec ima pravice iz zdravstvenega zavarovanja:

1. če ni delavec, oseba, ki se ukvarja kot lastnik ali solastnik kmetijskega zemljišča s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem ali oseba, ki se preživlja s samostojno poklicno dejavnostjo in je kot tak sam obvezno zdravstveno zavarovan;

2. dokler je z njim v veljavnem zakonu.

Steje se, da se zakonec zavarovanca ukvarja kot lastnik ali solastnik kmetijskega zemljišča s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem, če ima iz te dejavnosti dohodek v višini minimalnega osebnega dohodka, pri čemer se katastrsko čisti dohodek šteje v trikratnem znesku.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja obdrži:

1. 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 priglasen pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se pri glasi zavodu v 90 dneh od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 60 let (mož) oziroma 45 let (žena). Zakonec, ki ob razvezi zakona še ni bil star 60 oziroma 45 let, obdrži pravice iz zdravstvenega zavarovanja, če je

invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

24. člen

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

Ce 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.

Ce 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.

Zavarovani so tudi zavarovančevi otroci od 15. do 18. leta starosti, ki se ne šolajo, če se v 60 dneh po končanem šolskem letu prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se redno pri tem zavodu javljajo in ponudene zaposlitve in odklonijo neupravičeno.

25. člen

Za otroke se predpostavlja, da jih zavarovanec preživlja, ne glede na njihove dohodke.

Za zakonca se predpostavlja, da ga zavarovanec preživlja, če sam ni delavec, oseba, ki se ukvarja kot lastnik ali solastnik kmetijskega zemljišča s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem ali oseba, ki se preživlja s samostojno poklicno dejavnostjo in je kot tak obvezno zdravstveno zavarovan.

26. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani, če jih zavarovanec preživlja in če sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov ter, če so dopolnili 65 let starosti (oče) oziroma 55 let (mati), če pa so mlajši pa le, če so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

Steje se, da zavarovančevi starši nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov;

2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno v preteklem letu niso presegli mesečno 25 odstotkov zneska republiškega minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi; pri tem se dohodki iz kmetijstva računajo v štirikratnem znesku katastrskega dohodka, dohodki oproščeni davka pa se všteta 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 družinskega člana, se dohodek deli s številom tistih družinskih članov, ki so se po predpisih ali pogodbi dolžni medsebojno preživljati oziroma vzdrževati.

Steje se, da zavarovanec preživlja starše, če živi z njimi v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njegovemu preživljanju najmanj znesek iz 2. točke drugega odstavka tega člena.

27. člen

Zavarovancem iz 1. do 4. točke, 6. in 7. točke prvega odstavka 13. člena, zavarovanci iz 15. člena in zavarovanci iz 1. in 2. točke ter 4. in 5. točke prvega odstavka 18. člena tega statuta so zavarovanci pri skupnosti, če je na njenem območju sedež njihove dejavnosti. Vsi drugi zavarovanci so zavarovani pri skupnosti, če imajo na njenem območju svoje stalno bivališče.

Pri skupnosti so zavarovani tudi njihovi družinski člani, ki imajo po zavarovancih skupnosti, po določilih tega statuta, pravico do zdravstvenega zavarovanja.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

A. Splošne določbe o pravicah

28. člen

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

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

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 čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja zavarovanja iz 13. člena statuta, razen čas prejetanja družinske pokojnine; 14., 16. in 17. člen statuta in čas prejetanja nadomestila osebnega dohodka po prenehanju delovnega razmerja pri tukajšnji skupnosti in obdobja zavarovanja v skupnostih zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju Jugoslavije.

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

Steje se, da zavarovanje ni 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.

Steje se, da zavarovanje ni pretrgano, če se je zavarovanec zaposlil v inozemstvu, po vrnitvi pa do ponovnega zavarovanja oziroma do priglasitve zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 30 dni.

31. člen

Cas, ki ga zavarovanec prebije v več delovnih razmerjih, v katerih je delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se seštevata 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.

32. člen

Skupnost zagotavlja z zakonom določene 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 prebivalstva.

Obseg in merila obveznega zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku določajo členi 33. do 40. zakona.

Z družbenimi dogovori in s pogodbnimi o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva se natančneje določi izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva po tem statutu.

B. Zdravstveno varstvo

33. 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, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih zavodih, če to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;
2. zdravila, pomožni material, namenjen za uporabo zdravih in sanitetni material, če je potreben za zdravljenje;
3. zdravljenje zobnih bolezni;

4. zobotehnično pomoč in zobna protetična sredstva;

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

6. zdravljenje v zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje, vendar le kot nadaljevanje ali nadomestilo bolničnega zdravljenja in ob pogojih, ki jih določa ta statut ali pa na njegovi osnovi izdani predpis skupnosti.

34. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirana v državi in se lahko dobijo samo na zdravniški recept.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala.

Skupščina skupnosti določi soudeležbo zavarovanih oseb (participacijo) k stroškom za predpisana zdravila, pomožni in sanitetni material.

Skupščina skupnosti lahko določi seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena v breme skupnosti. Lahko pa se dogovori z ostalimi skupnostmi za enotni seznam.

35. člen

Zobotehnična pomoč, protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljene le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja (29. člen tega statuta).

Skupščina skupnosti določi indikacije za zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne naprave, standarde in življenjsko dobo.

36. člen

Zdravljenje v zdraviliščih kot nadaljevanje ali nadomestilo bolničnega zdravljenja je zavarovanim osebam zagotovljeno le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja (29. člen tega statuta).

Na zdravljenje v zdraviliščih napoti zavarovano osebo zdravniška komisija; to pa le v primerih, ko je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih faktorjev pripomogla k ozdravitvi ali medicinski rehabilitaciji.

Zdravljenje v zdraviliščih se lahko dovoli tudi kot nadaljevanje bolničnega zdravljenja zaradi popolne ozdravitve ali medicinske rehabilitacije.

Po posebnem podrobnem programu, ki ga sprejme skupščina, lahko skupnost sodeluje tudi pri okrevanju otrok, mladine in delavcev na zdravju škodljivih delovnih mestih.

37. člen

Zavarovančevim 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.

Zavarovančevim staršem je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih kot članom ožje družine. Pravico do zobotehnične pomoči in zobnoproteničnih sredstev in pravico do protez, ortopedskih in drugih 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 4 letih. Takšna doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v zdravilišču.

38. 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 zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na služenju vojaškega roka, če je neposredno pred nastopom vojaškega roka izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja (29. člen tega statuta).

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

39. člen

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

Zavarovanim osebam, ki so v tujini po zasebnem opravi, 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 bolnici, trpi skupnost stroške takega zavarovanja do 3 mesecev. Če pa traja zdravljenje v bolnici dalj kot 3 mesece, trpi skupnost od prvega dne 4. meseca samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje v državi.

Če je premestitev na zdravljenje v državo zaradi zdravstvenega stanja nemogoče oziroma zaradi oddaljenosti neprimerno, trpi skupnost tudi nadaljnje zdravljenje v bolnici.

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

Zavarovanim osebam, ki izkoristijo zdravstveno varstvo v tujini v večjem obsegu ali daljši čas, se povrnejo v dinarjih stroški do višine, kolikor bi stalo tako zdravljenje po predpisih skupnosti v državi.

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

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

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

Skupnost sme upoštevajoč svoja sredstva in nujnost zdravljenja, poslati zavarovano osebo na zdravljenje v tujino, če ugotovi strokovni kolegij ustrezne klinike, da so v državi izčrpane možnosti uspešnega zdravljenja, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh. V tem primeru plača vse stroške zdravljenja skupnost.

Zavarovancem in njihovim družinskim članom, ki stalno prebivajo in delajo v inozemstvu, je za prvih 6 mesecev bivanja v inozemstvu zagotovljeno samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo, po preteku 6 mesecev bivanja v inozemstvu pa jim je zagotovlje-

no zdravstveno varstvo v obsegu, kot jim je zagotovljeno v tej skupnosti.

40. člen

Skupščina skupnosti lahko določi, da prispevajo zavarovane osebe del stroškov za te oblike zdravstvenega varstva:

1. za zdravila, pomožni in sanitetni material;
2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolniškem domu, ki je opravljen na zahtevo;
3. za vsak prvi pregled pri zdravniku specialistu, če ne gre za pregled v dispanzerju;
4. za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti;
5. za prevoz z rešilnim avtomobilom;
6. za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave;
7. za zobozdravstveno nego, zobotehnično pomoč in bono protetična sredstva;
8. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zarač: pijanosti;
9. za neobvezna cepljenja.

Skupščina skupnosti določi višino prispevka zavarovane osebe (participacija) 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, če predpisi ne določajo drugače. Prav tako zavarovana oseba ne prispeva k stroškom za kri, krvno plazmo in krvne derivate.

Pri odločitvi po prejšnjem odstavku mora skupnost zagotoviti, da je uvedba tega prispevka (participacije) strokovno utemeljena in družbeno upravičena in da prispevek ne odvrača zavarovanih oseb od uporabe zdravstvenega varstva.

41. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja po predpisih tega statuta in na njegovi osnovi izdanih predpisov skupnosti, pri tem pa prispeva k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (participacija) znesek, ki ga je predpisala za zavarovane osebe skupščina tiste skupnosti, na katerem območju je zdravstveni zavod, v katerem je zavarovana oseba pravico uveljavila.

42. člen

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki je zagotovljeno z zakonom in tem statutom zavarovancem — delavcem v primeru bolezni in nesreče izven dela, zagotovljeno španskim borcem in borcem narodnoosvobodilne vojne, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 ter njihovim ožjim družinskim članom, če niso zavarovane osebe po določbah 14. do 20. člena zakona.

Borci navedene osvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 ter španski borci, ki niso zavarovanci po 14. do 18. členu zakona, imajo zase poleg pravic po prejšnjem odstavku še pravico do podaljšanega ali nadomestnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih po 50. členu zakona.

43. člen

Borci navedene osvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 ter španski borci, ki so zavarovani po 14. in 17. členu zakona, imajo

zase poleg pravic iz zdravstvenega zavarovanja po določilih zakona in tega statuta, še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih, če jih na takšno zdravljenje napoti zdravniška komisija.

Vprašanje kritja stroškov za zdravljenje po prejšnjem odstavku tega člena je urejeno v 2. odstavku 50. člena zakona.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

44. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela gre zavarovancu:

1. če je zaradi bolezni ali poškodbe izven dela začasno nezmožen za delo, ali je na zdravljenju v stacionarnem zdravstvenem zavodu;
2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovancevega delovnega časa, ne more delati;
3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojnih invalidih;
4. če je določen za negovanje obolelega otroka, starega do 7 let ali obolelega ožjega družinskega člana ali svoje žene na porodu, in sicer ob pogojih, ki jih določa ta statut;
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 začasno nezmožen za delo zaradi krvodajstva, transplantacije kože ali drugega živega tkiva.

45. člen

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

Zavarovancem iz 18. in 19. člena tega statuta (osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost) gre nadomestilo iz 1., 2. in 3. točke 44. člena v breme skupnosti od 31. dneva dalje.

46. člen

Do nadomestila osebnega dohodka so upravičeni zavarovanci iz 1. do 3. točke in 7. točke 13. člena iz 15., 17., 18. in 19. člena tega statuta.

47. člen

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

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.

48. člen

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

Začasna zadržanost za delo 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.

49. člen

Nadomestilo osebnega dohodka za negovanje obolelega otroka, starega do 7 let (4. točka 44. člena tega statuta) gre zavarovancu največ za petnajst dni.

Nadomestilo osebnega dohodka za negovanje obolelega ožjega družinskega člana ali žene na porodu (4. točka 44. člena tega statuta) gre zavarovancu največ za 7 dni.

Zavarovancu gre nadomestilo po 1. in 2. odstavku tega člena le, če negovanje nujno zahteva zdravstveno stanje otroka, oziroma družinskega člana in če ni drugega primernega člana v družini, ki bi lahko nudil nego.

50. člen

Če zdravnik, zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev med zdravljenjem zavarovanca, ki dobiva nadomestilo osebnega dohodka ugotovi, da se je zavarovancevo zdravstveno stanje izboljšalo in, da bi bilo delo koristno za hitrejšo povrnitev polne delovne zmožnosti lahko odredi, naj zavarovavec dela določen čas na ustreznem delovnem mestu s skrajšanim delovnim časom. Tako delo sme trajati najdlje eno leto.

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

51. člen

Zavarovavec, 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 zdravstvenega zavoda.

52. člen

Zavarovavec nima pravice do nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela:

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

Zavarovancu se ustavi izplačevanje denarnega nadomestila med začasno zadržanostjo od dela:

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

Zavarovavec 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.

53. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je povprečni osebni dohodek, ki ga je zavarovavec dosegel za poln delovni čas v koledarskem letu pred letom, v katerem je nastal primer, zaradi katerega ima pravico do nadomestila. Če je zavarovavec določen čas dobival nadomestilo osebnega dohodka, se v osnovo

za ta čas upošteva znesek, od katerega se je odmerilo nadomestilo.

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

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

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

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 zavarovavec pri opravljanju svojega dela.

54. člen

V osnovo se ne vštevajo tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov, ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (potni in prevozniki stroški, 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 značaja osebnega dohodka po osnovah in merilih za delitev osebnih dohodkov in ki jih delavec dobi za popoldansko delo v organizaciji ali izven organizacije, s katero je v delovnem razmerju.

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

55. člen

Če zavarovavec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo povprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije za tekoče leto do dneva, ko je nastopil zavarovani primer.

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

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

56. člen

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

Povprečni znesek nadomestila osebnega dohodka iz prvega odstavka tega člena gre zavarovancu od prvega naslednjega dne po preteku enega leta nepretrgane zadržanosti od dela, 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 kot za 5% (prvi odstavek), se po sprejetju zaključnega računa za naslednje leto ugotovi odstotno povečanje splošnega poprečja 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.

Zavarovancem, ki niso več v delovnem razmerju in zavarovancem, zaposlenim pri zasebnikih se nadomestilo preračuna po prejšnjih odstavkih tega člena po splošnem poprečju osebnih dohodkov v skupnosti. Višino povečanja ugotovi skupščina.

57. člen

Nadomestilo osebnega dohodka znaša:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo predhodnega zavarovanja (29. člen tega statuta)
 - 80% od osnove od prvega do šestdesetega dneva,
 - 90% od osnove od enainšestdesetega dneva dalje;
2. za zavarovance, ki ne izpolnjujejo dobe predhodnega zavarovanja (29. člen tega statuta)
 - 70% od osnove od prvega do šestdesetega dneva,
 - 80% od osnove od enainšestdesetega dneva dalje.

V primerih iz 7. točke 44. člena (krvodajalstvo, transplantacija) in za zavarovance iz 7. točke 13. člena (vajenci) znaša nadomestilo 100% od osnove od prvega dneva dalje.

Nadomestilo osebnega dohodka izračunano po določilih tega člena ne more biti, razen za zavarovance iz 7. točke 13. člena (vajenci) manjše od 60% osnove in manjše od minimalnega osebnega dohodka.

Višino denarnega nadomestila osebnega dohodka ob začasni zadržanosti iz dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi poklicne bolezni določa 78. člen statuta, za porodnice pa 64. člen statuta.

58. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela se od 31. dneva dalje, ko je neprekinjeno v stacionarnem zdravstvenem zavodu ali kakem drugem specializiranem zdravstvenem zavodu, v katerem ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo, izračunano po 57. členu tega statuta in sicer za 20%, če nima vzdrževanih družinskih članov, ki bi bili po njem zavarovani, ne more pa biti manjše od 60% osnove in manjše od minimalnega osebnega dohodka.

Zavarovancu, ki ima po sebi zavarovane družinske člane, se nadomestilo ne zmanjša.

59. člen

Zavarovancu, ki je v času, ko dobiva nadomestilo 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.

60. člen

Zavarovanec, ki postane v tridesetih dneh po končani zadržanosti od dela znova začasno zadržan od

dela zaradi iste bolezni, se ta zadržanost računa kot nadaljevanje prejšnje in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero višine nadomestila.

61. člen

Zavarovanec v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca oziroma zavarovanec, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji ter zavarovanec, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge ali ga je poslala na strokovno usposobitev, ima tisti čas, ko ne more delati, namesto pravice do nadomestila, pravico do osebnega dohodka oziroma dnevnic ali štipendije.

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

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

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

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

2. Nadomestilo osebnega dohodka med poročniškim dopustom

62. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med poročniškim dopustom, ki je kot najkrajši 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 8 mesecev otrokove starosti.

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

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

63. člen

Zavarovanka ima ob pogoju predhodnega zavarovanja (54. člen zakona) pravico do nadomestila osebnega dohodka med poročniškim 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, 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 tridesetdnevni rok od prenehanja delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku prikladi pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

64. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 62. člena znaša 100 % od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

65. člen

Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve in naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, ima med porodniškim dopustom namesto pravice do nadomestila dohodka po tem zakonu pravico do osebnega dohodka, dnevnice ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnice oziroma štipendije izplačuje zavarovanki iz prvega odstavka tega člena na svoj račun organizacija ali delodajalec, pri katerem je zaposlena, oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplačuje zavarovanki, ki je zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca iz prvega odstavka tega člena, osebni dohodek za prvi mesec dni delodajalec na svoj račun, potem pa se ji izplačuje nadomestilo osebnega dohodka na račun skupnosti.

Zavarovanka, ki se po posebnem sporazumu zaposli v tujini, ki pa je zadržala svojstvo osebe v delovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas, ko je v tujini, če ji ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanka, ki je stopila v delovno razmerje v tujini po mednarodni pogodbi in pri tujem delodajalcu, ki pa je po zakonu zavarovana, ima med porodniškim dopustom pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

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

66. člen

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

3. Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

67. 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 prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

2. kadar morajo zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča v drug kraj k zdravniku ali v zdravstveni zavod, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnik oziroma zdravstvenega zavoda, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km.

68. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremljevalec po mnenju pristojnega 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.

69. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

70. člen

Povračilo prevoznih stroškov se priznava za najkrajšo razdaljo in po osnovni tarifi za najcenejše redno prevozno sredstvo javnega prometa na tisti relaciji.

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.

Gorski reševalni službi se povrnejo dejanski stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližjega zdravstvenega zavoda.

71. člen

Kot prevozni 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.

72. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi takrat, kadar je bila zavarovana oseba prepeljana iz zdravstvene delovne organizacije v kraj stalnega prebivališča oziroma je bila premeščena iz ene v drugo zdravstveno delovno organizacijo, prevoz pa je bil potreben glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, kar potrdi šef oddelka.

Prevoz zavarovane osebe, ki zboli v času bivanja v tujini, se opravi na račun skupnosti do stalnega prebivališča ali do zdravstvenega doma v domovini samo takrat, kadar je glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe potreben prevoz s posebnim vozilom.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

73. člen

Ob smrti zavarovane osebe ima tisti, ki je poskrbel za pogreb, pravico do povračila pogrebnih stroškov (pogrebna).

Ob smrti zavarovane osebe imajo ožji družinski člani (1. točka 21. člena tega statuta), ki jih je zavarovanec preživljal, pravico do posmrtnine.

74. člen

Skupščina skupnosti določi znesek pogrebne.

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

Cetrti del

PRAVICE DELAVCEV IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NESREČE PRI DELU IN POKLICNE BOLEZNI

75. člen

Iz zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni, je zavarovancem zagotovljeno:

1. zdravstveno varstvo, zlasti preventivno varstvo, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečuje nesreče pri delu in poklicne bolezni;

2. vse vrste zdravstvene pomoči in ortopedski pripomočki, da zavarovanci ozdravijo in se rehabilitirajo od posledic nesreč pri delu in poklicnih bolezni in da se vzpostavi njihova delovna zmožnost;

3. nadomestilo osebnega dohodka za ves čas, ko traja začasna zadržanost iz dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu oziroma poklicna bolezen in potni stroški v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

Pravice iz zavarovanja za nesrečo pri delu in poklicno bolezen so zagotovljene zavarovancem neodvisno od predhodnega zavarovanja.

Za nesrečo pri delu in poklicno bolezen se štejejo poškodbe in bolezni, ki jih določajo predpisi o invalidskem zavarovanju.

76. člen

Med ukrepe za odvrta in preprečevanje nesreč pri delu in poklicnih bolezni se štejejo zlasti ukrepi, ki jih v okviru 61. člena zakona zagotovi skupnost v svojem programu dejavnosti. V programu skupščina konkretno določi ukrepe za odvrta in preprečevanje nesreč pri delu in poklicnih bolezni.

Pri odvrta in preprečevanju nesreč pri delu in poklicnih bolezni sodeluje skupnost z delovnimi organizacijami, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in drugimi ustreznimi organizacijami in se z njimi dogovarja o potrebnih preventivnih ukrepih.

Skupnost zagotavlja za to sodelovanje tudi finančna sredstva.

77. člen

Za primer nesreče pri delu ali poklicne bolezni so zavarovancem v celoti na račun skupnosti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po zakonu in tem statutu (33. člen).

78. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti iz dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi poklicne bolezni gre zavarovancem na račun skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti dalje.

Nadomestilo osebnega dohodka med začasno zadržanostjo iz dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali poklicna bolezen, znaša, kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, vedno 100% od osnove.

79. člen

Ob nesreči pri delu in ob poklicni bolezni 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 zavarovane smrti po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe 3. in 4. poglavja tretjega dela tega statuta.

Peti del

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB, KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO DEJAVNOST

80. člen

Osebe, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti našete v 18. členu zakona na območju skupnosti, se vključijo v zdravstveno zavarovanje v tej skupnosti ob enakih pogojih, kot drugi zavarovanci.

81. člen

Osebe, ki opravljajo druge samostojne dejavnosti, se lahko vključijo v zdravstveno zavarovanje v tej skupnosti na podlagi pogodbe, sklenjene med skupnostjo in organizacijo, ki predstavlja osebe te dejavnosti. Pogodba velja za vse osebe te dejavnosti, ki imajo sedež samostojne dejavnosti na območju skupnosti.

82. člen

Če se osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, vključijo v zdravstveno zavarovanje pri tej skupnosti, imajo enake pravice in obveznosti, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja zavarovanci-delavci te skupnosti.

Osnove za plačevanje prispevkov in denarna nadomestila določi skupščina skupnosti; če pa so bile osebe določene dejavnosti vključene v zdravstveno zavarovanje na podlagi pogodbe, se osnove za izplačevanje prispevkov in za denarna nadomestila lahko določijo tudi s pogodbo.

Šesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

83. člen

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

84. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupščina s sklepom po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

Zdravstvena izkaznica je veljavna in z njo zavarovana oseba lahko uveljavlja zdravstveno varstvo, če

je potrjena, da ima prizadeti še lastnost zavarovane osebe. Za osebe iz 1., 2., 3., 4., 6. in 7. točke prvega odstavka 13. člena potrjuje lastnost zavarovane osebe ustreznica organizacija oziroma zasebni delodajalec. Potrdilo ne sme biti starejše od 30 dni.

Osebe iz 5. in 8. točke prvega odstavka 13. člena dokazujejo, da imajo še lastnost zavarovane osebe z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino; odrezek ne sme biti starejši od 30 dni.

Za osebe iz 18. člena statuta in njihove družinske člane potrjuje lastnost zavarovane osebe komunalni zavod za socialno zavarovanje (v nadaljnjem besedilu: »zavod«), če ugotovi, da so zapadli prispevki plačani do zadnjega dne v mesecu za pretekli mesec.

85. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi skupnost z izdajo zdravstvene izkaznice.

O lastnosti zavarovane osebe se odloči najkasneje v dveh mesecih po prejemu prijave; če skupnost v tem roku ne izda pismene odločbe, se šteje, da je prijavljeni osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana posebna odločba.

Zoper odločbo po prejšnjem odstavku lahko prizadeti vložijo pritožbo na komisijo za reševanje pritožb zavarovancev. Zoper dokončno odločbo na pritožbo lahko prizadeti vložijo tožbo na pristojno občinsko sodišče. V pravnem pouku v dokončni odločbi mora skupnost izrečno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

86. člen

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

87. člen

Za delavca, ki stopa prvič na delo, ali je spremenil poklic, ali pa se zaposlil po več kot 6-mesečni prekinitvi delovnega razmerja, se mora prijaviti v zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo.

Tak pregled opravi in poda strokovno mnenje služba za medicino dela zdravstvenega doma glede na kraj delavčeve nameravane zaposlitve.

Tak pregled se opravi in poda strokovno mnenje na način in v obsegu, ki ga predpiše republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo po pooblastilu iz tretjega odstavka 61. člena zakona.

88. člen

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

Za zakonca se predloži praviloma tudi zavarovanečeva pismena izjava, da njegov zakonec izpolnjuje pogoje iz 22. člena tega statuta.

89. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določa zakon, statut, splošni akti skupnosti in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi in drugimi organizacijami. O tistih delih pogodbe, ki ureja pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

90. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob predpisanih pogojih in na način predpisan v prejšnjem členu, 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.

Soudeležbo zavarovanih oseb k stroškom (participacija) lahko predpiše skupščina skupnosti le skladno z zakonom in tem statutom.

91. člen

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

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

92. člen

Pravice do denarnih prejemkov in denarnih povračil stroškov se lahko uveljavljajo pred potekom zastaralne dobe od njihove dospelosti. Dospelost posameznih pravic določa statut.

93. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen, če zavarovana oseba to zahteva.

Odločbo o pravici zavarovane osebe izda pooblaščen organ po predpisih o splošnem upravnem postopku, če skupnost s posebnim pravilnikom ne predpiše posebnega postopka.

Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 30 dneh pritožbo na komisijo za reševanje pritožb zavarovancev.

Zoper dokončno odločbo komisije prizadeti lahko vložijo tožbo pri občinskem sodišču v kraju svoje zaposlitve ali stalnega prebivališča.

94. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni zadržanosti od dela, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja, predpisovanju zdravil in podobnem, daje pristojni zdravnik, zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev. Strokovna mnenja o invalidnosti daje v postopku iz zdravstvenega zavarovanja tudi invalidska komisija.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor skupščine skupnosti.

Skupščina skupnosti predpiše postopek za delo teh komisij.

95. člen

Zoper ugotovitev, strokovno zdravniško mnenje in oceno posameznega zdravniška lahko vložijo zavarovana oseba ugovor v 3 dneh na zdravniško komisijo. Zoper

ugotovitev, strokovno zdravniško mnenje in oceno zdravniške komisije v stvareh, v katerih ne daje ugotovitve mnenja in ocene posamezni zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v 3 dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Komisija zdravniških izvedencev lahko tudi na predlog skupnosti revidira ugotovitve zdravniške komisije; njene ugotovitve veljajo v takih primerih od dneva, ko so bile izdane.

Zoper ugotovitve posameznega zdravnika o zadržanosti od dela lahko tudi ugovarja delovna organizacija in pooblaščen organ skupnosti, ki odloča o nadomestilu osebnega dohodka.

96. člen

Pravice do zdravstvenega varstva v breme skupnosti grede zavarovani osebi, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe in izpolnila druge pogoje, ki jih predpisuje zakon, ta statut in na njegovi podlagi izdani predpisi skupnosti.

Za delavca se šteje, da je pridobil lastnost zavarovanja, ko se je podal na pot, da nastopi določeno mu delo.

Oseba začasno izven zaposlitve, ki je zavarovana na podlagi prijave pri zavodu za zaposlovanje, lahko uživa zdravstveno varstvo, dokler je zavarovana v tem svojstvu. Če odkloni ponudeno ustrezno zaposlitev, ji pravica do zdravstvenega zavarovanja preneha z dnem pravnomočnosti odločbe.

Razen v primerih iz drugega odstavka tega člena, zavarovane osebe lahko uveljavljajo posamezne pravice še 30 dni po prenehanju lastnosti zavarovane osebe, če so imele izpolnjeno dobo predhodnega zavarovanja.

Če postane zavarovanec med trajanjem zavarovanja in varstvene dobe po prenehanju zavarovanja začasno zadržan od dela, se podaljša pravica do zdravstvenega varstva do prenehanja začasne zadržanosti za to bolezen ali poškodbo.

Družinski člani zavarovanca imajo pravico do zdravstvenega varstva, dokler gre ta pravica samemu zavarovancu.

97. člen

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

98. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstvenem zavodu pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji te skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvenega zavoda varstvo prizadete osebe po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zavarovana oseba se mora med zdravljenjem držati navodil zdravnika, hišnega reda in drugih pravil zdravstvenega zavoda. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, trpi sama dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi. O tem odloči skupnost z odločbo na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

99. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev od katerekoli zdravstvene delovne organizacije oziroma zdravstvenega delavca, ne glede na sedež zdravstvene delovne organizacije. Skupščina skupnosti

določi s posebnim pravilnikom pod kakšnimi pogoji in na kakšen način uveljavijo zavarovane osebe svoje zdravstveno varstvo in zdravstvene storitve.

