



URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 44

Ljubljana, 24. decembra 1970

Cena 10. dinarjev

Leto XXVII

VSEBINA:

235. Zakon o povračilu dela obresti za investicijske kredite za komunalno in luško infrastrukturo ter o odobritvi kredita za program razvoja luško-industrijskega kompleksa v Kopru iz sredstev SR Slovenije
239. Odlok o potrditvi sporazuma, sklenjenega med izvršnim svetom Skupščine SR Slovenije in izvršnim svetom Sabora SR Hrvatske o graditvi skupne atomske elektrarne v Krškem
240. Odlok o ukrepih neposredne družbene kontrole cen za obrtne in gostinske storitve
241. Sklep o določitvi osnove za odmero pokojnin borecem narodnosvobodilne vojne
242. Navodilo o obliki in vsebini registra o učnih pogodbah

PREDPISI OBCINSKIH SKUPŠČIN:

456. Sklep o skladnosti detajlne urbanistično tehnične dokumentacije za območje zazidalnega kareja 6 — Toplarna II Ljubljana v zazidalnem otoku SM1 — Industrijsko ser-

- visna cona ob kamniški progi z urbanističnim načrtom mesta Ljubljane (Ljubljana)
457. Sklep o manjši dopolnitvi sprejetega zazidalnega načrta za del območja zazidalnega otoka VS 7 — Brdo Vrhovci (Ljubljana)
458. Poslovnik o delu skupščine občine Litija
459. Sklep o javni razgrnitvi osnutka zazidalnega načrta (Center)

SPLOSNI AKTI KOMUNALNIH SKUPNOSTI:

460. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana
461. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev (Ravne na Koroškem)
462. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov (Ravne na Koroškem)
- Popravek

238.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o povračilu dela obresti za investicijske kredite za komunalno in luško infrastrukturo ter o odobritvi kredita za program razvoja luško-industrijskega kompleksa v Kopru iz sredstev SR Slovenije

Razglasa se zakon o povračilu dela obresti za investicijske kredite za komunalno in luško infrastrukturo ter o odobritvi kredita za program razvoja luško-industrijskega kompleksa v Kopru iz sredstev SR Slovenije, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 4. decembra 1970 in na seji gospodarskega zbora dne 10. decembra 1970.

Št. 402-153/70

Ljubljana, dne 14. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o povračilu dela obresti za investicijske kredite za komunalno in luško infrastrukturo ter o odobritvi kredita za program razvoja luško-industrijskega kompleksa v Kopru iz sredstev SR Slovenije

1. člen

Za investicijske kredite, ki so bili ali bodo v skladu s »Programom razvoja luško-industrijskega kom-

pleksa Koper« najeti in porabljeni za komunalno in luško infrastrukturo v znesku do 135.300.000 dinarjev, zagotavlja Socialistična republika Slovenija luki Koper:

a) povračilo obresti v višini polovice obrestne mere za najete kredite, vendar največ do 4% in do skupnega zneska 25.300.000 dinarjev v letih od 1970 do vštetelega 1981. leta;

b) kredit do 99.000.000 dinarjev z 1% letnimi obrestmi, ki se v času črpanja kredita od leta 1970 do konca leta 1981 obračunavajo na vsakokratni dolžni saldo za nazaj po enostavnem obrestnem računu ter se pripisujejob glavnici vsako leto 31. decembra.

2. člen

Luka Koper bo uporabila sredstva iz točke b) 1. člena tega zakona za odplačilo kreditov, porabljenih za izvedbo naslednjih investicijskih del:

a) velikih komunalnih del, ki obsegajo poglobitve in izkope luških bazenov, nasipavanja ter prilagajanja vodnega režima;

b) v infrastrukturnih objektih luškega podjetja, ki zajemajo graditev operativnih obal, pristajalnih mostov, železniških tirov, cest, kanalizacije in utrditve manipulativnih površin za lesna skladišča.

3. člen

Potrebna sredstva za povračilo dela obresti in za kreditiranje po 1. členu tega zakona se zagotovijo vsako leto iz sredstev Socialistične republike Slovenije za izravnavanja v gospodarstvu in pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti.

4. člen

Sredstva SR Slovenije za povračilo obresti do 25.300.000 dinarjev in za kredite do 99.000.000 dinarjev bodo zagotovljena v naslednjih letnih tranšah:

Leto	Za beneficiranje obresti dinarjev	Za kredite dinarjev
1970	1,000.000	3,000.000
1971	2,000.000	6,000.000
1972	2,600.000	7,600.000
1973	3,100.000	9,500.000
1974	3,300.000	12,300.000
1975	3,500.000	15,100.000
1976	3,300.000	12,300.000
1977	2,500.000	10,100.000
1978	1,900.000	10,700.000
1979	1,200.000	7,300.000
1980	600.000	3,900.000
1981	300.000	1,200.000

5. člen

Luka Koper bo vrnila:

a) v letih 1982 in 1983 obresti na dolžni znesek po stanju na dan 31. decembra 1981 in del glavnice v višini 3.000.000 din;

b) saldo dolžnega zneska na dan 31. decembra 1983 z 1% letnimi obrestmi v 30 enakih polletnih anuitetah, od katerih dospe prva v plačilo 30. junija 1984.

6. člen

S pogodbo med luko Koper in Socialistično republiko Slovenijo bodo natanko določeni objekti, za katere veljajo določbe tega zakona in matančnejši pogoji o beneficiranju obresti in o kreditnem odnosu.

7. člen

V imenu Socialistične republike Slovenije sklene pogodbe republiški sekretar za finance v soglasju z republiškim sekretarjem za gospodarstvo.



SKUPŠČINA
SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE
IZVRŠNI SVET

Predvidena gospodarska rast Socialistične republike Slovenije in Socialistične republike Hrvatske, ki jo je potrebno zagotoviti v prihodnje, je med drugim pogojena tudi z ustrežno dinamiko večanja proizvodnje električne energije kot enega izmed odločilnih proizvodnih faktorjev, ki se ne more obravnavati izven splošnega gospodarskega in družbenega razvojnega procesa.

Za današnjo stopnjo razvoja elektrogospodarstva v Jugoslaviji so značilni:

— obstoječi tehnično enotni elektroenergetski sistem Jugoslavije, ki se bo tudi nadalje razvijal kot velik tehnični sistem na dosežkih sodobne tehnologije, nujno in ozko povezan z gospodarstvom in drugimi potrošniki električne energije, območja, na katerem delujejo v skladu s splošnimi načeli našega samoupravno tržno-planskega gospodarstva;

— visoka stopnja rasti potrošnje električne energije v vseh oblikah in zato tudi potreba po nenehnem

8. člen

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

239.

Na podlagi drugega odstavka 2. točke amandmaja VII k ustavi Socialistične republike Slovenije v zvezi s četrtem odstavkom 241. člena poslovnika Skupščine Socialistične republike Slovenije je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 4. decembra 1970 in na seji gospodarskega zbora dne 10. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o potrditvi sporazuma, sklenjenega med izvršnim svetom Skupščine SR Slovenije in izvršnim svetom Sabora SR Hrvatske o graditvi skupne atomske elektrarne v Krškem

I

Potrjuje se sporazum, sklenjen dne 27. oktobra 1970 med izvršnim svetom Skupščine SR Slovenije in izvršnim svetom Sabora SR Hrvatske o graditvi skupne atomske elektrarne v Krškem.

II

Sporazum z dne 27. oktobra 1970 iz I. točke tega odloka se objavi kot priloga k temu odloku.

Št. 31.11-3/70

Ljubljana, dne 14. decembra 1970.

Skupščina
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Sergej Kraigher l. r.



SOCIJALISTIČKA REPUBLIKA HRVATSKA
IZVRŠNO VIJEĆE SABORA

Privredni rast Socijalističke Republike Hrvatske i Socijalističke Republike Slovenije s kojim se računa i koji treba osigurati i u budućnosti uvjetovan je, pored ostalog, i odgovarajućom dinamikom porasta proizvodnje električne energije kao jednog od odlučujućih proizvodnih faktora, koji se ne može tretirati izvan općeg privrednog i društvenog procesa razvoja.

Današnji stupanj razvoja elektroprivrede u Jugoslaviji karakteriziran je:

— postojanjem tehnički jedinstvenog elektroenergetskog sistema Jugoslavije, koji će se i dalje razvijati kao veliki tehnički sistem na tekovinama suvremene tehnologije, nužno i usko povezan s privredom i drugim potrošačima područja na kojem djeluju, u skladu s općim principima samoupravne tržišno-planske privrede u zemlji;

— visokom stopom rasta potrošnje električne energije u svim oblicima i, otuda, potrebom kontinuiranog

vlaganju znatnega dela društvene akumulacije in finansijskih potencijala društva u njezinu proširenu reprodukciju, i

— zahteva, da moraju biti društvena ulaganja v to panogo gospodarstva usmerjena na najboljši racionalno in rentabilno tehnologijo sodobne energetike; to bo omogočilo proizvodnjo električne energije, najugodnejšo na mestu potrošnje in zagotovilo s tem tudi konkurenčno sposobnost gospodarstva v mednarodni delitvi dela.

V skladu s potrebami po električni energiji, ugotovljenimi v dolgoročnih programih razvoja energetike obeh republik, in v skladu z rezultati strokovnih ugotovitev znanstvenih in drugih institucij iz Slovenije in Hrvatske o optimalnem izboru energetskih objektov, ki naj zadovoljijo te potrebe, izhaja, da potreb po električni energiji do 1980. leta ne bo mogoče zadovoljiti — pod ekonomsko sprejemljivimi pogoji — samo iz klasičnih elektroenergetskih virov in da je zaradi tega potrebno čimprej začeti z izgradnjo nuklearne elektrarne. Za energetska in ekonomsko optimalno izkoriščanje rezultatov razvoja sodobne tehnologije je najbolj racionalna izgradnja skupne nuklearne elektrarne.

Zaradi teh razlogov so elektrogospodarske organizacije obeh republik začele pripravljati skupno izgradnjo prve nuklearne elektrarne na njihovem območju, ki bo v največji meri ustrezala omenjenim zahtevam.

Izhajajoč iz tretmana elektrogospodarstva kot odprte infrastrukturne gospodarske panoge, ki mora biti tesno povezana z gospodarskim in družbenim okoljem in z vsemi dejavniki, odgovornimi za ta razvoj, je nezogibno, da bo tudi ta velika akcija rezultat ustreznega angažmaja in navora vseh teh dejavnikov, vključno tudi republik, ki sta odgovorni za gospodarski in splošni družbeni razvoj svojih območij.

— Ne da bi kakorkoli prevzemali vlogo, ki je v našem samoupravnem družbenoekonomskem sistemu namenjena gospodarskim organizacijam kot nosilcem razširjene reprodukcije,

— da bi podprli to akcijo elektrogospodarskih in drugih gospodarskih organizacij obeh republik tudi s sprejetjem določenih obveznosti do bodočih investitorjev, posebno glede aktiviranja in dogovarjanja z zainteresiranimi gospodarskimi organizacijami in bankami zaradi koncentracije potrebnih sredstev in

— v želji, da istočasno še naprej razširjata in razvijata prakso medrepubliškega družbenega dogovarjanja kot ene izmed oblik samoupravnega sporazumevanja o vprašanih skupnega interesa, Socialistična republika Slovenija in Socialistična republika Hrvatska sklepata naslednji

SPORAZUM

1. Socialistična republika Slovenija in Socialistična republika Hrvatska (v nadaljnjem besedilu: Republiki) podpirata akcijo elektrogospodarskih in drugih zainteresiranih organizacij iz Slovenije in Hrvatske glede izgradnje skupne nuklearne elektrarne in bosta nudili vsestransko podporo in pomoč, da se ta akcija uresniči.

— zahtevom da društvena ulaganja u ovu granu privrede budu orijentirana na najracionalniju i najrentabilniju tehnologiju suvremene energetike, sto ce rezultirati proizvodnjom električne energije najpovoljnijom na mjestu potrošnje i time osiguravati sposobnost privrede da konkurentno sudjeluje u međunarodnoj podjeli rada.

U skladu s potrebama za električnom energijom, utvrđenim u dugoročnim programima razvoja energetike jedne i druge republike, i u skladu s rezultatima stručnih nalaza o optimalnom izboru energetskih objekata za podmirenje tih potreba, što su ih izradile naučne i druge institucije iz Hrvatske i Slovenije, proizlazi da potrebe za električnom energijom do 1980. godine neće biti moguće zadovoljiti — pod ekonomski prihvatljivim uvjetima — samo iz klasičnih elektroenergetskih izvora i da je zbog toga nužno što prije pristupiti izgradnji nuklearne elektrane. Za energetska i ekonomski optimalno korištenje rezultata razvoja suvremene tehnologije najracionalnija je izgradnja zajedničke nuklearne elektrane.

Iz tih razloga su elektroprivredne organizacije jedne i druge republike pokrenule akciju za zajedničku izgradnju prve nuklearne elektrane na njihovu području, koja u maksimalnoj mjeri udovoljava navedenim zahtjevima.

Polazeći od tretmana elektroprivrede kao otvorene infrastrukturne privredne grane koja treba da bude usko povezana s privrednom i društvenom okolinom i sa svim faktorima odgovornim za taj razvoj, neophodno je da i ova krupna akcija bude rezultat odgovarajućeg angažmana i navora svih tih faktora, uključivo i republika koje su odgovorne za privredni i opće društveni razvoj njihova područja.

U vezi s time, ne preuzimajući ni u kojem slučaju ulogu koja je u našem samoupravnem društveno-ekonomskom sistemu namijenjena privrednim organizacijama kao nosiocima proširene reprodukcije radi pružanja podrške ovoj akciji elektroprivrednih i drugih privrednih organizacija jedne i druge republike i radi preuzimanja određenih obaveza prema budućim investitorima, posebno u pravcu aktiviranja i dogovarjanja sa zainteresiranom privredom i bankama radi koncentracije potrebnih sredstava, a u želji da u isto vrijeme dalje prošire i razviju praksu međurepubličkog društvenog dogovarjanja kao jednog od oblika samoupravnog sporazumijevanja o pitanjima od zajedničkog interesa, Socijalistička Republika Hrvatska i Socijalistička Republika Slovenija zaključuju ovaj

SPORAZUM

1. Socijalistička Republika Hrvatska i Socijalistička Republika Slovenija (u daljnjem tekstu: Republike) podržavaju akciju elektroprivrednih i drugih zainteresiranih organizacija iz Hrvatske i Slovenije u pogledu izgradnje zajedničke nuklearne elektrane i pružat će svestranu podršku i pomoć da se ta akcija ostvari.

2. Na temelju načrtov elektrogospodarskih organizacij oziroma na temelju elektroenergetskih bilanc bosta Republiki v svojih društvenih planih razvoja za prihodnja obdobja predvideli izgradnjo skupne nuklearne elektrarne.

3. Republikli sta soglasni, da bo kapaciteta prve skupne nuklearne elektrarne znašala približno 600 MW, njena lokacija bo v Sloveniji, predvidoma na območju Krškega, če bo po potrebnih opravljenih podrobnejših raziskavah in strokovnih ekspertizah ta lokacija potrjena.

Republikj sta soglasni, da se po izgradnji nuklearne elektrarne na območju Slovenije (oziroma, če bodo to okoliščine zahtevale, tudi prej), po načelih in pogojih, določenih s tem sporazumom, zgradi druga skupna nuklearna elektrarna na območju Hrvatske.

4. Republikli menita, da bi združeni investitorji obeh republik morali sodelovati pri financiranju izgradnje skupne nuklearne elektrarne z enakimi deli ter v istem razmerju deliti vse pravice in obveznosti.

Na enakih načelih bi bilo potrebno določiti tudi pravice in obveznosti v času izkoriščanja skupne nuklearne elektrarne.

5. Sredstva za izgradnjo skupne nuklearne elektrane bodo zagotovljena v vsaki republici na način, ki bo ocenjen kot najboljši oziroma najugodnejši za investitorje in potrošnike električne energije na območju posamezne republike. S tem ni omejeno niti število udeležencev pri financiranju niti višina sredstev iz posameznih virov, oziroma način njihovega zbiranja.

6. Investitorji skupne nuklearne elektrarne iz ene republike bodo nastopili v odnosih z investitorji iz druge republike na način in v obliki, ki ju bodo sami določili, pod pogojem, da s tem ne ogrožajo pravic in varnosti partnerjev iz druge republike.

7. Republikli bosta podpirali akcije za zagotovitev sredstev, potrebnih za izgradnjo skupne nuklearne elektrarne, kot tudi druge akcije, potrebne v okviru gospodarskega sistema.

Republikli bosta skupaj nastopali oziroma podpirali zahteve za zagotovitev inozemskih sredstev (kreditov in drugo) in v zvezi z dobljenimi inozemskimi sredstvi dajali tudi ustrezna poroštva, če bo to potrebno.

Pravice in obveznosti, ki izhajajo iz dobljenih inozemskih sredstev, se bodo določevale v skladu s stališči 4. točke tega sporazuma.

8. Republikli sta soglasni, da je pod obojestransko sprejemljivimi pogoji potrebno vključiti v izgradnjo skupne nuklearne elektrarne v največji možni mери domače gospodarstvo.

9. Republikli sta soglasni, v kolikor se z ekonomskimi ukrepi in instrumenti, ki bi bili sprejeti v eni od republik, poslabšajo pogoji izgradnje ali izkoriščanja skupne nuklearne elektrarne — glede na pogoje, dogovorjene v začetku izgradnje — taki ukrepi in instrumenti ne bodo imeli vpliva na pravice in obveznosti investitorjev iz druge republike.

10. Če se zaradi splošne ekonomske politike spremene instrumenti in ukrepi, tako da se poslabšajo

2. Na osnovi planova elektroprivrednih organizacij, odnosno na osnovi elektroenergetskih bilanc, Republike će prethvidjeti izgradnjo zajedničke nuklearne elektrane u svojim društvenim planovima razvoja za iduća razdoblja.

3. Republike su suglasne da prva zajednička nuklearna elektrana bude kapaciteta od cca 600 MW, a njezina lokacija u Sloveniji, predvidivo na području Krškog, ako nakon izvršenih potrebnih daljnih ispitivanja i stručnih ekspertiza ta lokacija bude potvrđena.

Republike su suglasne da se nakon izgradnje nuklearne elektrane na teritoriju Slovenije (odnosno, ako prilike budu to zahtijevale, već i prije) po načelima i uvjetima utvrđenim ovim sporazumom izgradi druga zajednička nuklearna elektrana na teritoriju Hrvatske.

4. Republike smatraju da bi udruženi investitorji iz jedne i druge republike trebali sudjelovati u financiranju izgradnje zajedničke nuklearne elektrane u jednakim dijelovima i u istom omjeru raspodjeljivati sva prava i obveze.

Na istim načelima trebalo bi utvrđivati prava i obveze u toku eksploatacije zajedničke nuklearne elektrane.

5. Sredstva za izgradnju zajedničke nuklearne elektrane osigurati će se u svakoj republici na način za koji se bude smatralo da je najbolji odnosno najpovoljniji za investitore i potrošače električne energije na području dotične republike. S tim u vezi nije ograničen broj sudionika u financiranju ni iznosi sredstava iz pojedinih izvora, odnosno način njihova prikupljanja.

6. Investitorji zajedničke nuklearne elektrane iz jedne republike nastupati će, u odnosu na investitora iz druge republike, u obliku i na način koji će oni sami utvrditi, pod uvjetom da se time ne ugrožavaju prava i sigurnost partnera iz druge republike.

7. Republike će pomagati akcije koje će biti usmjerene na osiguranje sredstava potrebnih za izgradnju zajedničke nuklearne elektrane, kao i druge potrebne akcije u okviru privrednog sistema.

Republike će zajednički nastupati odnosno pomagati zahtjeve za osiguranje inozemskih sredstava (kredita i dr.) i u vezi s dobivenim inozemnim sredstvima davati i odgovarajuće garancije, ako to bude potrebno.

Prava i obveze koje proistječu iz dobivenih inozemnih sredstava utvrđivat će se u skladu sa stavovima iz tačke 4. ovog sporazuma.

8. Republike su suglasne da pod obostrano prihvatljivim uvjetima u izgradnju zajedničke nuklearne elektrane treba uključiti u najvećoj mogućoj mjeri domaću privredu.

9. Republike su suglasne da u slučaju ako se ekonomskim mjerama i instrumentima koji bi se propisali u pojedinoj republici pogoršaju uvjeti izgradnje ili eksploatacije zajedničke nuklearne elektrane u odnosu na uvjete pod kojima se udje u njezinu izgradnju, takve mjere i instrumenti neće utjecati na prava i obveze investitora iz druge republike.

10. Ako se zbog opće ekonomske politike izmijene instrumenti i mjere tako da se pogoršaju uvjeti pod

pogoji, sprejeti s pogodbo o izgradnji, oziroma izkorišćanju skupne nuklearne elektrarne, bosta republiku skupno z investitorji oziroma organi upravljanja skupne nuklearne elektrarne pomagali rešiti vprašanja, ki bi nastala zaradi sprememb instrumentov in ukrepov.

11. Investitorji bodo sami sprejeli sklep o organizacijski obliki za izgradnju in izkorišćanje skupne nuklearne elektrarne.

S poslovno pogodbo, ki jo bodo sklenili investitorji, kot tudi s pogodbo, ki bo sklenjena s skupno nuklearno elektrarno, je potrebno zlasti urediti: pravice in obveznosti investitorjev do skupne nuklearne elektrarne kot skupne organizacije združenega dela, pravni položaj te organizacije, pravice in dužnosti glede raspolaganja z osnovnim sredstvi in proizvodno kapacitetu ter glede delitve dohodka in vse druge modalitete izgradnje in izkorišćanja skupne nuklearne elektrarne.

Republiki menita, da je potrebno s pogodbama iz drugoga odstavka te točke v skladu s predpisi medsebojne odnose urediti tako, da bodo investitorji praktično, posredno ali neposredno, raspolagali z delom kapacitet skupne nuklearne elektrarne, sorazmerno glede na vložena sredstva. S temi pogodbama je potrebno predvideti tudi zadostno učinkovite garancije, oziroma obveznost za nadomestilo škode in sankcije, ki bodo zagotovile izpolnitev pogodbenih določil.

Investitorji bodo pogodbe iz drugoga odstavka te točke predložili na vpogled republikim organom uprave, pristojnim za gospodarske zadeve.

12. Republiku menita, da morajo investitorji prvo skupno nuklearno elektrarno zgraditi čimprej. Zato morajo določiti roke za pripravo investicijskega programa, za sprejem investicijske odločitve in za sklenitev pogodbe z dobavitelji glavne opreme in izvrševalci storitev tako, da bo pogodba o nabavi glavne opreme začela veljati najkasneje v prvi polovici 1972. leta in da bo začela skupna nuklearna elektrarna obratovati najkasneje v prvi polovici 1977. leta.

13. Republiku sta soglasni, da bosta svojo podporo in pomoč v smislu tega sporazuma nudili pod pogojem, da se akcije v zvezi z izgradnjo skupne nuklearne elektrarne in njenim izkorišćanjem uresničujejo v skladu z načeli, določenimi s tem sporazumom.

14. Ta sporazum je podpisan v štirih enakih izvodih v slovenskem in hrvatskosrpskem jeziku in začne veljati, ko ga potrdita Skupščina Socijalistične republike Slovenije in Sabor Socijalistične republike Hrvatske.

Številka: 351-25/67

V Krškem, 27. oktobra 1970.

**Predsednik izvršnega sveta
Skupščine
Socialistične republike Slovenije
Stane Kavčič**

Stane Kavčič l. r.

kojima se udje u izgradnju odnosno eksploataciju zajedničke nuklearne elektrane, Republike će zajedno s investitorima odnosno organima upravljanja zajedničke nuklearne elektrane pomoći da se riješe problemi koji nastanu zbog izmjene instrumenata i mjera.

11. Investitori će sami donijeti odluku o organizacionoj formi za izgradnju i eksploataciju zajedničke nuklearne elektrane.

Poslovnim ugovorom koji će zaključiti investitori, kao i ugovorom koji će se zaključiti sa zajedničkom nuklearnom elektranom, treba urediti osobito: prava i obveze investitora prema zajedničkoj nuklearnoj elektrani kao zajedničkoj organizaciji udruženog rada, pravni položaj te organizacije, prava i dužnosti u pogledu raspolaganja osnovnim sredstvima i proizvodnim kapacitetom i u pogledu raspodjele dohotka, kao i sve ostale modalitete izgradnje i eksploatacije zajedničke nuklearne elektrane.

Republike smatraju da ugovorima iz stava 2. ove tačke treba u skladu s propisima medjusobne odnose tako regulirati da investitori praktički, posredno ili neposredno, raspoložu dijelom kapaciteta zajedničke nuklearne elektrane razmjerno uložnim sredstvima. Ovim ugovorima treba predvidjeti i dovoljno efikasne garancije, odnosno dužnost naknade štete i sankcije kojima će se osigurati da se održi ugovoreno stanje.

Investitori će ugovore iz stava 2. ove tačke dostaviti na uvid republikim organima uprave nadležnim za poslove privrede.

12. Republike smatraju da investitori prvu zajedničku nuklearnu elektranu treba da izgrade što prije. Radi toga treba da odrede robove za pripremu investicionog programa, za donošenje investicione odluke i za zaključivanje ugovora s dobavljačima glavne opreme, odnosno izvršiocima usluga na način da ugovor o nabavi glavne opreme stupi na snagu najkasnije u prvoj polovini 1972. godine, a stavljanje u pogon zajedničke nuklearne elektrane uslijedi najkasnije u prvoj polovini 1977. godine.

13. Republike su suglasne da će svoju podršku i pomoć u smislu ovog sporazuma pružati pod uvjetom da se akcije u vezi s izgradnjom zajedničke nuklearne elektrane i njezinom eksploatacijom ostvaraju u skladu s načelima utvrdjenim u ovom sporazumu.

14. Ovaj sporazum je potpisan u četiri istovjetna primjerka, na hrvatsko-srpskom i na slovenskom jeziku, a stupa na snagu kad ga potvrde Sabor Socijalističke Republike Hrvatske i Skupščina Socijalističke Republike Slovenije.

Broj: 10.864/3-439-1970

U Krškem, 27. listopada 1970.

**Predsjednik Izvršnog vijeća
Sabora
Dragutin Haramija**

Dragutin Haramija s. r.

240.

Na podlagi drugega odstavka 21. člena v zvezi s tretjim odstavkom 13. člena, s 16. členom in s četrtem odstavkom 26. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12-174/67, št. 23-343/67, št. 40-473/68, št. 11-139/69 in št. 15-170/70) izdaja Izvršni svet Skupščine SR Slovenije

ODLOK

o ukrepih neposredne družbene kontrole cen za obrtne in gostinske storitve

I

Cene za obrtne in gostinske storitve, ki se po veljavnih predpisih lahko oblikujejo po tržnih razmerah, se obvezno evidentirajo.

II

Občinski organi za cene predpišejo najpozneje v 15 dneh po uveljavitvi tega odloka obvezno pošiljanje cenikov v evidenco organu za cene za vse obrtne in gostinske storitve, ki niso pod neposredno družbeno kontrolo cen, in obenem določijo, katere podatke morajo obsegati ceniki.

III

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

Št. 38-60/70

Ljubljana, dne 12. decembra 1970.

Izvršni svet Skupščine
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Stane Kavčič l. r.

241.

Na podlagi trinajste alineje 186. člena ustave Socialistične republike Slovenije in v zvezi s točko I/4 sklepov in priporočil za izpopolnitev sistema družbene skrbi za predvojne revolucionarje in borce NOV (Uradni list SRS, št. 12-89/68) je Izvršni svet Skupščine SR Slovenije na 53. seji dne 12. decembra 1970 sprejel

SKLEP

o določitvi osnove za odmero pokojnin borcem narodnoosvobodilne vojne

1

Borcem narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 (76a člen temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju) in španskim borcem (72. in 234. člen temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju), ki jim je bila odmerjena pokojnina od nižje pokojninske osnove kot 1270 dinarjev, se odmeri nova pokojnina od pokojninske osnove 1270 dinarjev.

Pokojnina se odmeri od osnove iz prejšnjega odstavka v odstotku, s katerim je bila borcu določena pokojnina glede na pokojninsko dobo, in se poveča po tretjem odstavku 72. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju.

2

Po določbah iz 1. točke tega sklepa se pokojnina določi tudi borcem narodnoosvobodilne vojne in španskim borcem, ki se bodo upokojili po 1. januarju 1971, če je to zanje ugodnejše.

3

Po tem sklepu odmerjajo in izplačujejo pokojnine zavodi za socialno zavarovanje v breme proračuna SR Slovenije.

4

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, preneha veljati sklep o določitvi osnove za odmero pokojnin borcem narodnoosvobodilne vojne (Uradni list SRS, št. 3-12/70).

5

Ta sklep začne veljati z dnem objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 191-14/69

Ljubljana, dne 12. decembra 1970.

Izvršni svet Skupščine
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Stane Kavčič l. r.

242.

