



URADNI LIST

SOCIALISTIČNE REPUBLIKE SLOVENIJE

Številka 46

Ljubljana, 30. decembra 1970

Cena 24 dinarjev

Leto XXVII

VSEBINA:

234. Zakon o uporabi sredstev posebne proračunske rezerve v letu 1970
243. Zakon o republiškem davku od prometa blaga na drobno
246. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o prispevkih in davkih občanov
247. Zakon o spremembi zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic
249. Zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks
249. Zakon o spremembi zakona o upravnih taksah
250. Zakon o spremembi zakona o stopnji republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja za izobraževanje in o delu republiškega davka od prometa blaga na drobno, ki se steka med sredstva za izobraževanje
251. Zakon o stopnjah prispevkov za otroško varstvo v letu 1971
252. Zakon o določitvi premoženjskega cenzusa kot pogoja za pravico do otroškega dodatka in višine otroškega dodatka v letu 1971
253. Zakon o denarni pomoči za opremo novorojenega otroka
254. Zakon o skladih skupnih rezerv in o uporabi njihovih sredstev
255. Zakon o prenosu presežkov republiškega proračuna za leto 1970 v republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij
256. Zakon o sredstvih SR Slovenije za izravnavanja v gospodarstvu in za pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti
257. Zakon o kulturnih skupnostih
258. Zakon o sredstvih za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti
259. Zakon o proračunu Socialistične republike Slovenije (republiškem proračunu) za leto 1971
260. Odlok o razdelitvi deviz za potrebe republiških organov, zavodov, organov družbenih organizacij, ožjih družbenopolitičnih skupnosti in civilnih pravnih oseb v SR Sloveniji za leto 1971
261. Zakon o vodnem prispevku za leto 1971
262. Zakon o filmskem prispevku
263. Zakon o varstvu pred požarom in o gasilstvu
264. Zakon o uvedbi centralnega registra stalnega prebivalstva v SR Sloveniji
265. Zakon o spremembi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o gozdovih
266. Zakon o razmerju med številom invalidov in skupnim številom v invalidski delavnici zaposlenih ljudi ter o namenski uporabi sredstev posebnega sklada
267. Odlok o določitvi števila sodnikov pri okrožnem gospodarskem sodišču v Ljubljani
268. Odlok o določitvi števila in o imenovanju članov začasne skupščine raziskovalne skupnosti Slovenije
269. Odlok o imenovanju predsednika in članov republiškega medicinskega sveta
270. Odlok o imenovanju predstavnikov družbene skupnosti v svet višje šole za organizacijo dela v Kranju
271. Odlok o merilih za najnižji obseg ter o obračunavanju, vplačevanju in uporabi biološke amortizacije
272. Odlok o pomilostitvi obsojenih oseb
273. Odločba o imenovanju strokovnih delovnih organizacij, ki določijo vinarne strokovne komisije za ocenjevanje vina po mednarodni lestvici
274. Mednarodna lestvica za ocenjevanje vina
525. Sklep o ugotovitvi letnega kosmatega osebnega dohodka delavca oziroma uslužbenca ustrezne strokovne izobrazbe iste oziroma podobne dejavnosti na podlagi katerega se določa pavsalna in dejanska osnova za odmero prispevkov od obrtnih in drugih gospodarskih dejavnosti oziroma od intelektualnih storitev (Lenart)
526. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Litija v I. trimesečju 1971
527. Odlok o spremembi odloka o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Litija)
528. Odlok o zadržanju cen za posamezna živila in storitve (Litija)
529. Odlok o odstotku sredstev, ki se izločajo iz sklada skupne porabe za subvencioniranje stanarine (Litija)
530. Odlok o premiji za kravje mleko za leto 1970 (Litija)
531. Odlok o ustanovitvi sklada za pospeševanje razvoja gospodarstva v občini Litija
532. Odlok o priznavalninah (Litija)
533. Odlok o ugotovitvi najvišjih in povprečnih letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Litija
534. Odlok o določitvi najnižjih osebnih dohodkov delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih, za katere ni mogoče ugotoviti osebnega dohodka na podlagi evidence izplačanih osebnih dohodkov v družbenem sektorju (Litija)
535. Odlok o amortizaciji osnovnih sredstev v upravnem organu skupščine občine Litija
536. Sklep o zgraditvi križišča Bizoviške ceste s Potjo v dolino v naselju Bizovik (Moste-Polje)
537. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb za leto 1971 (Vič-Rudnik)
538. Odlok o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah (Vič-Rudnik)
539. Odlok o spremembah in dopolnitvah proračuna občine Logatec za leto 1970
540. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb skupščine občine Logatec v I. trimesečju 1971
541. Odlok o spremembi in dopolnitvi odloka o prispevku za uporabo mestnega zemljišča (Logatec)
542. Odlok o oblikovanju sredstev za financiranje vzgoje in izobraževanja v občini Logatec za leto 1971
543. Odlok o zadržanju cen za posamezna živila, storitve in obrtne izdelke (Logatec)
544. Odlok o ustanovitvi sklada za financiranje obrambnih potreb, ki so skupnega pomena za občino in delovne organizacije na območju občine Logatec
545. Odlok o določitvi pristojnosti svetov in upravnih organov občinske skupščine Logatec za opravljanje zadev, ki so določene z zveznimi in republiškimi predpisi kot pristojnosti občinske skupščine
546. Odlok o spremembi odloka o osebnem dohodku in povračilu osebnega dohodka ter materialnih in potnih stroškov odbornikom, funkcionarjem in članom skupščinskih organov ter predstojnikom organov, ki jih imenuje občinska skupščina Logatec
547. Odlok o spremembi odloka o merilih za uporabo finančnih sredstev, namenjenih za stanovanja udeležencev v NOV (Vrhnika)

SPLOŠNI AKTI KOMUNALNIH SKUPNOSTI:

548. Sklep o finančnem načrtu skupnosti za zdravstveno zavarovanje delavcev Celje za leto 1971
549. Sklep o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja in prispevek za nesreče pri delu ter poklicno bolezni (Celje)
550. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu (Celje)
551. Sklep o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede — osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti (Celje)
552. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije oseb, ki uživajo posamezne pravice iz zdravstvenega zavarovanja (Celje)

PREDPISI OBČINSKIH SKUPŠČIN:

521. Odlok o spremembi odloka o proračunu občine Lenart za leto 1970
522. Odlok o začasnem financiranju proračunskih potreb v občini Lenart v I. trimesečju 1971
523. Odlok o občinskem prometnem davku (Lenart)
524. Odlok o spremembi odloka o minimalnih tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš in stanovanj v družbeni lastnini in o načlnu delitve sredstev za investicijsko in tekoče vzdrževanje na območju občine Lenart