V vsakem primeru pa prevzema skupnost za zavarovani osebi opravljeno zdravstveno storitev najmanj 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.

100. člen

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

101. člen

Osnovno zdravstveno varstvo v smislu 51. in 52. člena zakona o zdravstvu uveljavijo zavarovane osebe pri splošnih zdravnikih v zdravstvenem domu.

Hospitalno in ambulantno specialistično zdravstveno varstvo v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu uveljavljajo zavarovane osebe pri zdravnikih v bolnišnici na podlagi napotila pristojnega splošnega zdravnika, s katerim ta ugotovi, da je tako varstvo potrebno.

Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na: zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatrije, okuliste zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

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

102. člen

V nujnih primerih se sme obrniti zavarovana oseba za zdravniško pomoč na vsak zdravstveni zavod in na vsakega zdravnika. Na zahtevo skupnosti pošlje zdravstveni zavod, ki je pomoč nudil, dokumentacijo organu skupnosti, ki je dokumentacijo zahteval.

103. člen

Pravico do zobozdravstvenega varstva, zobotehničnih pripomočkov in zobnoprotetičnih del uveljavijo zavarovane osebe v zdravstvenih zavodih oziroma pri zobozdravstvenih delavcih kot osnovno zdravstveno varstvo in ob pogojih, ki jih določi splošni akt skupščine skupnosti.

Pravico do ortopedskih, ortotičnih in drugih pripomočkov ter sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta zdravnika in ob pogojih, ki jih določi skupščina s splošnim aktom o pravici zavarovanih oseb do teh pripomočkov.

104. člen

Zavarovani osebi, ki je uveljavila zdravstveno varstvo mimo določb tega statuta ali pravilnika skupnosti, gre povračilo stroškov zdravstvenih storitev do višine stroškov, ki bi nastali, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih skupnosti.

105. člen

Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno

tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost.

106. člen

Zdravstveno stanje in primernečasne zadržanosti od dela, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost s pogodbo z zdravstvenim zavodom.

Delavci, zaposleni pri delovnih organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante, ali pa so sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstvenim zavodom ali zdravnikom, uveljavijo pravice po prejšnjem odstavku praviloma pri teh ambulantah oz. zdravnikih.

V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovanke-delavke ugotavljajo začasno zadržanost od dela tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. V protituberkuloznih dispanzerjih ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti ftiziologi.

107. člen

Odobrena začasna zadržanost od dela se vpiše v zdravstveno izkaznico.

108. člen

Začasno zadržanost od dela zaradi negovanja otroka, obolelega ožjega družinskega člana ali žene na porodu odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen odrediti zavarovancu zadržanost od dela (106. člen tega statuta).

Pri tem mora upoštevati vse možnosti za nego v zavarovancevi družini, zlasti če ni v družini drugih članov, vse to pa mora potrditi zavarovanec s pisмено izjavo.

109. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva zadržanosti, ki ga je odredil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnevom lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti in drugih tehničnih razlogov. V takšnih primerih lahko zdravnik odobri zadržanost za največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zgledil pri njem. Daljšo zadržanost pred tem dnevom lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije.

Zdravnik mora po 30 dneh zadržanosti od dela poslati zavarovanca na pregled k zdravniški komisiji, ki oceni njegovo nezmožnost za delo in določi dan ponovnega pregleda.

110. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena zadržanost od dela, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takšnem primeru 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 hitrejši usposobitve za delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

111. člen

Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za

delo, se mu ustavi nadomestilo osebnega dohodka. Nadomestilo osebnega dohodka se ustavi z odredbo, ki se vroči zavarovancu s poukom, da lahko zahteva v treh dneh, da se o ustavitvi nadomestila odloči z odločbo in poukom, da se mu bo začelo nadomestilo zopet izplačevati, ko bo to zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja. Če se zavarovancu ne izda takšna odredba, se mora o ustavitvi odločiti z odločbo po opravljenem upravnem postopku.

112. 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 začasne zadržanosti od dela lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravnikov izvedencev.

113. 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 z mnenjem pristojne komisije.

114. člen

O odmeri nadomestila se praviloma ne izda odločba. Če se zahtevku zavarovanca ne ugotovi v celoti ali če zavarovanec to zahteva, se izda pismena odločba in postopa po 93. členu statuta.

115. člen

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

116. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s potrdilom o smrti zavarovane osebe. Skupnost lahko zahteva tudi izkazilo, da teh dajatev ni uveljavila druga oseba.

117. člen

Nadomestilo osebnega dohodka dospe v plačilo z dnem s katerim dospe v plačilo osebni dohodek oz. dospe v plačilo prispevek in mora biti izplačano v 8 dneh po dospelosti. Če zavarovanec ob začetku začasne zadržanosti od dela ni bil zaposlen, dospe nadomestilo osebnega dohodka s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok, oziroma s pretekom zadnjega dne, če je bilo treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

118. člen

Za uveljavljanje 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.

119. člen

Zavarovane osebe, ki so v tujini na delu ali na zasebnem potovanju, lahko uživajo pravice do zdrav-

stvenega 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.

Sedmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

120. 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 poklicno boleznijo.

121. člen

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

Akti skupščine so še: smernice in priporočila.

Statut, pravilniki, sklepi in programi začnejo veljati osem dni po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrečno drugače določeno.

Splošni akti skupščine skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

122. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Celju.

123. člen

Skupnost ima svoj pečat in stampiljko.

Pečat je okrogle oblike premera 3 cm. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev v Celju. Sedež je naveden v sredini.

Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu, velikost 5 × 2 cm.

2. Organi skupnosti

124. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje pritožb zavarovancev o njihovih pravicah ima skupščina komisijo za reševanje pritožb zavarovancev, ki lahko ima več senatov.

Za dajanje strokovnih mnenj o zdravstvenem stanju, začasni zadržanosti od dela, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja, predpisovanju zdravil in podobnih strokovno medicinskih mnenj, ima skupnost zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev.

Za reševanje problematike iz zdravstvenega zavarovanja in njegovega financiranja ima skupščina komisijo za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje tudi posebne komisije, katerim določi delokrog s sklepom o ustanovitvi.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti, se sestajajo zavarovanci v svojih volilnih enotah kot zbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

125. 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 in politiko uporabe skladov ter daje zavodu za izvajanje zdravstvenega zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, da se racionalno posluje s skladi skupnosti, da se ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. sklepa z zavodom za socialno zavarovanje dogovor o razmerju med skupnostjo in zavodom, kolikor ne pooblasti izvršilnega odbora, da ga sam sklepa;

4. izoblikuje temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev, kolikor ne pooblasti izvršilnega odbora, da jih sam oblikuje;

5. zagotavlja sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov;

6. sprejema finančni načrt in zaključni račun skladov skupnosti;

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

8. obravnava letno poročilo o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

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

10. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi ali njihovimi združenji, kolikor ne pooblasti izvršilnega odbora, da jih sam sklepa;

11. 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;

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

13. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu, če ni izrečno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti.

126. člen

Skupščina skupnosti, izvršilni odbor ter komisije skupnosti imajo svojega predsednika, ki te organe predstavlja in vodi njihove seje.

Skupščina skupnosti določa poslovnik za svoje delo, delo izvršilnega odbora in drugih organov skupščine, z njim pa tudi natančneje določi način izvolitve predsednika skupščine izvršilnega odbora in komisij skupnosti, njihov delokrog, njihove pravice in dolžnosti ter njihova pooblastila.

127. člen

Skupščino skupnosti sestavljajo člani, ki jih izvolijo: delavski sveti v gospodarskih organizacijah in sveti delovnih skupnosti v zavodih oziroma ustrezni organi delovnih skupnosti v drugih organizacijah; poklicne organizacije zavarovancev, društva upokojenecv in delovnih invalidov.

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

128. člen

Skupščina skupnosti šteje toliko članov, da se voli na 1500 do 2000 zavarovancev enega člana. Podrobnosti, to je natančno število članov, volilne enote, v katerih se volijo člani in volilni postopek predpiše skupščina v pravilniku o volitvah in o odpoklicu članov skupščine skupnosti.

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

Delavci zavoda ne morejo biti člani skupščine skupnosti.

129. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja štiri leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

130. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti;
3. z izgubo splošne volilne pravice;
4. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od 3 mesecev;
5. če postane delavec zavoda;
6. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;
7. z odpoklicem.

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

131. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat z odpoklicem:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti;
2. če neopravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim;
3. če neopravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine skupnosti ali njenih organov.

O odpoklicu odločajo zavarovanci oziroma njihovi predstavniki, ki so člana skupščine izvolili po določenih pravilnikih o volitvah in odpoklicu članov skupščine skupnosti.

b) Izvršilni odbor in komisije

132. člen

Izvršilni odbor ima 11 članov. Voli ga skupščina iz svoje srede.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

133. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;

2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;

3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja, kolikor ga skupščina ne pooblasti, da jih sam sklepa;

4. predlaga skupščini temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev, kolikor ga skupščina ne pooblasti, da jih sam izoblikuje;

5. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, katere sprejema skupščina;

6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;

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

8. obravnava načrt in program za delo zavoda ter dogovor o razmerju med skupnostjo in zavodom, kolikor ga skupščina ne pooblasti, da ga sam sklepa;

9. skrbi za sklicovanje sej skupščine skupnosti ter za sklicovanje in delo njenih komisij;

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

134. člen

Komisija za reševanje pritožb zavarovancev ima 3 člane in potrebno število namestnikov; tako da odloča vedno v senatih po 5 članov.

Voli jo skupščina izmed zavarovancev. Mandat članov komisije traja štiri leta.

Sestavo senatov in predsednike posameznih senatov določa akt skupščine o izvolitvi članov te komisije.

135. člen

Komisija za reševanje pritožb zavarovancev:

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

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

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu.

136. člen

Komisija za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja ima 9 članov. Imenuje jo skupščina izmed svojih članov, lahko pa tudi izmed drugih strokovnih in javnih delavcev, vendar mora biti predsednik komisije in njegov namestnik član skupščine.

Mandat članov traja štiri leta.

137. člen

Komisija za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja opravlja zlasti te zadeve:

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

2. analizira pojave in probleme v zvezi s financiranjem in ter razpravlja o instrumentih financiranja in predlaga skupščini ustrezne ukrepe;

3. sodeluje z zavodom, zdravstvenimi zavodi v zvezi s sklepanjem pogodb in dajanjem zdravstvenega varstva zavarovanim osebam;

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

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

c) Zbori zavarovancev

138. člen

Da se doseže čimbolj neposredna udeležba zavarovancev pri delu skupnosti, se sklicujejo po volilnih enotah zbori zavarovancev.

Zbor zavarovancev skliče v svoji volilni enoti izvoljeni član skupščine na svojo pobudo, po sklepu skupščine ali na pobudo delovnih skupnosti, ki tvorijo volilno enoto. Zbor zavarovancev tvorijo delegati (zastopniki) delovnih skupnosti, ki so sestavljali ob volitvah volilno telo, in ostali zavarovanci iz te volilne enote.

139. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. predstavljajo posvetovalni organ izvoljenega člana skupščine pred važnimi odločitvami;
2. razpravljajo o vprašanjih zdravstvenega zavarovanja in potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
3. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti: pravilnikih, pogramih, sklepih itd.;
4. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
5. dajejo iniciativo s področja delovanja skupnosti;
6. predlagajo skupščini, da razpiše o kakem pomembnem vprašanju referendum.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

140. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnik o postopku pri uveljavljanju pravic, 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. na posvetovanjih na zbore zavarovancev;
4. na posvetovanjih s samoupravnimi organi delovnih skupnosti (delavski sveti) in predstavniškimi organi družbeno-političnih skupnosti (občinske skupščine);
5. z dostavo osnutka akta večjim delovnim organizacijam;
6. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
7. z anketiranjem zavarovancev.

141. člen

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

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

1. o ukinitvi katere od pravic, ki jo določa ta statut;
2. o razdružitvi skupnosti.

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

142. člen

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

Referendum je veljaven, če glasujeta najmanj dve tretjini zavarovancev.

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

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

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

143. člen

Skupnost sodeluje z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji, drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev in kmetov ter delovnimi in drugimi organizacijami zlasti pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove.

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

144. člen

Skupnost sodeluje z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja in se dogovarja o združevanju sredstev za izvajanje skupnih ukrepov in akcij, ki so širšega skupnega pomena na področju zdravstvenega zavarovanja.

Skupnost je soustanovitelj zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

S sporazumom se določijo pravice in dolžnosti skupnega organa oziroma zveze, delovno področje, financiranje in obveznosti skupnosti do skupnega organa oziroma zveze.

145. člen

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

Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pisni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posameznih soudeležencev in drugih vprašanjih, ki so pomembna za to sodelovanje. Predlagatelj pošlje predlog vsem zainteresiranim soudeležencem, ki se morajo o predlogu izreči v 60 dneh, ker se sicer smatra, da se s predlogom strinjajo.

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

146. člen

Pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja sodeluje skupnost z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji, s katerimi sklepa pogodbo.

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

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev, cene zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, kot ga določata zakon ter sklenjena pogodba.

147. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami praviloma za eno leto ali za daljše obdobje, kar mora slediti iz pogodbe.

Ce se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo posebni arbitraži (118. člen zakona).

148. člen

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

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

Sporazum se sklepa najmanj za eno leto; veljavnost sporazuma in njegovo prenehanje pa se uredita s sporazumom.

V sporazumu se določita 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 določen drugačen način.

Osmi del

FINANCIRANJE

149. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja; obveznih oblik zdravstvenega varstva ter zdravstvenega zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni se zagotovijo s prispevkom zavarovancev, delovnih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavezanecv, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki.

150. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti.

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

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

151. člen

Za primere, ko osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, določi skupščina skupnosti prispevke v pavšalnem znesku.

Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, določi osnovo za prispevek skupščina skupnosti, lahko pa se določi osnova tudi s pogodbo, s katero so bile osebe določene samostojne dejavnosti vključene v to skupnost. Skupščina skupnosti odloči ali se del prispevka za te zavarovance določa tudi na družinskega člana zavarovanca.

152. člen

Prispevke za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni določi skupnost po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

Kadar je nevarnost za nesreče pri delu ali poklicne bolezni v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov povečana, določi skupščina višjo tarifo za takšno delovno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca.

153. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejemajo osebni dohodek ali nagrado, njihov kosmati osebni dohodek oziroma nagrado;

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 izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo — stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za to delo;

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

5. za osebe, priglase pri zavodu za zaposlovanje — poprečna osnova, po kateri prejemajo brezposelno pomoč začasno nezaposlene osebe na območju skupnosti.

Ce je osnova za prispevek določena v neto znesku, se bruto stopnja preračuna v neto stopnjo.

154. člen

Za zavarovance iz 15. člena tega statuta določi osnovo za obračunavanje in plačevanje prispevkov skupščina s posebnim sklepom, če osnova ni predpisana z zveznim ali republiškim predpisom.

Za zavarovance iz 18. člena tega statuta določi osnovo za obračunavanje in plačevanje prispevkov skupščina s posebnim sklepom, če ni ta že določena v pogodbi (82. člen statuta).

155. člen

Za zavarovance, tuje državljane, ki so na območju skupnosti v svojstvu in okoliščinah, na podlagi katerih so zavarovani tudi jugoslovanski državljani, na delu po posebni pogodbi o izmenjavi strokovnjakov ali po mednarodnem sporazumu, v službi pri mednarodni organizaciji ali ustanovi, ali na šolanju, je osnova za obračunavanje prispevka bruto osebni dohodek, oziroma drugi osebni prejemki takšnega zavarovanca.

156. člen

Po določanju stopnje prispevka in prispevka v pavšalnem znesku skupščina upošteva poleg kriterijev iz 150. člena tega statuta še, ali imajo po zavarovancu pravico do zdravstvenega varstva tudi družinski člani ali ne oziroma ali so zavarovani samo družinski člani.

157. 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;
2. za predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva;
3. za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;

4. za ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb ali v pavšalnem znesku.

Skupščina skupnosti lahko sklene, da se določi za primere iz 2. in 3. točke prejšnjega odstavka skupna stopnja prispevka.

Posebni prispevek se predpiše za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja pod pogoji in na način, ki ga predpisuje zakon (četrty odstavek 71. člena) in ta statut.

158. člen

Prispevek za nesrečo pri delu in za poklicno bolezen 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 sklenjene učno pogodbo;

2. pole za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne pogodbe, in učenci 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 zavezanci, ki jih določajo predpisi.

159. člen

Skupnosti in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odvajajo prispevke skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri službi družbenega knjigovodstva.

Ostali zavezanci za plačilo plačujejo prispevek skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri banki ali neposredno na blagajni zavoda.

160. člen

Prispevek dospe v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije z dne, ko dvignejo sredstva za osebne dohodke (75. člen zakona);

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

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

161. člen

Zavezanec prispevka, ki ne obračuna in ne vplača prispevkov ali jih ne vplača pravočasno, mora poleg prispevkov plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 odstotka na dan od zneska nevplačanih ali nepravočasno vplačanih prispevkov.

162. člen

Zavezancu prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov, ali ne plača vseh prispevkov, izda pooblaščen organ 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 osem dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost. Ugovor se kolkuje.

Ce je ugovor pravočasno vložen, lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo na pristojnem sodišču.

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

163. člen

Na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive sodbe sodišča, izterja banka po zahtevi skupnosti neplačani prispevek in obresti tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Ce prispevek z obrestmi ni mogoče izterjati na način iz prvega odstavka tega člena, ali jih zavezanec ne plača sam, jih na zahtevo skupnosti izterja upravni organ občinske skupščine, ki je pristojen za finance, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

164. člen

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

165. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja na quotni žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva; pri zavodu pa se vodijo na posebnem obračunu kot:

1. dohodki za zagotavljanje pravic iz nesreč pri delu in o poklicnih boleznih;

2. dohodki za zagotavljanje pravic iz predpisanih obveznih oblik zdravstvenega varstva;

3. dohodki za zagotavljanje pravic iz po tem statutu določenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

4. dohodki za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja za nekatere kategorije zavarovanih oseb ali za zavarovance, katerim se prispevek predpiše v pavšalnem znesku.

Skupščina skupnosti pa lahko predpiše, da se dohodki sklada iz 2. in 3. točke prejšnjega odstavka vodijo na skupnem obračunu.

166. člen

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

167. člen

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 4 let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupščina s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

168. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti skupnosti in za kritje primanjkljaja po zaključnem računu.

Če se sredstva rezervnega sklada uporabijo za kritje primanjkljaja oziroma za vrnitev iz obvezne rezerve uporabljenega zneska, se predpiše skladno s 4. odstavkom 71. člena zakona poseben prispevek.

169. 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.

170. člen

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

171. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva oseb, ki jim je z zakonom zagotovljeno zdravstveno varstvo, čeprav niso zavarovane osebe, in pa del stroškov za izvajanje zavarovanja.

172. člen

Višino oziroma stopnjo prispevkov določa skupščina skupnosti tako, da sredstva, ki se z njimi dosega, krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotovi ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih nevarnosti, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe ter tako, da zagotavljajo realizacijo sprejetih programov zdravstvenega varstva.

173. člen

Skupščina skupnosti oziroma izvršilni odbor, če ga skupščina pooblasti, pripravi temeljna izhodišča za določitev višine oziroma stopnje prispevka po načelih prejšnjega člena tega statuta in v okviru družbenega dogovora, sklenjenega po 10. členu zakona o zdravstvu, predlaga, da po določilih 70. člena zakona:

- skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev;
 - občinske skupščine na območju skupnosti;
 - občinski sindikalni sveti na območju skupnosti;
 - gospodarske in zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti
- izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev višine oziroma stopnje prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev za prihodnje leto.

174. člen

Skupščina skupnosti oziroma izvršilni odbor, če ga skupščina pooblasti, pošlje svoj predlog o temeljnih izhodiščih za določitev višine oziroma stopnje prispevka vsako leto do 30. novembra za prihodnje leto vsem

prizadetim (prejšnji člen tega statuta), ki se v 15 dneh o njem izrazijo in dajo svoje mnenje.

Šteje se, da prizadeti soglašajo s predlogom, če se v tem roku ne izrazi o predlogu.

175. člen

Skupščina skupnosti nato določi višino oziroma stopnjo prispevka tako, da je odraz izoblikovanih temeljnih izhodišč in izraženih mnenj.

176. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:
 - nesrečo pri delu in poklicno bolezen;
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;
 - ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb, ali v pavšalnem znesku;
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.

177. člen

Iz skupnih dohodkov, ugotovljenih po prejšnjem členu tega statuta se izloča v rezervni sklad del skupnega dohodka, ki ga vsako leto s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti.

Preostali del skupnih dohodkov je čisti dohodek.

178. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki za pri skupnosti zavarovane osebe:

1. za zdravstveno varstvo, za:
 - nesreče pri delu in poklicno bolezen;
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
 - ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere zdravstvenega varstva;
 - za zdravstveno varstvo po mednarodnih sporazumih;
2. za denarna nadomestila in druge denarne datve, ki jih predvideva zakon in ta statut;
3. za obveznosti iz 78. člena zakona (zdravstveno varstvo rednih študentov);
4. za ostale obveznosti in izdatke skupnosti, za:
 - pozavarovanja;
 - stroške zavoda;
 - študijska in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja;
 - stroške denarnega in plačilnega prometa;
 - poštne stroške;
 - obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja;
 - stroške samouprave;
 - obresti in provizije;
 - ostale izdatke (komisije itd.).

179. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto takrat, ko določi prispevke, se podrobneje predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti;
- obvezna rezerva;
- čisti dohodki skupnosti;
- skupni izdatki skupnosti;

z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina 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 izloči v rezervni sklad skupnosti.

Presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki (primanjkljaj) se krije iz rezervnega sklada skupnosti in pri tem postopa po 168. členu tega statuta.

180. člen

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno evidentiranje svojih dohodkov in izdatkov ter način vodenja poslovnih knjig (knjigovodstvo).

Pri tem lahko predpiše za katere oblike zdravstvenega varstva, za katere oblike zdravstvenega zavarovanja in za katere kategorije oseb se poleg tega z zakonom predpisanih ločenih obračunov, vodijo dohodki in obračunska ločeno.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH IN ADMINISTRATIVNIH ZADEV

181. člen

Skupnost zagotovi opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja tako, da se dogovori s komunalnim zavodom za socialno zavarovanje Celje (v nadaljnjem besedilu: zavod), da bo opravljal za skupnost te zadeve v njenem imenu in na njen račun.

182. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim dogovorom.

Z dogovorom iz prvega odstavka se določijo zlasti:

- temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnost;
- pogoji za izvrševanje teh nalog;
- način določanja povračil za opravljeno delo;
- nadzor nad opravljenim delom;
- pooblaščenici za podpisovanje prvostopnih odločb in drugih zadev.

183. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru dogovora iz prejšnjega člena, je skupščini skupnosti neposredno in osebno odgovoren direktor zavoda.

Deseti del

ZAKLJUČNE IN PREHODNE DOLOČBE

184. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami na svojem območju, da pooblastijo občinsko skupščino na sedežu skupnosti, da v njihovem imenu opravlja vse naloge in ima vse pravice, ki

jih nalagajo in dajejo zakon in ta statut občinskim skupščinam.

Dogovor po prejšnjem odstavku lahko sklene skupščina skupnosti tudi le z nekaterimi občinskimi skupščinami in le glede nekaterih nalog oziroma pravic. V tem primeru se morajo naloge in pravice v dogovoru natančno določiti.

185. člen

Do konstituiranja vseh organov skupnosti se glede pravic in dolžnosti zavarovanih oseb in skupnosti kot pravne osebe uporabljajo neposredno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, zlasti njegov enajsti del.

186. člen

Za mladino od 15. do 18. leta starosti, ki ob začetku uporabe tega statuta kljub zmožnosti za delo ni zaposlena ali v učnem razmerju, začne teči rok iz petega odstavka 22. člena tega statuta od 1. 1. 1971.

187. člen

Skupščina skupnosti lahko spremeni določila tega statuta:

1. če s spremembo uvede novo pravico, razširi dosedanje pravico, olajša njeno uveljavljanje ali jo izboljša: s svojim sklepom;

2. v ostalih primerih: po postopku iz 140. člena tega statuta.

188. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/17

Celje, dne 26. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV KOPER

449.

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

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev
Koper

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper so ustanovili delavci na območju občin Ilirska Bistrica, Izola, Koper, Piran, Postojna in Sežana.

Delavci na območju omenjenih občin so ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Koper.

2. člen

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

3. člen

V tej skupnosti so zdravstveno zavarovane osebe, ki se po določbah tega statuta štejejo za zavarovance, in je sedež njihove dejavnosti na območju skupnosti, oziroma če stalno prebivajo na tem območju, ako so zavarovani na podlagi drugega svojstva.

4. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi in zasebni delodajalci morajo svoje delavce, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, obvezno zdravstveno zavarovati za nesrečo pri delu in za nesrečo za poklicno boleznijo.

5. člen

V to skupnost so vključene kot zavarovanci tudi osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost s sedežem te dejavnosti na območju skupnosti. Književniki, skladatelji, umetniki ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost, so vključeni v to skupnost, če imajo na tem območju stalno prebivališče.

Osebe iz prejšnjega odstavka so zdravstveno zavarovane z dnem, ko začno opravljati to dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovane.

6. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha svojstvo, dejavnost ali okolnost, na podlagi katere je zavarovan, ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja. Zavarovanec zadrži po prenehanju članstva le tiste pravice, za katere statut izrecno določa, da so zavarovancem zagotovljene še tudi po tem, ko prenehajo biti zavarovani pri tej skupnosti.

7. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo ali vpelje zanje to pravico družbeno-politična skupnost, če poveri izvajanje zdravstvenega varstva zanje skupnosti. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s pogodbo med skupnostjo zdravstvenega zavarovanja in družbeno-politično skupnostjo.

8. člen

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

9. 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.

10. člen

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

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.

11. člen

Denarni prejemki iz zdravstvenega zavarovanja, ki so že zapadli v plačilo, pa so ob smrti uživalca ostali neizplačani, se lahko podedujejo.

12. člen

Zaradi zagotovitve najbolj smotrne uporabe sredstev za financiranje zdravstvenega zavarovanja ima vsak zavarovanec te skupnosti 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 svojem zboru zavarovancev;
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa statut;
- postavljati vprašanja in dajati predloge vsem organom skupnosti.

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

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

13. člen

Kot delavci so zavarovani v tej skupnosti:

1. osebe v delovnem razmerju;
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenjih in samoupravnih organizacijah, zborskih 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, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;
4. I. delavci, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 30 dneh:
 - a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma ko ne morejo dobiti 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 bili odpuščeni iz te vojaške službe;
 - c) ko so odpuščeni s prestajanja kazni oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varstveni ukrep;

II. osebe, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh:

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

b) od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali strokovno šolanje,

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

III. izseljenci — povratniki, če se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 90 dneh od prekinitve delovnega razmerja v tujini (v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo);

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

5. Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, katere se poleg šolskega pouka izvajajo tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, šoli ali pri zasebnem delodajalcu;

6. osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas;

7. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;

8. jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zdravstvenega zavarovanja, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno.

Osebe od 1. do 3. in iz 6. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti, pri kateri so zaposlene ali izvoljeni člani ali v praksi; osebe iz 4. točke so zavarovane, dokler se redno javljajo zavodu za zaposlovanje in neupravičeno ne odklanjajo ponudbe ustrezne zaposlitve; osebe iz I. podtočke 4. točke so zavarovane, če so bile predhodno zavarovane brez presledka najmanj 3 mesece ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 6 mesecev; osebe iz 5. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež organizacije ali delodajalca, pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo, oziroma šola, če ne dobivajo nagrade ali štipendije; osebe iz 7. in 8. točke so zavarovane pri skupnosti, če stalno prebivajo na njenem območju.

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

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

14. člen

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

1. pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah ali v gospodinjstvih zavarovancev, 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 skupnosti, pa 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 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 skupnosti, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja komunalnega zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve svojega zavarovanja, se morajo obvezno zavarovati pri skupnosti, 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.

Osebe iz 2. in 4. točke prvega odstavka tega člena, ki so zdravstveno zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki imajo stalno prebivališče na območju skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi njihovim družinskim članom.