Na podlagi prvega odstavka 31. člena zakona o poklicnem izobraževanju in o urejanju učnih razmerij (Uradni list SRS, št. 26-149/70) izdaja republiški sekretar za delo

NAVODILO

o obliki in vsebini registra o učnih pogodbah

I. SPLOŠNI DOLOČBI

1. člen

Za delo pristojni občinski upravni organ vodi register o učnih pogodbah v skladu z določbami zakona o poklicnem izobraževanju in o urejanju učnih razmerij (Uradni list SRS, št. 26-149/70), zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list SFRJ, št. 18-379/65) ter tega navodila.

2. člen

Register o učnih pogodbah je javen.
Za delo pristojni občinski upravni organ, ki vodi register, mora dovoliti vpogled v register in izdajati izpiske iz registra vsaki osebi, ki ima za to opravičen interes.

II. OBLIKA REGISTRA

3. člen

Register o učnih pogodbah se vodi v vezani knjigi formata A-3 (297 × 420 mm); strani knjige so oštevilčene in prešite z vrvico, konca vrvica pa na notranji strani platnic zapečateni z voskom, na katerega se pritisne uradni pečat.

Posamezna knjiga se označuje z zaporedno rimsko številko.

4. člen

K registru se vodi zbirka listin, v katero se vlagajo učne pogodbe in drugi spisi, ki so v zvezi z registracijo.

III. VSEBINA REGISTRA

5. člen

Register vsebuje naslednje rubrike:

1. zaporedna številka vpisa,
2. datum predložitve učne pogodbe o registracijo,
3. datum registracije,
4. osebni podatki učenca z učno pogodbo:
 - a) priimek in ime,
 - b) rojstni podatki (datum, kraj, občina, republika),
 - c) šolsko leto, v katerem je učenec dopolnil osnovnošolsko obveznost,
 - č) zadnji uspešno končani razred osnovne šole,
 - d) stalno prebivališče (kraj in ulica s hišno številko),
5. zakoniti zastopnik mladoletnega učenca (sorodstveno razmerje, priimek in ime, poklic, stalno prebivališče),
6. poklic, za katerega se izobražuje:
 - a) naziv,
 - b) programirana učna doba (meseči),
7. prejšnje izobraževanje:
 - a) pričetek izobraževanja oziroma učenja (datum),
 - b) zadnja oziroma prejšnja učna pogodba (delovna organizacija oziroma obrtnik, datum prenehanja oziroma podaljšanja, razlogi prenehanja oziroma podaljšanja),
 - c) skupna priznana prejšnja doba izobraževanja (meseči),
8. nova učna pogodba:
 - a) datum sklenitve pogodbe oziroma sprejema učenca,

- b) s pogodbo določeno trajanje izobraževanja (meseči),
 - c) datum izteka pogodbe oziroma dobe izobraževanja,
 - č) s pogodbo določeno trajanje poskusne dobe (dni),
 - d) delovna organizacija oziroma obrtnik (naziv, sedež, dejavnost),
 - e) mesečna nagrada v skupnem znesku din — od tega neposredno v gotovini,
 - f) šola, ki ji je bila poslana registrirana učna pogodba,
 9. opravljen zaključni izpit (šola, datum, št. pričevala),
 10. opombe.
- Zaporedna številka vpisa ob registraciji učne pogodbe se označi na učni pogodbi.

6. člen

Vpisi v register se vpisujejo s črnilom.

Pomote pri vpisovanju v register je treba popraviti na ta način, da se napačno zapisana beseda ali del besedila prečrta tako, da ostane prejšnji vpis čitljiv, novi vpis pa se čitljivo vpiše nad prečrtanim.

Popravki se vpisujejo z rdečilom.

Vsak vpis in vsak popravek vpisa podpiše oseba, ki vodi register.

7. člen

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

St. 12-7/70

Ljubljana, dne 14. decembra 1970.

Republiški sekretar za delo
Jože Božič l.r.

Predpisi občinskih skupščin

SKUPŠČINA MESTA LJUBLJANE

456.

Na podlagi 21. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) ter 4. člena odloka o določitvi območij, za katera se izdelajo zazidalni načrti za del območja zazidalnega otoka ŠM 1 — Industrijsko servisna cona ob kamniški progji — za gradnjo Toplarnar II Ljubljana (Uradni list SRS, št. 32/70) je svet za urbanizem pri skupščini mesta Ljubljane na 15. seji dne 3. decembra 1970 sprejel

SKLEP

o skladnosti detaljne urbanistično tehnične dokumentacije za območje zazidalnega kareja 6 — Toplarna II Ljubljana v zazidalnem otoku ŠM 1 — Industrijsko servisna cona ob kamniški progji z urbanističnim načrtom mesta Ljubljane

1

Ugotavlja se skladnost detaljne urbanistično tehnične dokumentacije za območje zazidalnega kareja 6 — Toplarna II Ljubljana v zazidalnem otoku ŠM 1 — Industrijsko servisna cona ob kamniški progji, ki jo je pod številko projekta 7774/70 v oktobru 1970 iz-

delal Ljubljanski urbanistični zavod, z urbanistično dokumentacijo, ki jo je pod številko 1308/70 v juliju 1970 prav tako izdelal Ljubljanski urbanistični zavod in katera v detajlu grafično in tehnično ponazarja urbanistični načrt mesta Ljubljane za to območje.

2

Detajlna urbanistično tehnična dokumentacija, ki jo je pod številko LD 7774/70 v oktobru 1970 izdelal Ljubljanski urbanistični zavod, je sestavni del tega sklepa.

3

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

4

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

St. 010-0126/70

Ljubljana, dne 3. decembra 1970.

Predsednik sveta za urbanizem
pri skupščini mesta Ljubljane
Marijan Kolarič, dipl. ing. l. r.

457.

Na podlagi 3. člena zakona o mestih, ki so razdeljena na občine (Uradni list SRS, št. 11/64 in 36/65), drugega odstavka 15. člena zakona o urbanističnem planiranju (Uradni list SRS, št. 16/65) ter 21. in 163. člena statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je svet za urbanizem pri skupščini mesta Ljubljane na 15. seji dne 3. decembra 1970 sprejel

SKLEP

o manjši dopolnitvi sprejetega zazidalnega načrta za del območja zazidalnega otoka VS 7 — Brdo Vrhovci

1

Dovoli se manjša dopolnitev sprejetega zazidalnega načrta za del območja zazidalnega otoka VS 7 — Brdo Vrhovci, ki obsega predel med Cesto na Bokalce na severu, Cesto na Vrhovce na zahodu, gozdnimi površinami na jugu ter predvidenim rezervatom vzgojno-varstvene ustanove na zahodu tako, da se namesto predvidenih vrstnih hiš dovoli gradnja individualnih stanovanjskih hiš.

2

Manjša dopolnitev iz 1. točke tega sklepa grafično ponazarja detajlni urbanistični tehnični načrt dopolnitve zazidalnega načrta za del območja zazidalnega otoka VS 7 — Brdo Vrhovci, ki ga je pod številko projekta 1338/70 v aprilu 1970 izdelal Ljubljanski urbanistični zavod in kateri je sestavni del tega sklepa.

3

Dovoljena manjša dopolnitev sprejetega zazidalnega načrta je sestavni del noveliranega zazidalnega načrta za območje zazidalnega otoka VS 7 — Brdo Vrhovci.

4

Nadzorstvo nad izvajanjem tega sklepa opravlja urbanistična inšpekcija pri upravi za inšpekcijske službe.

5

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

Št. 010-0127/70

Ljubljana, dne 3. decembra 1970.

Predsednik sveta za urbanizem
pri skupščini mesta Ljubljane
Marijan Kolarič, dipl. ing. l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LITJA

458.

POSLOVNIK**o delu skupščine občine Litija****I. SPLOŠNE DOLOČBE**

1. člen

S tem poslovnikom se ureja način dela skupščine občine Litija, njenih zborov, svetov in komisij.

Če način dela posameznih skupščinskih organov s tem poslovnikom ni posebej predpisan, se uporabljajo analogno določbe poslovnika o delu občinske skupščine.

2. člen

Občinska skupščina (v nadaljnjem besedilu: skupščina), ki jo sestavljata občinski zbor in zbor delovnih skupnosti, zaseda na skupnih sejah obeh zborov ali ločeno po posameznih zborih. Skupščina zaseda stalno.

3. člen

Oba zbora občinske skupščine zasedata in odločata praviloma na skupnih sejah.

Na ločenih sejah posameznih zborov delata in odločata le o vprašanjih, glede katerih je tako določeno v zakonu in drugih predpisih, v statutu občine ali kadar zbora tako skleneta.

4. člen

Delo skupščine in njenih organov poteka po programu. Program dela je letni, četrletno pa se sestavi iz podrobni programi dela. Vsi programi dela se pripravijo v naprej.

Predlog programa dela skupščine pripravi predsedstvo skupščine, pri čemer upošteva predloge svetov, komisij ter družbeno-političnih organizacij.

Iz utemeljenih razlogov se lahko sprejeti programi dela dopolnijo ali spremenijo.

Program dela svetov in komisij pripravijo predstojniki upravnih organov v sodelovanju s predsedstvom skupščine, sprejme pa ga pristojni svet oziroma komisija. Ti programi morajo biti usklajeni s programi dela skupščine.

5. člen

Delo skupščine in njenih organov je javno.

Javnost se lahko omeji ali izključi samo, če zaradi splošnih koristi skupščina, zbor, svet ali komisija tako odloči.

6. člen

Predsedstvo skupščine sestavljajo predsednik skupščine, podpredsednik in predsednika obeh zborov.

Pri delu predsedstva skupščine sodeluje tudi tajnik skupščine.

7. člen

Predsedstvo skupščine:

— usklajuje delovne programe zborov skupščine, svetov in komisij ter izdela programsko osnovo za delo skupščine;

— skrbi za sodelovanje med zbori, svetovi, komisijami, družbeno-političnimi skupnostmi pri uresničevanju delovnega programa skupščine;

— spremlja način dela svetov in komisij ter obravnava s predsedniki teh organov zadeve, ki so v zvezi z delom teh teles;

— lahko predlaga, naj pride kako vprašanje na dnevni red zbora, sveta ali komisije.

8. člen

Seje predsedstva sklicuje predsednik skupščine ob vseh važnejših odločitvah, obvezno pa pred vsako sejo skupščine. O stališčih, ki jih predsedstvo zavzame, obvesti predsednik skupščino.

9. člen

Na sejo predsedstva skupščine so lahko povabljeni tudi: predsedniki drugih teles skupščine, poslanci, predstojniki upravnih organov, predstavniki družbeno-političnih organizacij, delovnih in drugih samoupravnih skupnosti.

II. POSTOPEK PRI VOLITVAH, IMENOVANJIH IN RAZREŠITVAH

1. Volitve predsednika, podpredsednika in predsednikov zborov

10. člen

Predsednika skupščine izvoli skupščina po verifikaciji mandatov na novo izvoljenih odbornikov za dobo 4 let, svoje delo pa opravlja do izvolitve novega predsednika.

11. člen

Kandidata za predsednika skupščine predlaga najmanj 10 odbornikov na lastno pobudo, na pobudo občinske konference SZDL ali komisije za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve.

Predlog kandidature se izroči predsedniku skupščine najmanj 24 ur pred začetkom seje, na kateri naj bo predsednik izvoljen. Predlog mora biti na razpolago ob začetku seje.

Kandidaturo obrazloži prvi podpisani predlagatelj. Za predlaganje kandidata za podpredsednika skupščine veljajo ustrezne določbe tega poslovnika o predlaganju kandidata za predsednika skupščine.

12. člen

Volitve predsednika in podpredsednika skupščine so tajne ali javne. O tem odloči skupščina.

13. člen

Za predsednika in podpredsednika skupščine je izvoljen tisti kandidat, ki je dobil na glasovanju večino glasov vseh odbornikov.

14. člen

Volitve predsednika in podpredsednika skupščine izvede 3-članska komisija, ki jo izvoli skupščina izmed odbornikov.

15. člen

Občinski zbor in zbor delovnih skupnosti se samostojno organizira in konstituira. Vsak zbor izvoli izmed sebe predsednika za dobo štirih let po postopku, ki je predpisan v tem poslovniku za predsednika in podpredsednika skupščine.

2. Volitve svetov, komisij in ostalih organov

16. člen

Sveti, komisije in druga telesa skupščine se volijo na podlagi kandidacijskih list.

Predlog kandidatne liste obsega posebej ime predsednika, ime podpredsednika in posebej imena toliko članov, kolikor jih je treba izvoliti.

17. člen

Kandidatno listo za izvolitev svetov, komisij in drugih organov skupščine predlaga komisija za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve. Pri sestavi kandidatne liste se komisija posvetuje z družbeno-političnimi in drugimi samoupravnimi skupnostmi.

Kandidatno listo za izvolitev svetov, komisij in drugih organov lahko predlaga tudi skupina 10 odbornikov. Predlagatelj je prvi podpisani na predlagani listi.

18. člen

Volitve svetov so praviloma javne. Če so volitve tajne, se glasuje z eno glasovnico.

Predlog kandidatne liste se izroči predsedniku skupščine.

Izvoljeni so tisti kandidati, ki so dobili večino glasov.

19. člen

Predsednika in sodnike občinskega sodišča, sodnike porotnike, občinskega javnega tožilca in njegove namestnike ter občinskega javnega pravobranilca voli skupščina po postopku, ki je predpisan v tem poslovniku.

Komisija za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve upošteva ob predlaganju kandidatur mnenje republiškega javnega tožilstva in republiškega sekretariata za pravosodje.

20. člen

Sodnika za prekrške voli skupščina za dobo osem let na predlog komisije za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve.

3. Imenovanje predstojnikov uprave občinske skupščine

21. člen

Tajnika občinske skupščine ter predstojnike upravnih organov imenuje na podlagi javnega razpisa in na predlog komisije za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve skupščina.

O vsakem kandidatu se glasuje posebej.

22. člen

Člane organov upravljanja v delovnih in drugih samoupravnih organizacijah, ki jih po ustavi ali zakonu imenuje skupščina, imenuje ta na predlog komisije za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve.

Če je treba imenovati več članov v isti organizaciji upravljanja, se glasuje o predlaganih kandidatih na podlagi skupnega predloga v celoti.

4. Postopek za razrešitev

23. člen

Razrešitev posameznega delavca, člana sveta ali drugega telesa, lahko predlaga tisti, ki je upravičen predlagati kandidata.

Predlog za razrešitev mora biti obrazložen in podpisan.

Komisija za volitve in imenovanja ter kadrovske zadeve da skupščini mnenje o vsakem predlogu za razrešitev, ki ga ni vložila sama.

O vsakem predlogu razrešitve glasuje skupščina posebej.

Predlog za razrešitev je sprejet, če je zanj glasovala večina vseh odbornikov skupščine.

24. člen

Določbe tega poslovnika, ki se nanašajo na postopek pri volitvah in imenovanjih, se primerno uporabljajo tudi v postopku za razrešitev.

25. člen

Član sveta ali drugega telesa, ki ga imenuje skupščina, ima pravico odpovedati se svoji funkciji in odpoved utemeljiti.

Odpoved funkcije se poda pismeno predsedniku skupščine.

III. POSTOPEK PRI VERIFIKACIJI MANDATOV

26. člen

Na novo izvoljeni odborniki občinske skupščine izročijo potrdila o izvolitvi mandatno-imunitetni komisiji svojega zbora.

27. člen

Mandatno-imunitetna komisija zbora predloži zboru poročilo in predlog za verifikacijo mandatov na podlagi potrdil o izvolitvi in na podlagi volilnih spisov ter pritožb, ugovorov in opozoril v zvezi z volilnim postopkom.

IV. SEJA SKUPŠČINE

1. Sklic seje

28. člen

Skupno sejo obeh zborov skliče predsednik skupščine na lastno pobudo, po veljavnih predpisih, na predlog enega od obeh zborov, predsedstva skupščine, širših družbeno-političnih skupnosti, petine odbornikov skupščine ali občinske konference SZDL.

Predlagatelji morajo hkrati z zahtevo za sklicanje seje predložiti predlog dnevnega reda.

29. člen

Predsednik mora sklicati skupščino v primerih iz prejšnjega člena najkasneje v 10 dneh, če je ne skliče, ali je ne skliče v roku 10 dni, jo skliče brez posebnega opozorila odbornik, ki ga za to pooblastijo predlagatelji.

Predsednik skupščine je dolžan predlagateljem pisмено obrazložiti, zakaj ni sklical seje skupščine, oziroma je ni sklical v predvidenem roku. Če se predlagatelji z obrazložitvijo ne strinjajo, mora predsednik o tem obvestiti skupščino na prvi seji.

30. člen

Seje skupščine se sklicujejo s pisnim vabilom, ki mora obsegati predlog dnevnega reda. Z vabilom se dostavi potrebno gradivo (poročila, obrazložitve, osnutki predpisov, predlogi itd.).

Sklicanje seje se javno objavi.

31. člen

Vabilo za sejo in gradivo mora biti dostavljeno odbornikom 7 dni pred sejo.

Izjemoma se lahko dostavi odbornikom vabilo in gradivo za sejo tudi kasneje, toda le, če gre za nujne, neodložljive zadeve.

O materialu, ki se dostavi odbornikom kasneje, sklepa skupščina ali se uvrsti na dnevni red.

32. člen

Na sejo skupščine se redno vabijo poleg odbornikov republiški in zvezni poslanci, predstavniki občinskega sindikalnega sveta, občinske konference SZDL, občinske konference ZK, zastopniki tiska in radia.

Na sejo skupščine se tudi vabijo predsedniki svetov in komisij, predsedniki krajevnih skupnosti, predstavniki delovnih in drugih samoupravnih organizacij ter služb, katerih zadeve se obravnavajo na seji.

33. člen

Seje skupščine se obvezno udeležujejo predstojniki upravnih organov zaradi dajanja potrebnih strokovnih pojasnil.

34. člen

Vsak odbornik skupščine, republiški in zvezni poslanci ter predstavniki občinskega sindikalnega sveta, občinske konference SZDL imajo pravico, da se seznanijo z vsem gradivom, ki je služilo za pripravo in obrazložitev zadeve, obravnavane na dnevnem redu. Organi občinske skupščine so dolžni navedenim omogočiti vpogled v spise, poročila, obrazložitve in drugo gradivo o zadevah, ki jih bo obravnavala skupščina na seji in jim dati potrebna pojasnila.

2. Vođenje seje

35. člen

Skupne seje obeh zborov skupščine vodi predsednik skupščine. Pomagata mu predsednika obeh zborov. Če je predsednik zbora odsoten, izvoli ustrezni zbor namestnika izmed članov svojega zbora.

Če je predsednik skupščine odsoten, vodi sejo podpredsednik, če pa je tudi ta odsoten, vodi sejo odbornik, ki ga določi skupščina.

36. člen

Predsednik skupščine prične sejo, če ugotovi sklepčnost obeh zborov.

Skupščina je sklepčna, če je na seji navzoča več kot polovica odbornikov vsakega zbora.

37. člen

Dnevni red za skupno sejo obeh zborov predlaga predsednik skupščine.

Predloženi dnevni red se na sami seji lahko spremeni glede vrstnega reda ali pa se posamezna zadeva iz dnevnega reda iz utemeljenih razlogov preloži na prihodnjo sejo ali umakne.

Vsak odbornik lahko tudi na seji predlaga, da naj se da na dnevni red posamezno vprašanje, vendar mora utemeljiti nujnost svojega predloga, ki naj pride na dnevni red.

Na seji se najprej razpravlja o nujnosti predloga, ki ga je dal odbornik, če podpre ta predlog še najmanj 10 odbornikov.

Dnevni red sprejme skupščina z glasovanjem.

38. člen

Seja se ne more zaključiti, dokler dnevni red ni izčrpan, seja se lahko prekine, če dnevni red še ni izčrpan in nadaljuje, čim je to mogoče.

Prekinitev se vpiše v zapisnik.

39. člen

O vsaki zadevi, ki je predložena v obravnavo in sklepanje skupščini in ki je sprejeta na dnevni red seje, poda ustrezno obrazložitev predstavnik sveta ali komisije iz delovnega področja, v katerega spada zadeva.

Razprava se lahko začne tudi brez uvodnega poročila, če skupščina tako odloči in če je gradivo dovolj izčrpno pripravljeno.

40. člen

Na seji skupščine imajo pravico sodelovanja odborniki, tajnik skupščine, predstavniki svetov in poslanci. Razen teh imajo pravico sodelovanja tudi vabljeni predstavniki družbeno-političnih in delovnih organizacij.

Na zahtevo predsedujočega dajejo na seji pojasnila in po potrebi sodelujejo v razpravi predstojniki občinskih upravnih organov. Tako zahtevo postavi predsedujoči sam ali na upravičen predlog odbornika.

41. člen

Govornik sme govoriti le o vprašanju, ki je na dnevnem redu.

Če se govornik oddalji od dnevnega reda, ga predsednik opomni.

Če se govornik tudi po drugem opominu ne drži dnevnega reda, mu predsednik lahko vzame besedo.

42. člen

Odbornikom daje besedo predsednik skupščine po vrstnem redu, kakor so se prijavili k razpravi.

Predsednik da besedo takoj odborniku, ki želi govoriti o kršitvi dnevnega reda, poslovnika ali zato, da popravi svojo izjavo.

Predsednik ima pravico opomniti govornika na pravila poslovnika ali vzdrževanje reda.

3. Akti skupščine

43. člen

Skupščina sprejema odloke, družbeni plan, občinski proračun, občinski zaključni račun, priporočila, resolucije, sklepe in obravnava poročila.

44. člen

Predlog za sprejem odloka ali drugega splošnega predpisa da pristojni svet ali komisija skupščine. Tako zahtevo daje lahko tudi delovna organizacija, družbeno-politična organizacija, društvo ali občani. Občani lahko dajo take predloge na zborih volivcev.

Predlagatelji iz prejšnjega odstavka pošljejo zahtevo za sprejem splošnega predpisa predsedniku skupščine, ta pa jo predloži v obravnavo in pripravo pristojnemu svetu.

Predlog odloka, ki naj ga sprejme skupščina, mora biti izdelan v obliki in besedilu, v katerem naj bi ga skupščina sprejela. Tak predlog mora biti obrazložen in če je potrebno, tudi ustrezno dokumentiran.

Predlog za sprejem odloka, ki ni na dnevnem redu seje, lahko poda odbornik v pisni obliki ali ustno tudi na seji skupščine.

45. člen

Skupščina lahko sklene, da se da predlog odloka še pred sprejetjem v javno razpravo ali da se k obravnavi takega predloga pokliče predstavnike krajevnih skupnosti, delovnih organizacij, družbeno-političnih organizacij in društev.

V predhodno javno obravnavo se mora obvezno dati predloge odlokov ali drugih splošnih predpisov, za katere predpisuje tak postopek statut skupščine občine Litija ali kak drug predpis.

46. člen

Obravnava o predlogu odloka se začne z načelno obrazložitvijo ali s povzetkom pismene obrazložitve, ki jo poda predlagatelj. V primerih, ko predlagatelj ni svet ali komisija, podajo svoje mnenje o predlogu poročevalci predlagatelja.

Po načelni obrazložitvi predloga odloka in po obrazložitvi stališč drugih organov se prične obravnava odloka v podrobnostih. Predlog se obravnava praviloma kot celota, če skupščina tako odloči, pa tudi po posameznih členih.

47. člen

Odbornik, predstavnik sveta ali poslanec, ki je mnenja, da osnutek odloka še ni dovolj proučen in zato neprimeren za obravnavanje in sprejem, lahko s primerno utemeljitvijo zahteva, naj se predlog odloka umakne z dnevnega reda ali pa, da ga naj pristojni svet ponovno prouči. O taki zahtevi skupščina glasuje javno.

Če skupščina sklene, naj predlog odloka pristojni svet ponovno prouči, ga mora ta proučiti in predložiti v obravnavo skupščini na prihodnji seji.

V primeru iz prejšnjega odstavka mora skupščina dati pristojnim organom tudi navodilo, v čem naj se odlok spremeni, dopolni ali prouči.

48. člen

Odlok in drugi predpisi skupščine, pri katerih sprejetju odločata oba zbora na ločenih sejah, veljajo samo, če sta jih oba zbora izglasovala v enakem besedilu.

49. člen

Če se zbora o besedilu ne sporazumeta, določita skupno komisijo, ki jo sestavljajo člani obeh zborov v enakem številu, ki naj skuša doseči sporazum o enakosti besedila.

Če se zbora tudi po poročilu komisije na skupni seji ne sporazumeta, se o zadevi sklepa na prihodnji seji.

Če se tudi na prihodnji seji ne more doseči sporazuma, se šteje, da predlagani akt ni sprejet in se sme znova dati na dnevni red seje šele po šestih mesecih od dneva, ko je bil umaknjen z dnevnega reda, prej pa le po sklepu obeh zborov.

50. člen

Če zaradi spora med zboroma ne more biti sprejet družbeni načrt občine, njen proračun ali akt, ki mora biti sprejet po predpisih širše družbeno-politične skupnosti od dneva, ko bi moral začeti veljati, se šteje, da je akt sprejet v besedilu, v katerem ga je izglasoval občinski zbor.

51. člen

Po končani obravnavi poročila, analize in informacije lahko sprejme skupščina pripombe, stališča, priporočila ali smernice za nadaljnje delo organizacije ali zavoda, ki je podal poročilo, analizo ali informacijo, sprejme na znanje ali pa vrne svetu ali predlagatelju v ponovno preučitev ali dopolnitev.

Če je občinski skupščini že predloženo besedilo zaključkov in priporočil jih skupščina takoj obravnava in o njih glasuje.

Skupščina daje razlage odlokov in drugih predpisov.

4. Predlaganje amandmajev

52. člen

Odborniki lahko dajejo posameznim členom odloka ali drugega splošnega predpisa spreminjevalne predloge (amandmaje), dokler ni predlog predpisa dan na glasovanje. Krajši amandmaji se dajejo ustno na seji, obširnejši amandmaji pa pisмено pred sejo.

O predloženem amandmaju se mora izjaviti predlagatelj predpisa, če že sam ne predlaga spremembe.

Kolikor je skupščina mnenja, da so amandmaji takega značaja, da bi bila potrebna ponovna presoja predpisa s strani pristojnega sveta, lahko sklene, da

se predlog predpisa z amandmaji umakne z dnevnega reda in poda v ponovno presojo pristojnemu svetu. Ta mora zadevo po ponovni proučitvi predložiti skupščini v obravnavo na prihodnji seji.

53. člen

Skupščina glasuje najprej o predloženih amandmajih. Izglasovani amandmaji so sestavni del osnutka predpisa.

54. člen

Če vsebuje amandma določbo, ki zahteva finančna sredstva, predlagatelj amandmaja opozori na možnost za zagotovitev teh sredstev.

5. Glasovanje

55. člen

Sklepa se tako, da o predlogu odborniki glasujejo. Odborniki glasujejo osebno, glasuje se javno. Tajno se glasuje, če je to predpisano v statutu občine, v tem poslovniku, če tako določi skupščina ali če je to z zakonom določeno.

56. člen

Odborniki glasujejo za predlog ali proti predlogu ali pa se glasovanja vzdržijo.

57. člen

Javno se glasuje z dviganjem rok ali poimensko. Z dviganjem rok se glasuje tako, da predsednik pozove naj dvignejo roke najprej tisti odborniki, ki so za predlog, potem tisti, ki so proti predlogu in nazadnje tisti, ki se vzdrže glasovanja.

Poimensko glasovanje odredi predsednik kadar misli, da je to potrebno zaradi natančne ugotovitve izida glasovanja. Pri poimenskem glasovanju se kličejo odborniki po seznamu članov zbora. Odbornik glasuje tako, da izjavi ali je za predlog ali proti predlogu ali pa se vzdrži glasovanja.

Tajno se glasuje z listki.

Ko je glasovanje končano, ugotovi predsednik izid glasovanja in razglasi ali je predlog sprejet ali zavrnjen. Če se izid glasovanja ne da zanesljivo ugotoviti, odredi predsednik ponovno glasovanje.

58. člen

Če je enako število odbornikov glasovalo za ali proti predlogu, ali če je število odbornikov, ki so glasovali proti predlogu in ki so se glasovanja vzdržali enako številu odbornikov, ki so glasovali za predlog, se šteje, da je predlog zavrnjen.

59. člen

Razprava in glasovanje o že sklenjeni zadevi se lahko obnovi po sklepu občinske skupščine, če se v teku razprave o isti točki dnevnega reda ali kasneje ugotove nova dejstva take narave, ki bi lahko bistvene spremenila že sprejeti sklep skupščine.

V takem primeru lahko skupščina že sprejeti sklep razveljavi ter znova odloča o stvari.

6. Sprejemanje sklepov po skrajšanem postopku

60. člen

Dokler ne bo sklepanje o nekaterih upravnih zadevah (gospodarske zadeve, premoženjskopravne, poročstva itd.) preneseno s pristojnosti skupščine na svete oziroma upravne organe, se te zadeve lahko rešujejo po skrajšanem postopku.

V takih zadevah skupščina poveri pripravo in obravnavo predloga pristojnemu svetu, ki izdelava ustrezne sklepe.

Pristojni svet predloži skupščini kratko obrazložitev zadeve ter način rešitve.