553. Sklep o višini prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Celje)
534. Sklep o podaljšanju veljavnosti in uporabi nekaterih predpisov o zdravstvenem zavarovanju (Celje)
555. Sklep o določitvi zneskov pogrebnine (Celje)
556. Pravilnik o postopku, pogojih in načinu, kako uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe svoje pravice do zdravstvenega varstva
557. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Celje)
588. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Celje)
559. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih (Celje)
560. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja očesnih pripomočkov (Celje)
561. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Celje)
562. Sklep o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje in o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov sklada za zdravstveno zavarovanje delavcev za leto 1971 (Koper)
563. Sklep o merilih za razvrščanje v osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno delavnost (Koper)
564. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo za osebe iz 29. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Koper)
565. Sklep o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo oseb iz 30. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Koper)
566. Sklep o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovanih oseb (Koper)
567. Pravilnik o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Koper)
568. Sklep o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana za leto 1971
569. Sklep o stopnji prispevkov za zdravstveno zavarovanje ter za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (Ljubljana)
570. Sklep o pavšalnih zneskih prispevkov za zdravstveno zavarovanje ter za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (Ljubljana)
571. Sklep o stopnji prispevkov za zdravstveno zavarovanje upokojencev in uveljavitev pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja ter oseb, ki so začasno izven delovnega razmerja (Ljubljana)
572. Sklep o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo upokojencev, ki so v delovnem razmerju in prejema polno pokojnino (Ljubljana)
573. Sklep o osnovah za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev, ki delajo v tujini ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini in o stopnji prispevka (Ljubljana)
574. Sklep o snovah za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje in o osnovah za denarna nadomestila oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti (Ljubljana)
575. Sklep o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu (Ljubljana)
576. Pravilnik o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Ljubljana)
577. Sklep o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti (Maribor)
578. Sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva (Maribor)
579. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo (Maribor)
580. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev in oseb, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po 29. in 30. členu zakona (Maribor)
581. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanih odsotnostih z dela (Maribor)
582. Sklep o merilih za razvrščanje v zavarovalne osnove zaradi plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo poklicne dejavnosti (Maribor)
583. Pravilnik o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Maribor)
584. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Maribor)
585. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Maribor)
586. Pravilnik o vrstah zobnih protetičnih sredstev, indikacijah za zobno protetično pomoč, standardih za material in rokih trajanja zobnih protetičnih sredstev (Maribor)
587. Pravilnik za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Maribor)
588. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Maribor)
589. Sklep o finančnem načrtu za leto 1971 (Murska Sobota)
590. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko se zaposleni delavci nahajajo na neplačanem dopustu (Murska Sobota)
591. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev (Murska Sobota)
592. Sklep o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti in prispevek za nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo (Murska Sobota)
593. Sklep o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede in osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti (Murska Sobota)
594. Sklep o podaljšanju veljavnosti sklepov skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Murska Sobota o lastni udeležbi zavarovanih oseb pri stroških zdravstvenega varstva
595. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja (Murska Sobota)
596. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Murska Sobota)
597. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in zoboprotetičnih sredstvih (Murska Sobota)
598. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Murska Sobota)
599. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Murska Sobota)
600. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Murska Sobota)
601. Pravilnik o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje (Murska Sobota)
602. Sklep o prispevku zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev (Nova Gorica)
603. Sklep o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje in obveznih oblikah zdravstvenega varstva ter nesrečo pri delu od 1. januarja 1971 dalje (Nova Gorica)
604. Sklep o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede oziroma osnovah za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (Nova Gorica)
605. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije oseb (Nova Gorica)
606. Sklep o povračilu stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju (Nova Gorica)

607. Sklep o začasnih uporabi sklepa o listi zdravil, ki se smejo predpisovati na račun sklada zdravstvenega zavarovanja in o začasnih uporabi indikacij za nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih (Nova Gorica)
608. Sklep o znesku pogrebne za zavarovane osebe (Nova Gorica)
609. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica
610. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja (Nova Gorica)
611. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Nova Gorica)
612. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Nova Gorica)
613. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Nova Gorica)
614. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetičnih sredstvih (Nova Gorica)
615. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Nova Gorica)
616. Sklep o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja in prispevek za nesreče pri delu ter obolenja za poklicno boleznijo (Ravne na Koroškem)
617. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu (Ravne na Koroškem)
618. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev (Ravne na Koroškem)
619. Sklep o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede — osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti (Ravne na Koroškem)
620. Sklep o višini povračila stroškov nastanitve in prehrane zavarovanih oseb (Ravne na Koroškem)
621. Sklep o zneskih pogrebne za zavarovane osebe (Ravne na Koroškem)
622. Sklep o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov skupnosti za zdravstveno zavarovanje kmetov Celje za leto 1971
623. Sklep o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov za leto 1971 za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovancem — kmetom po zakonu in statutu skupnosti (Celje)
624. Sklep o postopku, pogojih in načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva in o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil (Celje)
625. Sklep o višini prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Celje)
626. Sklep o določitvi prispevka za po zakonu zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in za po zakonu določene pravice zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo zavarovanci — kmetje (Celje)
627. Sklep o določitvi prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov (Celje)
628. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje nekaterih kategorij zavarovanih oseb — kmetov (31. člen zakona) (Celje)
629. Sklep o odmerjanju in pobiranju prispevkov za zdravstveno zavarovanje kmetov (Celje)
630. Sklep o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971 (Koper)
631. Sklep o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana za 1971. leto
632. Sklep o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov za zavarovane osebe na osnovi 31. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva za 1971. leto (Ljubljana)
633. Sklep o stopnji prispevka in višini pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov ter prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci (Ljubljana)
634. Sklep o pavšalnem znesku prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov (Ljubljana)
635. Sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za oblike zdravstvenega varstva, navedene v 31. in 32. členu statuta skupnosti (Ljubljana)
636. Sklep o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971 (Maribor)
637. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z zavarovanimi osebami v zdravstvenem zavarovanju kmetov (Maribor)
638. Sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva (Maribor)
639. Sklep o uporabi ustreznih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor glede določitve načina zavarovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega ter sanitetnega materiala, indikacij za zobno protetično zdravljenje, zobna protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, njihove standarde in trajnostno dobo za pravice zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju kmetov
640. Sklep o pooblastilu zdravniške komisije skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor za naloge o pravicah zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju kmetov
641. Sklep o finančnem načrtu za leto 1971 (Murska Sobota)
642. Sklep o določitvi prispevkov za obvezne in druge oblike zdravstvenega zavarovanja kmetov (Murska Sobota)
643. Sklep o udeležbi zavarovanih oseb skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota pri stroških za posamezne oblike zdravstvenega varstva kmetov
644. Sklep o začasnih uporabi nekaterih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota
645. Sklep o določitvi stopnje oziroma višine prispevkov za zdravstveno zavarovanje in obvezne oblike zdravstvenega varstva kmetov od 1. januarja 1971 dalje (Nova Gorica)
646. Sklep o določitvi prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov (Nova Gorica)
647. Sklep o udeležbi zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Nova Gorica)
648. Sklep o uporabi nekaterih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica za zavarovane osebe skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica
649. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica
650. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja (Nova Gorica)
651. Sklep o višini prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971 (Novo mesto)
652. Sklep o prispevku zavarovanih oseb k stroškom zdravstvenega varstva (Novo mesto)
653. Sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov (Novo mesto)
654. Sklep o določitvi prispevka, za zdravstveno varstvo za osebe iz 31. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Novo mesto)
655. Sklep o uporabi nekaterih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto za zavarovane osebe skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto
656. Sklep o prispevkih za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971 (Ravne na Koroškem)

244.

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

UKAZ**o razglasitvi zakona o uporabi sredstev posebne proračunske rezerve v letu 1970**

Razglasa se zakon o uporabi sredstev posebne proračunske rezerve v letu 1970, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji enotnega zbora delovnih skupnosti dne 28. decembra 1970.

Št. 402-156/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o uporabi sredstev posebne proračunske rezerve v letu 1970****1. člen**

Družbeno-političnim skupnostim se v letu 1970 dovoli, da uporabijo do 20 % sredstev posebne rezerve, ki jo dosegajo na podlagi zakona o obveznem izločanju dela proračunskih dohodkov v letu 1970 v posebno rezervo (Uradni list SFRJ, št. 32-372/70 in št. 53-596/70).

2. člen

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

245.