Osebe iz drugega odstavka tega člena morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki imajo stalno prebivališče na območju skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo v skupnosti. V takem primeru se sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

15. člen

Lastnost delavca-zavarovanca obdržijo osebe iz 1. do 3. točke prvega odstavka 13. člena tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, zaradi katere so zavarovane in če niso zavarovane na podlagi kakšne druge lastnosti, ki so si jo na novo pridobile, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

16. člen

Tuji državljani, ki so v delovnem razmerju na območju skupnosti 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. Družinski člani so zajeti z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, dokler živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

17. člen

Za zavarovance skupnosti se ob pogoju, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost kot glavni ali edini poklic, štejejo:

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

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

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

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

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

18. člen

Ce delajo v delavnici zavarovanca iz 1. in 2. točke prejšnjega člena tega statuta poleg lastnika tudi njegovi družinski člani (zakonec in otroci) s kvalifikacijo, ki je potrebna za opravljanje dela v delavnici, so ti družinski člani na svojo zahtevo lahko zavarovani v enakem svojstvu kot lastnik, če tudi sami plačujejo prispevek za svoje zavarovanje.

Ce zakonec ali otroci zavarovanca iz prejšnjega člena, ki je umrl, ali, ki je zaradi bolezni izgubil svojo opravilno sposobnost, po veljavnih predpisih še naprej vodijo njegovo delavnico, se šteje, da opravljajo samostojno poklicno dejavnost in so zavarovanci iz tega naslova, če so dopolnili 18 let starosti.

19. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno in kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane po tisti dejavnosti, iz katere imajo pretežni del svojih dohodkov, brez ozira na to, če izpolnjujejo pogoje, da bi bile zavarovane kot družinski člani.

2. Družinski člani zavarovancev

20. člen

Za družinske člane zavarovancev od 13. do 19. člena tega statuta se štejejo:

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

2. širši družinski člani: vzdrževani zavarovančevi starši in stari starši, očim in mačeha ter posvojitelj in posvojiteljica (v nadaljnjem besedilu: zavarovančevi starši), če izpolnjujejo pogoje, določene v tem statutu.

21. 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 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena). Če zakonec še ni star 40 oziroma 55 let, se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se prikladi zavodu v 90 dneh od zavarovančeve smrti;

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

22. člen

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

Ce 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.

Ce 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 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.

Zavarovani so tudi zavarovančevi otroci od 15. do 18. leta starosti, ki se ne šolajo, če se po končanem šolskem letu prijavijo v 60 dneh zavodu za zaposlovanje, se redno javljajo pri tem zavodu in neupravičeno ne odklonijo ponudene zaposlitve.

23. člen

Za otroke se predpostavlja, da jih zavarovanec preživlja ne glede na njihove dohodke. Za zakonca se predpostavlja, da ga zavarovanec preživlja, če ni sam zavarovan kot delavec ali oseba, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost, in če se ne ukvarja kot lastnik ali solastnik kmetijskega zemljišča s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

24. člen

Zavarovančevi starši (člani širše družine) so zdravstveno zavarovani:

1. če jih zavarovanec preživlja in če sami nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov;

2. če so dopolnili 55 let starosti (mati) oziroma 65 let (oče);

3. če so mlajši, pa so pridobitno nezmožni in je ta nezmožnost enaka invalidnosti I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

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

1. če nima nobenih lastnih dohodkov;

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

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

Šteje se, da zavarovanec preživlja člana širše družine, če živi z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njegovemu vzdrževanju najmanj znesek iz 2. točke drugega odstavka tega člena.

Starši so zavarovani po določbah tega statuta tudi po zavarovanju smrti, če ne morejo uveljavljati pravice do družinske pokojnine zato, ker je s pokojnino ožjih družinskih članov zavarovanca izčrpana osnova za družinsko pokojnino.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

A. Splošne določbe o pravicah

25. člen

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

- obvezne oblike zdravstvenega varstva v obsegu, ki je določen z zakonom;
- druge oblike zdravstvenega varstva, ki so določene v tem statutu;
- nadomestilo osebnega dohodka;
- povračilo potnih stroškov in zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva;
- pomoč ob smrti zavarovane osebe.

26. 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.

27. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja zavarovanja v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju Jugoslavije.

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

Steje 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.

Steje se, da zavarovanje ni pretrgano, če se je zavarovanec zaposlil v inozemstvu, po vrnitvi pa do ponovnega zavarovanja oziroma prijavitve zavodu za zaposlovanje ni preteklo več kot 30 dni.

28. člen

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

Delovnim invalidom, defektnim osebam ter vojnim in mirovnim vojaškim invalidom, ki delajo, kolikor jim dopušča ugotovljena delovna zmožnost, in zava-

rovankam, ki zaradi starosti otroka po posebnih predpisih delajo skrajšan delovni čas, se v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem takšno delo šteje kot delo s polnim delovnim časom.

B. Zdravstveno varstvo

29. člen

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

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave;
2. nega in zdravljenje tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave ali stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice;
3. zdravstveno varstvo žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo;
4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti;
5. zdravstveno varstvo šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti;
6. zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve;
7. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje;
8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Obvezne oblike zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka se dajejo v obsegu in po merilih, ki so določena v 33. do 40. členu zakona.

30. člen

Poleg obveznih oblik zdravstvenega varstva obsega zdravstveno varstvo, ki je zagotovljeno s tem statutom, tudi:

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih zavodih, če to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;
2. zdravila, pomožni material, namenjen za uporabo zdravil, in sanitetni material, če je potreben za zdravljenje;
3. zdravljenje zobnih bolezni;
4. zobotehnično pomoč in zobna protetična sredstva;
5. proteze, ortopedske in druge pripomočke ter pomožne in sanitarne priprave;
6. zdravljenje v zdraviliščih, ki uporabljajo naravne in zdravilne faktorje, v primerih in ob pogojih, ki jih določa splošni akt skupnosti.

31. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki se dobijo samo na zdravniški recept in so registrirana v državi.

Za zavarovane osebe skupnosti velja način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala po zveznih predpisih, ki so bili v veljavi do 31. 12. 1970, in sicer vse do izdaje novih predpisov po skupnosti.

32. člen

Zobotehnična pomoč, protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoje predhodnega zavarovanja po 26. členu tega statuta.

Indikacije za zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, standarde in življenjsko dobo določi skupščina skupnosti.

33. člen

Zavarovančevim 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.

Širšim družinskim članom zavarovanca je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih kot članom ožje družine, pravico do zobotehnične pomoči in zobno-protetičnih sredstev in za pravico do protez, ortopedskih in drugih 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 4 letih.

34. 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 zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na služenju vojaškega roka, če je neposredno pred nastankom vojaškega roka izpolnjeval pogoje predhodnega zavarovanja.

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

35. člen

Zavarovancem in njihovim družinskim članom, ki v nujnih primerih uveljavljajo zdravstveno varstvo v tujini, povrne sklad stroške takšnega zdravljenja samo do zneska, ki bi ga plačala skupnost, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je skupnost sklenila pogodbo, da bo nudil zdravstveno varstvo njenim osebam oziroma v najbližjem zdravstvenem zavodu v naši državi, ki lahko opravi takšno zdravstveno storitev.

Nujne zdravstvene storitve v tujini, ki so tudi neodložljive, gredo v breme skupnosti v smislu prejšnjega odstavka le toliko časa, da je zavarovana oseba usposobljena za premestitev v zdravstveni zavod v naši državi.

Zavarovancem in njihovim družinskim članom, ki stalno prebivajo in delajo v inozemstvu, je za prvih 6 mesecev bivanja v inozemstvu zagotovljeno samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo, po preteku 6 mesecev bivanja v inozemstvu pa jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, kot jim je zagotovljeno v tej skupnosti.

Osebu na ladjah in njihovim družinskim članom, ki so skupaj z njimi na ladji, je zagotovljeno zdravstveno varstvo v breme skupnosti samo, če se zaradi narave bolezni izkrajajo in oddajo v bolnico v tujini.

Če noben zdravstveni zavod v državi ne more nuditi zdravstvene storitve, ki jo je zavarovanec uveljavil v inozemstvu, trpi sklad celotne stroške takšnega zdravljenja.

Kadar skupnost sama napoti zavarovano osebo na zdravljenje ali pregled v zdravstveni zavod v inozemstvu, ker takšne zdravstvene storitve ne more zagotoviti v naši državi, trpi skupnost vse stroške zdravljenja v inozemstvu v dinarski vrednosti, v devizah pa le, če posebni predpisi o deviznem poslovanju to omogočajo.

S splošnim aktom se lahko sporazumno z drugimi skupnostmi določi podrobnejše način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini.

V breme sklada skupnosti ne gredo stroški pregledov in cepljenj, ki so obvezni zaradi odhoda zavarovane osebe v tujino.

36. člen

Zavarovane osebe lahko prispevajo del stroškov za tele oblike zdravstvenega varstva:

- a) za zdravila, pomožni in sanitetni material;
- b) za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo;
- c) za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti;
- d) za prevoz z rešilnim avtomobilom;
- 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 neobvezna cepljenja;
- i) za vsak prvi specialistični pregled ne gre za pregled v dispanzerjih;
- j) za zdravljenje v zdraviliščih.

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.

37. člen

Osebam naštetim v 27., 28., 29. in 30. členu zakona, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primere bolezni in nesreče izven dela v obsegu zakona in pod pogoji, ki jih določi skupnost s svojim aktom.

Osebam, naštetim v 30. členu zakona, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primere nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo v obsegu zakona in pod pogoji, ki jih določi skupnost s svojim aktom.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

38. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela gre zavarovancu:

1. če je zaradi bolezni ali poškodbe izven dela začasno nezmožen za delo ali je na zdravljenju v stacionarnem zdravstvenem zavodu;

2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovancevega delovnega časa, ne more delati;

3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojnih invalidih;

4. če je določen za nego obolelega otroka, starega do treh let;

5. če je izoliran kot bacionosec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici;

6. če je določen za spremljevalca bolniku, ki je poslan na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj;

7. če je določen za negovanje obolelega ožjega družinskega člana oziroma žene na porodu, kolikor ne gre za nego otroka, starega do 3 let, in sicer ob pogojih ki jih določa ta statut.

39. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre v breme skupnosti od prvega dne začasne zadržanosti v primerih iz 4., 5., 6. in 7. točke 38. člena tega statuta, v drugih primerih gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti.

40. člen

Do nadomestila osebnega dohodka so upravičeni zavarovanci iz 1. do 3. točke in 5. točke (učenci, če prejemajo nagrado) 13. člena, zavarovanci iz 14. člena, pod pogoji, ki jih določa ta statut v 56. in 57. členu, ter zavarovanci iz 16., 17. in 18. člena v breme skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti od dela.

41. 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 na neplačanem dopustu, gre nadomestilo šele po izteku dopusta, če tudi takrat ni zmožen za delo.

42. člen

Zavarovavec ima pravico do nadomestila osebnega dohodka ob pogoju, da ima najmanj 3 mesece neprekinjenega zavarovanja oziroma 6 mesecev zavarovanja s prekinitevami v zadnjih 12 mesecih pred nastankom primera, ki mu daje pravico do nadomestila osebnega dohodka.

V primeru iz 4. in 5. točke 38. 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 ali jim je bilo zagotovljeno zdravstveno varstvo po 27. členu in po 1., 2., 4., 5., 6. in 7. točki prvega odstavka 29. člena v katerikoli skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

43. člen

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

Zčasna zadržanost za delo 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.

Zavarovancu, pri katerem traja začasna nezmožnost za delo zaradi iste bolezni ali poškodbe brez pre-

sledka dve leti ali s presledki dve leti v razdobju treh let, mora poslati zavod s potrebno medicinsko dokumentacijo na invalidsko komisijo, da dá mnenje, ali je pri njem podana invalidnost v smislu temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju ali ne.

44. člen

Nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolelega otroka, starega do 15 let, gre največ za petnajst dni v posameznem primeru, in največ za sedem dni v drugih primerih nege člana ožje družine oziroma negovanja žene ob porodu.

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

45. člen

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

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

Organizacija, pri kateri je zavarovavec v delovnem razmerju, mora temu preskrbeti delo s krajšanim delovnim časom. Tega je lahko oproščena, če občinski upravni organ, ki je pristojen za delo, ugotovi, da pri njej sploh ni ali določen čas ni možnosti za delo s skrajšanim delovnim časom.

46. člen

Zavarovavec, 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 zdravstvenega zavoda.

47. člen

Zavarovavec 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 delo, za katero 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 opravičenega vzroka ne odzove vabilu na določeni zdravniški oziroma komisijski pregled;

3. če ne neguje otroka, za katerega mu je dovoljena začasna zadržanost od dela.

Zavarovavec 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.

48. člen

Osnova za izračun nadomestila osebnega dohodka je poprečni znesek prejemkov, ki so bili zavarovancu izplačani kot osebni dohodek za delo v polnem, krajšem od polnega in polovičnem rednem delovnem času, v letu pred letom, v katerem je nastal primer, ki mu daje pravico do nadomestila osebnega dohodka. V osnovo za nadomestilo se upošteva tudi nadomestilo osebnega dohodka, ki mu je bilo izplačano med odsotnostjo z dela po predpisih o delovnih razmerjih, nadmestila zaposlenih delovnih invalidov po predpisih o invalidskem zavarovanju, borčevski dodatek udeležencem pred 9. IX. 1943 oziroma pred 13. X. 1943, in osnova za izračun nadomestila osebnega dohodka po predpisih o zdravstvenem zavarovanju, če je takrat dobival nadomestilo osebnega dohodka, ker ni mogel delati.

Če je zavarovancu ves ali del osebnega dohodka določen v odstotku — proviziji, se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za izračun nadomestila osebnega dohodka, le tisti del tako ugotovljenega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Pri zavarovancu, ki dela pri zasebnem delodajalcu, je osnova za izračun nadomestila osebnega dohodka znesek osebnega dohodka, ki je bil v ustreznem času osnova za plačilo prispevka.

Za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol je osnova za izračun nadomestila osebnega dohodka poprečni mesečni znesek nagrad, ki so ga dobili v zadnjih treh mesecih pred mesecem, v katerem je nastal primer, ki jim daje pravico do nadomestila.

49. člen

V osnovo se ne všteva tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov, ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (potni in prevozniki, terenski dodatki, dodatek za ločeno življenje in podobno), in ne prejemki, ki pomenijo izredno nagrado (nagrade za racionalizacijo, novatorstvo, za izvršitev posebnih nalog izven rednega oziroma glavnega dela in podobno), kot tudi ne drugi prejemki, ki nimajo značaja osebnega dohodka po osnovah in merilih za delitev osebnih dohodkov, in ki jih delavec dobi za popoldansko delo v organizaciji ali izven organizacije, s katero je v delovnem razmerju.

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

50. člen

Če zavarovanelec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije za tekoče leto do dneva, ko je nastopil zavarovani primer.

Če zavarovanelec ni dobil osebnega dohodka ali akontacije za tekoče leto, se vzame za osnovo dogovorjeni osebni dohodek oziroma dohodek, ki bi zavarovancu šel po predpisih o delitvi osebnega dohodka.

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

51. člen

Zavarovancu, zaposlenemu pri delovni organizaciji, ki je na bolezenskem dopustu več kot eno leto, se na njegovo zahtevo preračuna osnova za nadomestilo, iz-

računana po 48. členu tega statuta, 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 odšel na bolezenski dopust, in za leto pred tem letom, povečalo splošno poprečje osebnih dohodkov delavcev v tisti organizaciji.

Povečani znesek nadomestila osebnega dohodka iz prvega odstavka tega člena gre zavarovancu od prvega naslednjega dne po preteku enega leta nepretrganega bolezenskega dopusta, če je izpolnjen pogoj za povečanje. Če pa pogoj za povečanje ni izpolnjen, ker so se osebni dohodki delavcev v tisti delovni organizaciji v splošnem povečali manj kot za 5%, se po sprejetju zaključnega računa za naslednje leto ugotovi odstotno povečanje splošnega poprečja osebnih dohodkov delavcev v organizaciji tako, da se primerja zaključni račun iz tega leta z zaključnim računom iz leta pred letom, v katerem je zavarovanelec 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.

Pogodbenim zavarovancem in umetnikom in obrtnikom se preračunajo osnove in poveča nadomestilo na podlagi osnov zavarovanja za tisto leto, ko je zavarovanelec izpolnil pogoje za povečanje nadomestila. Nadomestilo pa se poveča od prvega naslednjega dne po preteku enega leta nepretrganega bolezenskega dopusta, če je izpolnjen pogoj za povečanje.

Zavarovancem, zaposlenim pri zasebnih delodajalcih, se preračunajo osnove in poveča nadomestilo osebnega dohodka na način, ki je določen za povečanje začasnega nadomestila po predpisih o invalidskem zavarovanju. Povečani znesek nadomestila osebnega dohodka pa gre zavarovancu od prvega naslednjega dne po preteku enega leta nepretrganega bolezenskega dopusta, če je izpolnjen pogoj za povečanje.

Osnova za nadomestilo se ne poveča zavarovancu, ki po preteku enega leta bolezenskega dopusta nima več svojstva, na podlagi katerega je bil zavarovan.

52. člen

Nadomestilo osebnega dohodka znaša:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo prehodnega zavarovanja po 26. členu tega statuta:

- 70 % od osnove za prvih sedem dni;
- 80 % od osnove od osmega do šestdesetega dneva;
- 90 % od osnove od enainšestdesetega dneva;

2. za zavarovance, ki ne izpolnjujejo dobe prehodnega zavarovanja po 26. členu tega statuta:

- 60 % od osnove za prvih sedem dni;
- 70 % od osnove od osmega do šestdesetega dneva;
- 80 % od osnove od enainšestdesetega dneva.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjem odstavku, ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, razen za zavarovance, ki ne prejema osebnega dohodka. Za učence v gospodarstvu znaša nadomestilo v vseh primerih 100 % od osnove.

53. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v stacionarnem zdravstvenem zavodu, v katerem ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo, izračunano po 52. členu, za 20 %, če nima vzdrževanih članov, ki bi bili po njem zdravstveno zavarovani, od 31. dne uživanja nadomestila. Zmanjšano nadomestilo ne more biti manjše od veljavnega minimalnega osebnega dohodka. V primeru nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo se uporabljajo določbe 76. člena tega statuta.

54. člen

Zavarovancu, ki je v času uživanja nadomestila osebnega dohodka odstranjen od dela v zvezi s kazenskimi ali disciplinskimi postopki, 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 po predpisih o delovnih razmerjih.

Zavarovancu iz prvega odstavka tega člena, ki je s pravnomočno sodbo kaznovan samo za disciplinsko nerednost oziroma je izpuščen iz pripora ali iz preiskovalnega zapora zato, ker je postopek zoper njega s pravnomočnim sklepom ustavljen, ali zato, ker je s pravnomočno sodbo oproščen obtožbe, ali je obtožba zoper njega zavrnjena, toda ne zaradi nepristojnosti sodišča, se izplača zadržani del nadomestila osebnega dohodka.

55. člen

Zavarovancu, ki postane v tridesetih 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.

Zavarovanci iz 1. do 3. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta imajo v primerih iz 1. točke 38. člena tega statuta pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastane v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, če se v 30 dneh prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja ali druge dejavnosti dobro predhodnega zavarovanja.

56. člen

Zavarovane v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji, ter zavarovane, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali ga je poslala na strokovno usposobitev, ima tisti čas, ko ne more delati, namesto pravice do nadomestila, pravico do osebnega dohodka oziroma dnevnic ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnice oziroma štipendije izplačuje na svoj račun organizacija ali delodajalec, pri katerem je zavarovane iz prvega odstavka tega člena zaposlen oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemo izplača zavarovancu, ki je zaposlen pri delodajalcu kot hišna pomoč, osebni dohodek za prvih 30 dni sam delodajalec, potem pa se mu izplačuje nadomestilo na račun skupnosti, če se mudi v Jugoslaviji.

Zavarovanci, ki so se po posebnem sporazumu zaposlili v tujini, obdržali pa svojstvo osebe, ki je v delovnem razmerju v Jugoslaviji, imajo pravico do na-

domestila 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 prvega in četrtega odstavka tega člena pravico do nadomestila osebnega dohodka, se vzame kot osnova za nadomestilo osnova, ki je podlaga za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje v Jugoslaviji.

57. člen

Osebe na ladjah ima tisti čas, ko je ladja v tujini, med začasno nezmožnostjo za delo namesto nadomestila pravico do osebnega dohodka na račun organizacije, ki ji pripada ladja.

Zavarovanci iz prvega odstavka tega člena, ki so se morali zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnico, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti za tisti čas, ko gre nadomestilo na račun skupnosti.

2. Nadomestilo osebnega dohodka med poročniškim dopustom

58. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med poročniškim dopustom, ki je kot najkrajši 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, vendar največ do 8. meseca starosti otroka.

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

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

59. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med poročniškim 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 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 tridesetdnevni rok od prenehanja delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku prihlasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje in izpolnjuje pogoj predhodnega zavarovanja.

60. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 58. člena in po 59. členu znaša 100 % od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

61. člen

Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovanski organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu takega zavarovanca oziroma zavarovanca, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve in naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, ima med porodniškim dopustom namesto pravice do nadomestila dohodka po tem zakonu pravico do osebnega dohodka, dnevnice ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnicé oziroma štipendije izplačuje zavarovanki iz prvega odstavka tega člena na svoj račun organizacija ali delodajalec, pri katerem je zaposlena oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplačuje zavarovanki, ki je zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca iz prvega odstavka tega člena, osebni dohodek za prvi mesec dni delodajalec na svoj račun, potem pa se ji izplačuje nadomestilo osebnega dohodka na račun skupnosti, če se mudi v Jugoslaviji.

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 zakonu zavarovanca, ima med porodniškim dopustom pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

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

62. člen

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

3. Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

63. 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 prebivališča zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva;

2. kadar morajo zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča v drug kraj k zdravniku ali v zdravstveni zavod, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnik oziroma zdravstvenega zavoda.

Povračilo potnih stroškov po 2. točki prejšnjega odstavka gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od njenega prebivališča oziroma kraja zaposlitve do najbližjega zdravstvenega zavoda oziroma zdravnika najmanj 15 kilometrov.

64. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremljevalec po mnenju pristojnega 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.

65. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

66. 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.

Za pomoč po gorski reševalni službi se povrnejo stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližjega zdravstvenega zavoda.

67. člen

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.

68. člen

Kot prevozni stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza.

Višino pavšalnega povračila za stroške prehrane in namestitve 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.

69. člen

Stroški za vrnitev obolelega zavarovanca, vkrca-nega na ladji, v domače pristanišče, premenijo organizacijo, ki ji ladja pripada. Prevozni stroški za vkrca-nega zavarovanca gredo v breme skupnosti šele od izkrcanja v domačem pristanišču.

70. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi tedaj, kadar gre za prevoz zavarovane osebe v zdravstveni zavod ali iz zdravstvenega zavoda ali pa za premostitev iz enega zdravstvenega zavoda v drugi v kraju bolnikove zaposlitve oziroma bolnikovega stalnega ali začasnega prebivališča, če je bil prevoz potreben zaradi njegovega zdravstvenega stanja in je tako potrebo ugotovil zdravnik ali zdravstveni zavod, v katerem se je bolnik zdravil, ali pa tudi sicer, če je bil prevoz potreben zaradi nujnosti primera ali iz drugih medicinskih razlogov.

Prvi odstavek tega člena velja tudi, kadar je treba zavarovano osebo, ki se v smislu 5. točke 35. člena statuta zdravi v tujini, odtam prepeljati, če zavod za socialno zavarovanje na podlagi mnenja zdravniške komisije ali zavoda, v katerem se zavarovana oseba zdravi, ugotovi, da ji je pri vrnitvi v državo potreben prevoz.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

71. člen

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

Člani ožje družine imajo ob smrti zavarovanca pravico do posmrtnine.

72. člen

Znesek pogrebne določi skupščina skupnosti s sklepom.

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

Četrty del

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

73. člen

Iz zavarovanja za primer nesreče pri delu in poklicnega obolenja je zavarovancem iz 4. člena tega statuta zagotovljeno:

1. zdravstveno varstvo in izvajanje ukrepov, da se odvrtačo 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 da se povrne 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 povračila do potnih stroškov v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenja za poklicno boleznijo so zagotovljene neodvisno od predhodnega zavarovanja.

Za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se štejejo poškodbe in bolezni, ki jih določajo predpisi o invalidskem zavarovanju.

74. člen

Med ukrepe za preprečevanje in odvrtačanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo se štejejo zlasti ukrepi, ki jih zagotovi skupnost v okviru programa dejavnosti. V istem določi skupnost konkretnije 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.

75. 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.

76. 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 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.

Višino nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi obolenja za poklicno boleznijo za prvih 30 dni, ko gre v breme organizacije, določi organizacija sama. Nadomestilo v tem primeru ne sme biti manjša od 60 % od osnove in ne manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi.

77. 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.

Peti del

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB, KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO DEJAVNOST

78. člen

Osebe, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti na območju skupnosti, našete v 17. členu zakona, se vključijo v zdravstveno zavarovanje v tej skupnosti, ob pogojih, ki jih določa ta statut in na njegovi osnovi izdani akti.

79. člen

Osebe, ki opravljajo druge samostojne dejavnosti so vključene v zdravstveno zavarovanje po tem statutu na podlagi pogodbe, sklenjene med skupnostjo in organizacijo, ki predstavlja osebe te dejavnosti. Pogodba velja za osebe te dejavnosti, ki imajo sedež samostojne dejavnosti na območju skupnosti.

80. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in so vključene v zdravstveno zavarovanje po tem statutu, imajo enake pravice in obveznosti, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja zavarovanci-delavci te skupnosti.

Osnove za plačevanje prispevkov in denarna nadomestila določi skupščina skupnosti; če so bile osebe določene dejavnosti vključene v zdravstveno zavarovanje na podlagi pogodbe, se osnove za izplačevanje prispevkov in za denarna nadomestila lahko določijo tudi s pogodbo.

Šesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

81. člen

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

82. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupnost s

sklepom po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

Zdravstvena izkaznica je veljavna in z njo zavarovana oseba lahko uveljavlja zdravstveno varstvo, če je potrjena, da ima imetnik še lastnost zavarovane osebe. Za osebe od 1. od 6. točke prvega odstavka 13. člena potrjuje lastnost zavarovane osebe ustrezná organizacija oziroma zasebni delodajalec. Potrdilo ne sme biti starejše od 30 dni.

Osebe iz 7. in 8. točke prvega odstavka 13. člena dokazujejo, da imajo še lastnost zavarovane osebe, z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino; odrezek ne sme biti starejši od treh mesecev.

Če mora zavarovanec za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov sam plačevati prispevek, je pogoj za uživanje pravic redno plačevanje prispevka. Uživanje pravic iz neobveznih oblik zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja ni mogoče uveljaviti, če zapadli prispevek ni plačan do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo za naprej od dneva, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

83. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi skupnost na podlagi prijave za 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 prejemu prijave.

Če skupnost v roku iz prejšnjega odstavka ne izda odločbo, 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 vložijo tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. Skupnost mora v pravnem pouku v dokončni odločbi izrecno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

84. člen

Prijava v zavarovanje mora vložiti za delavca v Jugoslaviji njegova delovna organizacija oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njihovo zavarovanje, in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek. Prijava se mora vložiti v 8 dneh po pridobitvi lastnosti zavarovane osebe; v istem roku morajo zavarovanci objaviti iz zavarovanja osebe, ki jim je lastnost zavarovanja prenehala, 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.

85. člen

Za delavca, ki stopa prvič na delo ali je spremenil poklic ali se zaposli po več kot 6-mesečni prekinitvi delovnega razmerja ali je več kot 1 leto na bolniškem dopustu, se mora prijaviti v zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo. Mnenje da zdravnik, ki je pristojen za oce-

njevanje začasne nezmožnosti za delo glede na kraj zaposlitve oziroma prebivališča delavca.

86. člen

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

Za zakonca se pribavi podpisana izjava, da ni osební zavarovanec, da se niti kot lastnik ali solastnik kmetijskega zemljišča ne ukvarja s kmetijsko dejavnostjo kot glavnim poklicem.

87. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določa zakon, statut, splošni akt skupnosti o postopku pri uveljavljanju pravic (pravilnik) in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi ali drugimi organizacijami. O tistih delih pogodbe, ki urejajo pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

88. 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.

89. člen

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

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

90. člen

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

91. člen

O pravicí, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločbo, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo na prvi stopnji izda organ, ki ga pooblasti skupnost. Zoper odločbo ima zavarovana oseba pravico do pritožbe v 15 dneh po njenem prejemu. O pritožbi zoper prvostopno odločbo odloča komisija za reševanje ugovorov zavarovancev. Odločba te komisije je dokončna.

Zoper dokončno odločbo ima zavarovana oseba pravico vložiti tožbo pri občinskem sodišču, pristojnem po kraju zaposlitve ali po stalnem prebivališču.

Pri odločanju o pravicah zavarovanih oseb na prvi in drugi stopnji ter v obnovi postopka se postopa po predpisih zakona o splošnem upravnem postopku, kolikor ni v zakonu, tem statutu ali pravilnikih, izdanih na podlagi tega statuta, drugače določeno.

92. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni nezmožnosti za delo, stopnji nosečnosti in podobnem, daje pristojni zdravnik, zdravniška komisija

ali komisija zdravniških izvedencev. Strokovna mnenja o invalidnosti dajejo tudi v postopkih iz zdravstvenega zavarovanja invalidske komisije.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor skupščine skupnosti. Skupščina skupnosti izda tudi akt o postopku teh komisij.

93. 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 stvarih, v katerih ne daje ugotovitev posamezni zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Komisija zdravniških izvedencev lahko tudi na predlog skupnosti revidira ugotovitve zdravniške komisije; njene ugotovitve veljajo v takšnih primerih od dneva, ko so bile izdane.

Zoper ugotovitve posameznega zdravnika o nezmožnosti zavarovanja za delo lahko ugovarja tudi delovna organizacija ali poblaščen služba skupnosti, ki odloča o nadomestilu osebnega dohodka.

94. člen

Pravice do zdravstvenega varstva v breme skupnosti gredo zavarovani osebi, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe in izpolnila druge predpisane pogoje.

Zavarovancu je zagotovljeno zdravstveno varstvo od dneva, ko nastopi delo oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanja, ali od poznejšega dneva, ko je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja, pa do preteka 30. dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan nastopa dela se šteje tudi dan, ko zavarovaneč 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 (drugi 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.

95. člen

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

96. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstvenem zavodu pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji te skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvenega zavoda varstvo prizadete osebe po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zavarovana oseba se mora med zdravljenjem držati navodil zdravnika, hišnega reda in drugih pravil zdravstvenega zavoda. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, trpi sama vse dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi. O tem odloči skupnost z odločbo na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

97. člen

Zavarovane osebe si izbirajo zdravstveni zavod in zdravnika, na katerega se obračajo za zdravstveno varstvo.

Če uživa zavarovana oseba zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način, kot je

določeno po 2. odstavku tega člena, prevzema skupnost zdravstvenega zavarovanja za opravljeno zdravstveno storitev toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo.

98. člen

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

99. člen

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

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

100. 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 nudeni zdravstveni pomoči.

101. člen

Pravico do zobne protetične pomoči uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih zavodih oziroma pri zdravstvenih delavcih, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo o nudenju zdravstvenega varstva.

Pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav, do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora ter do očesnih pripomočkov uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta zdravnika ustrezno specialnosti ali tudi izbranega zdravnika.

Pravico do pripomočkov, zajetih v prvem in drugem odstavku tega člena, uveljavljajo zavarovane osebe ob pogojih, ki so določeni v ustreznih pravilnikih skupnosti.

102. člen

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

103. člen

Zavarovani osebi, ki je uveljavila zdravstveno varstvo mimo določb tega statuta ali pravilnika skupnosti, gre povračilo stroškov zdravstvenih storitev do višine stroškov ki bi nastali, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih skupnosti.

104. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost s pogodbo z zdravstvenim zavodom:

Delavci, zaposleni pri organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante ali pa so sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstvenim zavodom ali zdravnikom, uveljavljajo pravice po prejšnjem odstavku praviloma pri teh ambulantah oziroma zdravnikih.

V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovane delavke ugotavljajo začasno nezmožnost za delo tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. V protituberkuloznih dispanzerjih ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti ftiziologi.

105. člen

Odobrena začasna zadržanost od dela se vpiše v zdravstveno izkaznico.

106. člen

Zadržanost od dela zaradi nege družinskega člana odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen za odrejanje bolezenskega dopusta (ocenjevanje nezmožnosti za delo). Pri tem mora upoštevati vse možnosti za nego obolelega družinskega člana v zavarovanevi družini na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

107. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebne dohodka od dneva zadržanosti, ki ga je odredil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebne dohodka za čas pred tem dnevom lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja oddaljenosti in drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih lahko zdravnik odobri zadržanost za največ 3 dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zgledil pri njem. Daljšo zadržanost pred tem dnevom lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebne pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije.

Zdravnik mora po 30 dneh zadržanosti od dela poslati zavarovanca na pregled k zdravniški komisiji, ki oceni njegovo nezmožnost za delo in določi dan ponovnega pregleda.

108. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takšnem primeru 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 hitrejši usposobitve za delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

109. člen

Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za delo, se mu ustavi nadomestilo osebne dohodka. Nadomestilo osebne dohodka se ustavi z odredbo, ki se vroči zavarovancu s poukom, da lahko zahteva v treh dneh, da se o ustavitvi nadomestila odloči z odločbo in poukom, da se mu bo začelo nadomestilo zopet izplačevati, ko bo to zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja. Če se zavarovancu ne izda takšna odredba, se mora o ustavitvi odločiti z odločbo po opravljenem upravnem postopku.

110. 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.

Ce zdravniška komisija zavrne ugovor, je zavarovanec upravičen do nadomestila osebne 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.

111. člen

Zavarovanec, ki mu je pristojni zdravnik ali komisija odredila bolezenski dopust, uveljavlja pravico do nadomestila osebne dohodka pri skupnosti za čas, ko gre nadomestilo v njeno breme.

Nadomestilo osebne dohodka se uveljavi z izvidom pristojnega zdravnika ali z mnenjem pristojne komisije.

112. člen

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

113. člen

Pravica do pogrebne in posmrtnine se uveljavlja s potrdilom o smrti zavarovane osebe. Skupnost lahko zahteva tudi izkazilo, da teh dajatev ni uveljavila druga oseba.

114. člen

Nadomestilo osebne dohodka dospe v izplačilo z dnem, s katerim dospe v izplačilo osebni dohodek oziroma dospe v plačilo prispevek in mora biti izplačano v 8 dneh od tega dne. Če zavarovanec ob začetku bolezenskega dopusta ni zaposlen, zapade nadomestilo osebne 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.

115. 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.

116. 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 pomoč, nastalo po odhodu v tujino skupnost sme zahtevati tudi mnenje zdravniške komisije o nujnosti zdravljenja v tujini.

Sedmi del ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

117. 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.

118. člen

Splošni akti skupščine skupnosti so: statuti, pravilniki, sklepi in programi.

Statut, pravilniki, sklepi in programi začnejo veljati osem dni po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno drugače določeno.

Splošni akti skupščine skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

119. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Kopru, Telovadniški trg 1.

120. člen

Skupnost ima svojo štampiljko okrogle in pravokotne oblike. Štampiljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev v Kopru. Sedež je navaden v sredini. Štampiljka pravokotne oblike ima isti napis kot štampiljka okrogle oblike.

Za poslovanje v zadevah na območju skupščine občine Izola, Koper in Piran uporablja skupnost štampiljko, ki ima poleg besedila v slovenščini tudi enako besedilo v italijanščini.

Skupnost zagotavlja dvojezično poslovanje na narodnostno-mešanem območju v skladu z ustreznimi določbami statuten skupščine občin Izola, Koper in Piran.

2. Organi skupnosti

121. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje ugovorov zavarovancev o njihovih pravicah ima skupščina komisijo za reševanje ugovorov zavarovancev.

Komisija za reševanje ugovorov zavarovancev ima 5 članov in potrebno število namestnikov. Mandat članov komisije traja dve leti.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje tudi stalne ali občasne komisije, katerim določi tudi delokrog. Stalne ali občasne komisije imajo 3—5 članov in potrebno število namestnikov.

Za predsednika komisije in njegovega namestnika je lahko imenovan le član skupščine z izjemo zdravniške komisije in komisije zdravniških izvedencev.

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

a) Skupščina skupnosti

122. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

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

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

3. sklepa z zavodom za socialno zavarovanje dogovor o razmerju med skupnostjo in zavodom;

4. zagotavlja sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov;

5. sprejema finančni načrt in zaključni račun skladov skupnosti;

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

7. obravnava letno poročilo zavoda o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti;

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

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

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

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

12. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in po tem statutu, če ni izrecno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti oziroma skupščine ali zavod za socialno zavarovanje.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti svoj izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o posameznih nalogah.

123. člen

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

124. člen

Skupščino skupnosti sestavljajo člani, ki jih izvolijo:

1. delavski sveti v gospodarskih organizacijah in sveti delovnih skupnosti v zavodih oziroma ustrezni organi v delovnih skupnostih v drugih organizacijah;

2. organi občinskih sindikalnih svetov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih;

3. organi poklicnih organizacij zavarovancev;

4. organi društev upokojujencev.

Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah organov skupnosti, ki določa: ključ, na koliko zavarovancev se voli en član skupščine, volilne enote, kandidiranje, volitve, ponovne in nadomestne volitve, sestavo in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost ugovora zoper nepravilnosti, roke in druge zadeve v zvezi z volitvami.

125. člen

Skupščina skupnosti 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.

126. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja štiri leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

127. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo svojstva zavarovanca v volilni enoti, v kateri je bil izvoljen;
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 tako odpoved sprejme;
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat članu skupščine več kot eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 60 dni po prenehanju mandata.

128. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat z odpoklicem:

1. če s svojim delom krši statut in druge splošne akte skupnosti;
 2. če neopravičeno odkloni izvrševanje sklepov samoupravnih organov ali ravna proti njim;
 3. če neopravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine skupnosti ali njenih organov.
- O odpoklicu odločajo zavarovanci oziroma njihovi predstavniki, ki so člana skupščine izvolili.

b) Izvršilni odbor in komisije

129. člen

Izvršilni odbor ima 11 članov. Voli ga skupščina iz svoje srede.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

130. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;
3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, katere sprejema skupščina;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;
7. obravnava načrt in program za delo službe z vodo in daje pripombe nanj;
8. skrbi za sklicevanje sej skupščine skupnosti ter za sklicevanje in delo njenih komisij;
9. imenuje volilno komisijo za volitve članov skupščine;

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

131. člen

Komisija za reševanje ugovorov:

1. rešuje ugovore zavarovanih oseb zoper odločbo o pravicah zavarovanih oseb, ki so izdane na prvi stopnji;
2. obravnava splošne pripombe in pritožbe zavarovancev, skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.

c) Sveti zavarovancev

132. člen

Sveti zavarovancev se izvolijo za območje občine. Glede na število zavarovancev imajo sveti zavarovancev od 11 do 19 članov.

Število članov svetov zavarovancev v posamezni občini in način volitev določa pravilnik o volitvah organov skupnosti.

Mandat članov svetov traja 4 leta.

133. člen

Sveti zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

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

Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

134. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev lahko skupščina dobi:

1. na posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah;
2. na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah;
3. na posvetovanjih s sveti zavarovancev;
4. z dostavo osnutka akta delovnim organizacijam;
5. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
6. z anketiranjem zavarovancev.

135. člen

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

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o razdružitvi skupnosti.

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

136. člen

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

Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev.

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

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

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

137. člen

Skupnost sodeluje po svojih organih z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami zlasti pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove.

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

138. člen

Skupnost sodeluje z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja in se dogovarja o združevanju sredstev za izvajanje skupnih ukrepov in akcij, ki so širšega skupnega pomena na področju zdravstvenega zavarovanja.

Skupnost je lahko 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.

139. člen

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

Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pisni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posameznih soudeležencev in drugih vprašanjih, ki so pomembna za to sodelovanje.

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

140. člen

Pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja sodeluje skupnost z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji, s katerimi sklepa pogodbo.

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

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev, cehe zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotavljenega zdravstvenega varstva.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešuje na način in v postopku, kot ga določa zakon in sklenjena pogodba.

141. člen

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

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

142. člen

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

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

Sporazum se sklepa najmanj za eno leto; veljavnost sporazuma in njegovo prenehanje pa se ureja s sporazumom.

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

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

Osmi del

FINANCIIRANJE

143. člen

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

144. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti.

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

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

145. člen

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

Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno dejavnost, določi osnovo za prispevek skupščina skupnosti, lahko pa se določi osnova tudi s pogodbo, s katero so bile osebe določene samostojne dejavnosti vključene v to skupnost. Skupščina skupnosti določi, ali se del prispevka za te zavarovance določa tudi na družinskega člana zavarovanca.

146. člen

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

Kadar je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi subjektivnih povzročiteljev povečana, skupnost določi višjo tarifo za takšno delovno organizacijo oziroma za zasebnega delodajalca.

Steje se, da je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo povečana zaradi subjektivnih povzročiteljev, če je bila v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu v zadnjem koledarskem letu nadpoprečna odsotnost z dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi obolenja za poklicno boleznijo.

Kadar se nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov poveča, lahko skupnost določi višjo tarifo za takšno organizacijo oziroma posebnega delodajalca. Višja tarifa za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za posamezno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca ne more biti za več kot 50 % višja od redne tarife.

147. člen

Organi za nadzorstvo nad izvajanjem splošnih predpisov o varstvu pri delu so dolžni dati na podlagi svojih ugotovitev ali na zaprosilo skupnosti dokumentacijo o tem, ali se v kakšni organizaciji oziroma pri zasebnem delodajalcu v zadostnem obsegu izvajajo predpisani ukrepi za varstvo pri delu.

148. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev, občinske skupščine, občinski sindikalni svet, gospodarske in zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje po načelih družbenega dogovarjanja. Osnova za tak družbeni dogovor v skupnosti bo vsakoletni republiški dogovor o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva v smislu 10. člena zakona o zdravstvu.

Postopek za družbeno dogovarjanje po prejšnjem odstavku začne izvršilni odbor skupščine tako, da pripravi pismen predlog o temeljnih izhodiščih za določitev višine oziroma stopnje prispevkov, pri čemer mora upoštevati kot izhodišča zlasti gibanje mase osebnih dohodkov, povečanje izdatkov za posamezne namene, zlasti pa zdravstveno varstvo glede na dogovorjene programe in načrte zdravstvenih delovnih organizacij o uresničevanju in pospeševanju tega varstva, stopnjo funkcionalne amortizacije, višino skladov, raven osebnih dohodkov v zdravstvenih in delovnih organizacijah, stanje rezerv skupnosti in podobno.

Tak pismen predlog da v razpravo vsem navedenim v prvem odstavku.

149. člen

Osnova za obračunavanje prispevka pri zavarovancih, ki prejemajo osebni dohodek iz delovnega razmerja, je njihov kosmati osebni dohodek.

Za upokoјence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je osnova za obračuna-

vanje prispevka pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

Za zavarovance — člane predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacij, zborskih, združenih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic, je osnova stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za delo. Za člane obrtnih in ribiških zadrug je osnova delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

Zavodi za zaposlovanje plačujejo prispevek za vse pri njih prijavljene osebe po poprečnem osebnem dohodku, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

150. člen

Za zavarovance, tuje državljane, ki so na območju skupnosti v svojstvu in okoliščinah, na podlagi katerih so zavarovani tudi jugoslovanski državljani, na delu po posebni pogodbi o izmenjavi strokovnjakov ali po mednarodnem sporazumu, v službi pri mednarodni organizaciji ali ustanovi, ali na šolanju, je osnova za obračunavanje prispevka bruto osebni dohodek, oziroma drugi osebni prejemki takšnega zavarovanca.

151. člen

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

152. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje se določi posebej:

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

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

153. člen

Prispevek za zavarovanje za nesrečo pri delu za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev:

1. delovne organizacije in druge organizacije, državni organi (nadalje: organizacije) in zasebni delodajalci za zavarovanje za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno pogodbo;
2. šole za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne pogodbe, in učence drugih šol, ki so zavarovani, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom;
3. zavod za zaposlovanje za osebe, na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod;
4. organizator predvojaške vzgoje, javnih del in mladinskih delovnih akcij oziroma drugih javnih akcij za osebe, ki so na takšni vzgoji ali delih;
5. ostali zavezanci, ki jih določajo predpisi.

154. člen

Skupnosti in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odva-

jajo prispevke skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri službi družbenega knjigovodstva.

Ostali zavezanec za plačilo plačujejo prispevek skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri banki ali neposredno na blagajni skupnosti.

155. člen

Prispevek zapade v plačilo:

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

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

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

156. člen

Zavezanec prispevka, ki ne obračuna in ne vplača prispevkov ali jih ne vplača pravočasno, mora poleg prispevkov plačati še kazenske obresti 0,1 % na dan od zneska nevplačanih ali nepravočasno vplačanih prispevkov.

Za zavezanca prispevka po prejšnjem odstavku tega člena se smatra skupnost, delovna ali druga organizacija in zasebni delodajalci, ki so dolžni obračunavati ter odvajati prispevke za svoje delavce, ter zavarovanci, ki so sami dolžni plačevati prispevke iz svojih sredstev.

157. člen

Zavezancu prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov, ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Če 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 ugovarjal pravočasno, postane izvršljiv.

158. člen

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

Če prispevkov z obrestmi ni mogoče izterjati na način iz prvega odstavka tega člena ali jih zavezanec ne plača sam, jih mora na zahtevo skupnosti izterjati upravni organ občinske skupnosti, ki je pristojen za finance, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov, oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

159. člen

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

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

160. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja na enotni žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva; pri zavodu za socialno zavarovanje v Kopru pa se vodijo na posebnem obračunu kot:

1. dohodki za zagotavljanje pravic iz nesreče pri delu in poklicnih boleznih;

2. dohodki za zagotavljanje pravic iz predpisanih obveznih oblik zdravstvenega varstva;

3. dohodki za zagotavljanje pravic iz po tem statutu določenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

4. dohodki za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja za nekatere kategorije zavarovanih oseb, ali za zavarovance, katerim se prispevek predpiše v pavšalnem znesku.

161. člen

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

162. člen

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enome-sečni poprečni znesek planiranih izdatkov sklada v tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka mora skupnost zagotoviti v petih letih od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupnost s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

163. člen

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

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

164. 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.

165. člen

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

166. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva oseb, ki jim je z zakonom zagotovljeno zdravstveno varstvo, čeprav niso zavarovane osebe, in pa del stroškov za izvajanje službe.

166 a člen

Na podlagi sporazuma med skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana, Maribor, Kranj

in Koper se ustanovi sklad za zdravstveno varstvo študentov pri Skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Ljubljani.

V ta sklad prispeva tukajšnja skupnost za vsakega študenta, ki bi imel v skupnosti pravico do zdravstvenega varstva kot družinski član, poprečne stroške, ki odpadejo letno na zavarovano osebo v skupnosti. Skupnost prispeva mesečno skladu 1/12 tako izračunanega zneska upošteva poprečne stroške preteklega leta, dokončno pa obračuna na koncu leta.

167. člen

Višino oziroma stopnjo prispevkov določa skupščina skupnosti tako, da sredstva, ki se z njimi dosega, krijejo obveznosti iz zavarovanih pravic in zagotovi ustvarjanje rezerv, pozavarovanje večjih rizikov oziroma težjih nevarnosti, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanj in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe ter tako, da zagotavljajo realizacijo sprejetih programov zdravstvenega varstva.

168. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:

- nesrečo pri delu in poklicno bolezen,
- predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva,
- po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,
- ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere, ki se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb, ali v pavšalnem znesku;

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.

169. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki za pri skupnosti zavarovane osebe:

1. za zdravstveno varstvo, za:

- nesreče pri delu in poklicno bolezen,
- obvezne oblike zdravstvenega varstva,
- po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva,
- ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere zdravstvenega varstva,
- zdravstveno varstvo po mednarodnih sporazumih;

2. za denarna nadomestila in druge denarne dajatve, ki jih predvideva zakon in ta statut;

3. za obveznosti iz 78. člena zakona (zdravstveno varstvo rednih študentov);

4. za ostale obveznosti in izdatke skupnosti, za:

- pozavarovanja,
- stroške službe zavoda,
- študijska in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja,
- stroške denarnega in plačilnega prometa,
- pošne stroške,
- obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja,

- stroške samouprave,
- obresti in provizije,
- ostale izdatke (komisije itd.).

170. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto takrat, ko določi prispevke, se predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti,
- obvezna rezerva,
- čisti dohodki skupnosti,
- skupni izdatki skupnosti.

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina 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 izloči v rezervni sklad skupnosti.

Presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki se krije iz rezervnega sklada skupnosti in pri tem ravna po 163. členu tega statuta.

171. člen

Organizacije morajo dajati skupnostim in njihovim organom podatke, ki so potrebni za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja in v ta namen omogočiti tudi pregled poslovnih knjig in evidenc.

Skupnost pregleduje knjige in evidence pri delovnih organizacijah in osebah, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, da lahko usklajuje pravilnost obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje ter uveljavljanje pravic zavarovancev.

172. člen

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno evidentiranje svojih dohodkov in izdatkov ter način vodenja poslovnih knjig (knjigovodstvo).

Pri tem lahko predpiše, za katere oblike zdravstvenega varstva in za katere kategorije oseb se poleg že z zakonom predpisanih ločenih obračunov, vodijo dohodki in obračunsko ločeno.

Deveti del

IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

173. 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 Koper (v nadaljnjem besedilu: zavod).

Prvostopne odločbe podpisujejo pooblašeni delavci zavoda.

174. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom.

S tem sporazumom 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,
5. druga medsebojna razmerja.

175. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 174. člena tega statuta je neposredno in osebno odgovoren skupščinski skupnosti direktor zavoda.

Deseti del

PREHODNE DOLOČBE

176. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami na svojem območju, da iste pooblastijo občinsko skupščino na sedežu skupnosti, da v njihovem imenu opravlja vse naloge in ima vse pravice, ki jih nalagajo in dajejo zakon in ta statut občinskimi skupščinam.

Dogovor po prejšnjem odstavku lahko sklene skupščina skupnosti tudi le z nekaterimi občinskimi skupščinami in le glede nekaterih nalog oziroma pravic. V tem primeru se morajo naloge in pravice v dogovoru natančno določiti.

177. člen

Do konstituiranja vseh organov skupnosti se glede pravic in dolžnosti zavarovanih oseb in skupnosti kot pravice osebe uporabljajo neposredno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, zlasti njegov enajsti del (Prehodne in končne določbe).

178. člen

Zavarovančevi otroci, ki so končali šolanje pred uveljavitvijo tega statuta, se zavarujejo kot družinski člani v smislu zadnjega odstavka 22. člena statuta, če se do 28. februarja 1971 prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

179. člen

Skupščina skupnosti pooblašča izvršilni odbor skupščine, da v njenem imenu tolmači določbe tega statuta.

180. člen

Za spremembe in dopolnitve tega statuta velja postopek, ki je v tem statutu (134. člen) določen za njegov sprejem.

181. člen

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

Št. 190-65/70-3

Koper, dne 26. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Koper**

**Predsednik
Alojz Stegu l. r.**

450.

Po 117., 126. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in v zvezi s 87. členom in s 1. točko 1. odstavka 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 26. novembra 1970

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja delavcev

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik ureja postopek, pogoje in način, kako uveljavljajo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper (v nadaljnjem besedilu: »skupnost«) zavarovane osebe svoje pravice do zdravstvenega varstva in zdravstvenega zavarovanja, ki so jim zagotovljene in določene v zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zakon«) ter v statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: »statut«).

2. člen

Pravico do zdravstvenega varstva in do zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti imajo osebe iz 13. do 24. člena statuta pod pogoji in na način, ki je določen s tem pravilnikom.

3. člen

Pravico do zdravstvenega varstva in do zdravstvenega zavarovanja uveljavljajo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in z listino o istovetnosti (osebna izkaznica, šolsko spričevalo, potrdilo o rojstvu), zavarovane osebe iz 1. in 2. točke 17. člena zakona pa še s potrdilom o plačnem prispevku.

Zavarovana oseba, ki išče zdravniško pomoč brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, plača sama stroške pregledov in zdravljenja, razen če gre za nujne primere zdravniške pomoči v smislu zakona o zdravstvu. Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba, lahko v okviru določil statuta in tega pravilnika zahteva pri zavodu povračilo stroškov.

4. člen

Zavarovane osebe imajo pravico uveljavljati zdravstveno varstvo samo v zavodih, ki se štejejo po veljavnih predpisih za zdravstvene zavode, in v drugih organizacijah, s katerimi ima skupnost sklenjene ustrezne pogodbe.

5. člen

Po določilih tega pravilnika uveljavijo zavarovane osebe:

a) osnovno zdravstveno varstvo v smislu 51. in 52. člena zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih v zdravstvenem domu, ki so ga izbrale skladno z veljavnimi predpisi, po določilih tega pravilnika (izbrani zdravnik);

b) ambulantno specialistično zdravstveno varstvo (specialistično zdravljenje in pomoč) v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih v tistih zdravstvenih zavodih, kamor jih je napotil izbrani zdravnik potem, ko je ugotovil, da je tako varstvo potrebno;

c) hospitalno zdravstveno varstvo (zdravljenje v bolnicah) v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih v tistih bolnicah, kamor jih je napotil izbrani zdravnik potem, ko je ugotovil, da je tako varstvo potrebno;

e) medicinsko rehabilitacijo kot nadaljevanje ali nadomestilo bolnišničnega zdravljenja v zavodih za rehabilitacijo ali zdraviliščih, v katera jih napoti z napotnico zdravniška komisija po predlogu zdravnika ali skupine zdravnikov, po pravilniku o indikacijah in/contraindikacijah za zdravljenje in v mejah pooblastil skupščine skupnosti;

d) pravico do zdravljenja, protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav po določenih statutu, tega pravilnika in posebnih pravilnikov skupščine, s katerimi podrobneje uredi realizacijo katere od teh pravic.

Zavarovane osebe pa se lahko neposredno obračajo na zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatre, okuliste zaradi predpisa očal, in na zdravnike v dispanzerjih in v enotah zdravstvenih zavodov, ki delujejo na dispanzerski način.

6. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določenih tega pravilnika odloča organ, ki po statutu odloča o pravicah zavarovanih oseb (v nadaljnjem besedilu: »organ«), ko je dobil mnenje zdravniške komisije.

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

V zadevah, ki niso urejene s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določila zakona in statuta.

7. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva po predpisih zdravstvenega zavarovanja so zavarovanim osebam zagotovljene vse njegove oblike po sodobnih zdravstvenih metodah in s sodobnimi sredstvi v okviru pogodbenih obveznosti z zdravstvenimi zavodi.

II. IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVNIKA

8. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva in statuta v smislu zakona in statuta v breme tukajšnje skupnosti veljajo tale osnovna načela:

a) zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev od kateregakoli zdravstvenega zavoda in zdravnika, ne glede na sedež zdravstvenega zavoda;

b) v vsakem primeru prevzema skupnost za zavarovano osebo opravljeno zdravstveno storitev največ toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je skupnost sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo njenim zavarovanim osebam;

c) zavarovane osebe si izbirajo zdravstveni zavod in zdravnika, na katerega se obračajo za zdravstveno varstvo;

e) na ta način izbrani zdravnik je posamezni zdravnik v smislu tega pravilnika, če ni glede tega z zakonitimi predpisi izrecno drugače določeno;

d) pri izbranem zdravniku uveljavijo zavarovane osebe osnovno zdravstveno varstvo, zlasti ambulantno in dispanzersko zdravstveno pomoč v ambulantah in dispanzerjih ter na bolnikovem domu, zdravstveno varstvo žena, dojenčkov, predšolskih otrok, ter šolske in druge mladine, zdravstveno varstvo delavcev pri delu in zobozdravstveno varstvo;

e) specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe praviloma pri specialistih ustrezne specialnosti, kamor jih je napotil izbrani zdravnik; pri tem imajo pravico izbirati zdravstveni zavod in zdravnika; zdravnik, ki napotnico izda, pa presoja potrebo po specialističnem zdravstvenem varstvu ter ustrezno specialnost specialista;

f) bolnišnično zdravljenje uveljavijo zavarovane osebe praviloma v tistih bolnicah, v katere jih je napotil izbrani zdravnik; pri tem imajo pravico izbirati zdravstveni zavod in zdravnika; zdravnik, ki izda napotnico, pa presoja potrebo po bolnišničnem zdravljenju ter ustrezno specialnost bolnice oziroma oddelka;

g) zavarovane osebe prispevajo pri tem, ko uveljavijo svoje pravice po določenih tega pravilnika, prispevek k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva, ki ga je predpisala za zavarovane osebe skupščina tiste skupnosti, na katere območju je zdravstveni zavod, v katerem je zavarovana oseba pravico uveljavila;

h) osebe, zavarovane pri tukajšnji skupnosti, ki stalno prebivajo izven njenega območja, uveljavijo vse oblike zdravstvenega varstva po določenih statuta in pravilnika, ki velja v skupnosti, kjer ima zavarovana oseba stalno prebivališče, razen za proteze, ortopedske in druge pripomočke ter za zobotehnično pomoč, za katere je itak potrebna predhodna odobritev.

9. člen

Izbrani zdravnik se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba praviloma brez opravičenih razlogov v koledarskem letu ne more menjati.

Če zavarovana oseba ni zadovoljna s načinom zdravljenja pri izbranem zdravniku ali z njegovim odnosom do bolnika, ali nastopijo drugi razlogi (npr., da se preseli v drug kraj ali da se zavarovanec zaposli drugje), ki onemogočajo zavarovani osebi nadaljnje zdravljenje pri njem, ga lahko zamenja ter si v okviru določil tega pravilnika izbere drugega.