O zadevah v skrajšanem postopku pristojni sveti ne dajejo nobenih uvodnih poročil ali obrazložitev. Odborniki lahko zahtevajo pojasnila, dajejo pripombe k posameznim zadevam ali pa predlagajo, da se o zadevi drugače odloči ali da se zadeva vrne pristojnemu svetu ali komisiji v ponovno razpravo. Nato se opravi glasovanje.

61. člen

O zadevah v upravnem postopku glasujeta oba zbora skupno.

Sklepi se sprejemajo z večino glasov prisotnih odbornikov.

V objavi dnevnega reda se zadeve, ki se obravnavajo po skrajšanem postopku, posebej označijo.

7. Vzdrževanje reda

62. člen

Za red na seji skupščine skrbi predsednik skupščine.

Za prekršitev reda na seji lahko predsednik izreče odborniku opomin. Na podlagi sklepa skupščine mu odvzame besedo ali ga odstrani s seje.

63. člen

Predsednik vzame besedo odborniku v primerih, če s svojim obnašanjem ali govornom moti red na seji ali krši določbe tega poslovnika.

Predsednik lahko odstrani odbornika s seje v primeru, če ta ponovno ali hudo žali drugega odbornika ali skupščino, če ugovarja predsedniku po tem, ko mu je ta odvzel besedo ali če s svojim ravnanjem onemogoča delo skupščine.

Odbornik, zoper katerega se predlaga odstranitev s seje, ima pravico takoj podati ugovor. Dokončno odloči o odstranitvi pristojni zbor skupščine.

64. člen

Če se poslušalec nedostojno obnaša ali moti red na seji, lahko predsednik odredi, naj se odstrani iz dvorane.

Če poslušalec huje krši red in mir v sejnem prostoru, lahko predsednik odredi, da zapusti dvorano, če je potrebno tudi s posredovanjem organov javne varnosti.

65. člen

Če predsednik ne more z rednimi ukrepi ohraniti reda na seji, odredi kratko prekinitev.

8. Ločene seje zborov

66. člen

Postopek pri sklicevanju ločenih sej zborov, obravnavanje predlogov, sprejemanje sklepov in vzdrževanje reda na seji, je enak kot pri delu skupnih sej obeh zborov.

67. člen

Kadar je sklicana skupna seja obeh zborov, pa v teku seje zbora odločita, da bosta določene zadeve in enakopravne pristojnosti obeh zborov obravnavala ločeno, prekine predsednik skupščine skupno zasedanje zbora pa nato nadaljujeta obravnavanje na ločenih sejah.

9. Zapisnik seje

68. člen

O seji se sestavi zapisnik v petih izvodih. Zapisnik skupne seje obeh zborov vodi tajnik skupščine ali za to posebej določen uslužbenec.

Zapisnik obsega bistvene podatke o poteku seje, o razpravi in predlogih ter o sprejetih stališčih in sklepih. Vsebovati mora tudi čas in kraj seje, ime predsedujočega, vodje zapisnika, overitelja zapisnika, število navzočih odbornikov, število in imena opravičeno in neopravičeno odsotnih odbornikov, ugotovitev sklepčnosti seje, imena govornikov s kratko vsebino njihovih izjav in izjave, za katere odbornik izrecno zahteva, da se vnesejo v zapisnik ali sklep seje. Zapisnik skupne seje obeh zborov podpišejo predsedujoči seje, overitelja zapisnika in vodja zapisnika.

69. člen

Tajnik skupščine ali uslužbenec, ki ga ta določi, napravi po seji izvleček o sprejetih sklepih (skrajšani zapisnik), ki se dostavi vsem odbornikom skupščine, poslancem, krajevnim skupnostim, predstavnikom družbeno-političnih organizacij skupno z materialom za prihodnjo sejo.

70. člen

Skrajšani zapisnik praviloma vsebuje:

- čas in kraj seje;
- ugotovitev sklepčnosti seje;
- dnevni red;
- sklepe, priporočila in druge zaključke, sprejete k posameznim točkam dnevnega reda;
- podpis tajnika skupščine.

71. člen

Odbornik, katerega govor ali izjava je v zapisniku, lahko zahteva redakcijski popravek. O taki zahtevi odloča tajnik, če pa gre za bistveno spremembo, odloči skupščina na prvi prihodnji seji.

72. člen

Kadar skupščina sprejme odloke in druge splošne predpise, morajo biti priloženi zapisniku v obliki, kakor so bili potrjeni.

73. člen

Potek seje se lahko snema tudi na magnetofonski trak. V tem primeru se piše samo skrajšani zapisnik, magnetofonski trak pa se mora hraniti najmanj dve leti.

V. SVETI IN KOMISIJE SKUPŠČINE

74. člen

Sveti skupščine delajo na sejah. Seje so javne.

75. člen

Seje sklicuje predsednik sveta po dnevnem redu, ki ga sestavi skupno s predstojnikom upravnega organa, v katerega delovno področje spada svet.

Člane sveta se vabi na seje s pisanim vabilom najmanj pet dni pred sejo. Vabilu mora biti priloženo gradivo za sejo. Le v izjemnih primerih se lahko na seji obravnava zadeva, za katero predhodno ni bilo predloženo gradivo za sejo. V tem primeru mora predlagatelj predloženo zadevo ustno obrazložiti.

76. člen

O poteku seje sveta se piše zapisnik. Sklepi sveta so sprejeti, če je zanje glasovala večina navzočih članov sveta.

Tajnika sveta imenuje tajnik skupščine, kolikor ga ne imenuje skupščina sama.

Seja sveta je sklepčna, če je navzočih nad polovica članov sveta.

Na seji sveta lahko sodelujejo pri obravnavi poleg članov sveta tudi predsednik skupščine, odborniki, predstojniki upravnega organa, v katerega delovno področje spada zadeva, predstavniki družbeno-političnih in drugih samoupravnih organizacij.

77. člen

Za delo komisij se uporabljajo določila tega poslovnika, ki veljajo za delo svetov.

VI. SODELOVANJE SKUPŠČINE S KRAJEVNIMI SKUPNOSTMI

78. člen

Skupščina sodeluje s krajevnimi skupnostmi tako, da sklicuje seje delegatov krajevnih skupnosti.

Dnevni red seje delegatov krajevnih skupnosti določi predsednik skupščine z vabilom.

Glede vabila na zasedanje ter pošiljanje gradiva zanj se uporabljajo določbe tega poslovnika, ki veljajo za seje skupščine in njenih zborov.

79. člen

Seji delegatov krajevnih skupnosti prisostvujejo predstojniki upravnih organov, da dajejo strokovno mnenje in pojasnila v zadevah, iz svojega delovnega področja.

Skupščina je z delegati krajevnih skupnosti dolžna obravnavati proračun, družbeni načrt in druge akte, ki imajo pomen za celotno območje občine, preden se dajo v javno razpravo.

Na seji delegatov krajevnih skupnosti se lahko sprejemajo predlogi, stališča in mnenja, če je na njej navzočih večina delegatov. Tako sprejete predloge, stališča in mnenja skupščina obvezno obravnava in o sklepih obvesti delegate krajevnih skupnosti.

Delegati krajevnih skupnosti morajo na seji predložiti pisмено pooblastilo svetov krajevnih skupnosti.

VII. NAČELO JAVNOSTI IN OBVEŠČANJE OBČANOV

80. člen

Delo občinskih organov je praviloma javno. Javnost se sme izključiti le takrat, kadar skupščina ali kak drug njen organ ugotovita, da se zadeva zaradi gospodarskih, družbenih ali družbeno-političnih razlogov obravnava tajno.

Vsak občan lahko dobi informacijo o vsebini razprav odbornikov na sejah, ki so bile javne, ne more pa dobiti prepisov njihovih izjav iz sejnih zapisnikov razen, če skupščina tega izrecno ne odobri na zahtevo prizadete fizične ali pravne osebe.

Informacije daje na zahtevo tajnik skupščine.

81. člen

Odborniki so dolžni skrbeti, da se predlogi in mnenja volivcev čimprej posredujejo skupščini ali njenim organom, prav tako pa morajo tudi skrbeti, da se sprejeti predpisi in drugi ukrepi skupščine in njenih organov čimprej posredujejo občanom.

V posebno pomembnih zadevah, ki jih obravnava skupščina in se nanašajo na občane ali člane delovnih skupnosti, se morajo odborniki skupščine posvetovati predhodno z volivci svoje volilne enote s tem, da do- bijo na zborih volivcev njihovo mnenje.

Skupščina in njeni organi so dolžni obveščati ob- čane na najprimernejši način o pomembnejših gospo- darskih in družbeno-političnih uspehih.

VIII. PODPISOVANJE IN OBJAVLJANJE PREDPISOV

82. člen

Vse splošne predpise, ki jih sprejme skupščina in odločbe o imenovanju delavcev občinske uprave, ki jih imenuje na podlagi določil statuta občine skupščina, podpisuje predsednik skupščine, če je ta zadržan pa podpredsednik.

Vse druge odločbe podpisuje tajnik skupščine.

83. člen

Splošni akti skupščine in njenih organov ter sklepi krajevnih skupnosti o samoprispjevku občanov se ob- javijo v Uradnem listu SRS.

IX. IZVRŠEVANJE SKLEPOV SKUPŠČINE

84. člen

Predloženo gradivo s pregledom na seji skupščine sprejetih sklepov vrne tajnik po končani seji pristoj- nim predstojnikom upravnih organov. Na vsak osnutek predloženega predpisa, odločbe ali kakršnekoli druge rešitve napiše tajnik zadevni sklep skupščine. Po ustrezni izdelavi predložijo predstojniki pripravljene predpise in rešitve skupščine v podpis, oziroma da poskrbi za predsednikov podpis.

Ustrezni sveti in predstojniki so dolžni skrbeti za izvršitev sklepov skupščine čimprej, najkasneje pa v roku, ki ga je določila skupščina.

V primeru, da predstojnik upravnega organa ne izvrši sklepa v določenem času, je dolžan dati tajniku pismeno obvestilo o tem, zakaj sklep ni bil izvršen.

Če sklep seje ni bil izvršen, javi tajnik take pri- mere predsedniku skupščine.

Če sklep skupščine ni izvršen, obvesti o tem pred- sednik skupščino.

85. člen

Skupščinska pisarna skrbi za sestavo evidenčnega seznama prisotnih odbornikov, evidentira morebitna opravičila odsotnih odbornikov in neopravičene izo- stanke.

Skupščinska pisarna vodi evidenco in arhiv izvr- šenih sklepov skupščine.

86. člen

V skupščinski pisarni se vodijo tele zadeve:

— zapisniki sej občinske skupščine z vsemi prilo- gami;

— zapisniki sej svetov;

— zapisniki zborov volivcev in zborov delovnih skupnosti;

— sklepi in stališča odborniških komisij z vsemi zadevami, ki jih obravnava občinska skupščina;

— arhiv vseh odlokov, odločb in drugih predpisov, sprejetih na sejah občinske skupščine.

X. KONČNE DOLOČBE

87. člen

Spremembo tega poslovnika lahko predlaga pred- sedstvo skupščine, vsak zbor in skupina 10 odbor- nikov.

Poslovnik se spremeni po postopku, ki velja za sprejemanje splošnih predpisov.

88. člen

Z dnem, ko začne veljati ta poslovnik, neha veljati dosedanji poslovnik skupščine občine Litija.

89. člen

Ta poslovnik začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SR Slovenije.

Št. 010-16/69-2

Litija, dne 3. novembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA CENTER

459.

Na podlagi 11. člena zakona o urbanističnem pla- niranju (Uradni list SRS, št. 16/67) je svet za urbane- zem in gradbene zadeve SO Ljubljana Center na 25. seji dne 9. novembra 1970 sprejel

SKLEP

o javni razgrnitvi osnutka zazidalnega načrta

Osnutek zazidalnega načrta za zazidalni otok CO-1-17 (za območje med Trgom OF — Miklošičevo cesto — Petkovškovi nabrežjem in Resljevo cesto)

se javno razgrne za 30 dni

Zazidalni načrt bo razgrnjen do 17. januarja 1971 v prostorih krajevne skupnosti Kolodvor — Moša Pi- jadejeva c. 22.

Rok za pripombe poteče z dnem prenehanja raz- grnitve zazidalnega načrta.

Št. 351-278/70-065/ŠT

Ljubljana, dne 11. decembra 1970.

Predsednik
sveta za urbanizem in gradbene zadeve
skupščine občine Ljubljana Center

Peter Novak, dipl. ing. l. r.

Splošni akti komunalnih skupnosti

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV LJUBLJANA

460.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 7. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: skupnost) je ustanovila skupščina Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana s sklepom z dne 19. avgusta 1970, št. 022-6/70 (Uradni list SRS, št. 29-316/70).

Skupnost zdravstvenega zavarovanja zajema zavarovance-delavce in osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, naslednjih občin: Ljubljana Bežigrad, Ljubljana Center, Ljubljana Moste-Polje, Ljubljana Šiška, Ljubljana Vič-Rudnik, Cerknica, Domžale, Grosuplje, Hrastnik, Idrija, Kamnik, Kočevje, Litiya, Logatec, Ribnica, Trbovlje, Vrhnika, Zagorje.

2. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev je samoupravna organizacija zavarovancev.

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je v Ljubljani, Miklošičeva c. 24.

3. člen

Skupnost ima štampiljko okrogle in pravokotne oblike.

Okrogla štampiljka ima v krogu napis: »Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev«, v sredini pa »Ljubljana«.

Pravokotna štampiljka ima v prvi vrsti napis: »Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev« in v drugi vrsti: »Ljubljana«.

4. člen

Splošni akti skupnosti so:

- statut skupnosti;
- pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja;
- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;
- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov;
- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora;
- pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih;
- pravilnik o zdravstvenih izkaznicah, drugih izkazilih o zavarovanju in o obrazcih v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega zavarovanja;

— pravilnik o ugotavljanju osnov in o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje;

- pravilnik o volitvah organov skupnosti;
- sklepi;
- programi in
- drugi splošni akti.

Statut, pravilniki in sklepi začnejo veljati osmi dan po objavi, če v posameznem aktu ni drugače določeno, objavljajo pa se v Uradnem listu SRS.

5. člen

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

6. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se po določbah tega statuta štejejo za delavce, če opravljajo dejavnost, na podlagi katere so zavarovane, na območju skupnosti oziroma če stalno prebivajo na tem območju, če so zavarovane na podlagi drugega svojstva.

Osebe iz prejšnjega odstavka so obvezno zdravstveno zavarovane z dnem, ko dobijo lastnost delavca ali začno opravljati dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovane, in ko izpolnijo druge pogoje, ki jih določa ta statut.

7. člen

Za nesreče pri delu in za obolenja za poklicno boleznijo morajo zavarovati svoje delavce in učence v gospodarstvu ter učence poklicnih šol:

— delovne organizacije, državni organi in zasebni delodajalci na območju skupnosti, delavcev ter učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki jim dajejo nagrade ali štipendije;

— šole na območju skupnosti učence, ki se v njih šolajo, če ne prejemajo nagrad ali štipendije.

8. 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.

Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s sporazumom med skupnostjo in družbeno-politično skupnostjo.

9. člen

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

Skupnost zahteva od pristojnega organa oziroma nosilca zdravstvenega zavarovanja povračilo stroškov za zdravstveno varstvo oseb iz prejšnjega odstavka.

10. člen

V skupnosti 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.

11. člen

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

12. člen

Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene s tem statutom, prenehajo samo v primerih, ki jih določajo zakon, ta statut ali na njegovi podlagi izdani splošni akti skupnosti.

13. člen

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

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

14. člen

Zavarovani osebi preneha zavarovanje v skupnosti v primerih, ko preneha dejavnost, svojstvo ali okoliščina, na podlagi katere je zavarovana.

Zavarovana oseba obdrži po prenehanju zavarovanja v skupnosti le tiste pravice, za katere statut izrečno določa, da jih zavarovane osebe obdržijo tudi potem, ko prenehajo biti zavarovane v tej skupnosti.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

A. Zavarovanci

15. 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, združnih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo;
3. člani obrtnih zadrug in člani ribiških zadrug, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;
4. osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno priglašene pri zavodu za zaposlovanje in pod pogoji, ki jih določa ta statut;
5. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki prebivajo na območju skupnosti, ter jugoslovanski državljani, ki prejema pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev, dokler prebivajo

na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno;

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.

Osebe iz 1., 2., 3. in 6. točke prejšnjega odstavka so zavarovane v skupnosti, če imajo na njenem območju sedež svoje dejavnosti; osebe iz 4. točke, če je sedež zavoda za zaposlovanje in pri katerem so prijavljene na območju skupnosti; osebe iz 5. točke, če stalno prebivajo na območju skupnosti; osebe iz 7. točke, če je sedež organizacije ali delodajalca, pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo, oziroma šola, če ne dobivajo nagrade ali štipendije na območju skupnosti.

Za zavarovance-delavce iz 1. točke prvega odstavka tega člena se štejejo osebe, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa; za zavarovance-delavce pa se štejejo tudi osebe, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, vendar so zavarovane samo za nesrečo pri delu in 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 polni delovni čas.

16. člen

Kot delavci so zavarovani v skupnosti tudi jugoslovanski državljani, ki so bili pred zaposlitvijo v tujini zavarovani v tej skupnosti oziroma so — če niso bili zavarovani — 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 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, 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 turedili svoje zavarovanje — če ta čas niso obvezno zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja.

Jugoslovanski državljani iz območja skupnosti, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve svojega zavarovanja, se morajo obvezno zavarovati v tej skupnosti, če ta čas niso dolžni biti zdravstveno zavarovani pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja. V takem primeru se začne 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, morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo 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 živijo na območju skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo na območju skupnosti. V takem primeru se začne zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

17. člen

Lastnost delavca zavarovanca obdržijo osebe iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 15. člena tudi po prenehanju delovnega razmerja ali opravljanja 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.

Lastnost delavca-zavarovanca po 4. točki prvega odstavka 15. člena imajo osebe, dokler so redno priglašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se prijavijo zavodu v 30 dneh:

a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost oziroma ko nehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka, do katerega imajo pravico po tem statutu;

b) ko odslužijo vojaški rok v JLA, ali ko jim preneha nezmožnost za delo zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz vojaške službe;

c) ko so odpuščene iz kazenskega popoljševalnega zavoda oziroma iz zavoda za varstvo in zdravljenje, če je bil zoper njih izrečen tak varnostni ukrep.

Osebe, ki so prijavljene pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, so v primerih iz drugega odstavka tega člena zavarovane, če so bile neposredno prej, preden so nastale omenjene okoliščine, zavarovane brez presledka najmanj 9 mesecev ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj 18 mesecev.

Lastnost delavca-zavarovanca po drugem odstavku imajo tudi osebe, ki so redno priglašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če so se zavodu priglasile v 60 dneh:

a) od dneva, ko so končale strokovno usposobitev oziroma srednjo šolo;

b) od dneva, ko jim je prenehal status študenta višje ali visoke šole;

c) od dneva, ko jim je prenehala prostovoljna praksa (volonterj), ki so jo opravljali s polnim delovnim časom in izpolnjujejo pogoje predhodnega zavarovanja (tretji odstavek tega člena);

č) od dneva, ko so odslužile vojaški rok v JLA, ali ko je prenehala njihova nezmožnost zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz vojaške službe, če so nastopile vojaški rok v 60 dneh od dneva, ko so končale strokovno usposobitev oziroma srednjo šolo ali ko jim je prenehal status študenta.

18. člen

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

19. člen

Za zavarovance-osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost po drugem odstavku 1. člena tega statuta, se pod pogojem, da opravljajo svojo dejavnost kot glavni ali edini poklic, štejejo:

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

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, katero predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

Osebe iz 1. in 2. ter 4. in 5. točke prejšnjega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je sedež njihove dejavnosti na območju skupnosti, osebe iz 3. točke pa, če imajo prebivališče na območju skupnosti.

20. člen

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

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

21. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in hkrati tudi kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane v tej skupnosti samo, če imajo pretežni del svojih dohodkov iz opravljanja samostojne poklicne dejavnosti.

B. Družinski člani zavarovancev

22. člen

Za družinske člane zavarovancev od 15. do 19. člena se štejejo:

1. ožji družinski člani:

a) zavarovančev zakonec, če izpolnjuje po tem statutu določene pogoje,

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

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

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zajeti družinski člani zavarovancev — tujih državljanov iz 18. člena, dokler taki družinski člani živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

23. člen

Zavarovančev zakonec ima pravice iz zdravstvenega zavarovanja:

1. če ni delavec ali oseba, ki se preživlja s samostojno poklicno dejavnostjo in je kot tak sam obvezno zdravstveno zavarovan;

2. dokler je z njim v zakonu.

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 40 let (žena) oziroma nad 55 let (mož). Če zakonec ni star 40 (žena) oziroma 55 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se priglasi 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 45 let (žena) oziroma nad 60 let (mož). Za zakonca, ki ob razvezi zakona še ni bil star 45 let (žena) oziroma 60 let (mož), se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

24. člen

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

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

Če postane otrok iz prvega odstavka tega člena nezmožen za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, preden dopolni 15 let starosti oziroma še, ko je na rednem šolanju, je zavarovan tudi ves čas, dokler traja 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 ali tretjega odstavka tega člena, dokler traja nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov (27. člen).

25. člen

Zavarovančevi otroci od 15. do 18. leta so zavarovani kot družinski člani po tem statutu, in sicer če:

- se ne morejo redno šolati ali
- ne morejo dobiti ustreznega mesta za uk.

Zavarovančevi otroci iz prejšnjega odstavka so zavarovani kot družinski člani le, če se prijavijo v roku 60 dni od dneva, ko so končali šolanje, pristojnemu zavodu za zaposlovanje, se redno javljajo pri tem zavodu in neupravičeno ne odklonijo ponudene zaposlitve oziroma ustreznega mesta za uk.

26. člen

Šteje se, da zavarovanec vzdržuje otroke ne glede na njihove dohodke.

27. člen

Zavarovančevi starši so zdravstveno zavarovani:

1. če so dopolnili 55 let starosti (mati) oziroma 60 let (oče);

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

3. če jih zavarovanec preživlja in če sami nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov.

Šteje se, da starši nimajo za preživljanje zadostnih dohodkov:

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov;

2. če imajo lastne dohodke iz enega ali več virov, pa skupno ne presegajo mesečno 2/3 zneska minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, pri čemer 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 na posameznega družinskega člana se dohodek deli s številom tistih družinskih članov, ki so se na podlagi zakona ali pogodbe dolžni medsebojno vzdrževati.

Šteje se, da zavarovanec preživlja starše, če živi z njim v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj 1/3 minimalnega osebnega dohodka.

28. člen

Starši so zavarovani pod pogoji prejšnjega člena tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravice do družinske pokojnine, zato ker je s pokojnino ožjih družinskih članov zavarovanca izčrpana osnova za družinsko pokojnino.

29. člen

Osebam, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva, zagotavlja zdravstveno varstvo ta skupnost skladno z zakonom

C. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

30. člen

Če ni v tem statutu drugače določeno, se lastnost zavarovane osebe pridobi z dnem, ko pri osebi nastane okoliščina, na katere podlagi je zavarovana, izgubi pa se z dnem, ko preneha ta okoliščina.

Lastnost zavarovanca po 19. členu tega statuta pridobi:

1. oseba iz 1., 2. in 5. točke prvega odstavka 19. člena z dnem vpisa samostojne poklicne dejavnosti v register oziroma evidenco, preneha pa biti zavarovanec z dnem izbrisa iz tega registra oziroma evidence;

2. književnik, skladatelj, umetnik in prevajalec z dnem, ko mu je priznana ta lastnost po predpisih o pokojninskem zavarovanju, preneha pa biti zavarovanec z dnem, ko izgubi to lastnost;

3. odvetnik z dnem vpisa v imenik odvetnikov, preneha pa biti zavarovanec z dnem izbrisa iz tega imenika;

4. duhovnik z dnem nastopa svojstva duhovništva, preneha pa biti zavarovanec z dnem, ko izgubi to lastnost;

5. druge osebe pridobijo lastnost zavarovanca z dnem, ko so evidentirane pri ustreznih organizaciji, prenehajo pa biti zavarovanci z dnem izbrisa iz evidencie.

31. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
V PRIMERU BOLEZNI IN NESREČE
IZVEN DELA

A. Splošne določbe o pravicah

32. člen

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

1. obveznih oblik zdravstvenega varstva v obsegu, ki jih določa zakon;
 2. drugih oblik zdravstvenega varstva, ki jih določa ta statut;
 3. nadomestil osebnega dohodka;
 4. povračil potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva;
- denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe.

33. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja grede zavarovani osebi od dneva, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe. Če je uživanje posamezne pravice iz zdravstvenega zavarovanja odvisno od predhodnega zavarovanja in drugih pogojev po določbah zakona ali tega statuta, gre pravica od dneva, ko je izpolnjeno predhodno zavarovanje oziroma so izpolnjeni drugi pogoji.

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

34. člen

Če mora zavarovanec za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov sam plačevati prispevek, je pogoj za uživanje pravic, razen za obvezne oblike zdravstvenega varstva, redno plačevanje prispevka.

Uživanje pravic se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo.

Zadržane pravice oživijo z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

35. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja obveznega zavarovanja po 15. členu, prvem in drugem odstavku 16. člena, prvem in drugem odstavku 17. člena in 19. členu statuta v skupnostih zdravstvenega zavarovanja delavcev ali skupnostih zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost na območju Jugoslavije.

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

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

Pri ugotavljanju, ali gre za nepretrgano zavarovanje, se šteje, da v zavarovanju ni bilo presledka, če med enim in drugim zavarovanjem ni preteklo več kot

30 dni oziroma se je zavarovanec v tem roku prijavil pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

Šteje se, da zavarovanje ni pretrgano, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega roka v Jugoslovanski ljudski armadi, po vrnitvi pa se je zavarovanec ponovno zavaroval v 30 dneh oziroma se je v tem roku prijavil zavodu za zaposlovanje.

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

Pri priznavanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se za izseljence — povratnike šteje, da izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja po tem statutu, če od prenehanja delovnega razmerja v tujini do pridobitve svojstva zavarovanca v skupnosti oziroma do prijave zavodu za zaposlovanje ni poteklo več kot 90 dni.

B. Zdravstveno varstvo

1. Obvezne oblike zdravstvenega varstva

36. člen

Obvezne oblike zdravstvenega varstva obsegajo:

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 zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki so določena v 33. do 40. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva ter na podlagi natančnejših določil pogodbe o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva, sklenjene v skladu z zakonom in z družbenimi dogovori.

2. Druge oblike zdravstvenega varstva

37. člen

Poleg obveznih oblik zdravstvenega varstva, ki so določene v prejšnjem členu, obsega zdravstveno varstvo tudi:

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinsko rehabilitacijo in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih delovnih organizacijah, 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 sanitarne priprave;

6. zdravljenje v zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje;

7. okrevanje s pravico do spremembe klime.

Pogoje in način uveljavljanja pravic iz 2., 4., 5., 6. in 7. točke prejšnjega odstavka določajo natančneje splošni akti skupnosti.

38. člen

Zavarovanim osebam se zagotavljajo tista zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirani v državi; dobijo jih samo na podlagi zdravniškega recepta.

Skupščina skupnosti lahko določi s sklepom seznam zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena.

Način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala določa natančneje posebni splošni akt.

39. člen

Indikacije za zobotehnično pomoč in zobotehnična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, standarde in trajnostno dobo ter pogoje za izdelavo novih pred potekom te dobe ter postopek za odobritev se določijo s posebnim splošnim aktom.

40. člen

Zdravljenje v naravnem zdravilišču in okrevanje se zagotavlja samo kot nadaljevanje ali kot nadomestilo bolnišničnega zdravljenja.

Pri financiranju okrevanja otrok in mladine, ki so zdravstveno ogroženi, sodeluje skupnost z družbenopolitičnimi skupnostmi, delovnimi in drugimi organizacijami po posebnem programu, ki ga sprejme skupščina skupnosti.

Zdravniška komisija prve stopnje lahko, na predlog izbranega ali pristojnega zdravnika odobri zavarovani osebi v breme skupnosti stroške zdravstvenih storitev, če sama ali njena delovna organizacija nosi stroške oskrbe in nastanitve za zdravljenje oziroma okrevanje v naravnem zdravilišču.

Indikacije za zdravljenje v naravnih zdraviliščih in za okrevanje s pravico do spremembe klime, trajanje takšnega zdravljenja in postopek določa posebni splošni akt.

41. člen

Zobotehnična pomoč, zobna protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave se zagotavljajo zavarovanim osebam le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja (33. člen).

Steje se, da je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja tudi, če je zavarovanec imel pred nastopom delovnega razmerja ali pred priglasitvijo zavodu za zaposlovanje delavcev pravico do takega zdravstvenega varstva bodisi kot zavarovančev otrok ali kot zavarovančev zakonec, če je stopil v delovno razmerje ali se priglasil zavodu v določenem roku od dneva, ko je nehal biti družinski član, in sicer otrok v 60 dneh, zakonec pa v 90 dneh od tega dneva.

42. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo oziroma ko na drug način dobi lastnost zavarovanca ali od poznejšega dneva, ko je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja (33. člen), pa do preteka tridesetega dneva od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan nastopa dela se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delo.