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

UKAZ**o razglasitvi zakona o republiškem davku od prometa blaga na drobno**

Razglasa se zakon o republiškem davku od prometa blaga na drobno, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 421-13/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o republiškem davku od prometa blaga na drobno****1. člen**

Republiški davek od prometa blaga na drobno se plačuje od vsega prometa proizvodov, ki so namenjeni

za končno potrošnjo, razen od proizvodov, za katere je s temeljnim zakonom o prometnem davku določeno, da se od njihovega prometa ne plačuje republiški davek od prometa blaga na drobno, in razen od prometa naslednjih proizvodov:

1. kmetijske opreme (razen ročnega orodja) in namestnih delov za to opremo;

2. proizvodov, katerih promet je po določbah 8. člena zakona o tarifi zveznega prometnega davka ter po določbah tarife zveznega prometnega davka oproščen plačevanja zveznega davka od prometa blaga na drobno, če ni s tem zakonom drugače določeno;

3. od konfekcije, obleke in perila za otroke do vsote številke 16 oziroma do ustrezne številke po jugoslovanskih standardih;

4. od otroške obutve do vsote številke 34.

2. člen

Kaj se šteje za promet proizvodov, ki so namenjeni za končno potrošnjo, se presoja po določbah 1., 2., 3., 4. in 6. točke prvega odstavka ter drugega in tretjega odstavka 2. člena zakona o tarifi zveznega prometnega davka (Uradni list SFRJ št. 33/65, 57/65, 4/66, 28/66, 52/66, 5/67, 18/67, 31/67, 24/68, 30/68, 45/68, 55/68, 50/69 in 18/70).

3. člen

Republiški davek od prometa blaga na drobno se plačuje po stopnji 5 %, razen od osebnih avtomobilov, ki jih prodajajo domače gospodarske organizacije, od katerih prometa se plačuje po stopnji 1,5 %, ter razen od alkoholnih pijač, od katerih prometa se plačuje od litra in znaša:

	din
— od piva	0,04
— od naravnega vina, razen penečega vina	0,08
— od penečega vina (naravnega in napravljene)	0,20
— od naravnega žganja in medice	0,20
— od umetnega žganja:	
z močjo do 25 vol. % alkohola	0,10
z močjo nad 25 vol. % alkohola	0,15
— od specialnih vin (desertnih, likerskih in aromatiziranih) in desertnih pijač, če znaša nabavna cena za liter:	
do 7 dinarjev	0,15
nad 7 do 10 dinarjev	0,20
nad 10 dinarjev	0,35
— od likerjev in močnih alkoholnih pijač, če znaša nabavna cena za liter:	
do 12 dinarjev	0,20
nad 12 do 17 dinarjev	0,37
nad 17 dinarjev	1,00

Zasebni gostilničarji, ki na podlagi občinskega odloka o prometnem davku plačujejo občinski davek od prometa alkoholnih pijač od nabavljenih količin alkoholnih pijač, plačujejo tudi republiški davek od prometa blaga na drobno od nabavljenih količin alkoholnih pijač.

4. člen

Od motornih vozil, ki jih uvozijo oziroma kupijo v konsignacijskih skladiščih občani in civilne pravne

osebe, se plačuje republiški davek od prometa blaga na drobno po stopnji 5%. Davek plača občan oziroma civilna pravna oseba za finance pristojnemu upravnemu organu občine, v kateri ima stalno prebivališče oziroma sedež. Motorno vozilo je mogoče registrirati šele, ko je za registracijo pristojnemu organu predložen dokaz o plačilu prometnega davka po tem členu.

5. člen

Za financiranje kulturne dejavnosti se odstopa temeljnim kulturnim skupnostim 0,5-odstotna stopnja republiškega davka od vsega prometa blaga na drobno, zbranega na območju občine, v kateri deluje temeljna kulturna skupnost, razen od prometa alkoholnih pijač.

Temeljni kulturni skupnosti, ustanovljeni za območje mesta Ljubljane, se ne glede na določbo prejšnjega odstavka odstopi 0,5-odstotna stopnja republiškega davka od vsega prometa blaga na drobno šele z dnem, ko bo Skupščina SR Slovenije sprejela sklep o soglasju k pogodbi o prenosu ustanoviteljskih pravic od SR Slovenije na Skupščino mesta Ljubljane za kulturne zavode, katerih ustanovitelj je SR Slovenija.

6. člen

Stopnje občinskega davka od prometa blaga na drobno ne smejo presegati 4%, razen od prometa alkoholnih pijač in alkohola (etanola), stopnje občinskega davka od prometa osebnih avtomobilov pa ne smejo biti nižje od 4%.

7. člen

Ob pogojih iz 42 a člena temeljnega zakona o prometnem davku (Uradni list SFRJ, št. 14/65, 29/65, 33/65, 57/65, 52/66, 31/67, 54/67, 26/68, 30/68, 40/68, 48/68, 11/69 in 56/69) se pri obračunavanju prometnega davka od končnih izdelkov individualnega obrtnika — proizvajalca odbije republiški davek od prometa blaga na drobno, ki ga je obrtnik plačal od materiala za take izdelke.

8. člen

Glede nastanka davčne obveznosti, davčnih zavezancév, davčne osnove, postopka za odmero in drugega se ustrezno uporabljajo določbe temeljnega zakona o prometnem davku, zakona o tarifi zveznega prometnega davka, temeljnega zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SFRJ, št. 13/70) ter predpisov, izdanih na podlagi teh zakonov.

9. člen

Trgovske in druge delovne organizacije morajo za promet z blagom na drobno, za katero se odpravlja republiški davek od prometa blaga na drobno, z dnem uveljavitve tega zakona napraviti popis blaga v zalogah in pri nadaljnjem prometu takega blaga za odpravljeni davek znižati cene.

10. člen

Z dnem, ko začne veljati ta zakon, preneha veljati zakon o republiškem davku od prometa blaga na drobno (Uradni list SRS, št. 40-293/68 in št. 3-9/69).

11. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

246.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o prispevkih in davkih občanov

Razglša se zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o prispevkih in davkih občanov, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 422-5/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembah in dopolnitvah zakona o prispevkih in davkih občanov

1. člen

V prvem odstavku 1. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7-32/69, št. 40-251/69 in št. 26-155/70) se besedilo v oklepaju spremeni tako, da se glasi: »(Uradni list SFRJ, št. 13-141/70)«.

2. člen

V 8. členu se na koncu 5. točke pika nadomesti s podpičjem in se doda nova 6. točka, ki se glasi: »6. minimalni osebni dohodek delavcev pod pogojem, da ga prejemaajo vsi delavci delovne organizacije oziroma samostojne organizacije združenega dela v sestavi delovne organizacije.«

3. člen

Za 8. členom se doda nov 8a člen, ki se glasi:
»Minimalni osebni dohodek delavcev je dokončno izvzet od prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja po 6. točki 8. člena tega zakona, če poprečni mesečni osebni dohodek vsakega posameznega delavca po zaključnem računu delovne organizacije oziroma samostojne organizacije združenega dela v sestavi delovne organizacije ne presega minimalnega osebnega dohodka.

Ce poprečni mesečni osebni dohodek na delavca po zaključnem računu presega minimalni osebni dohodek, je treba pozneje iz osebnega dohodka delavcev obračunati in plačati prispevek iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja tudi od vseh zneskov, ki jih je delavec prejel med letom v višini minimalnega osebnega dohodka.

Določba prejšnjega odstavka velja tudi pri ugotavljanju začasnih poslovnih uspehov delovne organizacije oziroma samostojne organizacije združenega dela v sestavi delovne organizacije za posamezne dobe med letom.