Tak zahtevek stavi zavarovana oseba pri predstojniku zdravstvenega zavoda, ki zadevo uredi. V spornem primeru jo predloži skupno s pismenim mnenjem izbranega zdravnika in s svojim mnenjem zdravniški komisiji, da izda dokončno mnenje.

Določila tega člena se smiselno uporabljajo tudi za zdravnike specialiste in zdravnike v bolnišnicah in za drugo zdravstveno osebje.

III. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V AMBULANTNO POLIKLINIČNI SLUŽBI

10. člen

V celoti v breme skupnosti uveljavljajo zavarovane osebe osnovno zdravstveno varstvo v zdravstvenem zavodu in na bolnikovem domu, zdravstveno varstvo žena, dojenčkov, predšolskih otrok ter šolske in druge mladine, zdravstveno varstvo delavcev pri delu in zobozdravstveno varstvo v enotah zdravstve-

nega doma, ki po svojih nalogah lahko dajo ustrezno zdravstveno pomoč, pri izbranem zdravniku, ki dela v javni zdravstveni službi.

11. člen

Izbrani zdravnik opravlja osnovno zdravstveno varstvo ter zdravljenje v obsegu in na način, ki je predviden v zakonu, v statutu, v pravilniku, v zakonitih predpisih o zdravstveni službi in zdravstvenem varstvu ter o statutu oziroma pravilnikih zdravstvenega zavoda, v katerem izbrani zdravnik dela.

Izbrani zdravnik pa mora napotiti zavarovano osebo k drugemu zdravniku, oz. v drug zdravstveni zavod, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

12. člen

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

1. v primeru nujnosti,

2. kadar ni sposobna sama priti v zdravstveni zavod.

Zdravniški obisk na domu naroči zavarovana oseba pri pristojni dežurni službi oziroma pri zdravniku najbližjega zdravstvenega zavoda, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben.

13. člen

Na pobudo posameznega ali konziliarnega zdravnika se izvaja glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe zdravljenje na domu. Pri tem je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primerenost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarnem zdravstvenem zavodu pa ni nujno, oziroma ni na voljo potrebnega prostora.

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

Strokovno nego zagotavlja patronažna služba oziroma delovna enota za nego bolnika na domu zdravstvenega zavoda, ki je pristojen po prebivališču zavarovane osebe.

14. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe bodisi v specialističnih ambulantah bolnišnic bodisi v specialističnih ambulantah drugih zdravstvenih zavodov in to tako, da jih tja napoti izbrani zdravnik po načelih tega pravilnika.

Potni stroški gredo zavarovani osebi le do specialista, kateremu je bila napotena, razliko pa trpi sama.

15. člen

Za uveljavljeno specialistično zdravstveno varstvo prevzema skupnost toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo.

V primerih specialističnega zdravstvenega varstva, ki ne zahteva klinične obdelave, kar ugotovi zdravnik na nanotnici, pa je bilo uveljavljeno po načelu proste izbire zdravstvenega zavoda in zdravnika, na prevzema skupnost in plača le toliko stroškov, kot bi jih

plačala, če bi bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno v zdravstvenem zavodu, s katerim je sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo.

16. člen

Uveljavljeno specialistično zdravstveno varstvo plača skupnost v celoti in neposredno zdravstvenemu zavodu, ki je storitev opravil. V primerih iz 2. odstavka 15. člena se izterja razlika v stroških neposredno od zavarovane osebe.

17. člen

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

18. člen

Nego in zdravljenje zobnih in ustnih bolezni ter preprečevanje teh bolezni uveljavljajo zavarovane osebe neposredno v najbližjih splošnih zobnih in šolskih zobnih ambulantah.

Pravico do zobnih protetičnih del po 32. členu statuta uveljavijo zavarovane osebe po določilih pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih in skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participacija) za zobno protetična dela.

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

Zavarovani osebi se lahko izdelajo zobna protetična dela iz plemenite kovine, če jo zdravstveni zavod ima na razpolago. V tem primeru plača sama razliko v ceni izdelka iz standardnega materiala in plemenite kovine.

V primeru, da prinese zavarovana oseba sama plemenito kovino, povrne zavod na predlog zobne ambulante, ki je izvršila zobotehnična dela, vrednost standardnega materiala po ceni, kot jo plačuje zdravstvenemu zavodu v času izvršenih del. Povračilo se opravi po dejanski teži izdelka s pribitkom 10 % kala, vendar skupno največ do 1.80 g paladorja za izdelano prevleko ali člen v mostu oziroma protezi.

Zaradi kontrole pravilne izdelave zobotehničnih del in zaradi ugotovitve materiala, iz katerega so izdelana zobna protetična sredstva, se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji, ki presoja tudi pogoje oziroma pravico zavarovane osebe do zobotehničnih del.

19. 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 predviden z ustreznimi predpisi.

Izbrani zdravnik, ki pošilja zavarovano osebo z nanotnico drugemu zdravniku, mora napotnici priložiti ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki jo ima zbrano in ki je za zaproseni pregled potrebna.

Zaproseni zdravnik (specialist-konziliar) mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil, na prošnjo izbranega zdravnika ali na pobudo zavarovane osebe obvestiti zdravnika, ki je zavarovano

osebo na pregled napotil, o izvidih in o načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu poslati dokumentacijo.

Ce zavarovana oseba izbere drugega zdravnika, mora prejšnji poslati na zahtevo novo izbranega vso potrebno dokumentacijo za zavarovano osebo.

IV. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V STACIONARNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

20. člen

Hospitalno zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe v splošnih bolnišnicah, specialnih bolnišnicah in klinični ustanovi (bolnišnici).

Zavarovane osebe uveljavijo pravico do hospitalnega zdravstvenega varstva praviloma v tisti bolnišnici, v katero jih je napotil izbrani zdravnik.

Potni stroški gredo zavarovani osebi le do bolnišnice, v katero je bila napotena, razliko pa trpi sama.

21. člen

Za uveljavljeno hospitalno zdravstveno varstvo prevzema skupnost toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bilo zdravljenje opravljeno v bolnišnici, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

V primerih bolnišničnega zdravljenja, ki ne zahteva klinične obdelave, kar ugotovi zdravnik na napotnici, pa je bilo uveljavljeno po načelu proste izbire zdravstvenega zavoda in zdravnika v kliničnih ustanovah, pa prevzema in plača skupnost le toliko stroškov, kot bi jih plačala, če bi bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno v bolnišnici, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

22. člen

Uveljavljeno hospitalno zdravstveno varstvo plača skupnost v celoti in neposredno bolnišnici, ki je zdravljenje nudila.

V primerih iz drugega odstavka 21. člena se izterja razlika v stroških neposredno od zavarovane osebe.

V. UVELJAVLJANJE POEDINIŠKE OBLIKE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

23. člen

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

Pri odločanju po prejšnjem odstavku upošteva komisija:

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

To obliko zdravstvenega varstva je možno uveljaviti le v tistih zdravstvenih zavodih, ki so organizirani kot zavodi za rehabilitacijo, oziroma naravna zdravilišča, po predpisih o organizaciji zdravstvene dejavnosti (zakon o zdravstvu).

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

24. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu zakona in statuta uveljavijo zavarovane osebe po določilih tega pravilnika pri izbranem zdravniku v ustreznih dispanzerjih in enotah zdravstvenih zavodov, ki delajo na dispanzerski način.

25. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti, bodisi po zveznih bodisi po republiških bodisi po občinskih predpisih in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvideva zakon in statut, ne gredo v breme skupnosti, čeprav gre za osebe, ki sicer uživajo zdravstveno varstvo po statutu.

26. člen

K stroškom za neobvezna cepljenja prispeva vsaka zavarovana oseba ali njena delovna organizacija polovico njihove cene, ki jo plača zavarovana oseba ali njena delovna organizacija neposredno zdravstveni delovni organizaciji, v kateri je bila cepljena.

Druge polovica stroškov za neobvezna cepljenja gre v breme skupnosti.

27. člen

Pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav uveljavijo zavarovane osebe po določilih:

— pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;

— pravilnika o indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov za omogočanje glasnega govora;

— pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov,

ter skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) zavarovanih oseb pri stroških za nekatere oblike zdravstvenega varstva.

S potrdilom o potrebi pripomočka, sredstva ali priprave si zavarovana oseba preskrbi pri zavodu odobritev za nakup ali popravilo pripomočka.

Zavarovana oseba je dolžna pripomoček, sredstvo ali pripravo skrbno in pazljivo uporabljati. Če pride do njihove neuporabnosti po krivdi zavarovane osebe še pred iztekom trajnostne dobe, nima zavarovana oseba pravice do popravila ali do nabave novega pripomočka.

Sporne primere rešuje zavod z izdajo odločbe skupnosti na podlagi predhodnega izvida in mnenja zdravniške komisije.

28. člen

Pravico do zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, uveljavijo zavarovane osebe po določilih enotnega pravilnika o načinu predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, ter skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) za zdravila, pomožni in sanitetni material.

Kadar nabavi zavarovana oseba registrirano zdravilo v tujini, ki začasno ni v prodaji, sme zahtevati povračilo stroškov v višini, kolikor bi stalo v lekarni na območju skupnosti.

Skupnost praviloma ne povrne stroškov za neregistrirana zdravila. V spornih primerih odloči zavod na podlagi izvida in mnenja zdravniške komisije.

29. člen

Vsak pripomoček, sredstvo ali pripravo, ki jo zavarovana oseba dobi po določilih tega poglavja na stroške skupnosti, mora ob prevzemu preiskusiti in najkasneje v 30 dneh po prevzemu, oziroma po izteku roka za privajanje, če je ta predpisan, njegove pomanjkljivosti reklamirati pri izdelovalcu in zavodu za socialno zavarovanje oziroma njegovi izpostavi. Če zavarovana oseba tega ne napravi, izgubi pravico do novega pripomočka pred potekom za tisti pripomoček predpisanega roka trajanja.

30. člen

Zavarovana oseba, ki ugotavlja svoje zdravstveno stanje v zvezi z odhodom v tujino, mora sama plačati stroške, ki s tem nastanejo.

31. člen

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

32. člen

Pri uveljavljanju vseh drugih pravic do zdravstvenega varstva, ki je zavarovanim osebam zagotovljeno in našeto v zakonu in statutu, se neposredno uporabljajo določila zakona in statuta in na tej osnovi izdanih predpisov.

VI. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IZVEN OBMOČJA SKUPNOSTI

33. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki ima svoje stalno bivališče izven območja te skupnosti, lahko uveljavlja zdravstveno varstvo na račun tukajšnje skupnosti v obsegu in na način, ki ga predvideva ustreznih pravilnik skupnosti zdravstvenega zavarovanja v kraju njenega stalnega prebivališča.

34. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki samo začasno prebiva izven njenega območja (službena potovanja, zasebna potovanja, dopusti in slično), lahko uveljavi pri katerikoli zunanji zdravstveni delovni organizaciji v celoti v breme skupnosti nuino medicinsko pomoč. Obseg in način te pomoči določi zdravstvena delovna organizacija, ki jo je dala v mejah določil zakona o zdravstvu.

Glede uveljavljanja zdravstvenega varstva in pomoči v drugih primerih, na veljajo določila II., III. in IV. poglavja tega pravilnika.

35. člen

V primerih, ko gredo po določilih tega pravilnika stroški za zdravstveno varstvo v celoti v breme skupnosti, jih plača zavod direktno zdravstvenemu zavodu, ki je zdravstveno varstvo nudil.

V primerih, ko gredo po določilih tega pravilnika stroški za zdravstveno varstvo v breme skupnosti, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstvenemu zavodu, ki ji je pomoč nudil, povrne skupnost zavarovani osebi toliko stroškov, kolikor bi jih

skupnost plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstvenem zavodu, s katerim je sklenila pogodbo, da bo daljal zdravstveno varstvo in to na način, ki je predviden v X. poglavju tega pravilnika.

36. člen

Zavarovana oseba, ki ji je dovoljena zadržanost od dela, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takšnem primeru mora poskrbeti za zdravljenje zavarovane osebe v kraju njenega 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 zavarovani osebi povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovane osebe, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovane osebe v kraju novega bivališča.

VII. OCENJEVANJE ZADRŽANOSTI OD DELA

37. člen

Zdravstveno stanje in primere začasne zadržanosti od dela, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost s pogodbo z zdravstvenim zavodom.

Delavci, zaposleni pri delovnih organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante, ali pa so sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstvenim zavodom ali zdravnikom, uveljavijo pravice po prejšnjem odstavku praviloma pri teh ambulantah oz. zdravnikih.

V dispanzerjih za žene v kraju bivališča zavarovanke-delavke ugotavljajo začasno zadržanost od dela tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. V protituberkuloznih dispanzerjih ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti ftiziologi.

38. člen

Začasno zadržanost od dela zaradi negovanja otroka, obbolelega družinskega člana ali žene na porodu, odredi zavarovani osebi ob pogojih, ki jih določata zakon in statut, zdravnik, ki je pristojen, odredi zavarovancu zadržanost od dela.

Pri tem mora upoštevati vse možnosti za nego v zavarovančevi družini zlasti, če ni v družini drugih članov, vse pa mora potrditi zavarovanec s pisмено izjavo.

39. člen

V postopku za ocenjevanje zavarovančeve zadržanosti od dela sodelujeta tudi zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev v primerih, ki jih določata zakon in statut.

40. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju skupnosti ali spremeniti poklic, se presoja po določilih 85. člena statuta.

VIII. POVRAČILA POTNIH STROŠKOV

41. člen

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

1. povračilo prevoznih stroškov,

2. povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnevni- nica).

42. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstvena delovna organizacija, po- samezni zdravnik, zdravniška komisija ali pristojni organ skupnosti napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve ozi- roma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k naj- bližjemu zdravniku ali v najbližjo zdravstveno delov- no organizacijo v kakšnem drugem kraju pa zdrav- niški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

3. kadar pa zavarovana oseba uveljavlja osnovno zdravstveno varstvo v smislu a) točke, prvega od- stavka 5. člena tega pravilnika izven kraja svoje za- poslitve ali svojega prebivališča, nima pravice do po- vračila potnih stroškov.

43. člen

V primerih, ko zavarovana oseba uveljavlja zdrav- stveno varstvo v drugem zdravstvenem zavodu ali pri drugem zdravniku, ne pa pri tistem, kamor je bila napotena, ji gredo potni stroški le do zdravnika, ka- mor je bila napotena, razliko trpi sama.

Enako pravico imajo zavarovane osebe tudi, kadar jih zdravstveni zavod, kjer so uveljavile zdravstveno varstvo, naroči na kontrolne ali ponovne preglede.

44. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določilih tega pravilnika, ji gre pravilo- ma povračilo prevoznih stroškov za potovanje z naj- hitrejšim in najcenejšim prevoznim sredstvom (avto- bus, vlak).

Izjemoma lahko zdravstveni zavod, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali skupnost odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdrav- stveno stanje zavarovane osebe utemeljeno.

V primerih iz prejšnjega odstavka gredo zavarov- ani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno v napotnici oziroma potnem nalogu.

45. člen

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

Zahtevek za povračilo dnevnice mora zavarovana oseba dokumentirati tako, da zdravstveni zavod potrdi na potnem nalogu zamudo časa, povračilo pa se od- redi, uoštevaajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

46. člen

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

Sondeležba zavarovane osebe (participacija) na stroških za prevoze z rešilnimi avtomobili in primere,

ko gredo stroški v celoti v breme skupnosti, določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Način prevoza v smislu prvega odstavka tega čle- na presoja in odreja:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik,

2. iz bolnišnice — predstojnik ustreznega oddelka,

3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnišnico, pa tak pre- voz ni bil predhodno odrejen, lahko tak prevoz v bre- me skupnosti naknadno odobri predstojnik ustreznega oddelka.

Vendar pa ni mogoče odrediti prevoza z rešilnim avtomobilom v breme skupnosti na relaciji, ki je dalj- ša od 100 km, če tega predhodno ne oceni zdravniška komisija, v nujnih primerih pa posamezni zdravnik.

47. člen

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

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

Stroški se povrnejo zavarovani osebi oziroma last-niku prevoznega sredstva, ki je prevoz opravil, v oblji- ki kilometrine v višini, ki velja za kilometrino po vsakokrat veljavnem odloku skupščine občine Koper za uporabo osebnih avtomobilov.

IX. OSTALA POVRAČILA IN DAJATVE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

48. člen

Pogrebna se izplača ob predložitvi izpiska iz matične knjige umrlih in zdravstvene izkaznice umrle zavarovane osebe.

Osebi izven družinskega kroga umrle zavarovane osebe se prizna pogrebna, če s predložitvijo plačanih računov dokaže, da je oskrbela pogreb.

Pogrebna zapade v izplačilo z dnem smrti za- varovane osebe.

49. člen

Posmrtnina se izplača, če je v družini umrlega zavarovanca ostal vsaj en družinski član, ki je ob smrti umrlega imel pravico do zdravstvenega zavarov- vanja po njem.

Zahtevek za izplačilo posmrtnine uveljavlja dru- žina umrlega istočasno z zahtevkom za izplačilo po- grebnine.

Posmrtnina zapade v izplačilo z dnem smrti za- varovanca.

X. ZAKLJUČNE DOLOČBE

50. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so pred- videne s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme skup- nosti, plača stroške skupnosti zdravstvenemu zavodu, v katerem je bila storitev opravljena.

51. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstvenemu zavodu zdravstveno varstvo, ki bi ji po določilih tega pravilnika sicer šlo, ima pravico do povračila.

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

52. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavljajo vse pravice do povračil, ki jim grede po tem pravilniku, potem, ko so zdravstveno storitev plačale, oziroma, ko so utrpel kakršnikoli izdatek v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo le pred iztekom zastaralne dobe.

53. člen

Zdravstvena komisija je pooblaščenca da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki nastanejo v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

54. člen

Ta pravilnik začne veljati osem dni po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

St. 02-16/1970-3

Koper, dne 26. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Koper**

**Predsednik
Alojz Stegu l. r.**

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
CELJE**

451.

Na podlagi 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 25. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov

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

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili kmetje iz območja občine Brežice, Celje, Laško, Mozirje, Sevnica, Slovenske Konjice, Sentjur, Smarje pri Jelšah, Zalec, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodb in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalnih skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje s sklepom o ustanovitvi skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje (Uradni list SRS, št. 33/70).

2. člen

V skupnosti, so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V tej skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo in sicer:

1. preužitkarjem in njihovim zakoncem, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

2. uživalcem stalnih preživalin, ki jih sprejemajo od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij in njihovim ožjim družinskim članom;

3. članom družinske in gospodinjstve skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. ali 17. členu zakona, ki se na zavarovancevem zemljišču ukvarjajo 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 zakona.

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 skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih 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 osebam in osebam iz 3. člena tega statuta 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 smotne 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, drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti in poškodb in izboljševanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in delovnimi ter drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotne in uspešne uporabe 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.

12. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti na območju republike, se ta skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali skupnost, se ne morejo zmanjšati ali omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon oziroma statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

14. 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. O določilih pogodbe 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 in na njegovi podlagi izdani splošni akt skupnosti.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam upravičenim do zdravstvenega varstva zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah zakona in tega statuta.

15. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot to določa zakon in ta statut. Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

16. člen

Skupnost izdaja splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

Zaradi zagotovitve najbolj smotne 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;
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta;
- predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut;
- sodelovati v svojem zboru zavarovancev;
- sodelovati v razpravah in izjavah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut;
- postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

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

17. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena tega statuta 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.

18. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata zakon in statut.

Drugi del

1. Zavarovanci

19. člen

Za kmete-zavarovance se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic, če niso zdravstveno zavarovane na drugi podlagi in člani njihovega gospodinjstva, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

20. 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 iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti 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 razmerju,

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti.

21. člen

Če opravljajo osebe iz prejšnjega člena tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje le, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

2. Zavarovani gospodinjstvi člani

22. člen

Kot član gospodinjstev zavarovancev (nosilcev zavarovanja) so zavarovani:

1. ožji družinski člani — zakonci in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in, ki jih je zavarovanec dolžan preživljati,

2. širši družinski člani — starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja,

3. ostali člani gospodinjstva zavarovanca — bratje in sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tisti in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke in bratje, sestre ter 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.

Če 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.

Če 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.

Zavarovani so tudi zavarovančevi otroci, bratje in sestre ter vnuki od 15. do 18. leta starosti, če se ne šolajo, če opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu, kot edini ali glavni poklic, ali če se v 60 dneh po končanem šolskem letu javijo pri posredovalnici za delo, se temu redno javljajo in podobne zaposlitve ne odklonijo neupravičeno.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okoliščine, ki so pogoj za njeno zavarovanje in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico te skupnosti.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za članke svojega gospodinjstva.

26. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnostih od dneva, ko začno 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 ZAVAROVANJA

29. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam, ali v celoti v breme skupnosti, ali pa morajo zavarovane osebe pri uveljavljanju posameznih oblik same prispevati del stroškov.

31. člen

Skupščina določi v skladu z zakonom, katere oblike zdravstvenega varstva grede v celoti v breme sklada in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

32. člen

Vsem pri tej skupnosti zavarovanim osebam grede v celoti v breme skupnosti te oblike zdravstvenega

varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih 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. 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.

Obseg in merila obveznega zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku določajo členi 33 do 40 zakona.

33. 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 in mladine — zavarovanih oseb iz 5. odstavka 22. člena tega statuta,

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnicah od 31. dne dalje,

4. kri, krvna plazma in krvni derivati.

34. 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 stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (splošnih in specialnih bolnišnicah), če to nujno zahteva zdravstveno stanje,

3. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje,

4. izdiranje zob.

35. člen

Skupščina skupnosti določi s svojimi splošnimi akti, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov.

36. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene v statutu zavarovanim osebam, ne gredo v breme skupnosti.

37. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirana v državi in se lahko dobijo samo na zdravniški recept.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala ter soudeležbo (participacija) zavarovanih oseb k stroškom za zdravila.

Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezní splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Skupščina skupnosti lahko določi sporazumno z vsemi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena v breme skupnosti.

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

38. 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 pravice, 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 proračuna SR Slovenije 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.

39. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe.

Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje, po izgubi lastnosti zavarovane osebe, do ozdravitve oziroma dokler se ne ugotovi invalidnost I. kategorije po predpisih o invalidskem zavarovanju.

40. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev od katere koli zdravstvene delovne organizacije oziroma zdravstvenega delavca, neglede na sedež zdravstvene delovne organizacije oziroma delavca.

Skupščina skupnosti določi s posebnim pravilnikom pod kakšnimi pogoji in na kakšen način uveljavijo zavarovane osebe svoje zdravstveno varstvo in zdravstvene storitve.

Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezní splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje.

V vsakem primeru pa prevzema skupnost za zavarovani osebi opravljeno zdravstveno storitev najmanj 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.

41. člen

Med bivanjem v tujini se zavarovani osebi — kolikor konvencija z dotično državo ne določa ugodnejših pogojev — odobri povračilo stroškov za nujno zdravstveno pomoč v prvih treh mesecih bivanja v tujini in za nujno zdravljenje v bolnici, ki se je začelo v tem roku. Zavarovani osebi se stroški povrnejo v mejah zakonitih predpisov.

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 takega zdravljenja v tujini.

V primerih iz prejšnjih odstavkov mora zavarovana oseba prispevati k stroškom enak znesek kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

S splošnim aktom pa lahko skupščina skupnosti določi podrobneje način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini.

42. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzroči s tem, da se neupravičeno ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda v zdravstvenem zavodu, v katerem se zdravi.

43. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. člena statuta.

Četrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

44. člen

Zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe v breme skupnosti s potrjeno zdravstveno izkaznico.

45. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki zapadli do konca preteklega leta.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

Obrazec izkaznice določi s sklepom skupščina po sporazumu z zavodom SRS za zdravstveno varstvo

46. 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 zdravstvenem zavarovanju; v istem roku mora prijaviti tudi zavarovanje svojih gospodinjstevskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spre-

membe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

47. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

48. člen

Če osebi, ki je bila prijavljena v zavarovanje, skupnost odreče lastnost zavarovane osebe, ji izda pisмено odločbo. Prijavitelj in oseba, ki se ji je odrekla ta lastnost, lahko ugovarjata zoper odločbo v 30 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine skupnosti za pritožbe. Po dokončni odločbi lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

49. 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 obravnavanja v zdravstvenem zavodu pri predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva za zavarovano osebo od zdravstvenega zavoda varstvo po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

50. člen

Osnovno zdravstveno varstvo v smislu 51. in 52. člena zakona o zdravstvu uveljavijo zavarovane osebe pri splošnih zdravstvenih v zdravstvenem domu.

Hospitalno in ambulantno specialistično zdravstveno varstvo v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu uveljavijo zavarovane osebe pri zdravstvenih v bolnišnici na podlagi napotila splošnega zdravnika, s katerim ta ugotovi, da je tako varstvo potrebno. Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na: zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatre, okuliste zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstvenih zavodih ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

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

51. člen

Če zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo mimo določb prejšnjega člena trpi skupnost stroške do višine stroškov, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih, ako potrdi pristojni zdravnik splošne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarnem zavodu potrebno.

52. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen, če zavarovana oseba to zahteva.

Odločbo o pravici zavarovane osebe izda pooblaščen organ po predpisih o splošnem upravnem postopku, če skupnost s posebnim pravilnikom ne predpiše posebnega postopka.

Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 30 dneh pritožbo na komisijo za reševanje pritožb zavarovancev.

Zoper dokončno odločbo komisije prizadeti lahko vloži tožbo pri občinskem sodišču v kraju svojega stalnega prebivališča.

53. člen

Kolikor v statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku. Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva po tem statutu.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

54. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov iz zdravstvenega zavarovanja kmetov in obveznih oblik zdravstvenega varstva kmetov, se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti oziroma organizacij, ki se določi za zdravstveno varstvo nekaterih kategorij zavarovanih oseb;
5. s prispevkom za osebe iz 3. člena tega statuta;
6. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

55. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka za zdravstveno zavarovanje in obvezne oblike zdravstvenega varstva iz 1. in 2. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupščina skupnosti. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovanevega gospodinjstva.

Stopnje oziroma višina prispevkov se določajo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

Obremenitev s prispevki in s sodelujočbo (participacijo) zavarovanih oseb pri posameznih oblikah zdravstvenega varstva ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvrčala od uporabe zdravstvenega varstva.

56. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin;
2. osebni dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne upoštevajo v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov;

4. drugi dohodki zavarovancev in njegovih gospodinskih članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke;

5. pavšalni znesek za člana zavarovanevega gospodinjstva, če ga skupščina določi;

6. pavšalni zneski, ki jih določi skupščina skupnosti.

57. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so

oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

58. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Ta prispevek se obračunava od izplačanega kosmatega zaslužka.

59. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačena v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami v kmečkem zavarovanju (3. člen) tega statuta, se plačujejo v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti.

60. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 3. člena tega statuta so:

- za osebe iz prve točke tisti, ki je obremenjen s preužitkom,
- za osebe iz druge točke občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino,
- za osebe iz tretje točke lastnik zemljišča.

61. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje odmerja in pobira komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje (v nadaljnjem besedilu: zavod) ki opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve.

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami na svojem območju, da njihove davčne uprave odmerjajo in pobirajo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov po zakonu in tem statutu.

62. člen

Zasebni delodajalec oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja kmeta — zavarovanca ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra prigrasiti tako zaposlitev organu, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov. Podrobnosti o prijavljanju po tem členu določa skupščina skupnosti.

63. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezance prispevka iz 1. točke 54. člena tega statuta 45. dan v vsakem trimesečju;
2. za zavezance prispevka iz 2. točke 54. člena ob izplačilu zaslužka za občasna dela;
3. za zavezance prispevka iz 3., 4. in 5. točke 54. člena zadnji dan v mesecu za nazaj in
4. za zavezance prispevka iz 6. točke 54. člena kot določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

64. člen

Zavarovanec začne plačevati prispevke zase in za svoje družinske člane z dnem, ko pridobi svojstvo zavarovanca, oziroma se prijavi v zavarovanje in jih plačuje do dneva, ko preneha biti zavarovanec, oziroma se iz zavarovanja odjavi.

65. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov mora plačati kazenske (zamudne) obresti.

Glede zapadlosti prispevkov in glede obresti se smiselno uporabljajo predpisi o prispevkih in davkih občanov, za prispevke, ki se ne plačujejo po odbitku.

66. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov, ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naslova plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vloži v roku 8 dni po prejemu plačilnega naloga pri komisiji za reševanje pritožb zavarovancev. Ugovor se kolkuje.