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

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

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

43. člen

Zavarovančevim ožjim družinskim članom se zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih, kot se zagotavlja zavarovancu, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, če ni v tem statutu izrečno drugače določeno.

Zavarovančevim staršem se zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih kot članom ožje družine, pravico do zobotehnične pomoči in zobno protetičnih sredstev in pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov ter pomožnih sanitarnih priprav pa imajo ob pogoju, da je bil zavarovanec, po katerem imajo te pravice, zavarovan poprej brez presledka najmanj 24 mesecev ali s presledki v zadnjih štirih letih najmanj 36 mesecev ali če je zavarovanec osebni ali invalidski upokojenec.

44. člen

Družinskim članom zavarovanca se zagotavlja zdravstveno varstvo ves čas, v katerem se zagotavlja zavarovancu.

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na sluzenju vojaškega roka, če je neposredno pred nastopom vojaškega roka izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja (33. člen).

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja zoporno kazen, se zagotavlja zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ni prenehalo delovno razmerje.

3. Zagotavljanje zdravstvenega varstva v tujini

45. člen

Zavarovancem, ki delajo v tujini in njihovim družinskim članom, ki z njimi prebivajo v tujini, ter zavarovancem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, se za prvih šest mesecev bivanja v tujini zagotavlja samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo, po preteku šestih mesecev pa jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno v obsegu, kot jim je zagotovljeno s tem statutom.

Zavarovanim osebam, ki so po zasebnih opravkih v tujini, se za prve tri mesece bivanja v tujini zagotavlja samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo.

Nujno zdravstveno varstvo iz 1. in 2. odstavka tega člena gre v breme skupnosti oziroma skupnost povrne zavarovani osebi stroške takšnega zdravljenja le za toliko časa, da je zavarovana oseba usposobljena za premestitev v zdravstveno delovno organizacijo v domovini.

46. člen

Če je za zdravstveno varstvo zavarovanih oseb iz prejšnjega člena potrebno nujno zdravljenje v bolnišnici, gre v breme skupnosti zdravljenje do treh mesecev. Če pa traja zdravljenje v bolnišnici dalj kot tri mesece, gre v breme skupnosti od prvega dne četrtega meseca naprej samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v domovini. Če je premestitev bolnika na zdravljenje v domačo bolnišnico zaradi njegovega zdravstvenega stanja nemogoča oziroma zaradi prevelike oddaljenosti neprimerna, grejo stroški v breme skupnosti tudi po treh mesecih zdravljenja.

Zavarovanim osebam, ki jim je med prebivanjem v tujini zagotovljeno samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo, so pa v tujini deležni zdravstvenega varstva v širšem obsegu ali daljši čas, povrne skupnost stroške za tako zdravstveno varstvo v dinarjih, in sicer samo toliko, kolikor bi stalo takšno varstvo v skupnosti.

Osebu na ladjah in njihovim družinskim članom, ki so z njimi, se zagotavlja zdravstveno varstvo po prvem odstavku samo, če se zaradi narave bolezni nujno morajo izkrcati in zdraviti v bolnišnici.

47. člen

Skupnost lahko napoti zavarovano osebo na pregled ali zdravljenje v tujino, če strokovni kolegij ustrezne klinike ugotovi, da uspešno zdravljenje v domovini ni mogoče, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh.

Stroški zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku grejo v breme skupnosti.

48. člen

Način in pogoje za uveljavljanje in uživanje zdravstvenega varstva v tujini v breme skupnosti natančneje določa splošni akt skupnosti.

K stroškom za zdravstveno varstvo v tujini prispeva zavarovana oseba del teh stroškov v obsegu oziroma v višini, kot to določajo ta statut in drugi splošni akti skupnosti.

49. člen

Določbe 45. in 46. člena se uporabljajo, če mednarodni sporazumi, ki jih je sklenila Jugoslavija, ne določajo drugače.

4. Prispevki zavarovanih oseb k stroškom za zdravstveno varstvo

50. člen

Zavarovane osebe prispevajo del stroškov za te oblike zdravstvenega varstva:

1. za zdravila, pomožni in sanitetni material;
2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo zavarovane osebe;
3. za vsak prvi pregled pri zdravniku specialistu, če ne gre za pregled v disperanzijih;

4. za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti v primerih, ki jih določa splošni akt;

5. za prevoz z reševalnim vozilom;

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

7. za zobozdravstveno nego, za zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva;

8. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pljanosti;

9. za neobvezna cepljenja.

Pogoje za prispevek k stroškom in višino prispevka iz prejšnjega odstavka določa skupščina skupnosti s sklepom v stalnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določa tudi, kolikšen del stroškov gre v breme skupnosti.

Prispevek zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike potrebnega zdravstvenega varstva mora biti strokovno opravičljiv in družbeno utemeljen in tak, da ne odvraca zavarovanih oseb od uporabe zdravstvenega varstva.

Zavarovane osebe ne prispevajo k stroškom za obvezne oblike zdravstvenega varstva.

Skupščina skupnosti lahko s svojim sklepom določa tudi druge primere zdravstvenega varstva, za katere zavarovane osebe ne prispevajo k stroškom.

Kadar zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo na območju druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja, prispevajo k stroškom za zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje te druge skupnosti, razen za zdravstvene storitve, za katere je potrebna predhodna odobritev po 39. členu tega statuta.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka občasni zadržanosti od dela

51. člen

Zavarovancem se zagotavlja nadomestilo osebnega dohodka:

1. medčasno zadržanostjo od dela v zvezi z uživanjem zdravstvenega varstva;

2. med zadržanostjo od dela zaradi nege obolelega otroka, starega do treh let, kakor tudi zaradi nege ožjih družinskih članov od treh let naprej ali žene na porodu, pod pogoji, ki jih določajo ta statut in drugi splošni akti skupnosti;

3. ko zaradi določenega zdravljenja in medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovancevega delovnega časa, ne morejo delati;

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

5. ko so izolirani kot bacilonosci ali zaradi nalezljive bolezni v njihovi okolici;

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

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

Nadomestilo osebnega dohodka po prvem odstavku tega člena gre zavarovancem iz 1., 2., 3. in 7. točke 15. člena (če prejemajo nagrado), iz 16. člena pod pogoji, ki jih določa ta statut v 69. in 70. členu, ter zavarovancem iz 19. in 20. člena tega statuta.

Zaposlenim upokojevcem gre nadomestilo osebnega dohodka le v primeru, če v času zaposlitve po predpisih o pokojninskem zavarovanju prejema pokojnino v zmanjšanem znesku.

52. člen

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

Zavarovancu, pri katerem nastopi začasna zadržanost od dela medtem, ko je odsoten z dela brez pravice do nadomestila osebnega dohodka, gre nadomestilo osebnega dohodka šele po preteku odsotnosti z dela, če tudi takrat ni zmožen za delo.

53. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka po 51. členu tega statuta ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

54. člen

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

Začasna zadržanost zaradi nezmožnosti 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.

55. člen

Nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem obolenega otroka do starosti sedmih let gre največ za 15 dni v posameznem primeru in največ za 7 dni v drugih primerih nege članov ožje družine oziroma negovanja žene ob porodu.

Izjemoma se lahko podaljša ta čas največ do 30 dni, vendar le zaradi negovanja otroka do starosti sedmih let in na predlog zdravniške komisije prve stopnje.

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka zaradi nege otroka oziroma ožjega družinskega člana le, če to nujno zahteva zdravstveno stanje otroka oziroma družinskega člana in če ni druge osebe v družini, ki bi bila primerna za nego.

56. člen

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

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

57. člen

Zavarovancu-delavcu, ki išče zdravniško pomoč v delovnem času, gre nadomestilo osebnega dohodka za izgubljeni čas zaradi iskanja zdravniške pomoči le, če je bila zdravniška pomoč nujna in neodložljiva, ali

če je to zahteval način dela zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije.

58. člen

Osebe iz 1., 2. in 3. točke 15. člena tega statuta imajo v primeru iz 1. točke prvega odstavka 51. člena tega statuta pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastane v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja, če se v 30 dneh prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja najmanj tri mesece neprekinjenega zavarovanja oziroma šest mesecev zavarovanja s prekinitvami v zadnjih dvanajstih mesecih (doba predhodnega zavarovanja).

59. člen

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

1. če si nalašč povzroči nezmožnost za delo;
2. če se ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja 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.

Zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila od takrat, ko se ugotovi kakšna okoliščina iz drugega odstavka tega člena, pa vse dotlej, dokler traja posledica takega ravnanja; v drugih primerih pa za čas, ko je obstajala taka okoliščina.

60. člen

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

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 zavarovanec pri opravljanju svojega dela.

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

Za zavarovance, ki delajo pri zasebnih delodajalcih, je osnova znesek, ki je bil v preteklem koledarskem letu osnova za plačevanje prispevkov.

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

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

Zavarovancu, ki je v preteklem letu delal pri drugi organizaciji ali pri več organizacijah, se vzame kot osnova za nadomestilo poprečni znesek osebnega dohodka, ki ga je prejel za preteklo leto pri organizaciji, pri kateri je delal in je bil ugotovljen pri delitvi

osebnih dohodkov po zaključnem računu, oziroma poprečni znesek seštevka prejetega osebnega dohodka, ugotovljenega pri delitvi po zaključnih računih vseh organizacij, pri katerih je delal v preteklem letu.

Osnova za izračun nadomestil osebnega dohodka, ugotovljena po šestem in sedmem odstavku tega člena, velja za dokončno.

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

61. člen

V osnovo za nadomestilo se ne upoštevajo tisti prejemki, ki pomenijo povračilo stroškov, ne glede na to, iz katerih sredstev jih organizacija izplačuje (terenski dodatek, dodatek za ločeno življenje, potni in prevozni stroški 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, ki jih je zavarovanec dobil za dopolnilno delo v organizaciji, v kateri je delal, ali izven nje.

Če za kakšne prejemke ni mogoče ugotoviti, ali se upoštevajo za osnovo za odmero nadomestila ali ne, se za ugotovitev osnove uporabijo predpisi za ugotavljanje pokojninske osnove.

62. člen

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

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

63. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kot leto dni, se osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je v poslovnem letu, v katerem je zavarovanec zbolel, povečalo splošno povprečje osebnih dohodkov na območju skupnosti.

Odstotek povečanega povprečnega osebnega dohodka na območju skupnosti po prejšnjem odstavku ugotovi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

64. člen

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih zadržanosti od dela po 51. členu tega statuta, ko gre nadomestilo v breme skupnosti, in za čas, ko gre nadomestilo v breme zasebnega delodajalca, znaša:

a) 70 % od osnove za prvih 7 dni

80 % od osnove od 8. do 60. dne in

90 % od osnove od 61. dne zadržanosti od dela

— za zavarovanca, ki je izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja (33. člen), preden je nastal primer, ki mu daje pravico do nadomestila;

b) 60 % od osnove za prvih 7 dni

70 % od osnove od 8. do 60. dne in

90 % od osnove od 61. dne zadržanosti od dela

— za zavarovanca, ki ni izpolnjeval pogoja predhodnega zavarovanja (33. člen).

Nadomestilo osebnega dohodka za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol znaša od 31. dne zadržanosti od dela 100 % od osnove.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prvem odstavku tega člena, ne more biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi.

Če se osebni dohodki med letom v povprečju povečajo za več kot 5 %, lahko skupščina skupnosti s sklepom valorizira nadomestila iz prvega odstavka tega člena.

65. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v zdravstveni delovni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo, izračunano po 64. členu za 20 %, če nima družinskih članov, ki bi bili po tem statutu zavarovani kot družinski člani. Zavarovancu, ki ima vsaj enega družinskega člana, se nadomestilo ne zmanjša.

Za družinskega člana iz prvega odstavka tega člena se štejejo tudi osebe iz 4., 6. in 7. točke prvega odstavka 15. člena statuta in osebe iz 27. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjem odstavku, ne more biti manjše kot 60 % od osnove, pa tudi ne manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol.

66. člen

Zavarovanec, ki dela med začasno delovno nezmožnostjo skrajšan delovni čas (56. člen), ima pravico do dela nadomestila osebnega dohodka, ki ustreza sorazmerju med časom, kolikor ne dela, in polnim delovnim časom. Če je osebni dohodek, ki ga dobi v skrajšanem delovnem času, manjši od ustreznega dela nadomestila, ki bi mu šlo, če ta čas ne bi delal, ima zavarovanec pravico tudi do nadomestila te razlike.

Zavarovanec, ki v obdobju skrajšanega delovnega časa izrabí letni dopust, ima pravico do ustreznega nadomestila osebnega dohodka iz prvega odstavka tega člena tudi med letnim dopustom.

67. člen

Zavarovancu, ki je med zadržanostjo od dela, ko prejema nadomestilo osebnega dohodka, odstranjen od dela v zvezi s kazenskim postopkom ali postopkom zaradi kršitve delovnih dolžnosti, ali je dan v pripor, se osnova za nadomestilo zniža za odstotek, za kolikor bi se mu znižal osebni dohodek v tem času.

68. člen

Zavarovancu, ki postane v 30 dneh po končanem bolezenskem dopustu znova začasno nezmožen za delo zaradi iste bolezni, se ta bolezenski dopust računa kot nadaljevanje prejšnjega, in sicer glede osnove in glede odstotka za odmero višine nadomestila.

69. člen

Kadar imajo zavarovanci, ki jim je po posebnih zakonih zagotovljeno brezplačno zdravstveno varstvo,

po tem statutu pravico do nadomestila osebnega dohodka, se jim izplačuje to nadomestilo v višini 100-odstotne osnove tudi v vseh primerih, ko so zadržani, da ne morejo delati. 100-odstotno nadomestilo se izplačuje zavarovancu tudi tisti čas, ko je v zdravstveni delovni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano (65. člen).

Razlika med nadomestilom osebnega dohodka, ki gre zavarovancu po tem statutu, in 100-odstotnim nadomestilom se krije iz sredstev, ki so po posebnih predpisih namenjena za varstvo oseb iz prvega odstavka tega člena.

70. člen

Zavarovanec v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji, oziroma zavarovancu, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji (1. točka prvega odstavka 16. člena), ter zavarovanec, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali ga je poslala na strokovno izpopolnjevanje, 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 organ, organizacija ali delodajalec, pri katerem je zavarovanec iz prejšnjega odstavka zaposlen oziroma od katerega dobiva štipendijo. Izjemoma izplača zavarovancu, ki je zaposlen pri delodajalcu kot hišna pomoč, osebni dohodek za prvih 30 dni sam delodajalec, potem pa se mu izplačuje nadomestilo v breme skupnosti.

Zavarovanci, ki so se po posebnem sporazumu zaposlili v tujini, obdržali pa so lastnost osebe, ki je v delovnem razmerju v Jugoslaviji, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka v breme 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 v breme skupnosti samo, dokler so v Jugoslaviji.

Zavarovanci iz prvega odstavka tega člena, ki jih je organizacija poslala v tujino, imajo tisti čas, ko so med zadržanostjo od dela zaradi bolezni v Jugoslaviji, pravico do nadomestila osebnega dohodka v breme skupnosti po tem statutu.

Kadar imajo zavarovanci iz prvega do petega 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.

71. 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 prejšnjega odstavka, ki so se morali zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnišnico, imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka v breme skupnosti za čas, ko gre po določbah tega statuta nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti.

2. Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

72. člen

Zavarovanka ima pravico do namestita osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom, ki je kot najkrajši določen v zakonu;

2. med delom s skrajšanim delovnim časom po posebnih predpisih do osmega meseca starosti otroka.

Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke prvega odstavka tega člena začasna zadržanost (prvi odstavek 51. člena), 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 tega člena tudi, če v varstveni dobi izrabí letni dopust.

Nadomestilo osebnega dohodka po prvem odstavku tega člena gre zavarovankam iz 1., 2., 3. in 7. točke 15. člena, zavarovankam iz 16. člena pod pogoji, ki jih določa ta statut v 74. členu, ter zavarovankam iz 19. in 20. člena.

V primerih iz prvega odstavka tega člena gre zavarovanki od prvega dne zadržanosti nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti.

73. člen

Zavarovanka iz 1. do 3. točke prvega odstavka 15. člena ima tudi po prenehanju delovnega razmerja pravico do nadomestila osebnega dohodka, če:

1. se v roku 30 dni po prenehanju dela prijavi pristojnemu zavodu za zaposlovanje in se v tem roku začne varstvena doba po predpisih o delovnih razmerjih zaradi nosečnosti in poroda;

2. ima neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja dobo predhodnega zavarovanja (58. člen).

74. člen

Nadomestilo po 1. ni 2. točki prvega odstavka 72. člena znaša 100% od osnove (60., 61. in 62. člen) in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v zdravstveni delovni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano.

Nadomestilo osebnega dohodka iz prejšnjega odstavka ne more biti manjše, kot je minimalni osebni dohodek, ki ga določajo republiški predpisi, razen za učenke v gospodarstvu in učenke poklicnih šol.

Zavarovanka, ki nastopi porodniški dopust po presoji zdravnika prej kot 45 dni pred porodom, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po prvem odstavku tega člena tudi za te dni.

75. člen

Zavarovanka v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini ali v gospodinjstvu zavarovanca, zaposlenega pri takem organu ali organizaciji oziroma zavarovancu, ki je zaposlen pri mednarodni organizaciji (1. točka prvega odstavka 16. člena), in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, ima med porodniškim dopustom namesto pravice do nadomestila osebnega dohodka po tem zakonu pravico do osebnega dohodka, dnevnic ali štipendije.

Osební dohodek, dnevnice oziroma štipendije izplačuje zavarovanki iz prejšnjega odstavka na svoj

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

Zavarovanka, ki se je po posebnem sporazumu zaposlila v tujini, obdržala pa je lastnost osebe v delovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka v breme skupnosti tudi za 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 ali pri tujem delodajalcu, zavarovana pa je po tem zakonu, ima med porodniškim dopustom pravico do nadomestila osebnega dohodka v breme skupnosti samo, dokler je v Jugoslaviji.

Zavarovanka iz prvega odstavka tega člena, ki jo je organizacija poslala v tujino, ima, kadar med porodniškim dopustom prebiva v Jugoslaviji, pravico do nadomestila osebnega dohodka po tem statutu.

Kadar ima zavarovanka iz prvega do petega 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.

76. člen

Če o nadomestilu osebnega dohodka med porodniškim dopustom ni drugače določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu osebnega dohodka ob začasnih zadržanosti od dela.

3. Povračilo potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

77. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe:

1. kadar jih pristojni zdravnik, zdravstvena delovna organizacija ali pristojna komisija napoti ali pokliče v kraj izven njihovega prebivališča v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva;

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

Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe, ki začasno bivajo v drugem kraju, le do najbližje zdravstvene delovne organizacije.

Povračilo potnih stroškov po prvem in drugem odstavku tega člena gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od njenega prebivališča oziroma zaposlitve do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije najmanj 10 kilometrov.

78. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je spremljevalec po mnenju pristojnega zdravnika, zdravstvene delovne organizacije ali pristojne komisije nujno potreben zavarovani osebi, ki potuje na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

Za otroke do dopolnjenega 15. leta starosti se šteje, da jim je nujno potreben spremljevalec.

79. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

80. člen

Povračilo prevoznih stroškov se priznava za najkrajšo razdaljo in po osnovni tarifi za redna prevozna sredstva javnega prometa (potniški vlak, avtobus, ladja).

Glede na nujnost primera, zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti, sme izbrani oziroma pristojni zdravnik, zdravstvena delovna organizacija 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.

81. člen

Če se zavarovana oseba ponesreči ali zboli v gorah oziroma v kraju, od koder ni mogoč prevoz z reševalnim vozilom ali drugim prevoznim sredstvom, gre do stroški prenosa, ki ga opravi ustrezna reševalna služba, do kraja, od koder je mogoč takšen prevoz, v breme skupnosti.

82. člen

Prevozní stroški gre do v breme skupnosti tudi tedaj, kadar gre za prevoz zavarovane osebe v zdravstveno delovno organizacijo ali iz zdravstvene delovne organizacije ali pa za premestitev iz ene zdravstvene delovne organizacije v drugo v kraju bolnikove zaposlitve oziroma bolnikovega stalnega ali začasnega prebivališča, če je bil prevoz potreben zaradi njegovega zdravstvenega stanja in je potrebo ugotovil zdravnik ali zdravstvena delovna organizacija, v kateri se je bolnik zdravil, ali pa tudi sicer, če je bil prevoz potreben zaradi nujnosti primera ali iz drugih medicinskih razlogov.

Prevozní stroški gre do v breme skupnosti tudi, kadar je treba zavarovano osebo, ki se v smislu 45. in 46. člena zdravi v tujini, od tod prepeljati, če skupnost na podlagi mnenja zdravniške komisije prve stopnje ali zdravstvene delovne organizacije, v kateri se zavarovana oseba zdravi, ugotovi, da ji je pri vrnitvi v domovino potreben prevoz.

83. člen

Višino pavšalnega povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju ter natančnejše pogoje in način uporabe posameznih vrst prevoznih sredstev glede na nujnost primera in zdravstveno stanje zavarovane osebe določa skupščina skupnosti s posebnim splošnim aktom.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

84. člen

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

Pogrebna gre ob smrti zavarovanca ali zavarovančevega družinskega člana tudi, če je ta umrl v 30

dneh od prenehanja delovnega razmerja ali druge dejavnosti oziroma svojstva, na podlagi katerega je bil zavarovan.

Pogrebna gre tudi v primeru, če umre družinski član zavarovanca, ki mu je zagotovljeno zdravstveno varstvo medtem, ko tisti, po katerem ima pravico do tega varstva, služi vojaški rok.

Pogrebna za zavarovano osebo, ki je umrla in bila pokopana izven območja skupnosti, se prizna in izplača v višini pogrebne, določene za kraj pokopa, če je za upravičenca to ugodnejše.

Pogrebna za zavarovano osebo, ki umre med prebivanjem v tujini, se prizna v višini dejansko potrebnih stroškov v državi in kraju, v katerem je zavarovana oseba umrla.

85. člen

Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s posebnim splošnim aktom.

86. člen

Ob smrti zavarovanca imajo družinski člani, ki jih je zavarovanec do svoje smrti preživljal, pravico do posmrtnine.

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

Četrty del

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

87. člen

Za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo se zavarovancem zagotavlja:

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

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

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

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo se zagotavljajo zavarovancem ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

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

88. člen

Med ukrepe za odvrtaanje in preprečevanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo se štejejo zlasti ukrepi, ki jih v okviru 61. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva zagotovi skupnost v svojem programu dejavnosti. V programu skupščina natančneje določi ukrepe za odvrtaanje in preprečevanje nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo.

Pri odvrtaanju in preprečevanju nesreč pri delu in obolenj za poklicno boleznijo 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.

89. člen

Za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo so zavarovancem v celoti v breme skupnosti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po tem statutu.

90. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre ob časni zadržanosti od dela zaradi nesreče pri delu ali zaradi obolenja za poklicno boleznijo v breme skupnosti od 31. dne časne zadržanosti.

Nadomestilo osebnega dohodka med časno zadržanostjo od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali obolenje za poklicno boleznijo, kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, znaša 100 odstotkov od osnove.

Nadomestilo iz prejšnjega odstavka ne more biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol.

91. člen

V zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo ob nesreči pri delu in obolenju za poklicno boleznijo imajo zavarovanci tudi pravico do povračila potnih stroškov, družinski člani zavarovanca pa ob smrti zavarovanca tudi do povračila in denarnih dajatev.

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

92. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost na območju skupnosti, so zdravstveno zavarovane v tej skupnosti ob pogojih, ki jih določa ta statut.

93. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, imajo enake pravice in obveznosti, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja zavarovanci-delavci, razen če statut izrečno ne določa drugače.

94. člen

Osnove za plačevanje prispevkov in osnove za denarna nadomestila določa skupščina skupnosti s splošnim aktom.

Šesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

95. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja pod pogoji in na način, kot to določajo zakon, ta statut in drugi splošni akti skupno-

sti ter pogodbe, ki jih skupnost sklene z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, delovnimi organizacijami in zasebniki.

S sestavinami pogodb, ki urejajo pogoje in načine uveljavljanja zdravstvenega varstva, mora skupnost zavarovane osebe na primeren način seznaniti.

96. člen

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

Obrazec zdravstvene izkaznice, s katero se dokazuje lastnost zavarovane osebe (31. člen), način njene izdajanja in uporabe ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše skupščina skupnosti s posebnim splošnim aktom.

97. člen

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

Če skupnost osebi, za katero je vložena prijava zavarovanja, odreče lastnost zavarovane osebe, ji o tem mora izdati pismeno odločbo čimprej, najkasneje pa v dveh mesecih po vložitvi prijave.

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

Oseba, za katero organizacija oziroma delodajalec ne vložijo prijave za zavarovanje, lahko sama zahteva, da ji skupnost prizna lastnost zavarovane osebe.

Zoper odločbo, s katero se odreče lastnost zavarovane osebe, ima prizadeti pravico pritožbe na drugostopni organ skupnosti v 15 dneh po prejemu odločbe.

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 izrečno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

98. člen

Prijava za zavarovanje vložijo za delavca v Jugoslaviji njegova delovna organizacija oziroma delodajalec, za druge zavarovance organ, ki je zavezan za plačevanje prispevka za njegovo zavarovanje, in zavarovanec sam, če mora sam plačevati prispevek. Prijava se mora vložiti v osmih dneh po pridobitvi lastnosti zavarovane osebe; v istem roku mora zavezanec odjaviti iz zavarovanja osebo, ki ji je lastnost zavarovanja prenehala, oziroma prijaviti spremembe, ki so nastale v okoliščinah, katere vplivajo na pravice zavarovanca.

Organizacija oziroma zavarovanec mora prijaviti tudi zavarovanega družinskega člana ter vsako spremembo, ki vpliva na pravice, in odjaviti družinskega člana, če ta nima več pravic do zavarovanja, in sicer v rokih, ki veljajo za prijavo zavarovanca.

Zavarovanec lahko vložijo prijavo o svojem zavarovanju in zavarovanju svojih družinskih članov tudi sam.

99. člen

Za delavca, ki stopa prvič v delovno razmerje ali se zaposli po več kot šestmesečni prekinitvi delovnega

razmerja, se mora prijavi za zavarovanje priložiti na vpogled izvid opravljenega zdravniškega pregleda s strokovnim mnenjem zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo.

100. člen

Za druge zavarovane osebe se morajo prijavi zavarovanja priložiti dokazila o svojstvu, na podlagi katerega so zavarovane, ter druga dokazila oziroma listine.

101. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob prepisanih pogojih in načinih, se ne morejo omejiti, zmanjšati ali odvzeti. Pravica preneha, ko prenehajo pogoji, ki jih določajo zakon, ta statut ali splošni akt skupnosti.

102. člen

Pravica iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavlja, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisuje zakon, statut ali splošni akt skupnosti (lastnost zavarovane osebe, predhodno zavarovanje, nastanek zavarovanega primera, doba predhodnega zavarovanja, plačilo prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki ga plačuje zavarovana oseba — samoplačnik, in podobno).

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

103. člen

Pravice do denarnih prejemkov (nadomestil, povračil stroškov ipd.) se lahko uveljavljajo v dveh letih od njihove dospelosti.

Dospelost posameznih pravic določa ta statut.

104. člen

Pravico do nadomestila osebnega dohodka uveljavlja zavarovanec:

1. pri skupnosti v primerih, ko gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti;

2. pri organizaciji oziroma zasebnem delodajalcu, če gre nadomestilo v breme organizacije oziroma zasebnega delodajalca.

Nadomestilo osebnega dohodka se izplačuje na podlagi dokazov o upravičenosti brez vložitve posebne zahteve.

Pravico do drugih denarnih dajatev oziroma pomoči uveljavlja zavarovana oseba pri skupnosti.

Skupnost se lahko dogovori z organizacijo, da uveljavljajo zavarovane osebe nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in pomoči neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar gredo te dajatve v breme skupnosti.

105. člen

Kadar se izplačilo nadomestila osebnega dohodka ter drugih denarnih dajatev oziroma pomoči opravi na podlagi predloženih dokazov brez izdaje odločbe, je dolžna organizacija oziroma skupnost, v katere breme gre nadomestilo oziroma dajatev, zavarovani osebi izdati pismeno odločbo le na njeno zahtevo.

106. člen

Za varstvo pravic iz zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skupnost zavarovanim osebam na njihovo zahtevo dvostopno reševanje.

Odločbo o pravici oziroma o zavrnitvi zahtevka zavarovane osebe izda na prvi stopnji s tem statutom pooblaščen organizacija oziroma njen pooblaščen delavec.

Zoper odločbo ima zavarovana oseba pravico do pritožbe v 15 dneh po prejemu prvostopne odločbe. O pritožbi zoper prvostopno odločbo odloča pristojna komisija skupnosti. Odločba komisije skupnosti je dokončna.

Zoper dokončno odločbo ima pravico zavarovana oseba vložiti tožbo pri občinskem sodišču Ljubljana I ali pri občinskem sodišču, na katerega območju je stalno prebivališče zavarovanca.