Ce bi bil prispevek, obračunan po drugem in tretjem odstavku tega člena, večji od razlike med minimalnim osebnim dohodkom in pozneje po zaključnem računu izplačanim osebnim dohodkom, je prispevek, ki ga je treba plačati, enak le tej razliki.«

4. člen

V prvem odstavku 26. člena se besedilo v oklepaju dopolni tako, da se glasi: »(Uradni list SFRJ, št. 13-253/65, št. 17-244/67 in št. 3-17/69)«.

5. člen

V 27. členu se na koncu prvega odstavka pika nadomesti z vejico, nato pa se doda naslednje besedilo: »in sicer po stopnji, ki ustreza celotnemu dohodku zavezanca, doseženem v letu, za katero se odmerja prispevek.«

6. člen

V 29. členu se za prvim odstavkom doda nov drugi odstavek, ki se glasi:

»Ne glede na določbe prejšnjega odstavka morajo vsi samostojni gostinci voditi knjigo evidence o nabavi in prodaji blaga, vsi prevozniki s tovornimi avtomobili pa knjigo prometa.«

V sedanjem tretjem odstavku se besede: »po prvem in drugem odstavku tega člena« nadomestijo z besedami: »po prvem in tretjem odstavku tega člena«.

Sedanj drugi do peti odstavek postanejo tretji do šesti odstavek.

7. člen

V prvem odstavku 39. člena se besedilo v oklepaju dopolni tako, da se glasi: »(Uradni list SFRJ, št. 23-345/67, št. 54-694/67, št. 15-186/68, št. 50-552/68 in št. 55-650/69)«.

8. člen

V 2. točki 46. člena se besede »po 44. členu« nadomestijo z besedami »po 45. členu«.

9. člen

V 48. členu se 7. točka spremeni tako, da se glasi: »7. od prejemkov, ki jih izplačujejo svojim delavcem invalidske delavnice.«

10. člen

V prvem odstavku 70. člena se beseda »tretjega« nadomesti z besedo »drugega«, vejica za številko »10 0/0« se nadomesti s piko, nadaljnje besedilo do konca odstavka pa se črta.

V šestem odstavku se številka 24 nadomesti s številko 25.

11. člen

Za 70. členom se doda nov 70 a člen, ki se glasi: »Kmetom-borcem narodnoosvobodilne vojne se priznajo naslednje olajšave pri odmeri prispevka od kmetijstva:

1. kmetom - imetnikom »Partizanskega spominskega znaka 1941« se odmerjeni prispevek od kmetijstva zniža za 50 0/0;

2. kmetom-borcem, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju s pričetkom pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 do 15. maja 1945, se odmerjeni prispevek od kmetijstva zniža za 30 0/0;

3. kmetom-borcem, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 pa do 15. maja 1945, se odmerjeni prispevek od kmetijstva zniža za 20 0/0.

S kmeti-imetniki »Partizanskega spominskega znaka 1941« iz 1. točke prejšnjega odstavka so glede priznanja olajšave izenačeni španski borci in predvojni revolucionarji.

S kmeti-borci iz 3. točke prejšnjega odstavka so glede priznanja olajšave izenačeni borci za severno mejo iz 1. člena zakona o borcih za severno mejo v letih 1918 in 1919 (Uradni list SRS, št. 37-268/68).

Pravica do olajšave pripada tudi zakoncu umrlega borca, in to v višini, kot bi pripadala umrlemu borcu.

Olajšava po tem členu se ne prizna, če prejema zavezanec oziroma njegov zakonec poleg dohodkov od kmetijstva tudi še dohodek iz delovnega razmerja, pokojnino ali pa ima dohodek od obrtne ali druge samostojne dejavnosti, od katerih se odmerja prispevek od letnih osnov oziroma v letnem znesku.«

12. člen

V 74. členu se drugi in tretji odstavek spremenita tako, da se glasi:

»Občinske skupščine lahko predpišejo oprostitve prispevka od kmetijstva za zavezanca iz takih višinskih krajev, kjer so proizvodni, ekonomski in prometni pogoji še posebno slabi, če skupni letni katastrski dohodek teh zavezancev od negozdnih površin ne presega zneska, ki ga določi občinska skupščina.

Zavezancem prispevka od kmetijstva, ki jim je kmetijstvo glavni poklic in vlagajo sredstva v preusmeritev gospodarstva in v preureditev stanovanjskih in gospodarskih prostorov v turistične namene, se ne glede na višino osebnih dohodkov lahko prizna posebna olajšava. Za sredstva, vložena v preusmeritev gospodarstva, se štejejo sredstva, vložena za graditev in adaptacijo gospodarskih poslopij, za nabavo strojev in kmetijske opreme, sredstva, vložena za preusmerjanje gospodarstva na živinorejsko proizvodnjo (za vzrejo in pitanje živine, za proizvodnjo mesa in mleka), za uvedbo pašno-košnega sistema, za izvedbo melioracij in za ureditev zemljišč, močvirij in pašnikov, če sredstva za melioracijo vložijo posamezni kmetje. Olajšava se lahko prizna, če zavezanec vloži za navedene namene sredstva v višini vsaj 50 0/0 katastrskega dohodka od svojih zemljišč, vendar najmanj 2000 din. Olajšava po tem členu pripada zavezancu tudi, če skupaj z drugimi zavezanci nabavlja oziroma vlaga sredstva za take namene, če njegova vloga presega v prejšnjem stavku navedeni znesek. Druge pogoje in obseg olajšave določi občinska skupščina.«

13. člen

V tretjem odstavku 88. člena se 6. točka spremeni tako, da se glasi:

»6. amortizacija in stroški vzdrževanja strojev, orodja in inventarja, katerih trajanje je daljše kot eno leto, ter stroški vzdrževanja poslovnih prostorov, ki niso zavezani davku na dohodek od stavb; stopnje amortizacije predpiše občinska skupščina; vrednost sredstev, od katerih se priznava amortizacija, se ugotavlja praviloma na podlagi dokumentacije o nabavi, če dokumentacije ni ali če odmerni organ dvomi o pravilnosti vrednosti, navedene v dokumentaciji, se vrednost teh sredstev oceni;«.

14. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

247.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembi zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic

Razglša se zakon o spremembi zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 421-2/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembi zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic

1. člen

2. člen in prvi odstavek 3. člena zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SRS, št. 33-204/70) se črtata.

2. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

248.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks

Razglša se zakon o spremembah in dopolnitvah zakona o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks, ki ga je sprejela Skupščina Sociali-

stične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 422-10/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembah in dopolnitvah zakona o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks

1. člen

V prvem odstavku 2. člena zakona o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks (Uradni list SRS, št. 5-14/68, št. 40-292/68, št. 3-7/69 in št. 40-252/69) se stopnja »1,51 %« nadomesti s stopnjo »1,07 %«.

2. člen

V prvem odstavku 3. člena se stopnja »8 %« nadomesti s stopnjo »12 %«.

Za prvim odstavkom se doda novi drugi odstavek, ki se glasi:

»Republiškega prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti iz prejšnjega odstavka ne plačujejo zavezanci, ki se jim odmerja prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov.«

Sedanji drugi odstavek postane tretji odstavek.

3. člen

Na koncu 5. člena se doda nov četrti odstavek, ki se glasi:

»S tem prispevkom nabrana sredstva se v celoti odstopijo temeljni kulturni skupnosti, na katere območju ima zavezanec stalno prebivališče.«

4. člen

V prvem odstavku 5a člena se znesek »20.000 din« nadomesti z zneskom »25.000 din«.