Ce je ugovor pravočasno vložen, lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

67. člen

Ce zavezanec prispevkov niti na poziv oziroma na plačilni nalog ne plača sam, jih na zahtevo skupnosti izterja upravni organ občinske skupščine, ki je pristojen za finance, po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov, oziroma sodišče po pravih izvršilnega postopka.

68. člen

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

69. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja na enotni žiro račun skupnosti pri Službi družbenega knjigovodstva, pri zavodu pa se vodijo na posebnem obračunu kot:

1. dohodki za zagotavljanje pravic iz predpisanih obveznih oblik zdravstvenega varstva;
2. dohodki za zagotavljanje pravic iz po tem statutu določenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja;
3. dohodki za zagotavljanje pravic osebam iz 3. člena tega statuta.

Skupščina skupnosti pa lahko predpiše, da se dohodki sklada iz 1. in 2. točke prejšnjega odstavka vodijo na skupnem obračunu.

70. člen

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

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enomesečni poprečni znesek planiranih izdatkov skupnosti v tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 4 let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določa skupščina s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

71. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti skupnosti 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 v naslednjem letu vrniti v rezervni sklad.

Za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja, oziroma za vrnitev iz obvezne rezerve uporabljenega zneska se predpiše skladno z 95. členom zakona posební prispevek, ki se predpiše s posebnim sklepom v odstotku od katastrskega dohodka in dohodka iz gozda, ali v pavšalnem znesku na gospodarstvo, ali kombinirano.

72. člen

Skupnost obvezno pozavaruje pri zvezi skupnosti zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v republiki sporazumno dogovorijo.

73. člen

Višino oziroma stopnjo prispevkov določa skupščina skupnosti v okviru družbenega dogovora, sklenjenega po 10. členu zakona o zdravstvu, tako da sredstva, ki se z njimi dosega, krijejo obveznosti skupnosti iz zavarovanih pravic in zagotovi ustvarjanje rezerv, pozavarovanje težjih nevarnosti, stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe, ter tako, da zagotavljajo realizacijo sprejetih programov zdravstvenega varstva.

74. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevki za zdravstveno zavarovanje za:
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva,
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,
 - za ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere;
2. delež družbeno-političnih skupnosti v stroških za zdravstveno varstvo;
3. povračila za skupnosti povzročeno škodo;
4. povračila iz pozavarovanja;
5. drugi dohodki.

75. člen

Iz skupnih dohodkov, ugotovljenih po prejšnjem členu tega statuta se izloča v rezervni sklad del skupnega dohodka, ki ga vsako leto s finančnim načrtom določi skupščina skupnosti.

Preostali del skupnih dohodkov je čisti dohodek.

76. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki za pri skupnosti zavarovane osebe:

1. za zdravstveno varstvo, za:
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
 - ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere zdravstvenega varstva;
2. za denarne dajatve, ki jih predvidevata zakon in ta statut;
3. za obveznosti iz 80. člena zakona (zdravstveno varstvo rednih študentov);
4. za ostale obveznosti in izdatke skupnosti, za:
 - pozavarovanje;
 - stroške zavoda;

- študijska in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja;
- stroške denarnega in plačilnega prometa;
- potne stroške;
- obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja;
- stroške samouprave;
- obresti in provizije;
- ostali izdatki (komisije, itd.).

77. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto takrat, ko določa prispevke, se podrobneje predvidijo:

- skupni dohodki skupnosti;
- obvezna rezerva;
- čisti dohodki skupnosti;
- skupni izdatki skupnosti.

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina 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 izloči v rezervni sklad skupnosti.

Presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki (primanjkljaj) se krije iz rezervnega sklada skupnosti in pri tem postopa po 71. členu tega statuta.

78. člen

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno evidentiranje svojih dohodkov in izdatkov ter način vodenja poslovnih knjig (knjigovodstvo).

Pri tem lahko predpiše za katere oblike zdravstvenega varstva, za katere oblike zdravstvenega zavarovanja in za katere kategorije oseb, se poleg že z zakonom predpisanih ločenih obračunov, vodijo dohodki in stroški obračunsko ločeno.

Šesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

79. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci — kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

80. člen

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

Statut, pravilniki in sklepi začnejo veljati osmi dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrečno drugače določeno.

Statut, pravilniki in sklepi, ki zadevajo pravice oziroma obveznosti zavarovanih oseb skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

81. člen

Skupnost je pravna oseba.
Sedež skupnosti je v Celju.

82. člen

Skupnost ima svoj pečat in stampiljko.

Pečat je okrogle oblike, premera 3 cm. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov v Celju. Sedež je naveden v sredini.

Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu, velikosti 5 × 2 cm.

2. Organi skupnosti

83. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje pritožb zavarovancev o njihovih pravicah ima skupščina komisijo za reševanje pritožb zavarovancev, ki lahko ima več senatov.

Za dajanje strokovnih mnenj o zdravstvenem stanju, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja, predpisovanju zdravil in podobnih strokovno medicinskih mnenj ima skupnost zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev. Skupščina lahko pooblasti ustrezni komisiji skupnosti delavcev, da zanjo opravljata te naloge.

Za reševanje problematike iz zdravstvenega zavarovanja in njegovega financiranja ima skupščina komisijo za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja. Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje tudi posebne komisije, katerim določi delokrog s sklepom o ustanovitvi.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev se sestajajo zavarovanci v svojih volilnih enotah, kot zbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

84. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti 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 zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov ter daje zavodu za izvajanje zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, da se racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. sklepa z zavodom za socialno zavarovanje dogovor o razmerju med skupnostjo in zavodom;

4. zagotavlja sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov;

5. sprejema finančni načrt in zaključni račun skladov skupnosti;

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

7. obravnava letno poročilo o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti;

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

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

10. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o

osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

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

12. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost, za katere ni izrečno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

85. člen

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

86. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja po pravilniku skupnosti o volitvah in odpoklicu članov skupščine skupnosti.

87. člen

Pravilnik o volitvah in odpoklicu članov skupščine skupnosti sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku se določijo tudi pogoji in način odpoklica članov skupščine.

88. člen

Skupščina skupnosti šteje toliko članov, da voli od 400 do 500 zavarovancev — nosilcev zavarovanja enega člana. Podrobnosti, to je natančno število članov, volilne enote, v katerih se volijo člani in volilni postopek predpiše skupščina v pravilniku o volitvah in odpoklicu članov skupščine skupnosti.

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

Delavci zavoda ne morejo biti člani skupščine skupnosti.

89. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta.

Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

90. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo lastnosti zavarovanca v tej skupnosti;
3. z izgubo splošne volilne pravice;
4. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 3. mesecev;
5. če postane delavec zavoda;
6. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;
7. z odpoklicem.

Če preneha mandat več kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 30 dni po prenehanju mandata.

91. 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 in odpoklicu članov skupščine skupnosti.

b) Izvršilni odbor in komisije

92. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

93. člen

Izvršilni odbor skupščine opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja, kolikor ga skupščina ne pooblasti, da jih sam sklepa;
4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je ta pristojna;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
7. obravnava načrt in program za delo zavoda ter dogovor o razmerju med skupnostjo in zavodom, kolikor ga skupščina ne pooblasti, da ga sam sklepa;
8. skrbi za sklicovanje sej skupščine ter za sklicovanje in delo njenih komisij;
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

94. člen

Komisija za reševanje pritožb zavarovancev:

1. rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper prvostopne odločbe o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;
 2. obravnava splošne pripombe in pritožbe zavarovanih oseb, skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja in o teh pripombah in pritožbah obvešča skupščino skupnosti ter ji predlaga ustrezne ukrepe.
- Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu.

95. člen

Komisija za reševanje pritožb zavarovancev ima tri člane in potrebno število namestnikov; tako da odloča vedno v senatih po tri člane.

Voli jo skupščina izmed zavarovancev. Mandat članov komisije traja 4 leta.

Sestavo senatov in predsednike posameznih senatov določa akt skupščine o izvolitvi članov te komisije.

96. člen

Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju pritožb in za posredovanje ob pritožbah zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih, glede zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, glede stopnje nosečnosti, glede predpisovanja zdravil in glede podobnih strokovnih vprašanj, imenuje skupščina zdravniško komisijo.

Zdravniška komisija šteje tri člane in potrebno število namestnikov, tako da vedno dela v senatih po tri člane.

Naloge, pristojnosti, postopek za delo in sestavo komisije določa skupščina v aktu o imenovanju.

Za naloge iz prvega odstavka tega člena lahko skupščina pooblasti tudi zdravniško komisijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

c) Zbori zavarovancev

97. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin oziroma krajevnih skupnosti zbor zavarovancev.

98. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
 2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;
 3. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
 4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti;
 5. so posvetovalno telo člana skupščine.
- Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

99. 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.

100. člen

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

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

1. o uvedbi in o ukinitvi katere od pravic, ki jih določa ta statut;
2. o razdružitvi skupnosti oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

Referendum o razdružitvi ali izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

101. 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 dve tretjini 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.

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

102. člen

Skupnost sodeluje z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev in kmetov in zlasti pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva, pri preventivnih ukrepih in akcijah, ter v drugih zadevah skupnega pomena, po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma, ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

103. člen

Pogodbe z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost skupščina skupnosti, lahko pa pooblasti za sklenitev posameznih pogodb tudi svoj izvršilni odbor.

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, obdobje za katero se sklepa pogodba, ter kako se nadzira izvrševanje pogodbe: lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotavljenega zdravstvenega varstva.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

104. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto, kolikor ni izrečno določeno v pogodbi daljše obdobje.

Če se skupnost in zdravstveni zavod pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo posebni arbitraži (116. člen zakona).

105. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

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

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni, ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbeni stranka zahteva njegovo spremembo.

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

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

Prvi del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH IN ADMINISTRATIVNIH ZADEV

106. člen

Skupnost zagotovi opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja tako, da se dogovori s komunalnim zavodom za socialno zavarovanje Celje (v nadaljnjem besedilu: zavod), da bo opravljal za skupnost te zadeve v njenem imenu in na njen račun.

107. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim dogovorom.

Z dogovorom iz prvega odstavka se določijo zlasti:

- temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnost;
- pogoji za izvrševanje teh nalog;
- način določanja povračil za opravljeno delo;
- nadzor nad opravljenim delom;
- pooblašenci za podpisovanje prvostopnih odločb.

108. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru dogovora iz prejšnjega člena je skupščini skupnosti neposredno in osebno odgovoren direktor zavoda.

Osmi del

ZAKLJUČNE IN KONČNE DOLOČBE

109. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami na svojem območju, da pooblastijo občinsko skupščino na sedežu skupnosti, da v njihovem imenu opravlja vse naloge in ima vse pravice, ki jih nalagajo in dajejo zakon in ta statut občinskim skupščinam.

Dogovor po prejšnjem odstavku lahko sklene skupščina skupnosti tudi le z nekaterimi občinskimi skupščinami in le glede nekaterih nalog oziroma pravic. V tem primeru se morajo naloge in pravice dogovoru natančno določiti.

110. člen

Do konstituiranja vseh organov skupnosti se glede pravic in dolžnosti zavarovanih oseb in skupnosti kot pravne osebe uporabljajo neposredno določila zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, zlasti njegov enajsti del.

111. člen

Za zavarovane gospodinjke članke po petem odstavku 22. člena, ki ob začetku uporabe tega statuta še niso stari 18 let, začne teči 60-dnevni rok od 1. januarja 1971.

112. člen

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

St. 022-3/70-2/4-5/8

Celje, dne 25. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV KOPER

452.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/1970) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper na seji dne 27. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Koper

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper so ustanovili kmetje z območja občin Ilirska Bistrica, Izola, Koper, Piran, Postojna in Sežana, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zakon«) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodbe in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za članke skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper.

2. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena, in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V skupnosti je zagotovljeno tudi zdravstveno varstvo osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot uživalci preužitka ali preživitve ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjski 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 skupnosti določajo zavarovanci v mejah zakona samostojno zase in za člane svojega gospodinjstva pravice iz zdravstvenega zavarovanja, njihov obseg in raven ter sredstva za njihovo uveljavljanje ter pri tem samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih 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 osebam in osebam 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 zavodi in njihovimi delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolenosti in poškodb in izboljševanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in de-

lovnimi ter drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem 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.

12. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov na območju republike, se skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali skupnost, se ne morejo zmanjšati ali omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon oziroma statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko poddedujejo.

14. 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. O določenih pogodbah o uveljavljanju pravic morajo biti obveščene zavarovane osebe.

Če uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini kot določa ta statut.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva, zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah tega statuta.

15. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot to določa zakon. Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

16. člen

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 pravico:

— voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut,

— izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta,

— predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut,

— sodelovati v razpravah in izjavah 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.

17. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena z dnem, ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

Statut določa pravice, ki jih oseba iz prvega in drugega odstavka zadrži, ko preneha biti zavarovana ali upravičena do zdravstvenega varstva pri tej skupnosti.

18. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata zakon in statut.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

19. člen

Za kmete-zavarovance se štejejo 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.

20. člen

Šteje 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 iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti 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.

21. člen

Če opravljajo osebe iz 20. 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

22. člen

Kot člani gospodinjstev zavarovancev so zavarovani:

1. oziroma družinski člani — zakonec in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi), ki jih je zavarovanec dolžan preživljati,

2. širši družinski člani — starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja,

3. ostali člani gospodinjstva zavarovanca — bratje in sestre, zavarovančevi otroci, strici in tete, tasti in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovančevem gospodarstvu kot edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po 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.

Če 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.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okolnosti, ki so pogoj za njeno zavarovanje in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico te skupnosti.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

26. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem. dokler je takšna oseba zavarovanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo za-

gotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživitve pa z dnem, ko začno pridobivati preužitek ali preživnino.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim družinskim članom uživalca preživitve.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

29. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. 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.

31. člen

Skupnost določi v skladu z zakonom s sklepom skupščine, katere oblike zdravstvenega varstva gredo v celoti v breme skupnosti in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

32. člen

Vsem zavarovanim osebam te 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 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 svojih 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 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.

33. 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 nudo poskodovanin ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnici;

2. ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končnega 19. leta starosti;

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnicah od 31. dne dalje, pa ni zajeto v prejšnjem 32. členu;

4. kri in krvna plazma za transfuzije, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

34. člen

Deloma gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene v celoti na račun skupnosti že po prejšnjem dveh členih:

1. zdravniški (ambulantni) pregledi (splošni in 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. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje;

4. izdiranje zob.

35. člen

Skupščina skupnosti s svojimi splošnimi akti določi, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov.

36. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene v statutu zavarovanim osebam, ne gredo v breme skupnosti.

37. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista 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 skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala tako, da veljajo za to skupnost ustrezni predpisi skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper.

Indikacije za zobotehnično pomoč, zobotehnična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, njihove standarde in trajnostno dobo določa skupščina skupnosti tako, da veljajo za to skupnost ustrezni pravilniki skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper.

38. člen

Zavarovanci-kmetje, 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 zavarovanim osebam pri skupnosti, v breme SR Slovenije še pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, ki je zagotovljen zavarovancem-delavcem

in njihovim ožjim družinskim članom v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper.

Zavarovancem-kmetom, 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 tudi podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

Stroški za obseg zdravstvenega varstva po prejšnjim odstavkih tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen drugim zavarovancem-kmetom in njihovim družinskim članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

39. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi ves čas, ko ima lastnost zavarovane osebe. Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje po izgubi lastnosti zavarovane osebe, dokler se ne ugotovi invalidnost I. kategorije po predpisih o invalidnem zavarovanju.

40. 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.

41. 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.

V primerih iz prejšnjih dveh odstavkov mora zavarovana oseba prispevati k stroškom epak znesek, kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

42. 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.

43. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. člena.

Cetrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

44. člen

Zdravstveno varstvo lahko uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico.

45. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki, zapadli do konca preteklega leta.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov iz prejšnjega leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

Obrazec izkaznice določa s sklepom skupnost po sporazumu z Zavodom SRS za zdravstveno varstvo.

46. člen

Oseba, ki je zajeta v zdravstveno zavarovanje kmetov, mora pri skupnosti vložiti v osmih dneh prijavo v zavarovanje, na način, ki ga določajo predpisi o evidencah zdravstvenega zavarovanja; v istem roku mora prijaviti tudi zavarovanje svojih gospodinskih članov. V 8 dneh se mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

47. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva izkaz o podlagi zavarovanja.

48. člen

Če osebi, ki je bila prijavljena v zavarovanje, skupnost odreče lastnost zavarovane osebe, ji izda pismeno odločbo. Prijavitelj in oseba, ki se ji je odrekla ta lastnost, lahko ugovarjata zoper odločbo v 30 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine skupnosti za ugovore. Po dokončni odločbi lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

49. 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 obravnavanja v zdravstvenem zavodu predstojniku zdravstvenega zavoda ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva za zavarovano osebo od zdravstvenega zavoda ustrezno varstvo po tem statutu in predpisih o zdravstvu.

50. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravnikih 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.

51. člen

Ce zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 50. člena, trpi skupnost stroške do višine stroškov, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih, ako potrdi pristojni zdravniški splošne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarnem zavodu potrebno.

52. člen

O zahtevku zavarovane osebe, ki mu skupnost ne ugodí, se izda na njeno zahtevo pismena odločba. Zoper odločbo lahko zavarovana oseba ugovarja v 15 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupščine za ugovore. Po dokončni odločbi lahko uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

53. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo, in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjškega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravnih koristi se odloča v postopku.

54. člen

Kolikor v statutu in v splošnem aktu skupnosti 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 VARSTVA****55. člen**

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki se določi za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
5. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

56. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1. in 2. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupnost. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodinjstva.

Višina oziroma stopnja prispevkov se določa praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovalnih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

Obremenitev s prispevki in soudeležbo zavarovanih oseb pri ostalih posameznih oblik zdravstvenega varstva ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvracala od uporabe zdravstvenega varstva.

57. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin;
2. dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne všteto v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov;
4. drugi dohodki zavarovancev in njegovih gospodinjstvih članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke ali pri delovnih organizacijah in drugih fizičnih osebah.

58. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

59. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Ta prispevek se obračunava od izplačanega kosmatega zaslužka.

60. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami v kmečkem zavarovanju (3. člen), se plačujejo v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti.

61. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 3. člena so:

- za preužitkarje tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
- za osebe ki prejemajo preživnino, občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
- za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi, lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinjstve skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

62. člen

Sredstva po prejšnjem členu vodi skupnost na posebnem računu. S finančnim načrtom se predvidi tudi predpisana obvezna rezerva in ustrezni del sredstev za izvajanje zavarovanja.

Finančni načrt in zaključni račun za ta sredstva predloži skupnost v obravnavo tudi občinskimi skupščinam na svojem območju.

63. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba, ki po sklepu skupnosti izvaja zdravstveno zavarovanje kmetov ali pa davčne uprave, če se skupnost dogovori z občinskimi skupščinami.

64. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja kmeta-zavarovanca ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra priglasiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

65. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezance prispevka iz 1. točke 55. člena 45. dan v trimesečju,
2. za zavezance prispevka iz 2. točke 55. člena ob izplačilu zaslužka za občasna dela,
3. za zavezance prispevka iz 3. in 4. točke 55. člena zadnji dan v mesecu za nazaj,
4. za zavezance prispevka iz 5. točke 55. člena kot določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

66. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazensko zamudne obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

67. člen

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

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja in je na predpisani način sporočeno zavezanecu.

Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov petletni zastaralni rok. Terjatev pa je v vsakem primeru zastarana, če poteče deset let od dneva, ko je zastaranje prvič začelo teči.

68. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo v predračunu dohodkov in izdatkov sklada in sicer posebej za zavarovane osebe in posebej za osebe iz 3. člena.

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.

69. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb in zdravstvenih zavodov in drugih organizacij ima skupnost rezervni sklad.

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino določanja v rezervni sklad določa skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevkov.

70. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada zdravstvenega zavarovanja. Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj za preteklo leto, vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

Če 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 finančnem letu.

71. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom, in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v republiki sporazumno dogovorijo pri zvezi skupnosti.

Sredstva sklada za zdravstveno pozavarovanje se razporejajo s finančnim načrtom na podlagi premij, ki jih plačujejo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov iz svojih dohodkov.

71a člen

Skupnost 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, poprečne stroške, ki odpadejo letno na zavarovano osebo v skupnosti.

Skupnost prispeva mesečno skladu eno dvanajstino tako izračunanega zneska, upošteva poprečne stroške preteklega leta, dokončno pa obračuna na koncu leta.

Šesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

72. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci-kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

73. člen

Splošni akti skupnosti so: statut, pravilniki, sklepi 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 SR Slovenije.

74. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Kopru, Telovadniški trg 1.

75. člen

Skupnost ima svojo stampiljko okrogle in pravokotne oblike. Stampiljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov v Kopru. Sedež je naveden v sredini. Stampiljka pravo-

kotne oblike ima isti napis kot štampljka okrogle oblike.

Za poslovanje v zadevah na območju občin Izola, Koper in Piran uporablja skupnost štampljko, ki ima poleg besedila v slovenščini tudi enako besedilo v italijanski.

Skupnost zagotavlja dvojezično poslovanje na narodnostno mešanem območju v skladu z ustreznimi določbami statuta skupščin občin Izola, Koper in Piran.

2. Organi skupnosti

76. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Skupščina ima komisijo za reševanje ugovorov, lahko pa imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti

77. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti 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 zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zavarovanja smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb.acionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. odloča o ustanovitvi strokovne službe za izvajanje zavarovanja na območju skupnosti;

4. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov;

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

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

7. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na območju skupnosti;

8. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa z njim samoupravne dogovore;

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

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

11. izvoli izvršilni odbor in druge odbore in komisije skupščine za opravljanje določenih nalog;

12. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost glede katerih ni izrecno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

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

78. člen

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

79. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci-kmetje po pravilniku o volitvah organov skupnosti.

80. člen

Pravilnik o volitvah organov skupnosti sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov; način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku se določijo tudi pogoji in način odpoklica članov skupščine.

81. člen

Skupščina šteje 23 članov.

Pravico biti voljen ima vsak zavarovanec te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih. Pravico voliti ima zavarovanec-nosilec zavarovanja.

82. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta.

Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

83. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo svojstva zavarovanca v volilni enoti, v kateri je bil izvoljen;
3. z izgubo splošne volilne pravice;
4. če je s pravnomočno 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.

Če preneha mandat več kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 60 dni po prenehanju mandata.

84. 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.

b) Izvršilni odbor in komisije

85. člen

Izvršilni odbor ima 5 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta. Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

86. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je leta pristojna;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
7. obravnava načrt in program za delo strokovne službe zavoda in daje pripombe nanj;
8. skrbi za sklicevanje zasedanj skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij;
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

87. člen

Komisija za reševanje ugovorov:

1. rešuje ugovore zavarovanih in drugih upravičenih oseb zoper odločbe skupnosti o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja;
2. obravnava pripombe in pritožbe zavarovanih in drugih oseb, ki jim skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo, ter drugih skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu.

88. člen

Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju ugovorov zoper odločbe skupnosti in za posredovanje ob ugovorih zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih zavodih in pri zdravnikih imenuje skupščina zdravniško komisijo.

Skupščina pooblasti za naloge iz prvega odstavka zdravniško komisijo skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper.

c) Zbori zavarovancev

89. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin, za območje volilnih enot ali krajevnih skupnosti zbor zavarovancev.

90. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravlja o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje,

2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti,

3. obravnavajo letno poročilo skupnosti,

4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti. Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

91. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci in zbori zavarovancev,
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku, z vabilom za dostavo mnenja in predlogov,
3. z anketiranjem zavarovancev.

92. 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.

93. člen

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

Referendum je veljaven, če glasuje najmanj dve tretjini zavarovancev — nosilcev zavarovanja.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavilo več kot polovica vseh zavarovancev — nosilcev zavarovanja.

Odločitev, sprejeta na referendumu, je obvezna in velja najmanj leto dni.

4. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi, drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

94. 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 drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

95. člen

Pogodbe z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za

skupnost izvršilni odbor skupščine skupnosti po smernicah in pooblastilu skupščine.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

96. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto, kolikor ni izrecno določeno v pogodbi daljše obdobje.

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

97. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

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

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni, ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka 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

IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

98. 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 Koper (v nadaljnjem besedilu: zavod).

Prvostopne odločbe podpisujejo pooblašeni delavci zavoda.

99. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom.

S sporazumom iz prvega 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;

5. druga medsebojna razmerja.

100. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 99. člena tega statuta je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

Osmi del

PREHODNA DOLOČBA

101. člen

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

St. 190/a-9/70-3

Koper, dne 27. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja km.
Koper

Predsednik
Dolgan I. r.

453.

Po 117., 126. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Ur. list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s 14. členom in 1. točko prvega odstavka 77. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper na zasedanju dne 27. novembra 1970

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja kmetov

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

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

Določbe tega pravilnika veljajo za vse zavarovane osebe skupnosti in za druge upravičence, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost v breme posebnih ločenih sredstev.

2. člen

Lastnost zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico v smislu prvega odstavka 45. člena statuta.

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

Kdor uveljavi zdravstveno varstvo brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva, mora založiti stroške. Povračilo zdravstvenih stroškov se uveljavi po 40. in 51. členu statuta, ki se primerno uporabljata tudi za upravičence, ki jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno pri skupnosti.

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

3. člen

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

Sklad je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, ki nastanejo v zvezi z uveljavljanjem pravic na podlagi zakona, statuta skupnosti in tega pravilnika, razen obveznega prispevka zavarovanih oseb. Stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev, kolikor ne gre za pravice iz zdravstvenega varstva, pri katerega stroških upravičenec ne sodeluje.

4. člen

O vseh spornih zadevah ob izvajanju tega pravilnika se odloča na prvi stopnji po določbah 52. člena statuta, pri čemer je treba glede na naravo zadeve upoštevati tudi strokovna zdravniška oziroma komisijška mnenja.

Ce se zahtevku ne ugotovi v celoti ali zavarovana oziroma upravičena oseba to zahteva, je treba izdati pisмено odločbo, zoper katero je možna pritožba.

Za uveljavljanje pravic v primerih, ki niso navedene v opredeljenih s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določbe zakona in statuta.

II. IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA IN ZDRAVNIKA

5. člen

Zavarovana oseba ima pravico uveljaviti zdravstveno varstvo po prosti izbiri pri zdravstvenih zavodih s katerimi je skupnost sklenila pogodbe o izvajanju zdravstvenega varstva.

Kadar zdravstveni zavodi iz prvega odstavka tega člena ne morejo dati ustrezne zdravstvene pomoči, sme uveljaviti zavarovana oseba pravico proste izbire zdravstvenega zavoda med najbližjimi zdravstvenimi zavodi, ki lahko nudijo takšno storitev.

6. člen

Zavarovana oseba ima pravico, da si v zdravstvenem zavodu, ki si ga je izbrala, neposredno izbere kateregakoli splošnega zdravnika ali zobnega terapevta, zdravnika-specialista, pa le — če ne gre za stacionarno zdravljenje — za tako specialistično zdravljenje, ki ga sme po prvem odstavku 50. člena statuta uveljaviti neposredno.

Zdravnik, sme odkloniti izbor zavarovane osebe, kadar je njegova zmogljivost v celoti izkoriščena. To ugotovi predstojnik zdravstvenega zavoda.

7. člen

Na način iz 7. člena izorani splošni zdravnik je izbrani zdravnik po določbah 40. člena statuta.

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

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

Ker zaradi organizacije dela zdravstvenih zavodov zavarovane osebe nimajo vselej možnosti obračati se samo na izbranega zdravnika, jih mora v takšnem primeru sprejeti drugi zdravnik istega zdravstvenega zavoda, ki pa je dolžan izvide in način zdravljenja zabeležiti v medicinskem gradivu zavarovane osebe pri izbranem zdravniku.

Ker velja opredelitev izbranega zdravnika po 40. členu statuta praviloma za eno koledarsko leto, ne more zavarovana oseba med istim koledarskim letom, niti med zdravljenjem akutnih bolezni, menjati izbranega zdravnika, razen v primerih iz 9. člena.

8. člen

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

- a) sprememba prebivališča zavarovane osebe;
- b) sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa izbranega zdravnika;
- c) spor ali težji nesporazum med zavarovano osebo in izbranim zdravnikom, zaradi katerega je omajano zaupanje zavarovane osebe v zdravnika.

Upravičenost spremembe izbranega zdravnika presoja predstojnik zdravstvenega zavoda, pri katerem je uveljavljala zavarovana oseba zdravstveno varstvo do vzroka za spremembo.

Ce med zavarovano osebo in predstojnikom zdravstvenega zavoda ne pride do sporazuma glede upravičenosti spremembe izbranega zdravnika, presoja o upravičenosti spremembe zdravniška komisija skupnosti.

III. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V AMBULANTNO-POLIKLINIČNI SLUŽBI

9. člen

Temeljno ambulantno zdravljenje (splošno in zobno) uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (splošni ambulantni, obratni ambulantni, zobni ambulantni, dispanzerju itd.) oziroma pri splošnem zdravniku ali zobnem terapevtu, ki si ga je izbrala po določbah 7. člena tega pravilnika.

Zavarovana oseba sme neposredno uveljaviti tudi specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih iz prvega odstavka 50. člena statuta, ki si jih je izbrala po določbah tega pravilnika.

Pri drugih zdravnikih-specialistih sme zavarovana oseba neposredno uveljaviti specialistično ambulantno zdravljenje le če potrebuje nujno zdravstveno pomoč.

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

10. člen

Specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih, na katere se zavarovana oseba ne

sme neposredno obračati, se uveljavi samo po napotnici posameznega zdravnika. Napotnica se ne zahteva za ponovne preglede pri istem zdravniku-specialistu; ako, ta sam naroči zavarovano osebo zaradi nadaljnega zdravljenja oziroma jo pošlje k njemu posamezni zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen.

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

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

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

11. člen

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

12. člen

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

Napotnico za morebitne nadaljnje kontrolne preglede zavarovane osebe v zdravstvenem zavodu izven območja skupnosti izda posamezni zdravnik, kolikor zdravniška komisija skupnosti da ustrezno mnenje.

13. člen

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

1. v primeru nujnosti in

2. kadar ni zmožna sama priti v zdravstveni zavod.

Hišni zdravniški obisk mora naročiti pri pristojni zdravniški dežurni službi oziroma pri zdravniku najbližjega zdravstvenega zavoda, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben.

14. člen

Na pobudo posameznega ali konziliarnega zdravnika se izvaja glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe zdravljenje na domu. Pri tem je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primerenost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarnem zdravstvenem zavodu pa ni nujno oziroma ni na voljo potrebnega prostora.

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

Strokovno nego zagotavlja patronažna služba oziroma delovna enota za nego bolnika na domu zdravstvenega zavoda, ki je pristojen po prebivališču zavarovane osebe.

15. člen

Zavarovani osebi so zagotovljena na račun sklada zdravila, ki se dobijo samo na recept in so registrirana v državi, in sicer v smislu določb tretjega odstavka 37. člena statuta oziroma drugih ustreznih določb tega člena statuta.

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

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

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

IV. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA V STACIONARNIH ZDRAVSTVENIH ZAVODIH

16. člen

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

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

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

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

17. člen

Zavarovana oseba uveljavlja bolnišnično zdravljenje praviloma v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti ali drugi najbližji splošni bolnišnici glede na kraj svojega prebivališča.

V specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah uveljavlja zavarovana oseba bolnišnično zdravljenje praviloma le, kadar gre za zdravljenje, ki ga bolnišnice iz prvega odstavka ne morejo dati.

Napotnico za zdravljenje v specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah izda zavarovani osebi posamezni oziroma konziliarni zdravnik, potem ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz drugega odstavka 22. člena.

Splošne bolnišnice smejo izdati zavarovani osebi tudi same napotnico predvideno v prvem odstavku.

18. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih v katerih so na voljo kapacitete, ki se lahko uporabljajo kot bol-

nišnice, za nadaljevano in nadomestno zdravljenje, uveljavlja zavarovana oseba, kadar obstaja nujnost za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo glede na veljavne indikacije, če ugotovi zanj potrebno ustrezna bolnišnica ali zdravniška komisija skupnosti.

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

19. člen

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

V. UVELJAVLJANJE POEDINIŠ OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

20. člen

Zobotehnično pomoč in zobna protetična sredstva uveljavlja zavarovana oseba, kadar ugotovi zobni terapevt potrebo po ustreznih zobotehničnih delih glede na pravilnik iz četrtega odstavka 37. člena statuta.

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

Upravičenost do zobotehničnih del glede na predpisane indikacije ugotavlja zobni terapevt samostojno.

21. člen

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

Če da zavarovana oseba plemenito kovino sama, povrne zavod na predlog ambulate, ki ji izdelata zobno protetično sredstvo, vrednost standardnega materiala po ceni, kot jo plačuje zdravstvenemu zavodu v času izvršenih del. Povračilo se opravi po dejanski teži izdelka s pribitkom 10 % kala, vendar skupno največ do 1,80 gr paladorja za izdelavo prevleke ali člen v mostu oziroma protezi. Povračilo opravi lahko tudi zobna ambulanta neposredno zavarovani osebi na račun sklada.

Zaradi kontrole pravilne izdelave zobotehničnih del in zaradi ugotovitve materiala, iz katerega so izdelana zobna protetična sredstva, se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji, ki presoja tudi pogoje, oziroma pravico zavarovane osebe do zobotehničnih del.

22. člen

Proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki) uveljavlja zavarovana oseba z ustreznim potrdilom, kadar zdravnik ugotovi, da sta potrebna nakup ali popravo ustreznega pripomočka glede na pravilnik iz četrtega odstavka 37. člena statuta.

Zavarovani osebi se zagotovi izdelava pripomočkov v standardni izvedbi.

Zavarovana oseba ima pravico do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada pred pretekom trajnostne dobe, ki jo določa ustrezní pravilnik iz četrtega odstavka 37. člena statuta, zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb organov ali zaradi netrpežnosti materiala, iz katerega je izdelan pripomoček.

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

23. člen

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

S potrdilom in odobritvijo strokovne službe skupnosti oziroma njenih krajevnih enot naroči zavarovana oseba pripomoček pri ustrezní organizaciji, ki dobavlja ali popravlja pripomočke.

24. člen

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

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

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

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

VI. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IZVEN OBMOČJA SKUPNOSTI

25. člen

Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti (potovanja, dopusti, šolanje itd.) uveljavlja zavarovana oseba pri ustreznem zdravstvenem zavodu na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov, pristojnem po začasnem prebivališču. V tem primeru prispeva k stroškom za zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje, na katerem ji je opravljena zdravstvena storitev.

Če je za zdravstveno varstvo iz prvega odstavka nujno bolnišnično zdravljenje, grede stroški takega zdravljenja do treh mesecev na račun sklada. Če pa traja bolnišnično zdravljenje dalj kot tri mesece, gre od prvega dne četrtega meseca dalje na račun sklada samo toliko stroškov, kolikor bi stalo takšno zdravljenje v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti.

VII. POVRACILO OZIROMA NAČIN ZARAČUNAVANJA IN OBSEG STROŠKOV ZDRAVSTVENEGA VARSTVA, UVELJAVLJENEGA V NASPROTJU Z DOLOČBAMI TEGA PRAVILNIKA

26. člen

Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik, sme zahtevati povračilo stroškov. O zahtevi odloči skupnost v postopku po 51. členu statuta.

Povračilo zdravstvenih stroškov zahteva zavarovana oseba z dokazili o plačilu teh stroškov. Povračilo zdravstvenih stroškov se prizna največ do višine, ki bi šla na račun sklada v smislu 51. člena statuta.

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

27. člen

Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo mimo obsega, ki je zagotovljen kot pravica po zakonu in statutu skupnosti, ji zaračuna zdravstveni zavod vse stroške. Zavarovana oseba nima pravice do povračila teh zdravstvenih stroškov.

VIII. DRUGE DOLOČBE O UVELJAVLJANJU PRAVIC

28. člen

V zvezi z nujno zdravstveno pomočjo in v drugih zdravstveno utemeljenih primerih iz 1. točke 33. člena statuta lahko dovoli zdravnik, zdravstveni zavod, zdravniška komisija in strokovna služba skupnosti oziroma njenih krajevnih enot uporabo posebnega prevoznega sredstva (reševalnega vozila, gorskega reševalnega čolna, osebne avtomobila itd.) ali kakšnega drugega primerne načina prenosa oziroma prevoza (v okviru gorske reševalne službe, vprežni voz itd.) do najbližje stacionarne zdravstvene delovne organizacije.

29. člen

Stroški za prevoz iz 43. člena se povrnejo zavarovani osebi, če prevoz ni bil opravljen na račun sklada z reševalnim vozilom oziroma v okviru gorske reševalne službe, ampak na drug najugodnejši način (osebni avtomobil, vprežni voz, itd.). Stroški se povrnejo na podlagi predloženega računa in zdravniškega potrdila o nujnosti takega prevoza glede na določbe 1. točke 33. člena statuta, vendar največ toliko, kolikor velja prevoz z reševalnim vozilom.

30. člen

Zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo med prebivanjem v tujini v skladu s prvim odstavkom 41. člena statuta pod pogojem, da si je pred odhodom v tujino izposlovala medicinsko strokovno ugotovitev o svojem zdravstvenem stanju.

Strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju za prebivanje v evropskih državah izda zavarovani osebi posamezni zdravnik. Ob odhodu v državo, kjer se

podnebne razmere bistveno razlikujejo od podnebja v Jugoslaviji, je pristojna izdati strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju zdravniška komisija skupnosti.

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

31. člen

Glede na to, da zagotavljata zakon in statut zavarovanim osebam — mladini do 15. leta starosti (4. točka prvega odstavka 32. člena statuta) in borcem NOV (38. člen statuta) poleg pravic, ki jih imajo pri skupnosti ostale zavarovane osebe, še posebno varstvo, je v določbah tega pravilnika o uveljavljanju zdravstvenega varstva urejen tudi postopek za uveljavitev pravic teh zavarovanih oseb.

Za zdravstveno varstvo kmetov-borcev po prejšnjem odstavku se krijejo iz proračuna SR Slovenije stroški za tiste obsege zdravstvenega varstva, ki presegajo obseg, v kakršnem je zagotovljeno zdravstveno varstvo zavarovanim osebam v skupnosti.

IX. KONČNA DOLOČBA

32. člen

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

St. 02-15/1970-3

Koper, dne 27. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Koper

Predsednik
Doran Dolgan l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV LJUBLJANA

454.

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 kmetov Ljubljana na seji dne 26. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili kmetje z območja občin Ljubljana Bežigrad, Ljubljana-Center, Ljubljana Moste-Polje, Ljubljana-Siška, Ljubljana Vič-Rudnik, Cerknica, Domžale, Grosuplje, Hrastnik, Idrija, Kamnik, Kočevje, Litija, Logatec, Ribnica, Trbovlje, Vrhnika in Zagorje, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) po načelih vzajemnosti

in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo 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 zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana s sklepom z dne 28. IX. 1970, št. 190 E-12/70 (Uradni list SRS, št. 32-341/70).

2. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci-kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Ljubljani, Miklošičeva cesta 24.

3. člen

Skupnost ima štampiljko okrogle in pravokotne oblike. Okrogla štampiljka ima v krogu napis: »Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov« in v drugi vrsti »Ljubljana«.

4. 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 SR Slovenije.

5. 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 prvega člena in člani njihovih gospodinjstev.

6. člen

V skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi drugim osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot uživalci preužitka, preživnine ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjstvi člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnika, zavarovanega po drugih predpisih, ter drugim osebam, ki jim je po občinskih odlokih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

7. člen

V skupnosti določajo zavarovanci v mejah zakona samostojno zase in za člane svojega gospodinjstva pravice iz zdravstvenega zavarovanja, njihov obseg in raven ter sredstva za njihovo uveljavljanje ter samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

8. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

9. člen

Uživanje pravic iz zdravstvenega varstva zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 6. člena

tega statuta s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami.

10. člen

Zaradi kar najbolj smotrne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanje in pospeševanje zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje sodeluje skupnost z družbeno-političnimi skupnostmi, družbeno-političnimi organizacijami, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami in po načelih družbenega dogovarjanja sprejema program zdravstvenega varstva ter sklepa samoupravne dogovore in sporazume v mejah svojih materialnih možnosti.

Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa statut.

11. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti in poškodb ter izboljševanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi, delovnimi in drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti ter sprejema po načelih družbenega dogovarjanja skupne programe in obveznosti.

12. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja ter sprejema smernice za združevanje sredstev za skupne ukrepe in akcije.

13. člen

Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov (v nadaljnjem besedilu: zveza skupnosti). Svoje obveznosti do zveze skupnosti določi sporazum.

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma jih določijo skupnosti na območju SR Slovenije, se skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

14. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določata zakon ali statut, se ne morejo zmanjšati ali omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določajo zakon oziroma statut ali splošni akt, s katerimi jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

15. člen

Zavarovane in druge osebe uveljavljajo svoje pravice tako, kot določajo statut, splošni akt skupnosti in pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami.

Če uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa statut.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam upravičenim do zdravstvenega varstva, zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah zakona in statuta.

16. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezanecv, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki.

Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa statut; pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva, za zagotovitev potrebne rezerve, po-zavarovanje, izvajanje službe za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

17. člen

Skupnost sprejema splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa statut.

Zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovaneč skupnosti pravice:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut;
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah statuta;
- predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa statut;
- postavljati vprašanje 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.

18. člen

Zavarovancu preneha v skupnosti zavarovanje v primerih, ko prenehajo dejavnosti in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 6. člena statuta z dnem, ko preneha okoliščina, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

19. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata zakon in statut.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovane osebe

A. Zavarovanci-kmetje

20. člen

Za zavarovance-kmete se štejejo:

1. osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnostjo kot svoj edini ali glavni poklic, če niso zdravstveno zavarovane na drugi podlagi, in člani njihovega gospodinjstva, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

21. člen

Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnostjo 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 razmerju;

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka ou kmetijstva.

22. člen

Če opravljajo osebe iz 21. člena tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

B. Zavarovani gospodinjstvi člani

23. 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 zavarovaneč vzel k sebi), ki jih je zavarovaneč dolžan preživljati;

2. širši družinski člani — starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovancev, ki jih zavarovaneč dejansko preživlja;

3. ostali člani gospodinjstva zavarovancev — bratje in sestre, zavarovanečevi otroci, strici in tete, tisti in in tašče ter svaki in svakinje, ki opravljajo kmetijsko dejavnost na zavarovanečevem gospodarstvu kot edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke, bratje, sestre in vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka so zavarovani do dopolnjenega 18. leta starosti, če se šolajo, do konca rednega šolanja, najdalj pa do dopolnjenega 26. leta.

Če so ti otroci prekinili šolanje zaradi bolezni, so zavarovani tudi med prekinitvijo; če pa nadaljujejo šolanje pred 26. letom, se zavarovanje podaljša po tej starosti za tolikšno dobo, kolikor so prekinili šolanje.

Če postanejo otroci iz 1. točke, bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka pred dopolnjenim predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med nezmožnostjo, če jih zavarovaneč preživlja.

2. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovancev

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okoliščine, ki so pogoji za njeno zavarovanje, preneha pa z dnem, ko se te okoliščine spremenijo.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovaneč — zavezanec za prispevek v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovaneč prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

Prijavo lahko vloži zavezanec sam ali oseba, ki je upravičena do zavarovanja.

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva dokaz, na podlagi katerega se izvede zavarovanje.

26. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico skupnosti.

27. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

28. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovancem-kmetom, je varstvo zagotovljeno od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost, če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživitve, pa z dnem, ko so pridobile pravico do preužitka ali preživitve.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjem družinskim članom uživalca preživitve.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

29. člen

Osebam, zavarovanim v skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam ali v celoti v breme skupnosti ali pa morajo zavarovane osebe pri izkoriščanju posameznih oblik same prispevati k delnemu kritju stroškov.

30. člen

Vsem zavarovanim osebam pri skupnosti gredo v celoti v breme skupnosti te oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne zagotavlja zakon:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih bolezni in drugih nalezljivih bolezni, za katere veljajo 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. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do 15. leta starosti;

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

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

7. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določata zakon in program skupnosti.

31. člen

Poleg obveznih oblik zdravstvenega varstva, ki so zagotovljene kmetom-zavarovancem po zakonu, obsega zdravstveno varstvo po tem statutu tudi:

1. zdravniške preglede in zdravljenje bolnikov v zdravstvenih zavodih;

2. zdravila, pomožni material, namenjen za uporabo zdravil in sanitetni material;

3. nujne prevoze hudo poškodovanih ali obolelih oseb v bolnišnico.

Pogoje in način uveljavljanja pravic iz prvega odstavka tega člena določi natančneje splošni akt skupnosti.

S tem aktom se določi tudi participacija zavarovanih oseb k stroškom za zdravstveno varstvo.

Prispevek ne sme biti večji od 50 odstotkov stroškov.

32. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirani v državi; dobijo jih samo na podlagi zdravniškega recepta.

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

Skupščina skupnosti lahko določi s sklepom seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena.

Način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala natančneje določa posebni splošni akt.

Indikacije za zobotehnično pomoč, zobno-protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, njihove standarde in trajnostno dobo določa skupščina skupnosti s posebnim splošnim aktom.

33. člen

Kmetje-zavarovanci, ki so bili udeleženci španske državljanske vojne, in tisti, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945, ter njihovi ožji družinski člani 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 skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana.

Kmetom-zavarovancem borcev narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 in španskim borcev je v skupnosti zagotovljeno poleg zdravstvenega varstva iz prvega odstavka v breme SR Slovenije podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnem zdravilišču.

Stroške za obseg zdravstvenega varstva po prejšnjih odstavkih tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen drugim zavarovancem-kmetom in njihovim ožjim družinskim članom, povrne skupnosti proračun SR Slovenije.

34. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po statutu, v zdravstveni delovni organizaciji in pri zdravniku

javne zdravstvene službe, ki si ga prosto izberejo. Skupnost plača stroške, ki gredo v njeno breme, neposredno zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo oziroma v katero je zavarovano osebo napotil njen organ. Če je zavarovana oseba uživala zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji, ji skupnost povrne stroške do zneska, kolikor bi morala plačati za enake vrste zdravstvenega varstva zdravstveni delovni organizaciji, s katero ima sklenjeno pogodbo.

35. 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 bolnišnici, ki se je začelo v tem roku. Zavarovani osebi pa se vselej povrnejo stroški v domači valuti za zdravstveno pomoč v tujini do zneska, do katerega bi po 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 možno, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh; v tem primeru plača skupnost celotne stroške takšnega zdravstvenega varstva v tujini.

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.

36. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzroči, če se ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda v zdravstveni delovni organizaciji, v kateri se zdravi.

37. člen

Določbe statuta glede pravic iz zdravstvenega varstva veljajo tudi za osebe iz 6. člena.

Četrti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

38. člen

Zdravstveno varstvo uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico za pravice po tem statutu.

39. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, ko ugotovi, da je plačan prispevek za zdravstveno zavarovanje, zapadel do konca preteklega leta.

40. člen

Če osebi, ki je bila prijavljena v zavarovanje, skupnost odreče lastnost zavarovane osebe, ji izda pismeno odločbo. Prijavitelj in oseba, ki si ji je odrekla ta lastnost, lahko ugovarja zoper odločbo v 30 dneh po prejemu odločbe.

Zoper odločbo druge stopnje lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

41. člen

Zdravstveno varstvo se mora nuditi zavarovanim osebam v zdravstvenih delovnih organizacijah na sodoben način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev. Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obnove v zdravstveni delovni organizaciji pri njenem predstojniku ali pri skupnosti.

42. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo pravnomočno pri zdravnikih splosne prakse na območju skupnosti. Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialit in v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika splosne 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, na zdravnike v dispanzerjih in v zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravstveni delavci iz prejšnjega odstavka smejo napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

43. člen

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 42. člena, trpi skupnost stroške do višine, ki bi jih plačala, če bi zavarovana oseba uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih in če potrdi pristojni zdravnik splosne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji potreben.

44. člen

Zavarovani osebi, katere zahtevka glede zdravstvenega varstva skupnost ne ugotovi, se izda na njeno zahtevo pismena odločba.

Zoper odločbo lahko zavarovana oseba ugovarja pri skupnosti v 30 dneh po njenem prejemu.

Zoper odločbo druge stopnje lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

45. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji statut zagotavlja zdravstveno varstvo, in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjkega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

46. člen

Kolikor v statutu ali drugem splošnem aktu 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 z izrednim 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 osebe, ki so po zakonu upravičene do zdravstvenega varstva.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA
ZAVAROVANJA

47. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki se določi za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
5. z drugimi dohodki.

48. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1. in 2. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupščina skupnosti. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka za pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodinjstva.

Višina oziroma stopnje prispevkov se določajo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavljajo predpisane rezerve, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

Obremenitev s prispevki in z udeležbo zavarovanih oseb pri posameznih oblikah zdravstvenega varstva ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvrčala od uporabe zdravstvenega varstva.

49. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin;
2. osebni dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne štejejo v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov;
4. drugi dohodki zavarovancev in njihovih gospodinjstev članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri upravah za dohodke.

50. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

51. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Osnova za obračun tega prispevka je izplačani kosmati zaslužek.

52. člen

Prispevek za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami (6. člen), se plačuje v odstotku od osnove ali v pavšal-

nem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

53. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 6. člena so:

- za preužitkarje — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
- za osebe, ki prejema preživnino — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
- za člane gospodinjstev kmetov, zavarovanih na drugi podlagi — lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinjstve skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim licem.

54. člen

Sredstva po prejšnjem členu vodi skupnost na posebnem računu. S finančnim načrtom se predvidi tudi predpisana obvezna rezerva in ustrezni del sredstev za izvajanje zavarovanja.

Finančni načrt in zaključni račun za ta sredstva predloži skupnost v obravnavo tudi občinskimi skupščinam.

55. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira skupnost ali pa uprave za dohodke, če se skupnost tako dogovori z občinskimi skupščinami.

56. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja kmeta-zavarovanca ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra za preteklo leto priglasiti zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

57. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezance prispevka iz 1. točke 47. člena — 45. dan v tromesečju;
2. za zavezance prispevka iz 2. točke 47. člena — ob izplačilu zaslužka za občasna dela;
3. za zavezance prispevka iz 3. in 4. točke 47. člena — zadnji dan v mesecu.

58. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazenske obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke in davke občanov.

59. člen

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

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja, in je na predpisani način sporočeno zavezancu.

Po vsaki ustavitvi zastaranja začne teči nov petletni zastaralni rok. Terjatev je povsem zastarana v roku, ki ga določi zakon.

60. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo v finančnem načrtu sklada, in sicer nasebej za zavarovane osebe in posebej za osebe iz 6. člena.

Za obe skupini oseb iz prejšnjega odstavka se vodijo ločeni stroški za obvezne oblike zdravstvenega varstva in ločeno za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa statut skupnosti.

61. člen

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

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v 5 letih od 1. januarja 1971.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določa skupščina skupnosti s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

62. 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 za ta namen porabljeni znesek vrniti v naslednjem finančnem letu.

63. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom, in rizike, za katere se sporazumejo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v SR Sloveniji.

64. člen

Odredbodajalec za izvrševanje finančnih načrtov skupnosti je direktor zavoda za socialno zavarovanje Ljubljana.

Računodajalec za izvrševanje finančnih načrtov skupnosti je šef oddelka za zdravstveno zavarovanje kmetov zavoda.

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Organi skupnosti

65. člen

Najvišji organ upravljanja skupnosti je skupščina, ki jo tvorijo predstavniki zavarovancev.

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Skupščina ima komisijo za reševanje pritožb zavarovanih oseb na 2. stopnji in po potrebi tudi druge stalne in občasne komisije.

a) Skupščina skupnosti

66. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci spremembe in dopolnitve statuta skupnosti;

2. določa program dejavnosti zdravstvenega varstva in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb, politiko uporabe skladov ter daje strokovni službi za izvajanje zavarovanja smernice za njeno delo;

3. zagotavlja sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov;

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

5. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov, ter o ukrepih, ki jih je treba storiti;

6. obravnava letno poročilo skupnosti in zavoda za socialno zavarovanje;

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

8. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter z zavodom, ki izvaja zdravstveno zavarovanje;

9. izvoli izvršilni odbor in druge stalne in občasne komisije skupščine za opravljanje določenih nalog;

10. opravlja druge zadeve, za katere ni izrecno določeno, da jih opravlja kak drug njen organ.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o posameznih zadevah.

67. člen

Skupščina predpiše poslovnik za svoje delo, za delo izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

68. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci-kmetje, nosilci zavarovanja, po pravilniku o volitvah.

69. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestava in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnosti in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge naloge v zvezi z volitvami.

70. člen

Skupščina šteje 33 članov.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovaneckmet, nosilec zavarovanja te skupnosti.

71. člen

Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika.

Predsednika in podpredsednika izvoli skupščina na prvem zasedanju po izvolitvi, potem ko so verificirani mandati izvoljenih članov skupnosti.

Predsednik in podpredsednik sta veljavno izvoljena, če zanju glasuje več kot polovica navzočih članov skupščine.

72. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

73. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;

2. z izgubo lastnosti zavarovanca;

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

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

5. 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.

74. 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 več kot 5-krat ne sodeluje na sejah skupščine ali njenih organov.

O odpoklicu odločajo zavarovanci po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

b) Izvršilni odbor skupščine

75. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov na prvem zasedanju po izvolitvi članov skupščine skupnosti.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

76. člen

Izvršilni odbor ima predsednika in namestnika predsednika, ki ju izvršilni odbor izmed svojih članov izvoli na prvi seji po izvolitvi.

Predsednik in namestnik predsednika sta veljavno izvoljena, če zanju glasuje več kot polovica vseh članov izvršilnega odbora.

77. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančna načrta in zaključna računa skladov;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi in drugimi delovnimi organizacijami ter njihovimi združenji, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini v sprejem predloge splošnih aktov in sklepov;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnih načrtov glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
7. obravnava načrt in program skupnosti in zavoda za socialno zavarovanje ter daje pripombe nanj;
8. skrbi za sklicevanje sej skupščine in za delo njenih komisij;
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

c) Komisije skupščine

78. člen

Skupščina ima stalni komisiji za reševanje pritožb zavarovancev na drugi stopnji, in sicer:

1. komisijo za reševanje ugovorov glede varstva pravic iz zdravstvenega varstva (zdravniška komisija druge stopnje);

2. komisijo za reševanje ugovorov glede vprašanj svojstva zavarovane osebe.

79. člen

Komisija za reševanje ugovorov glede pravic iz zdravstvenega varstva (zdravniška komisija druge stopnje) je strokovna komisija in jo imenuje skupščina izmed priznanih zdravnikov.

Za člane te komisije skupščina izvoli 6 priznanih zdravnikov.

Komisija veljavno odloča v sestavi 3 zdravnikov.

80. člen

Komisija iz prejšnjega člena odloča na drugi stopnji na pritožbe zavarovanih oseb zoper prvostopne odločbe glede pravic s področja zdravstvenega varstva.

Komisija glede pravic iz zdravstvenega varstva na drugi stopnji odloča zlasti:

- o upravičenosti zahteve za novimi zobnimi in drugimi protezami, ortopedskimi in drugimi pripomočki in sanitarnimi napravami pred potekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje, na pritožbo zavarovane osebe zoper odločitev zdravniške komisije;
- o primernosti odprave bolnika iz tujine na zdravljenje v zdravstveni zavod v domovini, na pritožbo zavarovane osebe zoper odločitev zdravniške komisije;
- o drugih pritožbah zavarovanih oseb s področja zdravstvenega varstva.

81. člen

Zdravnik, ki zdravi zavarovanca ali je član zdravniške komisije, ki je na prvi stopnji odločala o zavarovalnem primeru zavarovane osebe, ne more biti član zdravniške komisije na drugi stopnji.

82. člen

Komisija za reševanje ugovorov glede vprašanja svojstva zavarovanca odloča na drugi stopnji na pritožbe zavarovanih oseb.

Komisija iz prejšnjega odstavka odloča zlasti:

- o pritožbah zoper odločbe prve stopnje glede zahtevkov za povračilo zdravstvenih stroškov;
- o pritožbah zoper odločbe prve stopnje, s katero se zavarovani osebi prizna ali odreče lastnost zavarovane osebe.

83. člen

Komisijo iz prejšnjega člena izvoli skupščina skupnosti tako, da izvoli predsednika, njegovega namestnika in 2 člana izmed članov skupščine, 2 člana pa izmed delavcev zavoda.

Komisija veljavno odloča v sestavi treh članov.

č) Zbori zavarovancev

84. člen

Zbori zavarovancev-kmetov predstavljajo neposredno obliko samoupravljanja v zdravstvenem zavarovanju kmetov.

Zbore zavarovancev-kmetov lahko skliče skupščina skupnosti ali izvršilni odbor skupščine skupnosti na lastno pobudo, na pobudo krajevnih skupnosti, svetov občinskih skupščin, občinskih skupščin samih, občinskih organizacij SZDL ali na pobudo najmanj 10 odstotkov zavarovancev volilne enote.

85. člen

Zbori zavarovancev:

1. razpravljajo o spremembah in dopolnitvah statuta skupnosti;
2. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti;
3. razpravljajo o vseh drugih vprašanjih, kadar tako odloči skupščina skupnosti.

Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

2. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

86. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti spremembe in dopolnitve statuta, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci na zbora zavarovancev;
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega statuta v krajevnem tisku z vabilom za pošiljanje mnenja in predlogov;
3. z anketiranjem zavarovancev.

87. člen

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

Referendum se mora razpisati, če se odloča o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

Referendum se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

88. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem — z listki, in sicer se na vprašanje odgovori z »za« ali »proti«.

Referendum je veljaven, če glasuje več kot polovico zavarovancev-kmetov, nosilcev zavarovanja.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavilo več kot polovica navzočih zavarovancev-kmetov na referendumu.

Odločitev, sprejeta na referendumu, je obvezna za skupščino skupnosti in velja najmanj leto dni.

3. Sodelovanje skupnosti z družbeno-političnimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi organizacijami

89. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti oziroma njen izvršilni odbor. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezen primer dogovarjanja za to pooblastila skupščina.

90. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost izvršilni odbor skupščine skupnosti po smernicah in pooblastilu skupščine.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

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

91. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami praviloma za eno leto, kolikor ni v pogodbi izrecno določeno daljše obdobje.

Če se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitraži.

92. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog za zagotavljanje zdravstvenega varstva takim osebam.

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

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbená stranka zahteva njegovo spremembo.

V sporazumu se določita tudi postopek in način za reševanje 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

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH IN ADMINISTRATIVNIH POSLOV

93. člen

Za opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih poslov v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja za skupnost se pooblašča zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani.

Zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani kot pooblaščenec skupnosti izdaja na prvi stopnji vse odločbe po tem statutu. Odločbe podpisujejo pooblaščen delavci tega zavoda skladno z njegovim statutom.

94. člen

Trajno medsebojno razmerje med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje v Ljubljani se uredi

s statutarno pogodbo, ki jo skleneta skupščina skupnosti in pristojni organ zavoda.

S to pogodbo se natančneje določijo trajne naloge, ki jih bo zavod opravljal za skupnost, in pogoji za izvrševanje nalog, nadzor skupnosti nad opravljanjem nalog, temeljna izhodišča in merila za povračila za opravljanje del ter druga medsebojna razmerja.

95. člen

Tekoče naloge zavoda v zvezi z izvajanjem zavarovanja skladno z letnim delovnim načrtom skupnosti in povračila za izvajanje teh nalog določita skupnost in zavod s sporazumom za vsako poslovno leto posebej.

Sporazum med skupnostjo in zavodom po prejšnjem odstavku sklene skupščina po načelih, ki veljajo za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami.

96. člen

Za pravilno tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 95. člena statuta je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

97. člen

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s pogodbo iz 94. člena in s sporazumom iz 95. člena tega statuta, se uporabljajo temeljni zakon o zavodih in na njegovi podlagi izdani predpisi.

Osmi del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

98. člen

Skupščina skupnosti izpelje volitve vseh organov skupnosti po tem statutu najkasneje do 30. junija 1971.

Skupščina skupnosti izvoli najkasneje do 31. decembra 1970 komisije, ki odločajo na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja po tem statutu, kot začasne organe do izvolitve organov iz prejšnjega odstavka.

99. člen

Do 31. decembra 1970 posluje skupnost po dosedanjih predpisih.

100. člen

Skupnost prevzame premoženje komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana.

Skupnost prevzame nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana.

101. člen

Zavežanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega zavarovanja kmetov na dan 31. decembra 1970, plačati v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov po tem statutu.

102. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne izvajati zdravstveno zavarovanje po tem statutu, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, kateri so v veljavi do tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah tega statuta in drugih splošnih aktov skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dosele pravice, če še niso bile uresničene.

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

103. člen

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

104. člen

Zavarovanci in njihovi družinski ali gospodinjiski člani, ki imajo na dan, ko se začne izvajati zdravstveno zavarovanje po tem statutu, po dosedanjih predpisih lastnost zavarovanca ali družinskega oziroma gospodinjiskega člana, obdržijo brez prijave v zavarovanju to lastnost tudi po tem statutu vse dotlej, dokler se po določbah tega statuta ne ugotovi, da te lastnosti nimajo oziroma da ne izpolnjujejo pogojev po tem statutu za priznanje lastnosti zavarovanca ali družinskega oziroma gospodinjiskega 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 lastnosti zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvenih izkaznic, izdanih tem osebam.

105. člen

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

106. člen

Do izdaje zakona, s katerim bodo urejena vprašanja povračila škode, povzročene skupnosti v zvezi z zdravstvenim zavarovanjem, se uporabljajo določbe temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja, s katerimi so urejena ta vprašanja.

107. člen

Dokler ne bo ustanovljen oziroma izoblikovan zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani po 93. členu tega statuta, opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve za skupnost po določbah 93. do 96. člena tega statuta komunalni zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani, vendar najdlje do 31. decembra 1971.

Skupščina skupnosti lahko izjemoma podaljša pooblastilo iz prejšnjega odstavka, vendar največ za eno leto.

108. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, zdravstveno zavarovanje po njem pa se začne izvajati 1. januarja 1971.

Št. 190 E-14/70

Ljubljana, dne 26. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana**

**Predsednik
Alojz Jakopič l. r.**

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
NOVO MESTO**

455.

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 kmetov Novo mesto na seji dne 27. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto (v nadaljnjem besedilu »skupnost«) so ustanovili kmetje z območij 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 »republiški zakon«) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodb in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Kmetje na območju omenjenih občin so na zasedanju dne 30. IX. 1970 ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto

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 bivališče 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 republiški zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot užitniki ali preživnine ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjstvi člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnika zavarovanega po drugih predpisih.

4. člen

Skupnost zagotavlja tudi drugim osebam tiste oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon kot obvezne za vse občane, če stalno prebivajo na območju katere izmed občin iz 1. člena in če ji je to nalogo poverila tista občina s sporazumom, s katerim se je uredilo tudi povračilo stroškov.

5. člen

V skupnosti določajo zavarovanci v mejah zakona samostojno zase in za člane svojega gospodinjstva pra-

vice iz zdravstvenega zavarovanja, njihov obseg in razven ter sredstva za njihovo uveljavljanje ter pri tem samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih določijo zavarovanci zase in za člane svojih gospodinjstev, veljajo tudi za osebe, ki jim zagotavlja republiški zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom.

8. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 3. člena tega statuta s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami; pogodbe sklene kot poslovna razmerja med enakopravnimi in samostojnimi organizacijami, ki jim je poverjeno uresničevanje zdravstvenega varstva zavarovanih oseb.

9. člen

Zaradi kar najbolj smotne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanja in pospeševanja zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage, ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje, sodeluje skupnost tudi z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti, poškodb in izboljšanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in delovnimi ter drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotne in uspešne uporabe 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 soustanovitelica zveze skupnosti kmetov. Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov.

12. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa republiški zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti na območju republike, se ta skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. 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, ta statut in splošni akti, s katerimi jih je skupnost vpejlala. Dospeli zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

14. člen

Zavarovane in druge upravičene osebe uveljavljajo svoje pravice po tem statutu tako, kot to določajo ta statut, splošni akti skupnosti in pogodba z zdravstveno delovno organizacijo. O določenih pogodbah o uveljavljanju pravic morajo biti zavarovane osebe obveščene.

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 zakona in tega statuta.

15. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot to določa republiški zakon. Višino prispevkov določa v mejah republiškega zakona organ skupnosti, ki je določen s tem statutom. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

16. člen

Skupnost izdaja splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

Zaradi organizacije in izvajanja zdravstvenega varstva, zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovanec skupnosti pravico:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa 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 razpravah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut;
- postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti;
- sodelovati v svojem zboru zavarovancev.

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

17. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena z dnem ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

18. člen

Skupnost preneha, se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata republiški zakon in ta statut.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

19. člen

Za kmete-zavarovance se štejejo 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.

20. 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 iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti, in sicer 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 kmetijsko gospodarske organizacije in je po uspehih svojega dela in za oddano zemljišče udeležena v dohodku kmetijske gospodarske organizacije, pa ni z njo v delovnem razmerju;

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom, ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti.

21. člen

Ce opravljajo osebe iz prejšnjega člena tudi samostojno poklicno dejavnost so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

2. Zavarovani gospodinjstvi člani

22. člen

Kot člani gospodinjstev zavarovancev so zavarovani:

1. ožji družinski člani: zakonec in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovanec vzel k sebi), ki jih je zavarovanec dolžan preživljati;

2. širši družinski člani: starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje, sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovanec dejansko preživlja;

3. ostali člani gospodinjstva: zavarovančevi otroci, bratje in sestre ter vnuki in vnukinje, strici in tete, tati in tašče, svaki in svakinje ter zetje in snahe, vendar s pogojem, da na zavarovančevem posestvu opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke, bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če se šolajo, pa do konca rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

Če so ti otroci prekinili šolanje zaradi bolezni, so zavarovani tudi med takšno prekinitvijo; če pa nadaljujejo šolanje pred 26. letom, se zavarovanje podaljša za tolikšno dobo, kolikor so prekinili šolanje. V tem času uživajo iste pravice, kot so jih imeli dotedaj.

Zavarovanje otrok, ki se šolajo v osnovni šoli in so njeni redni učenci, se podaljša do starosti, ki jo za obiskovanje šole določa zakon o osnovni šoli. V času tega podaljšanja uživajo pravice, ki so jih imeli dotedaj.

Če postanejo otroci iz 1. točke, bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prvega odstavka pred dopolnjeno predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovanec, in sicer za pravice, ki jih imajo osebe iz 3. točke prvega odstavka tega člena, razen če ne gre za otroke do 15. leta starosti.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okoliščine, ki so pogoj za njeno zavarovanje in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v osmih dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8. dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

26. člen

Če 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.

Če se odločba ne izda v roku dveh mesecev velja, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana dokončna odločba.

Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v petnajstih dneh pritožbo na komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Zoper dokončno odločbo lahko prizadei vloži tožbo na pristojno sodišče. V dokončni odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do vložitve tožbe.

Odločba se mora tudi izdati, če se uradoma uvede postopek za ugotovitev lastnosti zavarovane osebe, če za tako osebo ni bila vložena prijava in je verjetno izkazano, da bi morala biti vložena.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začne opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživnine pa z dnem, ko so pridobile pravico do preužitka ali preživnine.

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim družinskim članom — uživalca preživnine.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

29. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. 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.

31. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti gredo v celoti v breme skupnosti te oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja ko' 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.

32. 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 kliconoscev 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 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 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;

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

— preventivne serološke preglede na lues pri nosečnicah.

33. člen

Obvezna oblika nege in zdravljenja 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.

34. 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) — strokovna pomoč pri porodu ter nega 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.

35. 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 popolnejše in čim učinkovitejše zdravstveno varstvo te skupine prebivalstva.

36. 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.

37. člen

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, obsega obvezne oblike iz 36. člena tega statuta.

38. 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.

39. člen

Obvezna oblika aktivnosti za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva obsega programirano zdrav-

stveno 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.

40. člen

Zdravstveno varstvo iz 31. do 39. člena je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa republiški zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejeti program skupnosti.

41. člen

V celoti gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene po republiškem zakonu kot obvezne:

1. nujni prevoz duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico, oseb z življenjsko nevarnimi poškodbami in obolenji, za katere je nujen poseg v bolnišnici ali porodnic, katerih porod je v teku;

2. ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti;

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah od 31. dne dalje;

4. kri in krvna plazma za transfuzijo, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

42. 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 z vštetim prevozom zdravnika, če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

2. zdravljenje v zdravstvenih delovnih organizacijah (splošnih in specialnih bolnišnicah), če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

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

4. izdiranje zob.

Pripomočki, ki se vgrajujejo v telo, se smatrajo za sestavni del bolnišničnega zdravljenja.

43. člen

Skupščina skupnosti s svojim splošnim aktom določi, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov. Prispevek zavarovane osebe za pripomočke, ki se vgrajujejo v telo, se mora določiti tako, da čas vgraditve ne bi vplival na njegovo višino.

44. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene zavarovanim osebam s tem statutom, ne gredo v breme skupnosti.

45. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljena tista zdravila, ki so registrirana, da so v prometu v Jugoslaviji

in ki se dobijo samo na zdravniški recept ter pomožni in sanitetni material.

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

Skupščina skupnosti lahko določi seznam zdravil, ki se zavarovanim osebam lahko predpišejo ali seznam zdravil, ki se ne morejo predpisati na račun skupnosti.

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in zaračunavanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala. Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Indikacije za zobno protetično pomoč, za protetična in ortotična sredstva, sanitarne priprave, za očesne in slušne pripomočke in pripomočke za omogočanje glasnega govora, njihove standarde in trajnostno dobo ter indikacije za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, pri zavarovancih, ki imajo pravico do zdravstvenega varstva te vrste, določa skupščina skupnosti s posebnimi pravilniki. Skupščina pri tem lahko določi, da veljajo za to skupnost ustrezni splošni akti skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

46. 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 pravice 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 ob pogojih in po postopku, ki ga določa statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

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.

47. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe.

48. člen

Med bivanjem v tujini se zavarovani osebi odbri povračilo stroškov za nujno zdravstveno pomoč v prvih treh mesecih bivanja v tujini in za nujno zdravljenje v bolnici, ki se je začelo v tem roku. Zavarovani osebi se 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. V kolikor so na razpolago devize, se stroški povrnejo v devizah.

Skupnost sme, upoštevajoč svoja sredstva, napotiti zavarovane osebe na preglede 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 po odbitku prispevka iz tretjega odstavka tega člena.

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.

49. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. člena tega statuta.

Četrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

50. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti pod pogoji in na način, ki ga določajo republiški zakon, ta statut in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstveno delovno organizacijo in drugimi organizacijami.

51. člen

Zdravstveno varstvo lahko uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico.

52. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi vsako leto do 30. aprila služba oziroma organizacija, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki, zapadli do konca preteklega leta.

Obrazec izkaznice predpiše skupščina skupnosti.

53. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, vložene po predpisih o evidenci zdravstvenega zavarovanja.

54. člen

Skupnost lahko ob vloženi prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

55. člen

Zdravstveno varstvo se mora nuditi zavarovanim osebam v zdravstvenih delovnih organizacijah na sodoben način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev.

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji ali pri skupnosti.

56. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po zakonu in

tem statutu, v zdravstveni delovni organizaciji in pri zdravniku javne zdravstvene službe, ki si ga prosto izberejo.

Skupnost plača stroške, ki gredo v njeno breme neposredno zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo in organizaciji, v katero je zavarovano osebo napotil njen organ.

Če je zavarovana oseba uporabila zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji, ji skupnost povrne stroške do zneska, kolikor bi morala plačati za enake vrste zdravstvenega varstva zdravstveni delovni organizaciji, s katero ima sklenjeno pogodbo.

57. 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 uveljavila pravico in ceno določeno s pogodbo, ki jo je skupnost sklenila z ustrezno zdravstveno delovno organizacijo.

V nujnih primerih se drugi odstavek tega člena ne uporabi.

58. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo izda organizacija oziroma služba, ki opravlja za skupnost 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 vložijo tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. V odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do tožbe.

59. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo in sicer zase in za družinskega oziroma gospodinjkega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravnih koristi se odloča v postopku.

60. člen

Kolikor v tem statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku. Stranka lahko zahteva spremembo ali razveljavitev dokončne odločbe v obnovi postopka ali s posebnimi pravnimi sredstvi in sicer v roku, v katerem lahko uveljavi zahtevo pri občinskem sodišču.

61. člen

Pri uveljavljanju pravic se tudi za zavarovane osebe po tem statutu smiselno uporabljajo določbe pravilnika o postopku pri uveljavljanju pravic, ki ga je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Kadar je v postopku potrebno strokovno medicinsko mnenje, dajejo taka mnenja komisije, ki jih je imenovala skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

62. člen

Določbe o uveljavljanju pravic, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za osebe iz 3. člena tega statuta.

Peti del

FINANCIRANJE

63. člen

Sredstva za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki je določen za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
5. s prispevkom zavezancev za zdravstveno varstvo oseb iz 31. člena republiškega zakona;
6. z drugimi dohodki, ki se določijo kot vir financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

64. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1., 2. in 5. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupščina skupnosti. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodinjstva.

65. člen

Višino oziroma stopnje prispevkov se določijo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavljajo ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

66. člen

Osnova za odmero in plačevanje prispevkov je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin;
2. osebni dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne vštejejo v katastrski dohodek pa so podlaga za predpis prispevkov po predpisih o prispevkih in davkih občanov;
4. drugi dohodki zavarovancev in njihovih gospodinjstev članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke;
5. izplačani kosmati zaslužek zavarovanih oseb, ki občasno delajo pri delovni in drugi organizaciji ali zasebnem delodajalcu zunaj delovnega razmerja.

67. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so

oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

68. člen

Če je kmetijsko zemljišče po zakonu o solastništvu zavarovancev, se prispevek odmeri po načelih, ki veljajo za odmero prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti.

69. člen

Za osebe iz 31. člena republiškega zakona določi skupščina skupnosti prispevek v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku.

70. člen

Sredstva iz 69. člena tega statuta vodi skupnost na posebnem računu. Finančni načrt za ta sredstva predloži skupnost v poprejšnjo obravnavo občinskim skupščinam na svojem območju do 31. decembra vsakega leta za naslednje leto. Občinskim skupščinam predloži skupnost tudi zaključni račun teh sredstev do 1. aprila vsakega leta za preteklo leto. Občinske skupščine lahko pooblastijo skupščino določene občine, da se v njihovem imenu izjavlja o finančnem načrtu.

71. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 31. člena republiškega zakona so:

1. za preužitkarje — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
2. za osebe, ki prejemajo preživnino — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
3. za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi — lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinjstvene skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

72. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve ali pa davčne uprave, če se skupnost dogovori z občinskimi skupščinami.

73. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja zavarovane osebe, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra prigrasiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

74. člen

Glede zapadlosti prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov in glede obresti od neplačanega ali nepravilno plačanega prispevka se smiselno uporabljajo določbe predpisov o prispevkih in davkih občanov za prispevke, ki se ne plačujejo po odbitku.

Prispevki iz 3., 4. in 5. točke 63. člena zapadejo, razen če predpisi drugače ne določajo, z zadnjim dnem v mesecu za nazaj; prispevki iz 6. točke 63. člena pa takrat, ko to določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

75. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazenske obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

76. člen

Ce odmerja prispevke služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve, izda zavezanec prispevka, ki je v zaostanku s plačilom prispevka plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Na podlagi pravočasno vloženega ugovora lahko služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve, uveljavlja svojo terjatev, samo s tožbo pri sodišču.

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

77. člen

Ce odmerja prispevke služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve mora občinski organ davčne službe na zahtevo skupnosti izterjati prispevke po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

78. člen

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

79. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja kmetov na enotni žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva. Pri službi skupnosti se dohodki vodijo na posebnem obračunu kot:

1. sredstva za zagotovitev obveznih oblik zdravstvenega varstva,
2. sredstva za zagotovitev pravic, ki jih je skupnost samostojno določila s tem statutom.

80. člen

Denarna sredstva za zdravstveno varstvo kmetov — borcev NOV iz 88. člena republiškega zakona in za kmete borce za severno mejo v letih 1918 in 1919 se vodijo na posebnem žiro računu pri službi družbenega knjigovodstva; iz njih se plačuje del stroškov zdravstvenega varstva in stroški za izvajanje službe.

81. člen

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

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku petih let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino izločanja v rezervni sklad določi skupščina skupnosti s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom.

82. 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.

83. člen

Za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja oziroma iz obvezne rezerve uporabljene zneska predpiše skupščina skupnosti poseben prispevek.

Poseben prispevek predpiše skupščina skupnosti v odstotku od osnov iz 66. člena tega statuta, ali v pavšalnem znesku na zavarovančevo gospodinjstvo ali pa kombinirano v odstotku in v pavšalu.

84. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z republiškim zakonom in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v republiki sporazumno dogovorijo.

85. člen

Skupni dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov;
2. prispevek zavarovanih oseb, ki občasno delajo pri delovnih in drugih organizacijah ali zasebnih delodajalcih zunaj delovnega razmerja;
3. prispevek družbeno-političnih skupnosti;
4. prispevek za osebe iz 31. člena republiškega zakona;
5. povračila za povzročeno škodo;
6. povračila iz pozavarovanja;
7. drugi dohodki.

86. člen

Iz skupnih dohodkov sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov, ugotovljenih po prejšnjem členu, se izloča v rezervni sklad del skupnih dohodkov sklada, ki ga vsako leto s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti. Preostali del dohodkov sklada je čisti dohodek sklada.

87. člen

Iz čistega dohodka sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se krijejo izdatki:

1. za zdravstveno varstvo in sicer:
 - za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
2. za zdravstveno varstvo študentov;
3. 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;
- za poštne stroške;
- za obveznosti do skupnosti zdravstvenega zavarovanja;
- za stroške samouprave;
- za obresti in provizije;
- za ostale izdatke.

88. 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.

Potrebna 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.

89. 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 (primanjkljaj), se postopa po določbah 83. člena tega statuta.

90. člen

Skupščina skupnosti predpiše poseben pravilnik o organizaciji in vodenju knjigovodstva.

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

91. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci - kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

92. 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 odločeno.

Statut, pravilniki in sklepi, ki zadevajo pravice oziroma obveznosti zavarovanih oseb skupnosti, se objavljajo v Uradnem listu SRS.

93. člen

Skupnost je pravna oseba.
Sedež skupnosti je v Novem mestu.

94. člen

Skupnost ima svojo štampiljko okrogle in pravokotne oblike. Štampiljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov v Novem mestu. Sedež je naveden v sredini. Štampiljka pravokotne oblike ima isti napis kot štampiljka okrogle oblike.

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 katera druga oseba.

Predsednik ali podpredsednik skupščine lahko za vse ali za posamezne primere pooblastita kakšno drugo osebo.

95. člen

Skupnost je soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov SR Slovenije.

2. Organi skupnosti

96. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Skupnost ima komisijo za reševanje pritožb zavarovanih oseb, skupščina pa lahko imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti

97. člen

Skupščina opravlja zlasti te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike;

2. sprejema druge splošne akte;

3. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov ter daje službi oziroma organizaciji, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

4. odloča o stvarni pristojnosti službe oziroma organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne, finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

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

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

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

8. obravnava letno poročilo službe oziroma organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

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

10. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi in drugimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji ter z drugimi osebami;

11. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovan in ukrepin za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

12. voli predsednika in podpredsednika skupščine, predsednika izvršilnega odbora in predstavnike skupnosti v zvezi skupnosti;

13. voli izvršilni odbor in imenuje komisije skupnosti za opravljanje določenih nalog;

14. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonih in tem statutu pristojna skupnost, če ni izrečno določeno, da opravlja te zadeve kakšen drug organ skupnosti ali organizacija oziroma služba za izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji ter drugimi osebami v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

98. člen

Skupščina sprejme poslovnik za svoje delo in za delo izvršilnega odbora ter drugih organov skupnosti, v katerem mora določiti tudi pravice in obveznosti članov skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov.

99. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja po pravilniku skupnosti o volitvah.

100. člen

Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika, ki ju izvoli izmed svojih članov.

101. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku se določi tudi način odpoklica članov skupščine.

102. člen

Skupščina šteje 27 članov.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovaneec — nosilec zavarovanja te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih.

103. člen

Mandat članov skupščine traja 4 leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine.

104. 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 pravnomočno sodbo sodišča obsojen na nepogojno zaporno kazen daljšo od 6 mesecev;
5. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;
6. z odpoklicem.

Če preneha mandat prej kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 90 dni po prenehanju mandata.

105. 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 drugih organov.

O odpoklicu člana skupščine odločajo zavarovanci volilne enote, kjer je bil izvoljen po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

Pobudo za uvedbo postopka za odpoklic lahko da skupščina ali ena desetina zavarovancev — kmetov volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršilni odbor in komisija

106. člen

Izvršilni odbor ima 7 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov. Mandat članov izvršilnega odbora traja 4 leta.

107. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami ter osebami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je ta pristojna;
5. obravnava mnenja in predloge zborov zavarovancev in predlaga skupščini ustrezne ukrepe;
6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
7. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
8. obravnava načrt in program za delo službe oziroma organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve in daje pripombe nanj;
9. skrbi za sklicevanje sej skupščine ter za sklicevanje in delo komisij;

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

108. člen

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe, izdane na prvi stopnji o svojstvih zavarovanih oseb in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu najmanj enkrat letno.

109. 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.

Predsednik, podpredsednik, član izvršilnega odbora in član komisije je lahko s sklepom skupščine razrešen svoje funkcije še pred potekom funkcijske dobe iz istih razlogov, kot je predčasno lahko odpoklican član skupščine.

c) Zbori zavarovancev

110. člen

Skupščina skupnosti ali izvršilni odbor lahko skliče za območje posameznih krajevnih skupnosti ali za območje volilnih enot zbor zavarovancev.

Zbor zavarovancev — nosilcev zavarovanja se mora sklicati, če to zahteva najmanj ena desetina zavarovancev nosilcev zavarovanja iz območja, za katerega naj se skliče.

111. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve.

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;

3. obravnavajo poročila organov, skupnosti;

4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.

Izvršilni odbor mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev in dajati skupščini predloge za ustrezne ukrepe.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

112. člen

Pred sprejeto skupščina skupnosti statut ali pravilnike, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci in na zborih zavarovancev;
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku z vabilom za dostavo mnenj in predlogov;
3. z anketiranjem zavarovancev.

113. 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.

114. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem — z listi, kjer se na vprašanje odgovori z »za« ali »proti«.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot polovica vseh zavarovancev — nosilcev zavarovanja skupnosti oziroma več kot polovica zavarovancev — nosilcev zavarovanja tistega dela območja skupnosti, ki se izločuje.

Odločitev, sprejeta na referendumu, 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

115. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in z družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju, pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočencev z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

116. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi osebami o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost skupščina skupnosti ali izvršilni odbor po smernicah in pooblastilu skupščine.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

S temi pogodbami se določijo medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določi tudi obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva ter pogoji in način njihovega uveljavljanja.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali združenjem ter drugimi osebami v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in po postopku, ki se določi v pogodbi.

117. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami 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, predložita sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji, ki deluje na način in po postopku, ki je določen v zakonu o zdravstvu.

118. 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 pogodbenična stranka zahteva njegov 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

STROKOVNA, FINANČNA
IN ADMINISTRATIVNA SLUŽBA

119. 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.

120. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom.

S sporazumom iz prvega 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.

121. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 120. člena je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

Osmi del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

122. člen

Skupščina skupnosti je dolžna izpeljati volitve po tem statutu do 30. junija 1971.

123. člen

Zavezanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega zavarovanja kmetov na dan 31. decembra 1970, plačevati tudi po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se plačilo nanaša na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavezance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem kmetov. Ta vplačila opravijo zavezanci prispevka v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto.

124. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne uporabljati republiški zakon, ta statut in drugi splošni akti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali na tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah republiškega zakona, po tem statutu in splošnih aktih te skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dospele pravice, ki še niso bile uresničene.

Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah republiškega 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 republiškim zakonom, tem statutom in s splošnimi akti te skupnosti.

125. člen

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

126. člen

Zavarovanci in njihovi gospodinjstvi člani, ki imajo na dan uveljavitve tega statuta po dosedanjih predpisih lastnost zavarovanca ali gospodinjstvskega člana, obdržijo brez prijave v zavarovanje to lastnost tudi po tem statutu vse dotlej, dokler se po določbah tega statuta ne ugotovi, da te lastnosti nimajo oziroma da ne izpolnjujejo pogojev po tem statutu za priznanje lastnosti zavarovanca ali gospodinjstvskega 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 lastnosti zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvenih izkaznic, izdanih tem osebam.

127. člen

O pritožbah zavarovanih oseb, vloženih in nerešenih do 31. decembra 1970, odloča na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja komisija za reševanje pritožb zavarovanih oseb, ki je določena v tem statutu.

128. člen

Se nadalje ostane v veljavi sklep o predpisu izrednega prispevka zavarovancev za kritje primanjkljajev (Uradni list SRS, št. 41/68).

Sklep iz prejšnjega odstavka pa se neha uporabljati za zavarovance — zavezance prispevka tiste občine, za katere bi družbeno-politična skupnost v celoti pokrila dolgove na prispevkih, za katere je bil ta prispevek predpisan.

129. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

1. statut komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto;
2. poslovnik skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto;

3. sklep o obsegu zdravstvenega varstva in pravicah zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja kmetov ter o načinu odmerjanja prispevkov (Uradni list SRS, št. 8/68).

130. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS in se začne uporabljati s 1. januarjem 1970.

Št. 010-9/70

Novo mesto, dne 27. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik
Stanko Gunčar l. r.