107. člen

Pri odločanju o pravicah zavarovanih oseb v skupnosti se smiselno uporablja zakon o splošnem upravnem postopku.

108. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju, začasni zadržanosti od dela, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja, predpisovanju zdravil in podobnem dajejo izbrani ali pristojni zdravnik, zdravniška komisija prve stopnje in zdravniška komisija druge stopnje.

Strokovna mnenja o invalidnosti daje v postopkih iz zdravstvenega zavarovanja invalidska komisija.

109. člen

Zdravniško komisijo prve stopnje imenuje najvišji organ organizacije, ki je s tem statutom pooblaščen izdajati odločbe na prvi stopnji.

Zdravniška komisija prve stopnje daje veljavno mnenje v sestavi treh članov.

Zdravniško komisijo druge stopnje imenuje skupščina skupnosti.

110. člen

Zoper ugotovitev, strokovno zdravniško mnenje in oceno posameznega zdravnika lahko vloži zavarovana oseba ugovor v 48 urah na zdravniško komisijo prve stopnje.

Zoper ugotovitev, strokovno zdravniško mnenje in oceno zdravniške komisije prve stopnje v stvareh, v katerih ne daje ugotovitve, mnenja in ocene zdravnik posameznik, lahko zavarovana oseba ugovarja v 3 dneh na zdravniško komisijo druge stopnje.

Zdravniška komisija druge stopnje lahko tudi na predlog organov skupnosti opravi revizijo ugotovitve zdravniške komisije prve stopnje. Njene ugotovitve veljajo v takih primerih od dneva, ko so bile izdane.

111. člen

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

112. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji na pristojni organ te organizacije ali na zdravniško komisijo prve stopnje. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvene delovne organizacije varstvo prizadete osebe po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

Zavarovana oseba mora med zdravljenjem ravnati po navodilih zdravnika, hišnega reda in drugih

pravil zdravstvene delovne organizacije. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, nosi zavarovana oseba dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi, sama.

O tem odloči skupnost na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije prve stopnje.

113. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja po predpisih, ki veljajo na območju skupnosti.

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

Če zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način, kot je določeno v splošnem aktu skupnosti, prevzame skupnost za 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.

114. 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.

115. člen

Po 30 dneh zadržanosti od dela pošlje zdravnik zavarovanca na pregled k zdravniški komisiji, ki oceni njegovo nezmožnost za delo in določi dan ponovnega pregleda, razen če se zdravi v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

116. člen

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

117. člen

Zavarovancu se odreče pravica do nadomestila osebnega dohodka oziroma se mu ustavi izplačevanje tega nadomestila v primerih iz 59. člena tega statuta z odredbo, ki se mu vroči s poukom, da lahko zahteva v treh dneh, da se o ustavitvi nadomestila odloči z odločbo.

Če se zavarovancu ne izda odredba po prejšnjem odstavku, se mora odločiti z odločbo po opravljenem postopku.

118. člen

Zoper odredbo zdravnika pri ugotavljanju začasne zadržanosti od dela lahko zavarovanec ugovarja v 48 urah od trenutka, ko zve zanjo, na zdravniško komisijo prve stopnje. Mnenje zdravniške komisije je v tem primeru dokončno.

Zoper ocenitev zdravniške komisije prve stopnje po 30 dneh začasne zadržanosti od dela lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na zdravniško komisijo druge stopnje. Mnenje zdravniške komisije druge stopnje je v tem primeru dokončno.

Zoper ugotovitve posameznega zdravnika o zadržanosti od dela lahko ugovarja tudi delovna organi-

zacija zavarovanca in s tem statutom pooblaščen organizacija, ki izdaja odločbe o nadomestilu osebnega dohodka.

119. člen

Nadomestilo osebnega dohodka se uveljavi s predpisanim poročilom o trajanju nezmožnosti za delo, ki ga izda pristojni zdravnik.

120. člen

Nadomestilo osebnega dohodka dospe v plačilo z dnem, s katerim dospe v plačilo osebni dohodek oziroma dospe v plačilo prispevek, in mora biti izplačano v 8 dneh po dospelosti. Če zavarovanec ni 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.

121. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja z napotnico izbranega ali 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.

122. člen

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

Skupnost lahko zahteva izkazilo, da pogrebne ni uveljavila in da tudi ne bo uveljavljala druga oseba oziroma organizacija, ki je oskrbela pogreb.

123. 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 prve stopnje, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino.

Stroški za zdravniške preglede iz prejšnjega odstavka ne gredo v breme skupnosti.

124. člen

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

125. člen

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

Seđmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

A. Organi skupnosti

126. člen

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

Izvršilna organa skupščine sta izvršilni odbor in odbor za predloge, prošnje in pritožbe.

Skupščina ima komisije za reševanje pritožb zavarovanih oseb na drugi stopnji in druge stalne in občasne komisije.

Delo vseh organov skupnosti je javno.

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

1. Skupščina skupnosti

127. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut skupnosti; sprejema tudi pravilnike in druge splošne akte;

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 upravljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. sklepa posebno pogodbo o razmerjih med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje v Ljubljani glede trajnega opravljanja strokovnih, finančnih in administrativnih zadev za skupnost ter letne pogodbe o izvrševanju tekočih nalog in o povračilih;

4. razpravlja in sklepa o predlogih in pripombah občinskih svetov zavarovancev;

5. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov in višino prispevkov zavarovancev za določene oblike zdravstvenega varstva;

6. sklepa o finančnem načrtu in zaključnem računu 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 zavoda za socialno zavarovanje v Ljubljani o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na njenem 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 delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji;

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, odbor za predloge, prošnje in pritožbe, komisijo za reševanje ugovorov zavarovancev glede pravic iz zdravstvenega varstva (zdravniško komisijo druge stopnje), komisijo za reševanje ugovorov glede dajatev iz zdravstvenega zavarovanja in vprašanj statusa zavarovane osebe ter druge občasne 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 oziroma skupščine ali zavod za socialno zavarovanje.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti svoj izvršilni organ, da v njenem imenu odloča o posameznih nalozah.

128. člen

Skupščina skupnosti predpiše poslovnik za svoje delo, delo izvršilnih in drugih organov skupščine ter svetov zavarovancev.

129. člen

Skupščina skupnosti ima 75 članov.

Pravico voliti in biti voljen za člana skupščine skupnosti ima vsak zavarovanec te skupnosti.

130. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta.

Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

131. člen

Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika.

Predsednika in podpredsednika izvoli skupščina na prvem zasedanju po verifikaciji mandatov izvoljenih članov skupščine.

Predsednik in podpredsednik sta veljavno izvoljena, če zanju glasuje več kot polovica vseh članov skupščine.

Predsednik skupščine zastopa skupščino. Za zastopanje skupščine v določenih zadevah sme pooblastiti drugega člana skupščine.

Odsotnega predsednika skupščine nadomešča z vsemi pravicami in dolžnostmi podpredsednik skupščine.

132. člen

Predsednik skupščine sklicuje in vodi seje skupščine; skrbi, da potekajo seje skupščine po poslovniku; podpisuje splošne akte in druge sklepe, ki jih sprejema skupščina; opravlja druge zadeve, ki jih določajo ta statut in drugi splošni akti skupnosti, ter zadeve, ki mu jih določi skupščina.

133. člen

Skupščina veljavno odloča, če je na njej navzočih več kot polovica vseh članov skupščine.

Sklepi skupščine so sprejeti, če zanje glasuje več kot polovica navzočih članov.

Statut in drugi splošni akti iz 4. člena tega statuta ter finančni načrt in zaključni račun so sprejeti, če zanje glasuje več kot polovica vseh članov skupščine.

134. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti;
3. z izgubo splošne volilne pravice;
4. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen, daljšo od 3 mesecev;
5. če se sam odpove mandatu 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 30 dni po prenehanju mandata.

135. člen

Postopek za odpoklic člana skupščine začne skupščina ali svet zavarovancev:

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 petkrat ne sodeluje na sejah skupščine skupnosti ali njenih organov.

O odpoklicu člana skupščine glasuje volilno telo, ki je člana izvolilo.

2. Izvršilna organa skupščine

136. člen

Izvršilni odbor in odbor za predloge, prošnje in pritožbe kot izvršilna organa skupščine voli skupščina skupnosti izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega organa traja 4 leta.

137. člen

Izvršilni organ sprejema svoje odločitve samo na sejah in v obliki sklepov.

Izvršilni organ je sklepčen, če je na seji navzočih več kot polovica članov.

Izvršilni organ veljavno sklepa z večino glasov navzočih članov.

138. člen

Člani izvršilnega organa so za svoje delo odgovorni skupščini skupnosti.

Skupščina skupnosti lahko odpokliče posamezne člane izvršilnega organa ali izvršilni organ kot celoto pod pogoji in po postopku, ki jih določa ta statut in pravilnik o volitvah organov upravljanja.

Posameznega člana lahko odpokliče, če ne izvršuje sklepov, smernic in politike skupščine, celoten izvršilni organ pa, če ravna v nasprotju s sklepi skupščine ali njeno politiko.

139. člen

Izvršilni organ ima predsednika in namestnika predsednika.

Predsednika in namestnika predsednika izvoli izvršilni organ na prvi seji po izvolitvi za dobo dveh let. Po poteku tega časa sta lahko znova izvoljena.

Predsednik in namestnik predsednika sta veljavno izvoljena, če zanju glasuje več kot polovica vseh članov izvršilnega organa.

140. člen

Predsednik izvršilnega organa zastopa izvršilni organ. Za zastopanje izvršilnega organa v določenih zadevah sme pooblastiti namestnika predsednika ali drugega člana izvršilnega organa.

Odsotnega predsednika izvršilnega organa nadomešča z vsemi pravicami in dolžnostmi namestnik predsednika.

141. člen

Predsednik izvršilnega organa sklicuje in vodi seje izvršilnega organa; skrbi, da potekajo seje izvršilnega organa po poslovniku; skrbi za izvrševanje sklepov izvršilnega organa; opravlja druge zadeve, ki jih določajo ta statut in drugi splošni akti skupnosti, ter zadeve, ki mu jih določi izvršilni organ.

Predsednik izvršilnega organa redno poroča na sejah skupščine o izvrševanju njenih sklepov.

a) Izvršilni odbor

142. člen

Izvršilni odbor ima 19 članov.

143. člen

Izvršilni odbor 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 delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
4. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, za katere je ta pristojna;
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;
7. obravnava letni načrt in program dela zavoda, daje pripombe ter ga dopolnjuje;
8. daje pobudo za sklicevanje sej skupščine skupnosti;
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

b) Odbor za predloge, prošnje in pritožbe

144. člen

Odbor za predloge, prošnje in pritožbe ima 7 članov.

145. člen

Odbor za predloge, prošnje in pritožbe obravnava in odloča o predlogih in prošnjah zavarovanih oseb in zavezancev prispevkov, naslovljenih na skupnost, ter o njihovih pritožbah, ki niso pritožbe zoper prvostopne odločbe.

Odbor za predloge, prošnje in pritožbe obravnava in odloča o zadevah iz prejšnjega odstavka, če zanje ni pristojen kakšen drug organ skupnosti ali če zanje ni pooblaščen zavod za socialno zavarovanje.

Odbor za predloge, prošnje in pritožbe odloča tudi o:

1. odpisu neizterljivih terjatev oziroma terjatev, katerih izterjevanje je iz drugih razlogov nesmotrno;
2. obročnem odplačevanju dospelih prispevkov zavezancev in drugih dolžnih zneskov skupnosti;
3. znižanju ali odpisu kazenskih obresti.

Odbor za predloge, prošnje in pritožbe odloča v mejah pooblastil skupščine tudi o znižanju odškodninskih, regresnih in drugih terjatev zaradi slabega socialnega stanja dolžnika in iz drugih razlogov ter o drugih premoženjskopравnih zadevah.

3. Komisije skupščine

146. 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 dajatev iz zdravstvenega zavarovanja in vprašanj statusa zavarovane osebe.

147. člen

Komisija za reševanje ugovorov glede pravic iz zdravstvenega varstva (zdravniška komisija druge

stopnje) je strokovna komisija in jo imenuje skupščina izmed zdravnikov.

Za člane te komisije skupščina izvoli 6 zdravnikov.

Komisija veljavno odloča v sestavi 3 zdravnikov.

148. člen

Komisija iz prejšnjega člena odloča na drugi stopnji o pritožbah zavarovanih oseb zoper prvostopne odločbe glede pravic s področja zdravstvenega varstva.

Komisija glede pravic iz zdravstvenega varstva ugotavlja:

- delovno zmožnost zavarovanca na njegov ugovor zoper odločitev zdravniške komisije prve stopnje oziroma zoper dejansko stanje, ki ga je ta ugotovila;
- delovno zmožnost zavarovanca na ugovor delovne organizacije oziroma delodajalca zoper odločitev zdravniške komisije prve stopnje;
- primernost odprave bolnika iz tujine na zdravljenje v zdravstveno delovno organizacijo v domovini, na ugovor zavarovane osebe zoper odločitev zdravniške komisije prve stopnje; na podlagi teh ugotovitev odloča o pravici zavarovanca oziroma zavarovane osebe.

Komisija odloča tudi na ugovor zavarovane osebe zoper odločitev zdravniške komisije prve stopnje oziroma na pritožbo zoper prvostopno odločbo:

- o zahtevi za novimi zobnimi in drugimi protezami, ortopedskimi in drugimi pripomočki in sanitarnimi napravami pred potekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje;
- o zahtevi za povračilo zdravstvenih in potnih stroškov, kadar ji je tak zahtevek zavržen, ker je v času zadržanosti od dela zaradi bolezni spremenila kraj zdravljenja;
- o drugih zahtevah zavarovanih oseb s področja zdravstvenega varstva.

149. člen

Zdravnik, ki zdravi zavarovanca ali je član zdravniške komisije, ki je na prvi stopnji odločala o zavarovanem primeru zavarovane osebe, ne more biti član zdravniške komisije na drugi stopnji.

150. člen

Komisija za reševanje ugovorov glede dajatev iz zdravstvenega zavarovanja in vprašanja statusa zavarovanca odloča na drugi stopnji na pritožbe zavarovanih oseb glede dajatev iz zdravstvenega zavarovanja in statusa zavarovane osebe.

Komisija iz prejšnjega odstavka odloča zlasti:

- o pritožbah zoper odločbe prve stopnje, glede nadomestila osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela zaradi bolezni, kadar ne gre za primere iz 148. člena tega statuta;
- o pritožbah zoper odločbe prve stopnje glede zahtevkov za povračilo zdravstvenih in potnih stroškov, kadar ne gre za primere iz 148. člena tega statuta;
- o pritožbah zoper odločbe prve stopnje, s katero se zavarovani osebi odreče lastnost zavarovane osebe.

151. člen

Komisijo iz prejšnjega člena izvoli skupščina skupnosti tako, da izvoli predsednika, njegovega na-

mestnika in 2 člana izmed članov skupščine, 2 člana pa izmed zavarovancev.

Komisija veljavno odloča v sestavi treh članov.

152. člen

Skupščina ima komisijo za izvajanje in spremljanje normativne dejavnosti, kot stalno komisijo, ki spremlja izvajanje statuta in drugih splošnih aktov skupnosti ter družbenih dogovorov in tistih sestavin pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki urejajo pogoje in načine za uveljavljanje zdravstvenega varstva; proučuje stanje na tem področju in predlaga ukrepe ter spremembe in dopolnitve splošnih aktov, družbenih dogovorov in pogodb.

153. člen

Komisija iz prejšnjega člena ima 7 članov. Predsednika in njegovega namestnika izvoli skupščina skupnosti izmed članov skupščine, druge člane pa lahko tudi izmed zavarovancev.

Komisija veljavno odloča z večino glasov vseh članov.

154. člen

Za reševanje posameznih drugih zadev ali opravljanje enkratnih ali občasnih nalog lahko skupščina izvoli oziroma imenuje tudi občasne komisije.

Število članov komisije in naloge komisije določa skupščina ob izvolitvi oziroma imenovanju.

4. Sveti zavarovancev

155. člen

Sveti zavarovancev se izvolijo za območje občine.

Glede na število zavarovancev imajo občinski sveti zavarovancev od 15 do 31 članov. Število članov svetov zavarovancev v posamezni občini določa pravilnik o volitvah samoupravnih organov skupnosti.

Sveti zavarovancev posameznih občin se lahko z medsebojnim sporazumom združijo v svet zavarovancev za območje, ki ga zajema zdravstveni dom.

156. člen

Sveti zavarovancev opravljajo zlasti tele zadeve:

1. volijo člane skupščine skupnosti;
2. razpravljajo o vprašanju zdravstvenega zavarovanja in potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
3. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti: statutu, pravilnikih, programih, finančnih načrtih, sklepu o določitvi prispevnih stopenj, sklepu o prispevku zavarovanih oseb k stroškom za določene oblike zdravstvenega varstva in drugih pomembnejših sklepih;
4. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
5. dajejo iniciativo s področja delovanja skupnosti.

Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov zavarovancev in o tem obvešča skupščino.

O načinu rešitve obvesti izvršilni odbor tudi svet zavarovancev, ki je dal mnenje in predloge.

5. Tajnik organov upravljanja skupnosti

157. člen

Za opravljanje organizacijskih in tehnično administrativnih nalog za potrebe vseh organov upravljanja skupnosti imajo ti organi tajnika.

Tajnik organov upravljanja skupnosti povezuje delovanje organov skupnosti; skladno s splošnimi akti

skupnosti skrbi, da pravočasno organi skupnosti obravnavajo zadeve iz svoje pristojnosti; posreduje sklepe in druge odločitve organov upravljanja zavodu za socialno zavarovanje v izvrševanje in drugim organom in organizacijam ter neposredno izvršuje sklepe in druge naloge, ki mu jih določijo organi upravljanja skupnosti.

158. člen

Tajnika organov upravljanja skupnosti imenuje izvršilni odbor in je njemu odgovoren za svoje delo.

Naloge tajnika organov upravljanja skupnosti določa natančneje poslovnik o delu organov skupnosti.

B. Volitve organov skupnosti

159. člen

Volitve v skupščino skupnosti so posredne.

Člane skupščine skupnosti izvolijo izmed svojih članov sveti zavarovancev tako, da vsak občinski svet zavarovancev izvoli po dva člana ter še dodatno število članov glede na število zavarovancev na območju občinskega sveta. Dodatno število članov skupščine na posamezne občinske svete zavarovancev določa skupščina skupnosti s sklepom o razpisu volitev.

Svete zavarovancev sestavljajo člani, ki jih izvolijo delavski sveti oziroma najvišji organi upravljanja v delovnih oziroma ustrezni organi v drugih organizacijah, poklicne organizacije zavarovancev in društvo upokoencev.

Način izvolitev skupščine skupnosti in svetov zavarovancev ter drugih organov skupščine se opravi po pravilniku o volitvah organov skupnosti.

160. člen

Glasovanje na volitvah članov skupščine skupnosti je tajno ali javno. O tem sklepajo sveti zavarovancev pred glasovanjem.

Glasovanje na volitvah predsednika in podpredsednika skupščine ter izvršilnega odbora in komisij skupščine je javno, če skupščina skupnosti ne sklene, da bo glasovanje tajno.

C. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

161. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, pravilnike, program, finančni načrt, sklep o določitvi prispevnih stopenj in sklep o prispevku zavarovanih oseb, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenja in predloge zavarovancev v zadevah iz prejšnjega odstavka tega člena dobi skupščina prek občinskih svetov zavarovancev.

Skupščina skupnosti določa način, po katerem bo dobila mnenje in predloge zavarovancev.

Skupščina skupnosti mora seznaniti zavarovance z zaključnim računom skupnosti potem, ko ga sprejme.

162. člen

Skupščina skupnosti razpiše obvezno referendum, na katerem se zavarovanci izjavijo, kadar gre za vprašanja razdružitve oziroma izločitve posameznega območja iz skupnosti.

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

Referendum o razdružitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

163. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem in se zavarovanci na vprašanje izjavijo »ZA« ali »PROTI«.

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

Odločitev, sprejeta z referendumom, je obvezna za skupščino skupnosti in se isto vprašanje ne more dati znova na referendum pred potekom enega leta.

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

164. člen

Skupnost sodeluje po svojih organih z družbeno-političnimi skupnostmi, družbeno-političnimi organizacijami, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove.

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

Sodelovanje z družbeno-političnimi skupnostmi iz prvega odstavka se nanaša tudi na ustrezno sodelovanje s posebnim medobčinskim svetovalnim organom ki ga na podlagi zakona o zdravstvu ustanovijo občine za uresničitev njihovih pravic in dolžnosti na področju zdravstvenega varstva in za zagotovitev čimbolj uspešnega zdravstvenega varstva na območju skupnosti.

Skupnost si v ustreznih okvirih in pogojih zagotovi za svoje območje tudi opravljanje strokovnih in tehničnih nalog s področja zagotavljanja, organizacije in spremljanja zdravstvenega varstva ter strokovnega načrtovanja, evidentiranja, preverjanja in analiziranja zdravstvenih storitev s strani ustrezne zdravstvene delovne organizacije, ki jo občine v skladu z zakonom o zdravstvu pooblastijo za opravljanje strokovnih in tehničnih nalog.

165. 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.

166. člen

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

Pobuda za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pisnen predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih

posameznih soudeležencev in drugih vprašanih, ki so pomembna za to sodelovanje. Predlagatelj pošlje predlog vsem zainteresiranim soudeležencem, ki se morajo o predlogu izreči v 30 dneh, ker sicer velja, da se s predlogom strinjajo.

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

Za sodelovanje skupnosti s posebnim svetovalnim organom občin ter za zagotovitev strokovnih in tehničnih nalog zdravstvene delovne organizacije, ki jo občine pooblastijo, se primerno uporabijo določbe tega člena o samoupravnem dogovoru, kakor ustreza okoliščinam, oziroma se zadevna razmerja uredijo z ustrežno pogodbo. To sodelovanje obsega zlasti:

— strokovno pripravo in spremljanje programa zdravstvenega varstva za območje skupnosti;

— razvijanje in usklajevanje preventivnega zdravstvenega varstva na območju skupnosti;

— strokovno sodelovanje v pripravi in spremljanju odločitev skupnosti o ukrepih, s katerimi v okvirih svoje pristojnosti in v sodelovanju z drugimi dejavniki zagotavlja in uresničuje zdravstveno varstvo kot organizirano družbeno dejavnost.

167. 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 zagotavljanega 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 se določi v sklenjeni pogodbi.

S pogodbo si skupnost kot plačnik zdravstvenih storitev zagotovi tudi nadzorstvo nad izpolnjevanjem obveznosti, ki jih prevzame zdravstvena delovna organizacija, glede načina, pogojev in postopka, zlasti nadzorstvo nad kakovostjo, obsegom in načinom izvajanja zdravstvenega varstva skladno z zakonom, statutom in drugimi splošnimi akti skupnosti oziroma s pogodbenimi opredelitvami čakalne dobe, poprečnega razmerja med prvimi in ponovnimi pregledi, ordinacijskih urnikov, pričetka zdravstvene obdelave po sprejemu v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo in podobno. Izvajanje tako zagotavljenega nadzorstva skupščina natančneje uredi s posebnim splošnim aktom, s katerim določi tudi pristojnosti in način za uveljavljanje pravic skupnosti glede zahtev za strokovno nadzorstvo nad delom zdravstvenih delovnih organizacij in zdravstvenih delavcev na podlagi zakona o zdravstvu.

168. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami se sklepajo v skladu z izhodišči, ki jih določa družbeni dogovor o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva, kot ga sklenejo izvršni svet skup-

ščine SR Slovenije, gospodarska zbornica SR Slovenije, zdravstvene delovne organizacije oziroma njihovo združenje, zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja in republiški svet Zveze sindikatov Slovenije.

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

Če se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklepanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predložita sporno vprašanje v razsodbo posebni arbitraži.

169. člen

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

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

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

V sporazumu se 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.

Osmi del

FINANCIRANJE

170. 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.

171. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti.

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

Stopnje prispevkov se določajo tako, da sredstva, ki se z njimi dosega, krijejo obveznosti skupnosti za zavarovane primere in stroške v zvezi z izvajanjem zavarovanja ter zagotavljajo potrebne rezerve, pozavarovanje težjih nevarnosti in del sredstev, ki jih skupnost prispeva k razvoju zdravstvene službe.

172. člen

Za določitev stopnje prispevka po prejšnjem členu tega statuta izoblikujejo skupnost; občinske skupščine, občinski sindikalni sveti ter gospodarske in zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti temeljna izhodišča po načelih družbenega dogovarjanja.

173. člen

Postopek za družbeno dogovarjanje po prejšnjem členu začne izvršilni odbor skupščine tako, da pri-

pravi pismeni predlog o temeljnih izhodiščih za določitev višine oziroma stopnje prispevkov. Pri tem mora upoštevati kot izhodišča zlasti gibanje mase osebnih dohodkov, povečanje izdatkov za posamezne namene, zlasti za 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 delovnih organizacijah, stanje rezerv skupnosti in podobno.

174. člen

Izvršilni odbor skupščine obvesti na primeren način vse udeležence družbenega dogovarjanja o predlogih temeljnih izhodišč za določitev višine stopnje prispevkov za prihodnje leto do 15. novembra v tekočem letu.

175. člen

V 15 dneh po dostavi vseh predlogov skliče predsednik izvršilnega odbora skupščine skupnosti sestanek predstavnikov udeležencev družbenega dogovarjanja, na katerem izoblikujejo družbeni dogovor.

176. člen

Če osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, določi skupščina skupnosti osnovo za prispevek in višino oziroma stopnjo prispevka za zdravstveno zavarovanje ali pa določi prispevek v pavšalnem znesku.

Kadar skupščina določi prispevek v pavšalnem znesku, upošteva za določitev takšnega prispevka ugotovljene povprečne stroške zdravstvenega zavarovanja na zavarovanca oziroma zavarovano osebo v skupnosti v preteklem dvanajstmesečnem obdobju pred sklepanjem.

Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, določi osnovo in stopnjo za prispevek skupščina skupnosti. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na družinskega člana zavarovanca.

177. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo določi skupščina skupnosti po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti, in sicer v odstotku od kosmatih osebnih dohodkov.

V primerih, ko se za zavarovane osebe in za osebe, ki jim je z zakonom zagotovljeno zdravstveno varstvo, plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v pavšalnem znesku, se določi prispevek za nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo prav tako v pavšalnem znesku, in sicer ob upoštevanju povprečnih stroškov zdravstvenega zavarovanja za nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo v skupnosti, ugotovljenih v preteklem dvanajstmesečnem obdobju pred sklepanjem.

Kadar je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v delovni organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov povečana, skupnost določi višjo tarifo za takšno delovno organizacijo oziroma za zasebnega delodajalca, vendar ta ne more biti za več kot 50 % višja od redne.

Šteje se, da je nevarnost za nesrečo pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo povečana, če organ za nadzorstvo nad izvajanjem splošnih predpisov o varstvu pri delu na lastno pobudo ali na zaprosilo

skupnosti predloži dokumentacijo o tem, da v delovni organizaciji oziroma pri zasebnem delodajalcu ne izvajajo v zadostnem obsegu predpisanih ukrepov za varstvo pri delu.

178. člen

Osnova za obračunavanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejemajo osebni dohodek ali nagrado, njihov kosmati osebni dohodek oziroma nagrada;
2. za upokoјence 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, združnih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno 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, priglāšene pri zavodu za zaposlovanje — povprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda za zaposlovanje tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Če je osnova za prispevek določena v čistem znesku, se mora posebej določiti tudi stopnja.

179. člen

Za jugoslovanske državljane, ki so v delovnem razmerju pri mednarodnih ali drugih organizacijah po mednarodnih pogodbah ali pri tujih organizacijah oziroma delodajalcih in so ta čas zavarovani v tej skupnosti, ker jim s statutom ali drugim splošnim aktom take organizacije oziroma z drugačnim predpisom ni zagotovljeno zdravstveno zavarovanje (2., 3. in 4. točka prvega odstavka ter drugi odstavek 16. člena), določi osnovo in stopnjo prispevka skupščina skupnosti s sklepom.

Za jugoslovanske državljane iz 1. točke 16. člena tega statuta se uporabi osnova in stopnja prispevka iz prejšnjega odstavka, če ni mogoče ugotavljati njihovega kosmatega osebnega dohodka.

180. člen

Prispevek v pavšalnem znesku določi skupščina skupnosti:

1. za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki ga plačujejo zanje delovne organizacije, zasebni delodajalci oziroma šole;
2. za družinske člane oseb iz 2. do 4. točke prvega odstavka ter iz drugega odstavka 16. člena tega statuta, kadar jim z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini ni zagotovljeno zdravstveno varstvo;
3. v drugih primerih.

181. 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 zavarovanca.

182. člen

Pri določanju stopnje prispevka in prispevka v pavšalnem znesku skupščina skupnosti upošteva, ali

imajo po zavarovancu pravico do zdravstvenega varstva tudi družinski člani ali ne, oziroma ali so zavarovani samo družinski člani.

183. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje (redni):
 - a) za zavarovanje v primeru bolezni in nesreče izven dela;
 - b) za zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo;
2. posebni prispevek.