5. člen

5b člen se spremeni tako, da se glasi:

»Republiški prispevek iz skupnega dohodka občanov se plačuje po tehle stopnjah:

Ce znaša letna osnova din nad	do	znaša prispevek	
	5.000	2 %	
5.000—	10.000	100 din + 3 % od presežka nad	5.000
10.000—	15.000	250 din + 4 % od presežka nad	10.000
15.000—	20.000	450 din + 6 % od presežka nad	15.000
20.000—	25.000	750 din + 8 % od presežka nad	20.000
25.000—	30.000	1.150 din + 10 % od presežka nad	25.000
30.000—	40.000	1.650 din + 16 % od presežka nad	30.000
40.000—	50.000	3.250 din + 22 % od presežka nad	40.000
50.000—	60.000	5.450 din + 29 % od presežka nad	50.000
60.000—	70.000	8.350 din + 38 % od presežka nad	60.000
70.000—	80.000	12.150 din + 48 % od presežka nad	70.000
80.000—	90.000	16.950 din + 58 % od presežka nad	80.000
90.000—	100.000	22.750 din + 69 % od presežka nad	90.000
100.000		29.650 din + 80 % od presežka nad	100.000

6. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971, določbe 4. in 5. člena tega zakona pa se bodo uporabljale že pri odmeri prispevka iz skupnega dohodka občanov za leto 1970.

Sredstva po 3. členu tega zakona se odstopijo temeljni kulturni skupnosti, ustanovljeni za območje mesta Ljubljane, šele z dnem ko bo Skupščina SR Slovenije sprejela sklep o soglasju k pogodbi o prenosu ustanoviteljskih pravic od SR Slovenije na skupščino mesta Ljubljane za kulturne zavode, katerih ustanovitelj je SR Slovenija.

249.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembi zakona o upravnih taksah

Razglašajo se zakon o spremembi zakona o upravnih taksah, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 423-6/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembi zakona o upravnih taksah

1. člen

V tarifni številki 5 taksne tarife zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13-105/69) se taksa pod 2 b) za vizum, izdan na mejnem prehodu, zniža od 50,00 dinarjev na 30,00 dinarjev.

2. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

250.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembi zakona o stopnji republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja za izobraževanje in o delu republiškega davka od prometa blaga na drobno, ki se steka med sredstva za izobraževanje

Razglašajo se zakon o spremembi zakona o stopnji republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja za izobraževanje in o delu republiškega davka od prometa blaga na drobno, ki se steka med sredstva za izobraževanje, ki ga je sprejela Skupščina

Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 420-21/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembi zakona o stopnji republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja za izobraževanje in o delu republiškega davka od prometa blaga na drobno, ki se steka med sredstva za izobraževanje

1. člen

V prvem odstavku 1. člena zakona o stopnji republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja za izobraževanje in o delu republiškega davka od prometa blaga na drobno, ki se steka med sredstva za izobraževanje (Uradni list SRS, št. 5-17/68, št. 40-296/68 in št. 40-258/69) se stopnja »3,26 %« nadomesti s stopnjo »3,44 %«.

V drugem odstavku se odstotek »80 %« nadomesti s »53 %«.

2. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

251.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o stopnjah prispevkov za otroško varstvo v letu 1971

Razglašajo se zakon o stopnjah prispevkov za otroško varstvo v letu 1971, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 420-23/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o stopnjah prispevkov za otroško varstvo v letu 1971

1. člen

Stopnje prispevkov za otroško varstvo zavezancev po 4. in 6. členu zakona o skupnostih otroškega varstva in o financiranju nekaterih oblik otroškega varstva v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 43-335/67) določijo za leto 1971 Skupščina SR Slovenije in občinske skupščine.

2. člen

Prispevek za otroško varstvo, ki se steka v sklad republiške skupnosti otroškega varstva za otroški dodatek in za dopolnjevanje potreb varstva otrok, se plačuje po stopnji 1,35% od sredstev namenjenih za osebne dohodke in po stopnji 1,2% od čistega mesečnega zneska pokojnin.

3. člen

Stopnjo prispevka za dnevno varstvo otrok za potrebe temeljnih skupnosti otroškega varstva iz 4. in 6. člena zakona o skupnostih otroškega varstva in o financiranju nekaterih oblik otroškega varstva v SR Sloveniji določijo občinske skupščine, in sicer najpozneje do 31. januarja 1971.

Obveznost plačevanja prispevka po prejšnjem odstavku velja od 1. januarja 1971.

4. člen

Prispevek za dnevno varstvo otrok po 5. členu zakona o skupnostih otroškega varstva in o financiranju nekaterih oblik otroškega varstva v SR Sloveniji se v letu 1971 plačuje po stopnji 0,25%.

5. člen

Prispevki iz 2. člena tega zakona se odvajajo v sklad republiške skupnosti otroškega varstva, prispevki iz 3. in 4. člena tega zakona pa v sklade temeljnih skupnosti otroškega varstva oziroma na poseben račun temeljnih izobraževalnih skupnosti, če opravljajo naloge skupnosti otroškega varstva, in sicer ob vsakem izplačilu osebnih dohodkov pri banki oziroma ob izplačilu pokojnin in invalidskih prejemkov pri republiški skupnosti socialnega zavarovanja delavcev.

Prispevki za otroško varstvo, ki jih plačujejo zasebni delodajalci in pogodbeni zavarovanci, se plačujejo hkrati s plačilom prispevkov za socialno zavarovanje.

6. člen

S 1. januarjem 1971 prenehajo veljati določbe 1. odstavka 10. člena in 1. odstavka 13. člena zakona o skupnostih otroškega varstva in o financiranju nekaterih oblik otroškega varstva v SR Sloveniji.

7. člen

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

252.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o določitvi premoženjskega cenzusa kot pogoja za pravico do otroškega dodatka in višine otroškega dodatka v letu 1971

Razglša se zakon o določitvi premoženjskega cenzusa kot pogoja za pravico do otroškega dodatka in višine otroškega dodatka v letu 1971, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji re-

publiškega zbora in na seji socialno-zdravstvenega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 193-5/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o določitvi premoženjskega cenzusa kot pogoja za pravico do otroškega dodatka in višine otroškega dodatka v letu 1971

1. člen

V letu 1971 znaša cenzus po 51. členu zakona o skupnostih otroškega varstva in o financiranju nekaterih oblik otroškega varstva v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 43-335/67):

— 760 dinarjev mesečno na člana gospodinjstva, če gre za osebni dohodek iz delovnega razmerja ali drugi dohodek, razen če gre za dohodek iz druge ali tretje alineje tega odstavka;

— 137 dinarjev letno na člana gospodinjstva, če gre za dohodek iz kmetijske dejavnosti;

— 137 dinarjev mesečno na člana gospodinjstva, če gre za dohodek od samostojnega opravljanja obrtnih in drugih gospodarskih dejavnosti ter intelektualnih storitev.

Če imajo upravičenci in člani njihovega gospodinjstva hkrati dohodek iz dveh ali več osnov iz prejšnjega odstavka, se cenzus skupnega dohodka ugotovi tako, da se dohodki iz prve alineje delijo s 7,5, iz druge oziroma tretje alineje pa z 1,37. Otroški dodatek gre upravičencu, če vsota z deljenjem dobljenih izidov (količnikov) ne presega 100.

2. člen

Otroški dodatek v letu 1971 znaša mesečno:

— za enega otroka 70 dinarjev

— za vsakega naslednjega otroka pa po 95 dinarjev.

3. člen

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

253.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o denarni pomoči za opremo novorojenega otroka

Razglša se zakon o denarni pomoči za opremo novorojenega otroka, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji socialno-zdravstvenega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 554-2/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o denarni pomoči za opremo novorojenega otroka****1. člen**

Denarna pomoč po tem zakonu je posebna oblika družbene pomoči za opremo novorojenega otroka.

2. člen

Pravico do denarne pomoči po tem zakonu ima otrok, katerega mati ima stalno prebivališče oziroma katerega roditelj je stalno zaposlen na območju SR Slovenije.

3. člen

Denarna pomoč za opremo novorojenega otroka znaša 200 din.

4. člen

Pravica do denarne pomoči po tem zakonu se uveljavlja s predložitvijo ustreznih dokazil.

5. člen

Denarna pomoč po tem zakonu gre in se izplačuje praviloma vnaprej na podlagi mnenja zdravnika, da bo porod verjetno nastopil v enem mesecu, za otroke, rojene zunaj območja SR Slovenije, pa na podlagi dokazila o rojstvu otroka.

6. člen

Pravico do denarne pomoči je mogoče uveljaviti v treh mesecih od dneva rojstva otroka.

7. člen

Sredstva za denarno pomoč po tem zakonu zagotavlja republiška skupnost otroškega varstva.

8. člen

O pravici do denarne pomoči odloča organ, ki opravlja službo otroškega dodatka.

9. člen

V postopku za odločanje o upravičenosti do denarne pomoči se primerno uporabljajo določbe zakona o splošnem upravnem postopku (Uradni list SFRJ, št. 18-379/65).

10. člen

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

254.

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

UKAZ**o razglasitvi zakona o skladih skupnih rezerv in o uporabi njihovih sredstev**

Razglasa se zakon o skladih skupnih rezerv in o uporabi njihovih sredstev, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega

zbor in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 400-41/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o skladih skupnih rezerv in o uporabi njihovih sredstev****1. člen**

Ustanovijo se republiški sklad skupnih rezerv in občinski skladi skupnih rezerv (v nadaljnjem besedilu: skladi).

Sredstva skladov se uporabljajo za sanacijo samostojnih organizacij združenega dela, s katero se odpravljajo vzroki in posledice izgub in prepreči njihovo nastajanje, za kritje minimalnih osebnih dohodkov delavcev in za druge gospodarske namene, ki so v zvezi s sanacijo.

2. člen

Samostojne organizacije združenega dela, ki so pravne osebe, odvajajo v republiški sklad najmanj 3% in v občinski sklad najmanj 2% od dohodka, namenjenega za sklade.

Za druge samostojne organizacije združenega dela, ki niso pravne osebe, vplačuje sredstva v sklad iz njihovega dohodka organizacija, v katere sestavi so.

3. člen

Sredstva dohodka iz prejšnjega člena se štejejo za sredstva poslovnega sklada, ki so začasno izločena v posebne namene, in so toliko časa, dokler so izločena, izvzeta iz osnove za plačevanje obveznosti od sredstev poslovnega sklada.

4. člen

Samostojna organizacija združenega dela vplačuje sredstva v sklad v občini, v kateri ima sedež.

Če ima organizacija v svoji sestavi samostojno organizacijo združenega dela s sedežem zunaj občine, v kateri je njen sedež, se izločajo sredstva v sklad po stopnji, ki velja v občini, v kateri ima sedež taka samostojna organizacija, in se v tej občini tudi vplačujejo.

Sredstva v sklade se vplačujejo najkasneje v šestdesetih dneh po predložitvi zaključnega računa.

5. člen

V sklade niso dolžne vplačevati sredstev samostojne organizacije združenega dela, ki opravljajo dejavnosti s področja zdravstva, izobraževanja, vzgoje, kulture in socialnega varstva ter s področja drugih družbenih služb, za katere so jim sredstva zagotovljena iz prispevkov na podlagi zakona oziroma za katere je ustanovitelj na podlagi zakona dolžan prevzeti njihovo sanacijo.

6. člen

Vlagatelji imajo pravico do povračila sredstev, ki so jih iz svojega dohodka odvedli v sklad.

Vračanje sredstev se začne po preteku štirih let od vplačila.

Skupščina sklada določi način odplačila ter obrestno mero za vplačana sredstva.

Vlagatelji so v sorazmerju s sredstvi, ki so jih vplačali v sklad, udeleženi pri delitvi sredstev, ki jih sklad dosega s svojim poslovanjem.

7. člen

Sredstva sklada se dajejo v uporabo samo samostojnim organizacijam združenega dela, ki so po tem zakonu obvezane plačevati sredstva v sklad, in sicer v obliki kredita, lahko pa tudi brez obveznosti vračanja, po pogojih, ki jih v skladu s tem zakonom določi skupščina sklada.

8. člen

Sredstva, ki se dajejo brez obveznosti vračanja, se krijejo najprej iz skupnih rezerv gospodarskih organizacij, ki se prenesejo v sklad po 15. členu tega zakona, ter iz sredstev po 10. členu tega zakona.

Za znesek, ki je bil dan brez obveznosti vračanja nad sredstvi po prejšnjem odstavku, se zmanjša obveznost sklada do organizacij združenega dela, da jim vrne ta sredstva, in sicer v razmerju s sredstvi, ki so jih organizacije iz dohodka odvedle v sklad.

9. člen

Sklad odobri sanacijski kredit le na podlagi sanacijskega programa prosilca, ki je sestavljen tako, kot to določa skupščina sklada.

10. člen

Poleg sredstev iz 2. člena tega zakona se lahko stekajo v sklade tudi druga sredstva, ki jih določajo posebni predpisi.

Sredstva iz prejšnjega odstavka se v skladu s posebnimi predpisi iz prejšnjega odstavka lahko dajejo kot kredit ali brez obveznosti vračila v uporabo za namene iz 1. člena tega zakona ter se uporabljajo za preventivne sanacije, kakor tudi za modernizacijo infrastrukturnih in drugih gospodarskih objektov.

Za sredstva iz prvega odstavka tega člena se ne uporabljajo določbe 6. člena tega zakona.

11. člen

Sklad je pravna oseba.

12. člen

Skupščina sklada sprejme statut sklada.

Statut sklada določa organe sklada in njihovo delovno področje, način oblikovanja teh organov ter udeležbo pri skladu zaposlenih delavcev v upravljanju določenih zadev sklada ter način in pogoje, pod katerimi se dajejo v uporabo sredstva iz 7. člena tega zakona.

13. člen

Republiški sklad upravlja skupščina sklada.

Skupščino republiškega sklada sestavlja 40 predstavnikov, ki jih izvoli skupščina gospodarske zbornice SR Slovenije in 20 predstavnikov, ki jih izvoli Skupščina SR Slovenije.

14. člen

Način upravljanja občinskega sklada in sestavo skupščine občinskega sklada predpiše občinska skupščina.

15. člen

Pravice in obveznosti sedanjih občinskih in republiških skupnih rezerv gospodarskih organizacij ter njihova sredstva se prenesejo na sklade s 1. januarjem 1971.

Če so sredstva iz prejšnjega odstavka večja od obveznosti, se tudi ta sredstva uporabljajo za namene iz 1. in 10. člena tega zakona.

Za sredstva iz prvega odstavka tega člena se ne uporabljajo določbe 6. člena tega zakona.

16. člen

Dokler ne bodo izvedena zasedanja ustanovnih skupščin skladov in izvoljeni novi upravni odbori, poslujejo s prenesenimi sredstvi skupnih rezerv gospodarskih organizacij dosedanja upravni odbori skupnih rezerv gospodarskih organizacij.

Dosedanja upravni odbori pripravijo konstituiranje skupščin skladov v treh mesecih po tem, ko začne veljati ta zakon.