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

Posebni prispevek se predpiše za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja pod pogoji in na način, ki ga predpisujeta zakon in ta statut.

184. člen

Prispevek za nesrečo pri delu ali 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 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 taki vzgoji ali delih;
5. drugi zavezanci, ki jih določajo predpisi.

185. člen

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje natančneje ureja pravilnik o ugotavljanju osnov in o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje.

186. člen

Prispevek dospe 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.

187. člen

Zavezanec prispevka, ki ne obračuna in ne vplača prispevkov ob zapadlosti, mora poleg prispevkov plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1% na dan od zneska nevplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

Za zavezance prispevka po prejšnjem odstavku tega člena se štejejo delovna ali druga organizacija ali zasebni delodajalec, ki so dolžni obračunavati ter odvajati prispevke za svoje delavce, skupnosti invalidsko-pokojninskega zavarovanja ter zavarovanci, ki so sami dolžni plačevati prispevek iz svojih sredstev.

188. člen

Zavezancu, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

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

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

189. člen

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

Ce prispevkov ni mogoče izterjati na način iz prejšnjega odstavka, jih mora na zahtevo skupnosti izterjati občinski organ davčne službe po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi prispevkov in davkov občanov, oziroma sodišče po pravilih izvršilnega postopka.

190. člen

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

191. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja delavcev na enotni žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva.

192. člen

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

193. člen

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v petih letih od 1. januarja 1971.

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

194. 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 uporabljati 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 posebni prispevek.

195. člen

Skupnost obvezno pozavaruje zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom, in rizike, za katere se vse

skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v SR Sloveniji sporazumno dogovorijo.

196. člen

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

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

197. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:
 - nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo;
 - predpisane obvezne oblike in po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;
 - drugi, po zakonu in statutu predvideni primeri, 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.

198. 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.

199. člen

Finančni načrt skupnosti za prihodnje leto sprejme skupščina skupnosti najkasneje do 20. decembra v tekočem letu.

200. člen

Letno finančno poslovanje skladov ugotavlja skupnost dokončno z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto v predpisanem roku.

201. člen

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno organizacijo in način evidentiranja dohodkov in izdatkov skladov ter način vodenja poslovnih knjig (knjigovodstvo).

S pravilnikom iz prejšnjega odstavka lahko skupščina skupnosti predpiše, za katere oblike zdravstvenega varstva, za katere oblike zdravstvenega zavarovanja in za katere kategorije zavarovanih oseb se poleg že z zakonom predpisanih ločenih obračunov še ločeno vodijo dohodki in izdatki.

202. člen

Kadar mora skupnost po zakonu finančni načrt za določena sredstva predložiti v poprejšnjo obravnavo izvršnemu svetu skupščine SR Slovenije, pošlje izvršni odbor predlog finančnega načrta izvršnemu svetu v poprejšnjo obravnavo, preden ga predloži skupščini skupnosti.

Zaključni račun za posebna sredstva iz prejšnjega odstavka se pošlje izvršnemu svetu skupščine SR Slovenije, ko ga sprejme skupščina skupnosti.

203. člen

Ordredbodajalec za izvrševanje finančnih načrtov skupnosti je direktor zavoda za socialno zavarovanje Ljubljana.

Računodajalec za izvrševanje finančnih načrtov skupnosti je šef računovodstva sredstev skupnosti zavoda za socialno zavarovanje Ljubljana.

204. 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.

Deveti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH
IN ADMINISTRATIVNIH POSLOV

205. 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 podpisuje direktor zavoda ali delavec zavoda, ki ga direktor pooblasti.

206. 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 teh nalog, nadzor skupnosti nad opravljanjem nalog, temeljna izhodišča in merila za povračila za opravljanje del ter druga medsebojna razmerja.

207. člen

Tekoče naloge zavoda v zvezi z izvajanjem zavarovanja skladno s 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.

208. člen

Za medsebojna razmerja, ki niso urejena s pogodbo iz 206. člena in s sporazumom iz 207. člena tega statuta, se uporablja temeljni zakon o zavodih in na njegovi podlagi izdani predpisi.

209. člen

Direktor zavoda za socialno zavarovanje neposredno vodi delo zavoda glede izvajanja zdravstve-

nega zavarovanja delavcev po zakonu, tem statutu in drugih splošnih aktih skupnosti ter po sklepih skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

Direktor je odgovoren za to, da so uporaba skladov zdravstvenega zavarovanja, nalaganje sredstev in druge zadeve poslovanja v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja v skladu s sklepi skupščine skupnosti, njenega izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti.

210. člen

Direktor zavoda za socialno zavarovanje za skupnost oziroma njene organe:

1. pripravlja predloge delovnih programov in skrbi za njihovo uresničevanje;
2. pripravlja predloge finančnih načrtov za sklade skupnosti in izvršuje sprejete finančne načrte;
3. pripravlja predloge zaključnih računov skladov skupnosti;
4. sklepa skladno s sklepi skupščine skupnosti pogodbe;
5. skrbi za pripravljanje strokovnega gradiva za seje skupščine skupnosti, njenega izvršilnega odbora in drugih organov skupnosti;
6. izdaja na prvi stopnji odločbe o pravicah zavarovanih oseb;
7. opravlja druge zadeve s področja izvajanja zdravstvenega zavarovanja delavcev, ki so mu naložene s statutom skupnosti, s statutom zavoda, sklepi organov skupnosti ter s pogodbo o medsebojnih razmerjih med skupnostjo in zavodom za socialno zavarovanje;

8. redno poroča o izvrševanju sklepov organov upravljanja skupnosti na sejah izvršilnega odbora.

211. člen

Direktor zavoda skrbi, da so sklepi, ki jih sprejemajo skupščina, izvršilni odbor in drugi organi skupnosti, v skladu z zakonom, tem statutom in drugimi splošnimi akti skupnosti in jim je dolžan v ta namen preskrbeti ustrezno pomoč pri njihovem delu.

Če direktor zavoda misli, da sklep skupščine, izvršilnega odbora ali drugih organov skupnosti ni v skladu z veljavnimi predpisi ali da ni v interesu skupnosti, mora skupščino oziroma izvršilni odbor ali drug organ skupnosti na to opozoriti.

Če izvršilni odbor ali drug organ skupnosti ne upošteva opozorila, je direktor dolžan obvestiti o tem skupščino.

Direktor zavoda ima pravico in dolžnost sodelovati na sejah skupščine skupnosti in njenega izvršilnega odbora, vendar nima pravice odločati.

212. člen

Direktor zavoda skrbi za zakonitost pri odločanju o pravicah zavarovanih oseb in o obveznostih organizacij ter pri drugem poslovanju zavoda v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja delavcev.

213. člen

Direktor zavoda zastopa skupnost skladno s tem statutom:

1. v premoženjskih in drugih razmerjih, ki izvirajo iz poslovanja zavoda v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja;
2. v razmerjih, ki nastajajo v zvezi s sklepanjem pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in

drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

3. v drugih razmerjih — kadar je za to pooblaščen s sklepom skupščine ali njenega izvršilnega odbora.

214. člen

Direktorja zavoda imenuje na predlog razpisne komisije svet zavoda v soglasju s skupščino skupnosti.

Deseti del

POSEBNE DOLOČBE O IZVAJANJU ZDRAVSTVENEGA VARSTVA BORCEV NOV IN STUDENTOV

215. člen

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki je zagotovljeno s 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 že zavarovani po določbah tega statuta.

Borci narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 ter španski borci, ki so ali niso zavarovanci po tem statutu, imajo zase poleg pravic po prejšnjem odstavku še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih, če jih na tako zdravljenje napoti zdravniška komisija, in ne glede na druge pogoje, ki jih določa ta statut ali drug splošni akt skupnosti.

216. člen

Stroške za zdravstveno varstvo iz prvega odstavka prejšnjega člena povrne skupnosti proračun SR Slovenije.

Stroški za podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje po drugem odstavku prejšnjega člena gredo v breme skupnosti, kadar gre za osebe, ki so zavarovanci po tem statutu, sicer jih skupnosti v celoti povrne proračun SR Slovenije, če po posebnih predpisih ti stroški ne bremenijo kakšnega drugega proračuna, delovne ali druge organizacije.

217. člen

Skupnost izvaja zdravstveno varstvo rednih študentov višjih ali visokih šol ter fakultet in umetniških akademij, ki imajo sedež na območju skupnosti na podlagi sporazuma, katerega sklenejo izobraževalna skupnost SR Slovenije, Zveza študentov Slovenije in skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Skupnost se lahko dogovori z izobraževalno skupnostjo SRS, Zvezo študentov Slovenije in skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev, da prevzame izvajanje zdravstvenega varstva študentov vseh višjih in visokih šol ter fakultet in umetniških akademij v SR Sloveniji.

218. člen

Sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja študentov se lahko vodijo na posebnem skladu, če je tako določeno v sporazumu iz prejšnjega člena.

219. člen

V sporazumu iz 217. člena se natančneje določijo način zagotavljanja sredstev, način izvajanja zdrav-

stvenega varstva študentov ter druge pravice in obveznosti podpisnikov sporazuma.

Enajsti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

220. 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.

221. člen

Do 31. decembra 1970 posluje skupnost po dosedanjih predpisih.

222. člen

Skupnost prevzame premoženje komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana.

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

223. člen

Zavezanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega zavarovanja delavcev na dan 31. decembra 1970, plačati tudi od zneskov osebnih dohodkov, ki jih bodo izplačali po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se bodo izplačila nanašala na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavarovance, zajete s tem statutom.

224. 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 dospele 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, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, nadaljujejo začeto uporabo teh pravic, kakor da izpolnjujejo pogoje, predpisane s tem statutom in z drugimi splošnimi akti skupnosti.

225. člen

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

226. člen

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

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.

227. člen

Osebe, ki po tem statutu dobijo lastnost zavarovanca ali zavarovane osebe, so se dolžne prijaviti v zavarovanje v 60 dneh od dneva, ko se začne izvajati zdravstveno zavarovanje po tem statutu.

228. člen

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

229. 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.

230. člen

Skupščina skupnosti se lahko dogovori z občinskimi skupščinami na območju skupnosti, da pocblastijo občinsko skupščino na sedežu skupnosti, da v njihovem imenu opravlja naloge in izvaja pravice, ki jih nalagajo in dajejo zakon in ta statut občinskim skupščinam.

Dogovor iz prejšnjega odstavka lahko sklene skupščina skupnosti tudi le z nekaterimi občinskimi skupščinami in samo za določene naloge oziroma pravice. Naloge in pravice v takem primeru morajo biti v dogovoru natančneje določene.

231. člen

Temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje za 1971. leto po določbah 172. do 175. člena tega statuta se izoblikujejo z družbenim dogovorom tako, da izvršilni odbor skupščine obvesti udeležence družbenega dogovarjanja s predlogom temeljnih izhodišč do 10. decembra 1970, družbeni dogovor pa je treba izoblikovati najkasneje do 20. decembra 1970.

232. člen

Dokler ne bo ustanovljen oziroma oblikovan zavod za socialno zavarovanje v Ljubljani iz 205. člena statuta, opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve za skupnost po določbah 205. do 208. 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.

233. člen

Ta statut in druge splošne akte skupnosti po potrebi razlaga komisija iz 152. člena tega statuta.

234. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati statut komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ljubljana (št. 022-5/66 z dne 3. marca 1966).

Dokler skupščina skupnosti ne sprejme splošnih aktov, ki jih določa ta statut, se uporabljajo sedaj veljavni predpisi, če niso v nasprotju z zakonom ali s tem statutom.

235. 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. 022-7/70

Ljubljana, dne 7. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Hich l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV
RAVNE NA KOROŠKEM**

461.

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

STATUT**skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem, ki zajema območje občin: Dravograd, Radlje ob Dravi, Ravne na Koroškem, Slovenj Gradec in Velenje, so ustanovili delavci po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem, na seji dne 25. septembra 1970.

2. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (v nadaljnjem besedilu: »skupnost«) je pravna oseba.

Sedež skupnosti je na Ravnah na Koroškem.

3. člen

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

4. člen

V skupnosti so zdravstveno zavarovani delavci, ki imajo sedež svoje dejavnosti na območju skupnosti. Drugi zavarovanci so zavarovani pri tej skupnosti, če imajo na njenem območju stalno bivališče.

Osebe iz prejšnjega odstavka postanejo člani te skupnosti in so obvezne zdravstveno zavarovane z dnem, ko dobijo lastnost delavca ali začno opravljati

dejavnost, na podlagi katere so obvezno zdravstveno zavarovane.

5. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi (v nadaljnjem besedilu: »organizacije«) in zasebni delodajalci svoje delavce ter učence v gospodarstvu oziroma učence poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, obvezno zdravstveno zavarujejo za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo.

6. člen

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

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 poverijo izvajanje zdravstvenega varstva skupnosti. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s pogodbo med skupnostjo in družbeno-političnimi skupnostmi.

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 določa 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.

11. člen

Uživanje pravic zdravstvenega varstva zagotovi skupnost zavarovanim osebam po tem statutu 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.

12. člen

Zaradi smotrne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanje in pospeševanje zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje, sodeluje skupnost tudi z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega var-

stva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določi ta statut.

13. člen

Zaradi zmanjševanja obolenosti, 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.

14. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja 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.

15. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti na območju republike, se skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

16. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali statut, 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.

17. člen

Zavarovane in druge upravičene osebe uveljavljajo svoje pravice po tem statutu tako, kot določa ta statut, splošni akti skupnosti in pogodbe z zdravstvenimi zavodi.

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 zavarovanja zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah tega statuta.

18. 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 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.

19. člen

Skupnost izdaja splošne akte in odloča o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

Zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovanec skupnosti pravice:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut,
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta,
- sodelovati v svetu 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.

20. člen

Članstvo zavarovanja 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 izrecno določa, da jih zavarovanci obdržijo še tudi po tem, ko prenehajo biti zavarovani pri tej skupnosti.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

21. člen

Za zavarovance-delavce se štejejo osebe, ki so:

1. v delovnem razmerju,
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini, ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo,
3. člani obrtnih zadrug in člani ribiških zadrug, katerih edini ali glavni poklic je pridobitno delo v zadrugi,
4. začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja,
5. upokojenci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki prebivajo na območju skupnosti ter jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno,
6. na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas.

7. učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu.

Za zavarovance-delavce po 1. točki prejšnjega odstavka se štejejo osebe, ki delajo najmanj polovico

polnega delovnega časa, za zavarovance-delavce pa se štejejo tudi osebe, ki delajo manj kot polovico polnega delovnega časa, vendar so zavarovane samo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

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

Osebe od 1. do 3. in iz 6. točke prvega odstavka so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti, osebe iz 4. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež zavoda za zaposlovanje delavcev, pri katerem so prijavljene, osebe pod 7. točko so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež organizacije ali delodajalca, pri katerem dobivajo nagrado, oziroma šola, če ne dobivajo nagrade, osebe pod 5. točko so zavarovane pri skupnosti, če stalno prebivajo na njenem območju.

Kot osebe iz 4. točke prvega odstavka so zavarovani:

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

- a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma ko nehalo dobivati nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja po prekinjenem delovnem razmerju ali drugi dejavnosti,
- b) ko odslužijo vojaški rok v JLA ali, ko jim preneha nezmožnost za delo zaradi bolezni, zaradi katere so 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 varnostni ukrep.

2. Osebe, ki se prijavijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh:

- a) od dneva, ko jim je prenehala prostovoljna praksa (volonterji), ki so jo opravljali s polnim delovnim časom,
- b) od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali strokovno šolanje,
- c) od dneva, ko so odslužile vojaški rok v JLA ali ko je prenehala njihova nezmožnost zaradi bolezni, zaradi katere so bile odpuščene iz te vojaške službe, če so nastopile vojaški rok v 60 dneh od dneva, ko so končale strokovno usposobitev ali šolanje.

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

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

Osebe iz točke 1 prejšnjega odstavka, ki so pri-glašene pristojnemu zavodu za zaposlovanje, so zavarovane, če so bile neposredno prej, preden so nastopile omenjene okoliščine, zavarovane brez presledka najmanj tri mesece ali s presledki v zadnjih 12 mesecih najmanj 6 mesecev.

22. člen

Za zavarovance-delavce se štejejo tudi jugoslovanski državljani, ki so bili zavarovani pri skupnosti, oziroma 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 organizacijah ali organizacijah oziroma v gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov zaposlenih pri mednarodnih organizacijah.

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

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

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

Jugoslovanski državljani iz območja skupnosti, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja jugoslovanskega zavoda za zaposlovanje ali brez prejšnje 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. do 4. točke prvega odstavka tega člena, ki so zdravstveno zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo 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 živijo na območju skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo na območju skupnosti. V takem primeru se sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

23. člen

Tuji državljani, ki so zaposleni na območju skupnosti pri organizacijah oziroma zasebnih delodajalcih ali po mednarodnem sporazumu, zavarujejo sebe in svoje družinske člane v zdravstveno zavarovanje pod enakimi pogoji, kot delavci — jugoslovanski državljani, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

24. člen

Lastnost zavarovanca obdržijo zavarovanci po tem statutu tudi po prenehanju delovnega razmerja ali druge dejavnosti, zaradi katere so zavarovani, dokler dobivajo nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu.

2. Družinski člani zavarovancev

25. člen

Za družinske člane zavarovancev iz 21. do 23. in 85. člena se štejejo:

1. ožji družinski člani:

a) zavarovančev zakonec, če izpolnjuje po tem statutu določene pogoje,

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

2. širši družinski člani:

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

a) Zakonec

26. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja ima:

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

2. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star nad 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena). Če zakonec se ni star nad 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena), 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 sodbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi star nad 60 let (mož) oziroma nad 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.

b) Otroci

27. 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.

Otroci, ki so prijavljeni pri zavodu za zaposlovanje delavcev in jim kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve, oziroma učnega mesta, vendar najdalj do dopolnjenega 18. leta starosti, če so se prijavili pri zavodu za zaposlovanje delavcev v 60 dneh po koncu šolskega leta in se redno prijavljajo pri zavodu za zaposlovanje delavcev po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja.

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega, tretjega oziroma četrtega odstavka tega člena, dokler traja taka nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov.

28. člen

Zakonec in otroci so zavarovani iz naslova zavarovanca ob pogojih, ki jih določa statut, če sami niso delavci ali če ne opravljajo samostojne poklicne dejavnosti, kot svojega edinega in glavnega poklica in niso zavarovani po tej dejavnosti.

c) Širši družinski člani

29. člen

Člani širše družine so zdravstveno zavarovani, če sami niso zavezani v zavarovanje iz drugih naslovov,

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

Člani širše družine so zavarovani po določbah tega statuta tudi po zavarovančevi smrti, če ne morejo uveljaviti pravico do družinske pokojnine zato, ker je s pokojnino ožjih družinskih članov zavarovanja izčrpana osnova za družinsko pokojnino.

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 čem se dohodki, oproščeni davka všteto na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov. Dohodki iz kmetijstva se računajo v štirikratnem znesku katastrskega dohodka.

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.

30. člen

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 tretjega odstavka 29. člena.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

A. Splošne določbe o pravicah

31. člen

V tej skupnosti so zavarovanim osebam, 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.

32. člen

Zdravstveno zavarovanje je zagotovljeno zavarovancu od dneva, ko nastopi delo oziroma, ko na drug način dobi lastnost zavarovanca, ali od poznejšega dneva, ko je izpolnjen pogoj predhodnega zavarovanja, pa do preteka 30. dne od dneva, ko neha biti zavarovanec.

Kot dan nastopa dela se šteje tudi dan, ko zavarovanec odide na pot, da nastopi delo oziroma dolžnost po sklepu o sprejemu na delo.

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

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

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

Ne glede na prejšnji odstavek je zagotovljeno družinskim članom zdravstveno zavarovanje tudi tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja, na odsluženju vojaškega roka v JLA, če je neposredno pred nastopom služenja vojaškega roka izpolnjeval pogoj predhodnega zavarovanja iz 33. člena statuta.

33. člen

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 devet mesecev ali s presledki v zadnjih dveh letih najmanj osemnajst mesecev.

Ne glede na prvi in drugi odstavek je zagotovljeno zdravstveno varstvo brez predhodnega zavarovanja zavarovancem, ki so imeli pred nastopom na delo ali pred prigravitvijo zavodu za zaposlovanje delavcev pravico do zdravstvenega varstva kot zavarovancev zakonec ali zavarovančevi otroci (ožji družinski člani), če so stopili na delo ali se prigrasili zavodu za zaposlovanje delavcev v šestdesetih dneh, ko so nehali biti zavarovane osebe.

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 pravice se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo, razen obvezne oblike, ki jih določa zakon. Zadržane pravice oživijo z dnem, za naprej, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

34. člen

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

Pri ugotavljanju, ali gre 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 prigrasil pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

Šteje se, da zavarovanje ni prekinjeno, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega roka v jugoslovanski armadi, po vrnitvi pa se je zavarovanec ponovno zaposlil v 30 dneh oziroma se je v tem roku prigrasil zavodu za zaposlovanje.

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

35. člen

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

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

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

B. Zdravstveno varstvo

36. 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.

V skladu z zakonom in z družbenim dogovorom se s pogodbo o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva natančneje določi izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku.

37. člen

Poleg obveznih oblik zdravstvenega varstva po 36. členu statuta, obsega zdravstveno varstvo po tem statutu 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, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave;

6. zdravljenje v zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje, v primerih in ob pogojih, ki jih določa ta statut.

38. člen

Skupnost zagotavlja tišta zdravila, pomožni in sanitetni material, ki se dobijo samo na zdravniški recept in so registrirana v državi.

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

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

39. člen

Zobotehnična pomoč, protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja, razen za zdravljenje zob.

Skupščina skupnosti določi s posebnim pravilnikom indikacije za zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitetne priprave, standarde in življenjsko dobo.

40. člen

Zdravljenje v zdraviliščih se zagotavlja na predlog posameznega zdravnika, zdravnika specialista ali zdravnika bolnišnice v primerih, ko so bili uporabljene že vsi drugi načini zdravljenja, le-ti pa niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih faktorjev prispevala k ozdravitvi ali k medicinski rehabilitaciji. Zdravljenje v zdravilišču se dovoli kot nadaljevalno ali nadomestno bolnišnično zdravljenje.

O napatitvi na zdravljenje po prejšnjem odstavku odloči zdravniška komisija skupnosti.

Zavarovane osebe te skupnosti, ki stalno ali začasno prebivajo izven območja te skupnosti, uveljavljajo zdravljenje po prejšnjem odstavku tudi po napatitvi zdravniške komisije te skupnosti.

Po predhodnem mnenju zdravniške komisije izda skupščina skupnosti sklep o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje v zdraviliščih. S posebnim pravilnikom pa določi način in postopek pošiljanja na zdravljenje v zdravilišča.

41. 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 drugače določeno.

Širšim družinskim članom zavarovanca je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih, kot članom ožje družine. Pravico do zobotehnične pomoči in zobnoproteničnih sredstev, pravico do protez ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav ter zdravljenja v zdraviliščih pa imajo ob pogoju, da zavarovanci, iz katerih naslovov imajo širši družinski člani zdravstveno varstvo, izpolnjujejo najmanj 24 mesecev nenprekinjenega zavarovanja oziroma 36 mesecev s prekinitvami v zadnjih štirih letih pred zavarovanim primerom.

42. člen

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

43. člen

Zavarovancem, ki so zaposleni v tujini in ostanejo še naprej zavarovanci te skupnosti in njihovim družinskim članom, je za prvih 6 mesecev bivanja v tujini zagotovljeno samo nujno zdravstveno varstvo, po preteku 6 mesecev pa jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, kot jim je zagotovljeno v skupnosti.

Zavarovancem, in njihovim družinskim članom, ki se nahajajo v tujini po zasebnih opravkih, je zagotovljeno zdravstveno varstvo samo v nujnih in neodložljivih primerih in sicer samo prve tri mesece bivanja v tujini.

Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka gre v breme skupnosti le toliko časa, da je zavarovana oseba usposobljena za vrnitev v domovino ali za premestitev v zdravstveni zavod v naši državi. Stroški za premestitev bremenijo skupnost, po odbitku stroškov, ki bi jih morala zavarovana oseba sama plačati za potovanje v domovino. Če pa bi stroški prevoza presegali stroške dokončnega zdravljenja v tujini, se zavarovani osebi zagotovi dokončno zdravljenje v tujini v breme skupnosti.

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

V primerih iz prvega do četrtega odstavka tega člena mora zavarovana oseba prispevati k stroškom enak znesek, kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v skupnosti.

Postopek za uveljavljanje zdravstvenega varstva po tem členu določi skupnost v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja ali s posebnim pravilnikom.

Stroški za preglede in cepljenje pred odhodom v tujino ne grejo v breme skupnosti.

44. člen

Zavarovane osebe lahko same krijejo del stroškov za te oblike zdravstvenega varstva:

- za zdravila, pomožni in sanitetni material,
- za prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo zavarovane osebe,
- za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti,
- za prevoz z reševalnim vozilom,
- za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave,
- za zobozdravstveno nego, zobotehnično pomoč in zobno protetična sredstva,
- za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti,
- za neobvezna cepljenja,
- za prvi pregled pri zdravniku specialistu za isto bolezen, če ne gre za pregled v dispanzerju,
- za zdravljenje v zdraviliščih.

Zavarovane osebe plačajo participacijo po sklepu tiste skupnosti, na katerem območju uveljavljajo zdravstveno varstvo, razen za primere pod d) in i) prvega odstavka tega člena.

Višino prispevka zavarovanih oseb za stroške zdravstvenega varstva iz prvega odstavka določi skup-

nost s posebnim sklepom v enotnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določi tudi kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti. V tem sklepu določi tudi primere in zavarovane osebe, ki se oprostijo plačila tega prispevka.

C. Denarna nadomestila
in druge denarne dajatve1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni
zadržanosti od dela

45. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela gre zavarovancu-delavcu:

- med začasno zadržanostjo od dela v zvezi z uživanjem zdravstvenega varstva,
- ko zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovančevega delovnega časa, ne more delati,
- med zadržanostjo od dela zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana,
- za čas nujnega zdravljenja po prečpisih o vaških vojni invalidih,
- ko je izoliran kot bacilonosilec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici,
- če je določen za spremljevalca bolniku, ki je poslan na zdravljenje ali zdravniški pregled v drug kraj.

46. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre v breme skupnosti od prvega dne začasne zadržanosti v primerih iz 3., 5. in 6. točke 1. odstavka 45. člena. V drugih primerih gre nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti od 31. dneva začasne zadržanosti.

47. člen

Do nadomestila osebnega dohodka so upravičeni zavarovanci iz 1. do 3. točke in 7. točke (če dobivajo nagrado) prvega odstavka 21. člena, 22. člena (ob pogojih 64. in 68. člena statuta), 23. in 85. člena statuta ter polno zaposleni upokojeanci.

48. člen

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

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

49. člen

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

Začasna nezmožnost za delo traja, dokler pristojni zdravnik oziroma pristojna komisija ne ugotovi, da se je delovna zmožnost povrnila, oziroma dokler pristojni organ po določbah temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju s pravnomočno odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

50. člen

Zavarovane osebe imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege obolelega ožjega družinskega člana, če to nujno zahteva zdravstveno stanje in če ni druge osebe v družini, ki je primerna za nego.

Najdaljšo dobo, za katero se lahko določi nadomestilo za nego obolelega ožjega družinskega člana ter pogoje in način določi skupščina s pravilnikom o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja.

51. člen

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

52. člen

Zavarovanec iz prejšnjega člena 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.

53. člen

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

54. člen

Zavarovanec, ki išče zdravniško pomoč v delovnem času, ima pravico do nadomestila za izgubljeni čas zaradi iskanja zdravniške pomoči le, če je bila zdravniška pomoč nujna in neodložljiva, ali če je to zahteval način dela zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda.

55. člen

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

1. če namenoma preprečuje ozdravljenje oziroma usposobitev za delo,
2. če se brez opravičenega vzroka ne odzove vabilu na določen zdravniški oziroma komisijski pregled,
3. če ne neguje ožjega družinskega člana, za katerega mu je dovoljena začasna zadržanost od dela.

Zavarovanec nima pravice do denarnega nadomestila od dneva, ko se ugotovi kakšna okoliščina iz prejšnjega odstavka tega člena, pa vse dotodaj, dokler traja posledica takega ravnanja, v drugih primerih pa za čas, ko je obstajala taka okoliščina.

Postopek po tem členu določi skupščina v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja, kolikor ni določen v tem statutu.

56. člen

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka je povprečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel za

poln delovni čas v letu pred letom, v katerem je nastal primer, po katerem ima pravico do nadomestila.

Če zavarovanec ni dobival osebnega dohodka, ampak nadomestilo, se v osnovo vzame znesek, od katerega se je odmerilo nadomestilo.

57. člen

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

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

Obračun nadomestila osebnega dohodka po prejšnjih odstavkih je dokončen in se ne spreminja po naknadnem izplačilu ali zaključnem računu. Spremembe se upoštevajo samo v primerih obnove postopka.