17. člen

Dokler ne bodo skupščine skladov določile višino sredstev, ki so jih samostojne organizacije združenega dela dolžne odvajati v sklade, odvajajo samostojne organizacije združenega dela začenši s 1. januarjem 1971 v republiški sklad 3%, v občinski sklad pa 2% od dohodka, določenega v 2. členu tega zakona.

18. člen

Z dnem, ko začne veljati ta zakon, prenehajo veljati zakon o gospodarjenju in razpolaganju s skupnimi rezervami gospodarskih organizacij (Uradni list SRS, št. 4-19/66), zakon o določitvi prispevka, ki ga plačujejo gospodarske organizacije v skupne rezerve gospodarskih organizacij v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 5-22/68 in št. 5-25/69) in zakon o gospodarjenju in razpolaganju z dopolnilnimi sredstvi skupnih rezerv gospodarskih organizacij (Uradni list SRS, št. 4-20/66).

19. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

255.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o prenosu presežkov republiškega proračuna za leto 1970 v republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij

Razglša se zakon o prenosu presežkov republiškega proračuna za leto 1970 v republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 400-44/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o prenosu presežkov republiškega proračuna za leto 1970 v republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij****1. člen**

Presežki dohodkov republiškega proračuna za leto 1970, izločeni na račun posebne rezerve pri službi družbenega knjigovodstva po določbah zakona o obveznem izločanju dela proračunskih dohodkov v letu 1970 v posebno rezervo (Uradni list SFRJ, št. 32-372/70 in 53-596/70), se prenesejo v republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij.

Republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij vodijo ta sredstva ločeno od drugih svojih sredstev.

2. člen

Sredstva, ki se po prejšnjem členu prenašajo na republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij, se smejo v skladu s pogodbo iz 3. člena tega zakona uporabiti za sanacijo gospodarskih organizacij.

3. člen

Natančnejši pogoji in način za uporabo sredstev, ki se po 1. členu tega zakona prenašajo na republiške skupne rezerve gospodarskih organizacij, se določijo s pogodbo med SR Slovenijo in republiškim skupnim rezervami gospodarskih organizacij.

Pogodbo iz prejšnjega odstavka sklene za SR Slovenijo republiški sekretariat za finance s pritrditvijo izvršnega sveta Skupščine SR Slovenije.

4. člen

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

256.

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

UKAZ**o razglasitvi zakona o sredstvih SR Slovenije za izravnava in za pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti**

Razglašam zakon o sredstvih SR Slovenije za izravnava in za pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 in na seji gospodarskega zbora dne 4. decembra 1970.

St. 402-146/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON**o sredstvih SR Slovenije za izravnava in za pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti****1. člen**

Sredstva SR Slovenije za izravnava in za pospeševanje nekaterih gospodarskih de-

javnosti (v nadaljnjem besedilu: sredstva) se vodijo na posebnem računu SR Slovenije pri banki, pri kateri se vodijo proračunska sredstva SR Slovenije.

2. člen

Sredstva se v skladu z dolgoročnim programom razvoja SR Slovenije in s srednjeročnimi načrti uporabljajo:

1. za finančna izravnava, določena s posebnimi predpisi in za druge gospodarske posege na tistih področjih gospodarske dejavnosti, ki so nosilci gospodarskega razvoja SR Slovenije oziroma ki predstavljajo prometno in drugo infrastrukturo, pomembno za razvoj gospodarstva, pa se sama s svojimi sredstvi ne morejo ustrezno razvijati ali se ne morejo razvijati dovolj hitro;

2. za sodelovanje republike pri pospeševanju razvoja manj razvitih območij v SR Sloveniji, za katero je predvideno, da se financira iz sredstev republiškega proračuna;

3. za dopolnilno financiranje tržnih intervencij, ki jih opravlja zavod SR Slovenije za rezerve ter za regrese in premije gospodarskim organizacijam v skladu s posebnimi predpisi;

4. za financiranje uvajanja gospodarsko obetajočih rezultatov raziskovalnega dela v prakso, upoštevajoč pri tem tudi transfer tujega znanja; pri tem sodeluje republika s svojimi sredstvi predvsem pri tistih raziskavah, s katerimi se raziskovalne organizacije ob lastnem tveganju udeležujejo nove proizvodne ali tehnološke modernizacije in racionalizacije že proizvajajočih potencialov;

5. za izpolnjevanje zapadlih poroštvenih obveznosti, ki jih je SR Slovenija prevzela v zvezi z naložbami in posegi v gospodarstvo.

3. člen

Sredstva posebnega računa se dajejo v skladu s posebnimi predpisi o uporabi teh sredstev uporabnikom brez obveznosti vračanja ali kot kredit.

Sredstva se dajejo uporabnikom predvsem tako, da se zaradi doseganja ugodnejših učinkov združujejo s finančnimi sredstvi drugih družbeno-političnih skupnosti, s sredstvi bank in s sredstvi delovnih organizacij.

4. člen

Na poseben račun pri banki usmerja SR Slovenija:

1. 0,87-odstotni republiški prispevek od osebnega dohodka iz delovnega razmerja;

2. sredstva SR Slovenije za investicije v gospodarstvu, ki jih na posebnem računu vodi Ljubljanska banka in ki do uveljavitve tega zakona še niso bila razporejena;

3. ostanek sredstev na računu sredstev republiškega dopolnilnega prometnega davka, ki do uveljavitve tega zakona še ni bil razporejen za posamezne namene;

4. presežke ali del presežkov republiškega proračuna, ki jih Skupščina SR Slovenije razporedi na ta račun z zaključnim računom o izvršitvi republiškega proračuna;

5. anuitete od vrnjenih kreditov, danih v breme tega računa;

6. morebitna posojila, ki jih za izvršitev izravnava in posegov in pomoči iz 2. člena tega zakona najame SR Slovenija;

7. druga sredstva, določena s posebnimi predpisi.

5. člen

Sredstva posebnega računa se ugotavljajo in razporejajo za posamezne namene s finančnim načrtom, ki ga sprejme Skupščina SR Slovenije.

Zaključni račun posebnega računa sprejme Skupščina SR Slovenije.

6. člen

Neporabljena sredstva posebnega računa se z zaključnim računom prenesejo v finančni načrt za naslednje leto.

7. člen

S sredstvi posebnega računa razpolaga v okviru finančnega načrta ter v skladu s posebnimi predpisi (2. člen) z dolgoročnim programom razvoja in s srednjeročnimi načrti izvršni svet Skupščine SR Slovenije.

Izvršni svet Skupščine SR Slovenije predloži hkrati s predlogom finančnega načrta v začetku poslovnega leta tudi okvirni program uporabe sredstev posebnega računa v mejah pričakovanih sredstev, hkrati s predlogom zaključnega računa pa izčrpno poročilo o opravljenih gospodarskih posegih.

8. člen

Upravne in tehnične zadeve v zvezi z izvajanjem tega zakona opravlja republiški sekretariat za finance.

Kreditne in druge pogodbe v zvezi z uporabo sredstev posebnega računa sklepa za SR Slovenijo z uporabniki sredstev republiški sekretar za finance.

9. člen

Izvršni svet Skupščine SR Slovenije lahko določi postopek za pridobivanje sredstev s posebnega računa ter natančnejše pogoje in merila za uporabo sredstev posebnega računa.

10. člen

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

257.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o kulturnih skupnostih

Razglša se zakon o kulturnih skupnostih, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 in na seji prosvetno-kulturnega zbora dne 17. decembra 1970.