58. člen

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

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

59. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kot leto dni, se osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je v poslovnem letu, v katerem je zavarovanec zbolel, povečalo splošno poprečje osebnih dohodkov v njegovi delovni organizaciji, za zavarovanca, zaposlenega pri zasebnem delodajalcu in zavarovanca, ki je zavarovan še po prenehanju delovnega razmerja, pa po poprečju osebnih dohodkov na območju skupnosti, če je znašalo povečanje najmanj 5%. Pri tem se upošteva povečanje, ki je bilo že izvršeno po drugem odstavku tega člena.

Če skupščina ob koncu prvega polletja ugotovi, da so se povprečni osebni dohodki v prvem polletju v primerjavi s preteklim letom povečali več kot 5% na območju skupnosti, lahko s posebnim sklepom določi, da se v smislu prejšnjega odstavka poveča nadomestilo osebnega dohodka zavarovancem, ki so neprekinjeno na bolezenskem dopustu več kot šest mesecev.

60. člen

Nadomestilo osebnega dohodka znaša:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo prehodnega zavarovanja iz 33. člena statuta:
 - 70% od osnove za prvih sedem dni,
 - 80% od osnove od osmega do šestdesetega dne,
 - 90% od osnove od enainšestdesetega dne dalje;
2. za zavarovance, ki ne izpolnjujejo dobe prehodnega zavarovanja iz 33. člena statuta:

- 60 % od osnove za prvih sedem dni,
- 70 % od osnove od osmega do šestdesetega dne,
- 80 % od osnove od enainšestdesetega dne dalje.

Za zavarovance iz 7. točke 1. odstavka 21. člena statuta znaša nadomestilo osebnega dohodka od prvega dne začasne nezmožnosti za delo 100 % od poprečne mesečne nagrade v preteklem koledarskem letu.

61. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je na zdravljenju v stacionarnem zdravstvenem zavodu, ali kakšnem drugem specializiranem zavodu, v katerem ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po 60. členu in sicer za 20 %, če nima vzdrževanih družinskih članov.

Kot družinski član zavarovanca v smislu prvega odstavka tega člena se upoštevajo tudi otroci, katerim je zagotovljeno zdravstveno varstvo iz zavarovanja njegovega zakonca.

Nadomestilo po 1. odstavku tega člena se zmanjšuje po 31. koledarskem dnevu neprekinjenega uživanja nadomestila. Tako zmanjšano nadomestilo pa ne more znašati izpod 60 % od osnove in ne izpod minimalnega osebnega dohodka v SR Sloveniji, razen za zavarovance iz 7. točke prvega odstavka 21. člena statuta.

Zavarovancem iz 7. točke prvega odstavka 21. člena statuta se ne zmanjšuje nadomestilo po prvem odstavku tega člena.

62. člen

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

63. člen

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

64. člen

Zavarovanec, zaposlen v gospodinjstvu zavarovanca, ki je v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu ali organizaciji v tujini, oziroma mednarodni organizaciji ter pri zavarovancu, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določeno delo ali naloge, ali je na strokovni usposobitvi, se izplačuje nadomestilo osebnega dohodka na račun skupnosti od 31. dne dalje.

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

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

Kadar imajo zavarovanci iz prvega do tretjega 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 porodniškim dopustom

65. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom, ki je kot najmanjši določen v zakonu,

2. med delom s skrajšanim delovnim časom, ko ima zaradi nege in hranjenja otroka po posebnih predpisih pravico delati skrajšan delovni čas.

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.

66. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi po prenehanju delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če pada začetek varstvene dobe po predpisih o delovnih razmerjih zaradi nosečnosti in poroda:

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

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

67. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 65. člena znaša 100 % od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

68. člen

Zavarovanka, zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca, ki je v delovnem razmerju pri jugoslovanskem organu, ali organizaciji v tujini, oziroma mednarodni organizaciji ter pri zavarovancu, ki ga je organizacija poslala v tujino, da tam opravlja določeno delo ali naloge ali na strokovni usposobitvi, se izplačuje nadomestilo osebnega dohodka za čas porodniškega dopusta na račun skupnosti od 31. dne dalje.

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

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

Kadar ima zavarovanka iz prvega do tretjega 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.

69. 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

70. 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 zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda.

Povračilo potnih stroškov po 1. in 2. točki prejšnjega odstavka gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od vstopne postaje njenega bivališča oziroma zaposlitve do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda nad 15 km v eno smer.

Če zavarovana oseba potuje k zdravniku oziroma v zdravstveni zavod po 1. odstavku tega člena za isto bolezen več kot dvakrat, se ji povrnejo stroški za naslednje prevoze ne glede na drugi odstavek tega člena.

71. 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, z uporabo drugega odstavka 70. člena.

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

72. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

73. člen

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

Glede na nujnost primera, zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti sme pristojni zdravnik, zdravstveni zavod oziroma pristojna komisija določiti tudi drugačen način prevoza.

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

Prevoz z reševalnim avtomobilom na relaciji nad 150 km v eno smer, predhodno, ali v nujnih primerih naknadno, odobri zdravniška komisija.

74. člen

Kot prevozni stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza, v smislu prvega odstavka 73. člena.

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

Način uveljavljanja povračila potnih stroškov določa skupščina skupnosti v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja.

75. člen

Stroški za vrnitev obolelega zavarovanca, vkracnega na ladji, v domače pristanišče, bremenijo organizacijo, ki ji ladja pripada.

76. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi takrat, kadar je bila zavarovana oseba prepeljana iz zdravstvenega zavoda v kraj stalnega prebivališča oziroma je bila premeščena iz enega v drug zdravstveni zavod, prevoz pa je bil potreben glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Prevoz zavarovane osebe, ki zbolí ali se poškoduje 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. Pri tem prispeva zavarovana oseba ali organizacija, ki je zavarovano osebo poslala v tujino, znesek stroškov za redno vrnitev v domovino.

Prevoz odobri zdravniška komisija.

4. Povračila in denarne dajatve ob smrti zavarovane osebe

77. člen

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

Ob smrti zavarovanca, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela, imajo ožji družinski člani, ki jih je zavarovanec do svoje smrti preživljal, pravico do enkratne posmrtine v višini osnove za nadomestilo osebnega dohodka.

Ob smrti starostnega ali invalidskega upokojenca ali uživalca oskrbnine ali začasnega nadomestila po temeljnem zakonu o invalidskem zavarovanju imajo ožji družinski člani, ki jih je ta do svoje smrti preživljal, pravico do enkratne posmrtine, ki je enaka mesečni zadnji pokojnini oziroma zadnji oskrbnini ali začasnem nadomestilu. Pri tem se upošteva pri pokojnini tudi varstveni dodatek, ki ga je dobival upokojenec poleg pokojnine in dodatek na invalidnost, ki ga je dobival invalidski upokojenec poleg invalidske pokojnine.

78. člen

Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s sklepom, pri tem upošteva tudi starost umrle osebe.

Cetrty del

PRAVICE DELAVCEV IZ ZDRAVSTVENEGA
ZAVAROVANJA ZA PRIMER NESREČE PRI DELU
IN POKLICNEGA BOLENJA.

79. člen

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

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

2. vse vrste zdravstvene pomoči in ortopedska sredstva, da delavci 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 začasna zadržanost od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu oziroma obolenje za poklicno boleznijo in do potnih stroškov v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

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

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

80. člen

Med ukrepe za preprečevanje in odvrtaanje obolenj za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu se štejejo zlasti ukrepi, ki jih zagotovi skupnost zdravstvenega zavarovanja v okviru programa dejavnosti za izboljšanje zdravja. V programu dejavnosti skupnost konkretnije določi ukrepe za odvrtaanje in preprečevanje obolenj za poklicno boleznijo in nesreče pri delu.

Da bi se preprečevale in odvrtaale 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.

81. 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, brez njihove soudeležbe pri stroških (participacije).

82. člen

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

Nadomestilo osebnega dohodka med začasno zadržanostjo od dela, ki jo je povzročila nesreča pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo, znaša, kadar gre v breme skupnosti ali zasebnega delodajalca, vedno 100% od osnove, ne glede na predhodno dobo zavarovanja.

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka ob zadržanosti zaradi nesreče pri delu in poklicnega obolenja drugače določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu osebnega dohodka ob začasni zadržanosti z dela zaradi bolezni in nesreč izven dela.

83. člen

Pri zavarovancih, ki jim gre nadomestilo samo, če postanejo začasno nezmožni za delo v zvezi s poškodbo zaradi nesreče pri delu ali v zvezi z obolenjem za poklicno boleznijo, se vzame kot osnova za nadomestilo:

1. zavarovancem v delovnem razmerju — poprečni znesek osebnega dohodka (56. in 57. člen statuta),

2. zavarovancem, ki niso v delovnem razmerju — ustrezna pokojninska osnova iz prvega odstavka 216. člena temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju in sicer:

a) XII. zavarovalnega razreda — za študente fakultet, umetniških akademij in visokih šol,

b) XIV. zavarovalnega razreda — za študente višjih šol,

c) XVI. zavarovalnega razreda — za vse učence in vajence,

d) XX. zavarovalnega razreda — za druge.

Za uporabo 2. točke 1. odstavka tega člena se vzamejo zneski ustreznih novih pokojninskih osnov, povečanih za toliko odstotkov, za kolikor odstotkov so se v splošnem poprečju povečale pokojnine z republiškim predpisu o uskladitvi pokojnin z gospodarskimi gibanji v času od začetka leta 1965 do nastanka primera, ki daje zavarovancu pravico do nadomestila po tem statutu.

84. člen

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

1. povračila potnih stroškov, brez omejitve po drugem odstavku 70. člena statuta,

2. povračilo in denarnih dajatev ob smrti zavarovane osebe.

Za povračilo potnih stroškov in povračilo ter denarne dajatve ob zavarovanevi smrti po prejšnjem odstavku se uporabljajo določbe o povračilih po tem statutu.

Peti del

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB,
KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO
DEJAVNOST

85. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost na območju skupnosti, so vključene v zdravstveno zavarovanje te skupnosti ob pogojih, ki jih določa ta statut.

Za zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, se štejejo pod pogojem, da opravljajo svojo dejavnost kot glavni ali edini poklic in sicer:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevoznisko 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 knjižnih del, ki jim je priznana ta lastnost,

4. odvetniki, športniki, artisti, duhovniki, kolporterji tiska, prtljažni nosači in druge osebe, glede katerih so bile po dosedanjih predpisih sklenjene pogodbe o izvajanju socialnega zavarovanja,

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

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in kmetijsko dejavnost, so zdravstveno zavarovane po tisti dejavnosti, iz katere imajo pretežni del svojih dohodkov. Sprememba zavarovanja se lahko izvrši v začetku vsakega koledarskega leta za naprej.

86. člen

Osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost iz prejšnjega člena, imajo enake pravice in obveznosti, kot jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja zavarovanci-delavci te skupnosti, če s tem statutom ni drugače določeno.

87. člen

Zavarovanci samostojne poklicne dejavnosti imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka ob začasni zadržanosti, začeti z 31. dnevom neprekinjene delovne nezmožnosti.

Osnova za nadomestilo osebnega dohodka zavarovancev iz prejšnjega odstavka je mesečna osnova, po kateri so v preteklem letu plačevali prispevek za zdravstveno zavarovanje.

Določbe, ki se nanašajo na skrajšan delovni čas ned začasno zadržanostjo oziroma med hranjenjem otroka in na pravico do nadomestila osebnega dohodka v tem času ne veljajo za zavarovance samostojne poklicne dejavnosti.

88. člen

Zavarovanci samostojne poklicne dejavnosti in njihovi družinski člani morejo uživati pravice iz zdravstvenega zavarovanja, če so prispevki v redu plačani.

Uživanje pravice se ne more začeti, če prispevek ni plačan, niti do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v vplačilo.

V primeru iz drugega odstavka tega člena se ne ustavi uživanje pravice, ki se je začela uživati pred zapadlostjo neplačanega prispevka.

Ustavljene pravice oživijo za naprej od dneva, ko so poravnani vsi zapadli neplačani prispevki.

Zavarovanci in družinski člani po tem členu dokazujejo pravico do zdravstvenega zavarovanja s potrjeno zdravstveno izkaznico, da imajo plačan prispevek po določbah tega člena.

Sesti del

OSEBE, KI JIM JE ZAGOTOVLJENO ZDRAVSTVENO VARSTVO PO ZAKONU

89. člen

Osebe, ki jim je z zakonom zagotovljeno zdravstveno varstvo (27. do 31. člen zakona) in družinski člani, katerih hranilec je v obvezni vojaški službi, nekatere kategorije žrtev fašističnega nasilja, civilne žrtve vojne, žrtve vojnega materiala in njihovi družinski člani ter borci za severno mejo v letih 1918 do 1919 (152. člen zakona) uveljavljajo zdravstveno varstvo v obsegu in na način, kot določa zakon.

Sedmi del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

90. člen

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

Če v tem statutu ni drugače določeno, se lastnost zavarovane osebe pridobi z dnem, ko pri osebi nastane okoliščina, na kateri podlagi je zavarovana, izgubi pa se, ko preneha ta okoliščina.

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 prizadeti še lastnost zavarovane osebe. Za osebe iz 1. do 4. in 6. do 7. točke prvega odstavka 21. člena, potrjuje lastnost zavarovane osebe ustrezna organizacija oziroma zasebni delodajalec, potrdilo ne sme biti starejše od enega meseca. Osebe iz 3. točke prvega odstavka 21. člena dokazujejo, da imajo še lastnost zavarovane osebe, z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino, ki pa ne sme biti starejši od enega meseca. Osebe, ki morajo same plačevati prispevek, dokazujejo, da še imajo lastnost zavarovane osebe, s potrjeno zdravstveno izkaznico, da imajo plačan prispevek.

91. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, vložene po predpisih o evidencah 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 v dveh mesecih po vložitvi prijave.

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

Na prvi stopnji izda odločbo komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja. Zoper to

odločbo pa se lahko prizadeti pritoži v 15 dneh po vročitvi odločbe na izvršni odbor.

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

92. člen

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

Skupaj s prijavo je potrebno predložiti tudi dokazilo, da zakoncu ni zagotovljeno zdravstveno varstvo iz drugega naslova (oseba samostojne poklicne dejavnosti).

93. člen

Za delavca, ki stopa prvič v delovno razmerje ali je spremenil poklic ali se zaposli po več kot 6-mesečni prekinitvi ali mirovanju delovnega razmerja ali je bil več kot eno leto na bolniškem dopustu, se mora prijavi za zavarovanje priložiti izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da je delavec zdravstveno sposoben za svoje delo. Mnenje da zdravnik, ki je pristojen za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo glede na kraj zaposlitve delavca. Obseg pregleda se določi v pogodbi z zdravstvenim zavodom, v skladu z obsegom, ki ga določi republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo.

94. člen

Za druge zavarovane osebe se mora prijavi za zavarovanje priložiti dokazilo o svojstvu, na podlagi katerega so zavarovane.

95. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določa zakon, statut in drugi splošni akti skupnosti ter pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi in drugimi organizacijami.

96. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob predpisanih pogojih in način iz prejšnjega člena, se ne morejo omejiti, zmanjšati ali odvzeti. Pravice nastanejo in prenehajo, ko nastanejo ali prenehajo pogoji, ki jih določa zakon, statut ali splošni akt skupnosti.

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

98. člen

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

99. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izdaja odločba razen, če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo na I. stopnji izda skupnost — komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja. Zoper odločbo I. stopnje lahko prizadeti v 15 dneh od vročitve odločbe vložijo pritožbo na izvršni odbor (organ druge stopnje).

Zoper dokončno odločbo lahko prizadeti vložijo tožbo pri občinskem sodišču, pristojnem po sedežu skupnosti, pri kateri je zavarovan ali po njegovem stalnem bivališču.

100. člen

Kolikor v statutu in pravilnikih ni določen za uveljavljanje pravice 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 zahtevek pri občinskem sodišču.

101. 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.

102. člen

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

Zoper ugotovitve posameznega zdravnika o nezmožnosti zavarovanca za delo lahko ugovarja tudi delovna organizacija in skupnost, ki je pristojna za odločitve o nadomestilu osebnega dohodka.

103. člen

Zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravnikih splošne prakse na območju skupnosti.

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu. Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno (brez napotnice zdravnika) na zobne terapevte, okuliste zaradi predpisa očal in zdravnike specialiste v enotah zdravstvenih zavodov, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravljenje v bolnicah in drugih stacionarnih zdravstvenih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju.

Napotitev na zdravljenje v specialne stacionarne zdravstvene zavode ali klinične bolnišnice dovoljuje, predhodno ali v nujnih primerih naknadno, zdravniška komisija.

104. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma v zdravstvenih zavodih, s katerim je skupnost sklenila pogodbo. Če potrebne oblike zdravstvenega varstva ne more zagotoviti zdravstveni zavod, s katerim ima skupnost sklenjeno pogodbo, lahko zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo z napotnico v drugem ustreznem zdravstvenem zavodu. Potni stroški se v tem primeru vrnejo samo do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki bi lahko nudil takšno zdravstveno varstvo.

105. člen

V nujnih primerih se smejo obrniti zavarovane osebe na zdravniško pomoč na vsak zdravstveni zavod in vsakega zdravnika. Le-ta mora na zahtevo skupnosti predložiti dokumentacijo o nujnosti zdravstvene pomoči.

106. člen

Pravice do zobotehničnih pripomočkov in zoboprotetičnih del uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih zavodih oziroma pri zdravstvenih delavcih, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo o nudenju zdravstvenega varstva njenim zavarovancem.

Pravico do ortopedskih, ortotičnih in drugih pripomočkov ter sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta zdravnika ustrezne specialnosti.

Vrste, indikacije, standarde za material in roke trajanja za posamezne pripomočke določi skupščina skupnosti s posebnimi pravilniki.

107. člen

Ce uživajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in drugačen način, kot je določeno s statutom in drugimi splošnimi akti skupnosti, prevzame skupnost za opravljene zdravstvene storitve, toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bile lahko zdravstvene storitve opravljene v zdravstvenem zavodu, s katerim je skupnost sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo.

108. člen

Splošni zdravnik v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe, na katerega se je ta obrnila, je dolžan spremljati zdravljenje te osebe v vseh njenih 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.

109. člen

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

110. 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.

111. 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.

112. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik (pristojni zdravnik), ki ga pooblasti direktor zdravstvenega doma, v sporazumu s skupnostjo in delovno organizacijo.

Odobreni bolezenski dopust se vpiše v zdravstveno izkaznico.

113. člen

Bolezensko odsotnost zaradi nege ožjega družinskega člana odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen za odrejanje bolezenskega dopusta (pristojni zdravnik). Pri tem mora upoštevati možnosti za nego po drugem članu na podlagi podatkov, ki jih s pismeno izjavo potrdi zavarovanec.

114. člen

Zavarovancu gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva odsotnosti, ki ga je odredil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnem lahko uveljavi zavarovanec, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, od-

daljenosti in drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih pristojni zdravnik lahko odobri bolezensko odsotnost za največ tri dni pred dnevom, ko se je zavarovanec zglasil pri njem. Daljšo bolezensko odsotnost pred dnevom lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovanca in zdravstvene dokumentacije.

Zdravnik mora po 15 dneh neprekinjenega bolniškega dopusta poslati zavarovanca na pregled zdravniški komisiji, ki oceni njegovo zmožnost za delo in določi dan ponovnega pregleda, razen zavarovancev, ki se nahajajo na zdravljenju v stacionarnem zavodu.

115. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme, z vednostjo zavarovanceve delovne organizacije, 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 dovoli zdravniška komisija. Če dovoli spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejše usposobitve na delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi o povrnitvi potnih stroškov, dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovanca v kraju novega bivališča.

116. člen

Če se ugotovi, da zavarovanec z neprimernim ravnanjem zavrača 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 o opravljenem upravnem postopku.

117. člen

Zoper odredbo pristojnega 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 15 dneh bolniškega dopusta lahko ugovarja zavarovanec v 48 urah na komisijo zdravniških izvedencev.

118. člen

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

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

O odmeri nadomestila se praviloma ne izda odločba razen, če zavarovanec to zahteva.

119. člen

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

120. člen

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

121. člen

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

122. člen

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

123. člen

Zavarovane osebe, ki so v tujini na delu ali na zasebnem potovanju, lahko po določbah tega statuta uživajo pravice do zdravstvenega varstva, če je bilo pred odhodom v tujino z zdravniškim pregledom ugotovljeno, da nimajo bolezni, ki bi zahtevala zdravniški poseg ali stalno nadzorstvo. Če pregled ni bil opravljen, se povrnejo stroški zdravstvenega varstva, če ugotovi zdravniška komisija, da je bolezensko stanje, ki je zahtevalo zdravniško pomoč, nastalo po odhodu v tujino. Skupnost sme zahtevati tudi mnenje zdravniške komisije o nujnosti zdravljenja v tujini.

124. člen

Skupščina skupnosti s pravilnikom o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja predpiše postopek za uveljavljanje posameznih pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

Osmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

125. člen

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

126. člen

Splošni akti skupščine 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.

Splošni akti skupnosti iz prejšnjega odstavka se objavljajo v Uradnem listu SR Slovenije.

Skupščina skupnosti izdaja tudi smernice in priporočila.

127. člen

Skupnost ima svojo štampiljko okrogle in pravokotne oblike. Štampiljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem, sedež je naveden v sredini. Štampiljka pravokotne oblike ima isto besedilo kot štampiljka okrogle oblike.

2. Organi skupnosti

128. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Skupščina ima tudi naslednje stalne komisije:

- komisijo za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja,
- komisijo za zdravstveno zavarovanje,
- komisijo za financiranje zdravstvenega zavarovanja,
- komisijo za varstvo pri delu,
- zdravniško komisijo in
- komisijo zdravniških izvedencev.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje še druge občasne komisije, katerim določi tudi delokrog.

129. člen

Zaradi neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti se za posamezna območja skupnosti ustanovijo sveti zavarovancev.

Ustanovitev svetov, sestav in naloge določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

a) Skupščina skupnosti

130. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema statut in pravilnike, predvidene v statutu,
2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb in politiko uporabe skladov,
3. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov,
4. sklepa o finančnem načrtu in zaključnem računu skladov skupnosti,
5. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je treba storiti oziroma predlagati s tem v zvezi,

6. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju,

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

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

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

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

11. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu, če ni izrecno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti oziroma skupščine ali strokovna služba,

12. sklepa sporazum z zavodom za socialno zavarovanje v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja kot določa statut.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti svoj izvršilni odbor, da v njenem imenu odloči o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva. Kolikor v tem statutu ali posebnem sklepu ni drugače določeno, je v zadevah s področja skupnosti pristojna skupščina.

131. člen

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

132. člen

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

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina skupnosti.

133. člen

Skupščina skupnosti šteje 33 članov.

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

Delavci zavoda za socialno zavarovanje ne morejo biti člani skupščine skupnosti, če pa so izvoljeni, pa jim preneha delo v zavodu.

134. člen

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

135. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo,
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti oziroma volilni enoti,
3. z izgubo splošne volilne pravice,
4. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od treh mesecev,
5. če postane delavec zavoda za socialno zavarovanje,
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.

136. 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 se neopravičeno daljši čas ne udeležuje sej skupščine skupnosti ali njenih organov.
- O odpoklicu odločajo zavarovanci oziroma njihovi predstavniki, ki so izvolili člana skupščine.

b) Izvršilni odbor

137. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov. Voli ga skupščina iz svoje srede.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

138. 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 skupnosti,
3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja,
4. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, za katere je le-ta pristojna,
5. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb,
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv,
7. obravnava načrt in program za delo zavoda za socialno zavarovanje in daje pripombe nanj,
8. skrbi za sklicevanje sej skupščine skupnosti ter za sklicevanje in delo njenih komisij,
9. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine.

Izvršilni odbor lahko po potrebi imenuje tudi občasne komisije, ki jim določi delokrog.

c) Komisije

139. člen

1. Komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja

Komisija ima 3 člane in potrebno število namestnikov.

Člane komisije imenuje skupščina izmed svojih članov, ali iz drugih zavarovancev.

Mandatna doba traja 4 leta. Glede prenehanja in odpoklica velja enako kot je določeno za člane skupščine.

Komisija odloča na 1. stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja, kadar se le-te zavarovancem odklanjajo in če zavarovane osebe izrecno zahtevajo izdajo odločbe.

2. Komisija za zdravstveno zavarovanje

Komisija ima pet članov.

Člane komisije imenuje skupščina izmed svojih članov, ali iz drugih zavarovancev.

Mandatna doba traja 4 leta. Glede prenehanja in odpoklica velja enako kot je določeno za člane skupščine.

Komisija opravlja zlasti te zadeve:

— analizira pojave in probleme v zdravstvenem zavarovanju in zdravstveni službi ter predlaga ukrepe za izboljšanje zdravstvenega varstva,

— sodeluje z zavodom za socialno zavarovanje in službami zdravstvenih zavodov v zvezi s sklepanjem pogodb in dajanjem zdravstvenega varstva zavarovanim osebam,

— sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami pri urejanju zadev s področja zdravstvenega zavarovanja ter daje ustrezne predloge,

— opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

3. Komisija za financiranje zdravstvenega zavarovanja

Komisija ima pet članov.

Člane komisije imenuje skupščina izmed svojih članov, ali iz drugih zavarovancev.

Mandatna doba traja 4 leta. Glede prenehanja in odpoklica velja enako kot je določeno za člane skupščine.

Komisija opravlja zlasti te zadeve:

— analizira pojave in probleme v zvezi s financiranjem ter o instrumentih za financiranje in predlaga skupščini ustrezne ukrepe,

— proučuje problematiko cen in zaračunavanje zdravstvenih storitev zdravstvenih zavodov na območju skupnosti in izven nje,

— opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

4. Komisija za varstvo pri delu

Komisija ima pet članov.

Člane komisije imenuje skupščina izmed svojih članov, ali iz drugih zavarovancev.

Mandatna doba traja 4 leta. Glede prenehanja in odpoklica velja enako kot je določeno za člane skupščine.

Komisija:

— analizira pojave in probleme o higiensko-tehničnem varstvu ter predlaga ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev,

— sodeluje z zavodom za socialno zavarovanje, z zdravstvenimi zavodi in drugimi strokovnimi zavodi ter sindikalnimi organizacijami o vprašanju varstva pri delu,

— sodeluje z gospodarskimi in drugimi organizacijami in organi občinske skupščine pristojnih za varnost pri delu v zvezi z izvajanjem in izpopolnjevanjem varstva pri delu,

— opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

5. Zdravniška komisija

Komisija ima najmanj tri člane in enako število namestnikov.

Člane komisije in njihove namestnike imenuje skupščina izmed zdravnikov ustrezne specialnosti.

Zdravniška komisija ima predvsem te naloge:

— presoja delovno zmožnost zavarovancev na bolniškem dopustu, ki jih pošiljajo posamezni zdravniki,

— presoja delovno zmožnost kadar to zahteva skupnost, organizacija ali zasebni delodajalec,

— daje mnenje v zvezi z ugovorom, ki ga vložijo zavarovane osebe zoper mnenje posameznega zdravnika oziroma zoper dejansko stanje, ki ga ta ugotovi in v drugih zadevah zdravstvenega zavarovanja,

— presoja upravičenost zahteve za novim zobnim in drugim ortopedskim pripomočkom, pred potekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje,

— daje mnenje o zahtevah zavarovanih oseb za povračilo zdravstvenih in potnih stroškov,

— presoja ali je mogoče oziroma primerno, da se odpravi bolnik iz tujine v domačo bolnišnico,

— izdaja napotnice za zdravljenje v zdraviliščih, oziroma odloča o predlogih za takšno zdravljenje, ki ga dajejo posamezni zdravniki,

— opravlja druge zadeve, za katere jo pooblasti skupščina.

6. Komisija zdravniških izvedencev

Komisija ima najmanj tri člane in enako število namestnikov.

Člane komisije in njihove namestnike imenuje skupščina izmed zdravnikov ustrezne specialnosti.

Komisija zdravniških izvedencev:

— daje mnenje, kadar poda zavarovana oseba ugovor zoper zdravniško komisijo,

— preizkuša ob reviziji pravilnost mnenja, ki ga je kot dokončno dala zdravniška komisija in daje svoja mnenja o njem.

Natančnejše predpise o imenovanju, sestavi in delu komisij lahko določi skupščina v poslovniku za delo skupščine in njenih organov, za zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev pa tudi v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja.

d) Sveti zavarovancev

140. člen

V občinah se ustanovijo sveti zavarovancev.

V svet zavarovancev volijo predstavnike delovne organizacije, društva upokojevcev in druge organizacije, ki predstavljajo zavarovance.

Način in postopek volitev določi pravilnik o volitvah.

Število članov sveta zavarovancev določi skupščina skupnosti glede na število zavarovancev v posamezni občini.

141. 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,

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

142. člen

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

Mnenje in predloge zavarovancev v zadevah iz prejšnjega odstavka tega člena lahko skupščina dobi:

1. na posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah,

2. na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah,

3. z dostavo osnutka akta večjim delovnim organizacijam,

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

5. na sestanku svetov zavarovancev,

6. z anketiranjem zavarovancev.

Skupščina skupnosti lahko za posamezne primere določi kako se dobi mnenje zavarovancev.

143. člen

Skupščina skupnosti mora razpravljati o uvedbi referenduma, če to predlaga najmanj tretjina svetov zavarovancev in sicer o pomembnih zadevah s področja zdravstvenega zavarovanja.

Skupščina skupnosti mora obvezno razpisati referendum, če se odloča o razdružitvi skupnosti.

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

144. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glašovanjem — 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

145. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in z družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko vsak udeleženeec s pismenim predlogom o sodelovanju in obveznostih soudeležencev za 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.

146. 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.

147. člen

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

Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pismeni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posameznih soudeležencev in drugih vprašanih, ki so pomembna za to sodelovanje. Predlagatelj pošlje predlog vsem zainteresiranim soudeležencem. Predlog je sprejet, če z njim soglašajo večina zainteresiranih organov oziroma organizacij.

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.

148. 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 sklepanje pogodb so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb ter razpoložljiva sredstva skupnosti zdravstvenega zavarovanja v skladu z družbenim dogovorom.

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 zagotavljenega zdravstvenega varstva.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodb.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenim zavodom ali združenjem v zvezi z izva-

janjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, kot se določi v sklenjeni pogodbi.

149. 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 arbitražni komisiji.

150. 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 uredi s sporazumom.

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

Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo podpisniki s tožbo pri pristojnem sodišču, če ni v sporazumu določeno razsodilne.

Deveti del

FINANCIRANJE

151. 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.

152. 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.

153. člen

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

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev, občinske skupščine, občinski sindikalni sveti ter gospodarske in zdravstvene organizacije na območju skupnosti izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev

stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev po načelih družbenega dogovarjanja.

Pobudo za sklenitev družbenega dogovora da skupnost, lahko pa tudi katerakoli zainteresirana organizacija iz prejšnjega odstavka. Za skupnost da pobudo skupščina skupnosti oziroma v njenem pooblastilu izvršilni odbor. Predlagatelj mora sam ali v sodelovanju z ustreznimi organizacijami pripraviti gradivo za razpravo o sklenitvi družbenega dogovora. Kot izhodišča služijo: gibanje mase osebnih dohodkov in zaposlenosti, programi zdravstvenih zavodov o obsegu zdravstvenega varstva, povečanje ali zmanjšanje izdatkov za posamezne namene zdravstvenega zavarovanja in drugo. Predlagatelj pošlje gradivo vsem zainteresiranim soudeležencem družbenega dogovora, ki se morajo izreči o predlogu v roku, ki ga določi predlagatelj. Družbeni dogovor je sprejet, če z njim soglašajo delovne organizacije, pri katerih je zaposlenih nad dve tretjini zavarovancev skupnosti.

154. 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 poklicno dejavnost, določi osnovo za prispevek skupščina skupnosti s posebnim sklepom, 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.

155. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo določi skupnost s posebnim sklepom po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

Kadar je nevarnost za nesreče pri delu ali za obolenje za poklicno boleznijo v organizaciji ali pri zasebnem delodajalcu zaradi opustitve higienskih in varstvenih ukrepov povečana, lahko skupnost določi višjo tarifo za takšno organizacijo oziroma zasebnega delodajalca. 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.

Skupščina skupnosti določi vsako leto s posebnim sklepom način za določitev višje tarife in njeno višino po drugem odstavku tega člena.

156. člen

Zavarovanci iz 1. do 3. točke prvega odstavka 21. člena statuta plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje iz svojih kosmatih osebnih dohodkov.

Za osebe iz 4. točke prvega odstavka 21. člena statuta plačuje prispevek zavod za zaposlovanje.

Za upokoјence in uživalce pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve iz 5. točke prvega odstavka 21. člena statuta plačuje prispevek sklad pokojninsko invalidskega zavarovanja, v katerega breme se izplačujejo pokojnine oziroma oskrbnine. Jugoslovanski

državlјani, ki dobivajo pokojnine in invalidnine od tujega nosilca socialnega zavarovanja (5. točka prvega odstavka 21. člena statuta), plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje sami.

Osebe iz 6. točke prvega odstavka 21. člena statuta plačujejo prispevek za njihovo zdravstveno zavarovanje iz svojih sredstev organizacije, pri katerih taka oseba dela.

Za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol iz 7. točke prvega odstavka 21. člena statuta plačujejo prispevek organizacije, šola ali zasebni delodajalec, ki izplačuje vajencu oziroma učencu nagrado oziroma štipendije, če vajenec oziroma učenec ne prejema ne nagrade ne štipendije, plačuje zanj prispevek šola.

V tujini zaposleni delavci (22. člen statuta) sami plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov, ki živijo na območju skupnosti in ki jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja ter tudi za sebe, če so zdravstveno zavarovani pri tej skupnosti.

157. 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 pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

Za zavarovance iz 2. točke prvega odstavka 21. člena tega statuta 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 povprečnem osebnem dohodku, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

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

158. 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, če z drugimi predpisi ni drugače določeno.

159. člen

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

160. člen

Skupnosti in organizacije, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe te skupnosti, obraču-

navajo in odvajajo prispevke skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri službi družbenega knjigovodstva.

Ostali zavezanici za plačilo plačujejo prispevek skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri službi družbenega knjigovodstva ali neposredno na blagajni skupnosti — zavoda za socialno zavarovanje.

161. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije z dnem, ko dvignejo sredstva za osebne dohodke,
2. za skupnosti invalidsko-pokojninskega zavarovanja s prvim dnem v mesecu, za katerega se izplačuje pokojnina oziroma invalidnina,
3. za druge zavezanice zadnji dan v mesecu za nazaj.

162. člen

Izplačevalec osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev ter zavarovanci oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1% na dan od zneska neplačanih ali nepravočasno vplačanih prispevkov.

163. 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.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vložil v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev. Ugovor se kolkuje.

Na podlagi pravočasno vložene ugovora lahko skupnost uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

164. 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 davčna uprava občinske skupščine po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov, oziroma sodišč po pravih izvršilnega postopka.

165. člen

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

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti, ki ima namen, da se ugotovi obveznost plačila prispevka ali da se prispevek izterja, in je na predpisan način naznanjeno zavezanču. 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.

166. člen

Vsi prispevki — dohodki skupnosti se stekajo na skupni tekoči račun pri službi družbenega knjigovodstva. Na nakazilu prispevka se razčlenijo zneski prispevkov za posamezno zavarovanje.

Iz sredstev dohodkov iz prejšnjega odstavka, skupnost poravnava obveznosti, ki nastopijo z uveljavitvijo pravic zavarovanih oseb po tem statutu.

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno organizacijo in način evidentiranja dohodkov in izdatkov skladov ter način vodenja poslovnih knjig (pravilnik o knjigovodstvu).

167. člen

Presežek dohodkov nad izdatki, ki je ugotovljen po zaključnem računu skupnosti se prenese v rezervni sklad skupnosti ali kot dohodek skupnosti za naslednje leto. O tem odloči skupščina skupnosti ob potrditvi zaključnega računa.

168. člen

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

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

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.

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

169. člen

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

Način in višino odvajanja v rezervni sklad določa skupščina skupnosti s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevka.

Obvezno višino prispevka mora skupnost zagotoviti v petih letih od uveljavitve tega statuta.

170. člen

Skupnost obvezno pozavaruje pri zvezi skupnosti zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom in ri-

ziki, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v republiki sporazumno dogovorijo.

171. člen

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

172. 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.

Deseti del

OPRAVLJANJE STROKOVNIH, FINANČNIH IN ADMINISTRATIVNIH ZADEV

173. člen

Opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega zavarovanja zagotavlja skupnost po strokovni službi komunalnega zavoda za socialno zavarovanje Ravne na Koroškem, ki opravlja te zadeve tudi za skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov, skupnost otroškega dodatka in skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja.

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

Enajsti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

174. člen

Skupnost ima poleg statuta tele splošne akte — pravilnike:

1. pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja,
2. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja očesnih pripomočkov.
3. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja slušnih pripomočkov za omogočanje glasnega govora,
4. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave,
5. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetična sredstva,
6. pravilnik o knjigovodstvu,
7. pravilnik o izdajanju, predpisovanju in zaračunavanju zdravil,
8. pravilnik o izdajanju in uporabi zdravstvenih izkaznic in drugih obrazcev v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja,
9. pravilnik o obračunavanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje,
10. pravilnik o volitvah organov skupnosti.

175. člen

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

176. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja prevzame nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve, ki so nastale po komunalni skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem, v nadaljnjem besedilu: »komunalna skupnost delavcev«.

177. člen

Zavezanici prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za osebe zdravstvenega zavarovanja na dan 31. XII. 1970, plačati tudi od zneskov osebnih dohodkov, ki se plačujejo po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se izplačilo nanaša na obdobje do 31. XII. 1970.

178. člen

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

Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah tega statuta in splošnih aktih 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, uređisane s tem statutom in splošnimi akti skupnosti.

Zavarovane osebe iz 2. odstavka 27. člena, ki na dan, ko se začne uporabljati ta statut, niso zaposlene, se morajo prijaviti pri zavodu za zaposlovanje delavcev v 60 dneh od dneva uveljavitve tega statuta.

179. člen

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

180. člen

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

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

181. člen

O pritožbah zavarovanih oseb, vloženi in nerešeni do 31. XII. 1970, odločajo organi, ki so določeni

po tem statutu za odločanje na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

182. člen

Do izdaje zakona, s katerim bodo urejena vprašanja povračila škode, povzročene skupnosti v zvezi s socialnim zavarovanjem, se bodo uporabljale določbe temeljnega zakona o organizaciji in financiranju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24/6, št. 57/65, št. 29/66, št. 52/66, št. 12/67 in št. 54/67), s katerim so urejena ta vprašanja.

183. člen

Za spremembo statuta velja enak postopek kot za sprejem statuta, za ostale splošne akte pa kot je določeno v 142. členu statuta.

184. člen

Beseda »zakon« v tem statutu pomeni zakon o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

185. člen

Z dnem ko začne veljati ta statut, preneha veljati statut Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem in vsi njeni pravilniki ter sklepi, ki so veljali do uveljavitve tega statuta.

186. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, zdravstveno zavarovanje po tem statutu pa se začne izvajati s 1. januarjem 1971.

Št. 01-927/11-70

Ravne na Koroškem, dne 4. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem

Predsednik
Rudi Delopst l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
RAVNE NA KOROŠKEM**

462.

Na podlagi 105. in 140. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem na seji dne 8. decembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem (v nadaljnjem besedilu, »skupnost kmetov«) so ustanovili kmetje z območja občin Dravograd, Radlje ob Dravi, Ravne na Koroškem, Slovenj

Gradec in Velenje, 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.

Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem na seji dne 24. septembra 1970.

2. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V tej skupnosti je zagotovljeno tudi zdravstveno varstvo 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, preživitve ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjški 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 zmeč 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 določa zakon.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih določijo zavarovanci zase in za člane 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 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 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 uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja delavcev in kmetov s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem sredstev za skupne ukrepe in akcije.

Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov 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 sporazumno 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 same 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. Po določilih pogodbe o uveljavljanju pravic morajo biti obveščene zavarovane osebe.

Če uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrneje 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, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot 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 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.

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

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 osebne 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 iz osebne dohodka od kmetijske dejavnosti.

21. člen

Če opravljajo osebe iz prejšnjega člena tudi drugo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov. Sprememba zavarovanja se lahko izvrši v začetku vsakega koledarskega leta, če je sprememba prijavljena do 1. marca.

2. Zavarovani gospodinjski 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 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 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 dopolnjenem predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovanec.

23. člen

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki je določen z zakonom in s splošnim aktom skupnosti za zavarovance-kmete, zagotovljeno tudi temle osebam:

1. preužitkarjem in njihovim zakoncem, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

2. uživalcem stalnih preživnin, ki jih prejemajo od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij in njihovim ožjim družinskim članom;

3. članom družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. in 17. členu zakona, ki se na zavarovančevem 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.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

24. 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.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico te skupnosti.

26. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 6 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.

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

Lastnost zavarovane osebe se obrzhi 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.

29. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživnine pa z dnem, ko začno pridobivati preužitek ali preživnino.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

30. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljena zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

31. 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.

32. člen

Skupnost kmetov določi v skladu z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva s sklepi skupščine, katere oblike zdravstvenega varstva gredo v celoti v breme sklada in h katerim oblikam zdravstvenega varstva morajo zavarovane osebe same prispevati del stroškov.

33. člen

Vsem zavarovanim osebam skupnosti gredo v celoti v breme skupnosti te oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon:

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

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

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

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

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

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

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

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejet program skupnosti.

34. 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, obolelih oseb za nalezljive bolezni in hudo poškodovanih ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnišnico,

2. ambulantno in bolnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti,

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnicah od 31. dne dalje,

4. kri in krvna plazma za transfuzije, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

Po 1. točki prvega odstavka tega člena gredo stroški v celoti v breme skupnosti za prevoze v bolnišnico, iz bolnišnice domov ali v drugo bolnišnico pa le v posebno nujnih primerih, če takšno potrebo ugotovi zdravnik bolnišnice.

35. člen

Deloma gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene v celoti na račun skupnosti že po prejšnjih dveh členih:

1. zdravniški ambulantni pregledi (splošni, specialni) in na bolnikovem domu, če to nujno zahteva zdravstveno stanje,

2. zdravljenje v zdravstvenih zavodih (splošnih in specialnih bolnišnicah), če to nujno zahteva zdravstveno stanje,

3. zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje.

36. člen

Skupščina skupnosti s 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.

37. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene v statutu zavarovanim osebam, ne gredo v breme skupnosti.

38. člen

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

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

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili, kolikor ni z zakonom in s tem statutom drugače določeno.

Za izdajanje in plačevanje zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala se uporablja splošni akt, ki ga sprejme skupnost delavcev, kolikor ni v nasprotju s tem statutom.

39. člen

Kmetje-zavarovanci po 16. členu zakona, ki so španski borci in borci narodnoosvobodilne vojne, ki imajo čas udeležbe v vojni ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 ter njihovi ožji družinski člani imajo poleg pravic, ki jim gredo kot zavarovancem-kmetom te skupnosti, še pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, v kakršnem je zagotovljeno zavarovancem-delavcem in njihovim ožjim družinskim članom.

Za zdravstveno varstvo kmetov-borcev po prejšnjem odstavku se krijejo iz proračuna SR Slovenije stroški za tiste vrste zdravstvenega varstva, ki presegajo obseg, v kakršnem je zagotovljeno zdravstveno varstvo drugim zavarovancem-kmetom in članom njihovih gospodinjstev.

Zavarovanci-kmetje, ki so borci narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 ali španski borci, imajo zase poleg pravice po prvem odstavku tega člena še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih po 50. členu zakona.

Kolikor republiški predpisi ne bodo določili indikacij za nadaljevalno in nadomestno bolnišnično zdravljenje, bo to določila skupnost s posebnim sklepom.

40. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe in še do preteka 30 dni po tem dnevu. Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje, po izgubi lastnosti zavarovane osebe, dokler se ne ugotovi invalidnost I. kategorije po predpisih o invalidskem zavarovanju.

41. 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 napetil 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.

42. 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 nujno 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 enak znesek kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

43. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzročijo s tem, da se neupravičeno ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda v zdravstvenem zavodu, v katerem se zdravi.

44. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 3. člena.

Četrti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

45. člen

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

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico, katere obliko predpiše skupnost s sklepom po sporazumu z Zavodom SR Slovenije za zdravstveno varstvo.

46. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki zapadli do konca preteklega leta.

Zdravstvene izkaznice potrdi tudi za tiste zavarovance, za katere zagotovi prispevek družbeno-politična skupnost v smislu 43. in 89/1 člena zakona.

Skupščina skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

47. člen

Oseba, ki je zajeta v zdravstveno zavarovanje kmetov pri tej skupnosti, mora vložiti v 8 dneh prijavo v zavarovanje, na način, ki ga določajo predpisi o evidencah v socialnem zavarovanju; v istem roku mora prijaviti tudi zavarovanje svojih gospodinskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

48. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

49. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, vložene po predpisih o evidencah 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 v dveh mesecih po vložitvi prijave.

Če skupnost v roku prejšnjega odstavka ne izda odločbo, s katero odreče lastnost zavarovane osebe, se šteje, da je osebi začasno 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 o dokončni odločbi izrecno opozoriti na pravico do vložitve tožbe.

50. člen

Zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravnikih splošne prakse na območju skupnosti.

Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu. Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno (brez napotnice zdravnika) na zobne terapevte, okuliste zaradi predpisa očal in zdravnike specialiste v enotah zdravstvenih zavodov, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravljenje v bolnišnicah in drugih stacionarnih zdravstvenih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju.

Napotitev na zdravljenje v specialne stacionarne zdravstvene zavode ali klinike dovoljuje predhodno ali v nujnih primerih, naknadno, zdravniška komisija.

51. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo v zdravstvenih zavodih, s katerimi je skupnost sklenila pogodbo. Če potrebne oblike zdravstvenega varstva ne more zagotoviti zdravstveni zavod, s katerim ima skupnost sklenjeno pogodbo, lahko zavarovane osebe uveljavijo zdravstveno varstvo v drugem ustreznem zdravstvenem zavodu. Potni stroški se v tem primeru vrnejo samo do najbližjega zdravstvenega zavoda, ki bi lahko nudil takšno zdravstveno varstvo.

52. člen

V nujnih primerih se smejo obrniti zavarovane osebe za zdravniško pomoč na vsak zdravstveni zavod in vsakega zdravnika. Le-ta mora na zahtevo skupnosti predložiti dokumentacijo o nujnosti zdravstvene pomoči.

53. člen

Če uživajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in drugačnem načinu, kot je določeno v statutu, prevzame skupnost za opravljanje zdravstvene storitve toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bile zdravstvene storitve opravljene v zdravstvenem zavodu, s katerim je skupnost sklenila pogodbo, da bo dajal zdravstveno varstvo.

54. 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 po 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.

55. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju daje pristojni zdravnik, zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev.

Za skupnost opravlja delo zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev, ki jo imenuje skupnost delavcev.

56. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločba se izda po predpisih o splošnem

upravnem postopku. Tako izdana odločba, je odločba I. stopnje in jo izda komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja. Zoper odločbo I. stopnega organa skupnosti lahko prizadeti v 30 dneh po vročitvi I. stopnje odločbe vložijo pritožbo na skupščino skupnosti.

Zoper dokončno odločbo lahko prizadeti vložijo tožbo pri občinskem sodišču, pristojnem po sedežu skupnosti, pri kateri je zavarovan ali po njegovem stalnem bivališču.

57. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjanskega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

58. člen

Kolikor v statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku. Stranka lahko zahteva odpravo ali spremembo dokončne odločbe v obnovi postopka ali s posebnim pravnim sredstvom v roku, v katerem lahko uveljavlja zahtevo pri občinskem sodišču. Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki ga zagotavlja skupnost.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

59. 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 za obvezne oblike zdravstvenega varstva,
5. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

60. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1. in 2. točke prejšnjega člena določi s sklepom skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi za člane zavarovančevega gospodinjstva.

Stopnje prispevka po prejšnjem odstavku določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Višina oziroma stopnje prispevkov se določajo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo

predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisanih rezerv, pozavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

Obremenitev s prispevki in z udeležbo zavarovanih oseb pri ostalih posameznih oblikah zdravstvenega varstva, ne sme biti tolikšna, da bi zavarovane osebe odvrčala od uporabe zdravstvenega varstva.

61. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin,
2. osebni donodek iz gozda,
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne vtevajo 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.

62. 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.

63. 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.

64. 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.

65. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 3. člena so:

- za preužitkarje, tisti, ki je obremenjen s preužitkom,
- za osebe, ki prejema preživnino, občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino,
- za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi, lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinske skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

66. 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.

67. 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.

68. 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 priglasi tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

69. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezanca prispevka iz 1. točke 55. člena 45. dan v trimesečju,
2. za zavezanca prispevka iz 2. točke 55. člena ob izplačilu zaslužka za občasna dela,
3. za zavezanca prispevka iz 3. in 4. točke 55. člena zadnji dan v mesecu za nazaj in
4. za zavezanca prispevka iz 5. točke 55. člena, kof določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

Zavezancu, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne vplača vseh prispevkov, izda skupnost, oziroma služba s katero se skupnost dogovori za pobiranje in izterjavo prispevka, plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Če zavezanec v osmih dneh vloži ugovor zoper plačilni nalog, se ne more izdati novega naloga, temveč se lahko uveljavlja terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

70. 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.

71. člen

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

Zastaranje ustavi vsako uradno dejanje skupnosti oziroma občina, 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 pa je v vsakem primeru zastarana, če poteče deset let od dneva, ko je zastaranja prvič začelo teči.

72. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo v finančnem načrtu dohodkov in izdatkov skupnosti in sicer posebej za zavarovane osebe in posebej za izenačene 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.

73. 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 petih let od začetka uveljavitve tega statuta.

Način in višino določanja v rezervni sklad določi skupnost s posebnim sklepom, ko določi stopnje prispevkov.

74. 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 s posebnim prispevkom.

75. 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.

76. člen

Vsi prispevki — dohodki se stekajo na skupni tekoči račun pri službi družbenega knjigovodstva.

Iz sredstev dohodka iz prejšnjega odstavka skupnost poravnava obveznosti, ki nastopijo z uveljavitvijo pravic zavarovanih oseb po tem statutu.

Skupnost knjigovodsko evidentira vplačane prispevke in nastale izdatke po posameznih analitičnih kontih.

Skupščina skupnosti predpiše s posebnim pravilnikom podrobno organizacijo in način evidentiranja dohodkov in izdatkov ter način vodenja poslovnih knjig (pravilnik o knjigovodstvu).

Sesti del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

77. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci-kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

78. 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«.

Skupščina izdaja tudi smernice in priporočila.

79. člen

Skupnost je pravna oseba.

Sedež skupnosti je na Ravnah na Koroškem.

80. člen

Skupnost ima svojo štampljko okrogle in pravokotne oblike. Štampljka okrogle oblike ima v krogu napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem, sedež je naveden v sredini. Štampljka pravokotne oblike ima isto besedilo kot štampljka okrogle oblike.

2. Organi skupnosti

81. člen

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

Skupščina ima komisijo za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja, lahko pa imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti

82. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti tele 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 socialno zavarovanje smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporablja sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

3. odloča o ustanovitvi strokovne službe za izvajanje zavarovanja na območju skupnosti, oziroma o pooblastilih zavodu za socialno zavarovanje;

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 zavoda za socialno zavarovanje;

8. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi zavodi, njihovimi združenji in zavodom za socialno zavarovanje;

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

10. odloča na II. stopnji o pritožbah zavarovancev;

11. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost, za katere ni izrecno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

Kolikor v tem statutu ali posebnem sklepu skupščine ni drugače določeno, je v zadevah s področja skupnosti pristojna skupščina.

83. člen

Skupščina sprejme poslovnik za svoje delo in za delo drugih organov skupnosti.

84. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja po pravilniku skupnosti o volitvah.

85. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volivne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev; sestav in delo volivne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

86. člen

Skupščina šteje 15 članov.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovaneec — nosilec zavarovanja te skupnosti, ki ima splošno volivno pravico po zakonu o volivnih imenikih.

87. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

88. 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 volivne 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 30 dni po prenehanju mandata.

89. 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 se neupravičeno daljši čas ne udeležuje sej skupščine ali njenih organov.

O odpoklicu odločajo zavarovanci po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

b) *Komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja*

90. člen

Komisija za odločanje o pravicah zdravstvenega zavarovanja ima 3 člane in enako število namestnikov. Člane komisije imenuje skupščina izmed članov skupščine ali drugih članov skupnosti.

Glede mandatne dobe, prenehanja in odpoklica veljajo enake določbe kot za člane skupščine.

Komisija odloča na prvi stopnji, kadar se zavarovanim osebam odklanjajo pravice ali če zavarovane osebe izrecno zahtevajo izdajo odločbe.

c) *Zbori zavarovancev*

91. člen

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin oziroma krajevnih skupnosti zbore zavarovancev ali združi svojo razpravo na zborih občanov.

Postopek za sklic in delo zbora zavarovancev določa skupščina v poslovniku za delo organov skupnosti.

92. člen

Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;
3. obravnavajo letno poročilo skupnosti;
4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.

Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

3. *Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti*

93. člen

Preden sprejme skupščina skupnosti statut, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci na zborih zavarovancev;
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku ali radiu, z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
3. z anketiranjem zavarovancev.

Skupščina skupnosti določa kako dobi mnenje zavarovancev.

94. člen

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

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

Referendum o razdružitvi ali izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

95. člen

Referendum se opravi po volivnih 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 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

96. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in z družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z 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.

97. člen

Pogodbe z zdravstvenimi zavodi in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa skupščina 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 združevanjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

98. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi zavodi praviloma za eno leto, kolikor ni izrecno določeno v pogodbi daljše obdobje.

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

99. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete v tem statutu, 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 družbenopolitične 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 pogodbenca stranaka zahteva njegovo spremembo.

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

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

Sedmi del

SLUŽBA IZVAJANJA ZAVAROVANJA

100. člen

Opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja poveri skupščina skupnosti Komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje Ravne na Koroškem (v nadaljnjem besedilu »zavod«), ki za skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev opravlja to delo.

101. člen

Medsebojne pravice in obveznosti v zvezi z opravljanjem službe se določijo s sporazumom med skupščino skupnosti in pristojnim organom skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev oziroma zavoda.

102. člen

Povračilo za delo zavoda se določi vsako leto s pogodbo glede na delovni program zavoda za to skupnost.

103. člen

Strokovna služba zavoda se mora pri izvajanju zavarovanja držati določb zakona in tega statuta ter splošnih aktov skupščine te skupnosti.

104. člen

Posamezne zadeve v zvezi z izvajanjem zavarovanja lahko skupščina skupnosti poveri tudi drugi ustrezni strokovni službi in sporazumno z njo določi povračilo za opravljeno delo.

Osmi del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

105. člen

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

106. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja prevzame nasproti tretjim osebam vse obveznosti in terjatve, ki so nastale po komunalni skupnosti socialnega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem, v nadaljnjem besedilu »komunalna skupnost kmetov«.

107. člen

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

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

108. člen

Zavezanci morajo svoje zapadle obveznosti do 31. decembra 1970 plačati po predpisih, veljavnih na dan 31. decembra 1970.

109. člen

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

110. člen

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

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

111. člen

O pritožbah zavarovanih oseb, vloženi in nereseni do 31. decembra 1970, odločajo organi, ki so določeni po tem statutu za odločanje na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

112. člen

Do izdaje zakona, s katerim bodo urejena vprašanja povračila škode, povzročene skupnosti v zvezi s socialnim zavarovanjem, se bodo uporabljale določbe temeljnega zakona o organizaciji in financira-

nju socialnega zavarovanja (Uradni list SFRJ, št. 24/65, št. 57/65, št. 29/66, št. 52/66, št. 12/67 in št. 54/67), s katerim so urejena ta vprašanja.

Dokler ne bo uveljavljena nova organizacija invalidsko-pokojninskega zavarovanja ter otroškega udatka, opravlja strokovno službo skupnosti dosedanji Komunalni zavod za socialno zavarovanje Ravne na Koroškem.

113. člen

Skupnost ima poleg statuta še naslednje splosne akte — pravilnike:

- pravilnik o volitvah organov skupnosti,
- pravilnik o knjigovodstvu.

114. člen

Za spremembo statuta velja enak postopek kot za sprejem, za ostale splosne akte pa kot je določeno v 92. členu statuta.

115. člen

Beseda »zakon« v tem statutu pomeni zakon o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

116. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, preneha veljati statut komunalne skupnosti socialnega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem.

117. člen

Ta statut začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, zdravstveno zavarovanje po tem statutu pa se začne izvajati s 1. januarjem 1971.

Št. 01-929/1-70

Ravne na Koroškem, dne 8. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ravne na Koroškem

Predsednik
Ivan Čas l. r.

POPRAVEK

V statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje, objavljenem v Uradnem listu SRS, št. 43-451/70 z dne 17. XII. 1970 manjka med prvim in drugim odstavkom 55. člena nov odstavek, ki se glasi:

»Del prispevka, ki se določi v pavšalnem znesku na člana zavarovančevega gospodinjstva lahko skupščina konkretizira tako, da ga primerjalno izrazi tudi na vse družinske člane istega gospodinjstva.«

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov

Celje

Predsednik

Alojz Senica l. r.

OPRAVIČILO

Naročnikom in bralcem Uradnega lista SRS se opravičujemo zaradi slabega tiska lista št. 43. Pregled smo mogli opraviti šele potem, ko je bil ekspedit opravljen. Opozorili smo vodstvo tiskarne, da do tega ne pride več.

Uredništvo

OBVESTILO

**Te dni prejemaajo naročniki račune za naročnino Uradnega lista SRS
za 1971. leto.**

**Naročnina znaša za en izvod 64 din. Prosimo, nakažite naročnino
do konca leta 1971.**

Uprava