Št. 022-187/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o kulturnih skupnostih

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Za uspešen nadaljnji razvoj kulture kot sestavine človekove osebnosti, družbenega življenja in napredka,

za usklajenost kulture z družbenoekonomskimi gibanji, za nadaljnje utrjevanje samoupravnih razmerij v kulturi, za zagotavljanje pogojev, ki omogočajo uresničevanje človekovih ustvarjalnih teženj na kulturno-umetniškem področju in razvoj kulturne dejavnosti, zbujanje in zadovoljevanje kulturnih potreb ljudi ter varovanje kulturne dediščine, se v skladu s tem zakonom ustanovljajo kulturne skupnosti in ureja financiranje kulturne dejavnosti.

2. člen

Za kulturno dejavnost v smislu tega zakona štejejo vse oblike ustvarjanja, posredovanja in varstva kulturnih vrednot: književnost, glasbena, likovna, gledališka in filmska umetnost, knjižničarstvo, muzealstvo, varstvo arhivskega gradiva, varstvo kulturnih spomenikov, založništvo, kinematografija, radio in televizija idr., ki jih kot samostojni družbeni dejavniki poklicno ali ljubiteljsko opravljajo posamezni ustvarjalci, delovne ali druge organizacije, društva ali skupine.

3. člen

V kulturne skupnosti se samoupravno povezujejo posamezniki, delovne in druge organizacije, društva in skupine, ki opravljajo kulturno dejavnost, drugi občani in organizacije ter družbeno-politične skupnosti, da bi usklajevali svoje interese ter oblikovali in uresničevali delovne programe na področju kulture.

4. člen

Temelj za delovanje kulturnih skupnosti so programi kulturne dejavnosti, ki so usklajeni z družbenimi razvojnim načrti. Kulturne skupnosti ob sodelovanju vseh zainteresiranih načrtno razvijajo kulturno dejavnost, tako da so kulturne vrednote dostopne občanom in da se bogati njihovo kulturno življenje. Programi se oblikujejo po načelih družbenega dogovaranja.

5. člen

Sredstva za financiranje kulturne dejavnosti in kulturnih skupnosti se oblikujejo:

- iz plačil za kulturne dobrine in storitve,
- iz sredstev, ki jih prispevajo delovne, družbeno-politične in druge organizacije ter občani,
- iz sredstev družbeno-političnih skupnosti,
- iz virov, ki so določeni z drugimi zakoni.

II. KULTURNE SKUPNOSTI

1. Organizacija

6. člen

Kulturne skupnosti se ustanovljajo za območje ene ali več občin (v nadaljnjem besedilu: temeljna kulturna skupnost) in za območje SR Slovenije (v nadaljnjem besedilu: kulturna skupnost Slovenije).

Temeljne kulturne skupnosti se lahko med seboj povezujejo in združujejo.

Naloge temeljne kulturne skupnosti lahko izjemoma opravlja tudi druga družbena organizacija s področja kulture ali druga samoupravna interesna skupnost.

7. člen

Kulturna skupnost je samoupravna organizacija. Kulturna skupnost je pravna oseba.

8. člen

Najvišji organ upravljanja kulturne skupnosti je skupščina.

9. člen

Skupščino temeljne kulturne skupnosti sestavljajo predstavniki delovnih in drugih organizacij in društev ter posamezni ustvarjalci s področja kulture, predstavniki drugih zainteresiranih delovnih in družbenih organizacij, predstavniki družbeno-političnih organizacij in predstavniki družbeno-političnih skupnosti, za katerih območje je skupnost ustanovljena.

Sestav skupščine temeljne kulturne skupnosti podrobneje določa statut.

10. člen

Skupščino kulturne skupnosti Slovenije sestavljajo člani, ki jih volijo ali imenujejo:

- temeljne kulturne skupnosti;
- republiške skupnosti delovnih organizacij in republiška društva s področja kulture;
- Zveza kulturno-prosvetnih organizacij Slovenije;
- Slovenska akademija znanosti in umetnosti, univerza v Ljubljani in združenje visokošolskih zavodov;
- družbeno-politične in druge družbene organizacije ter druge samoupravne interesne skupnosti;
- delovne organizacije s področja gospodarstva in družbenih dejavnosti;
- Skupščina SR Slovenije.

Sestav skupščine kulturne skupnosti Slovenije podrobneje določa statut.

11. člen

S statutom kulturne skupnosti se podrobneje določijo: naloge skupnosti; organi skupnosti, njihovo delovno področje in njihova medsebojna razmerja; sestav organov, število njihovih članov, način volitev oziroma imenovanja in razrešitve članov organov in njihova mandatna doba; oblike dela organov skupnosti; način zagotavljanja javnosti dela organov skupnosti; načela za delitev sredstev, ki pripadajo skupnosti; splošni akti, ki jih sprejemajo organi skupnosti; druga vprašanja, ki so pomembna za organizacijo in delo skupnosti.

Statut temeljne kulturne skupnosti potrdi skupščina občine oziroma skupščine občin, za katerih območje je skupnost ustanovljena, statut kulturne skupnosti Slovenije pa Skupščina SR Slovenije.

12. člen

Za opravljanje strokovnih, administrativnih in tehničnih opravil lahko kulturna skupnost ustanovi svojo službo ali pa se za opravljanje teh opravil dogovori z ustrežno drugo organizacijo ali organom.

13. člen

Delo kulturnih skupnosti je javno.

14. člen

Zakonitost dela temeljne kulturne skupnosti nadzoruje pristojni upravni organ občine, kjer je sedež skupnosti. Zakonitost dela kulturne skupnosti Slovenije nadzoruje republiški sekretariat za prosveto in kulturo.

2. Naloge in program

15. člen

Kulturne skupnosti opravljajo zlasti tele naloge:

— spremljajo in preučujejo razmere in dosežke v kulturni dejavnosti, razvitost kulturnih potreb in možnosti za njihovo zadovoljevanje;

— preučujejo predloge posameznikov, delovnih in drugih organizacij, društev in skupin občanov za opravljanje določenih kulturnih ali umetniških dejavnosti in jih sprejemajo ali zavračajo s primerno strokovno utemeljitvijo;

— spodbujajo in podpirajo najkvalitetnejše kulturne in umetniške dosežke;

— spodbujajo in podpirajo v sodelovanju z vzgojno-izobraževalnimi in drugimi dejavniki kulturno vzgojo občanov, posebno mladine;

— spodbujajo in podpirajo kulturno dejavnost Slovencev zunaj Slovenije in Jugoslavije, vsestransko povezovanje slovenske kulture z drugimi nacionalnimi kulturami v Jugoslaviji ter uveljavljanje slovenske kulture v svetu in njene stike s kulturami drugih narodov;

— razvijajo in spodbujajo sodelovanje z organi družbeno-političnih skupnosti, družbeno-političnimi organizacijami, zainteresiranimi delovnimi in drugimi organizacijami in občani v zadevah, ki so pomembne za razvoj kulturne dejavnosti in bogatenje kulturnega življenja občanov;

— sodelujejo pri usmerjanju razvoja kulturne dejavnosti v okviru načrtovanja splošnega družbenega razvoja;

— pripravljajo večletne in letne programe kulturne dejavnosti, začenejajo in organizirajo družbeno dogovarjanje o teh programih in enakopravno sodelujejo pri družbenem dogovarjanju o njih;

— skrbijo za usposabljanje kadrov na področju kulturne dejavnosti;

— skrbijo za zagotavljanje sredstev za izpolnjevanje sprejetih programov kulturne dejavnosti, upravljajo s sredstvi in določajo pogoje za njihovo uporabo;

— programirajo razširjeno reprodukcijo na področju kulturne dejavnosti.

16. člen

Kulturna skupnost Slovenije opravlja poleg nalog, navedenih v prejšnjem členu, tele posebne naloge:

— oblikuje in uresničuje nacionalni program kulturne dejavnosti in se zato povezuje s temeljnimi kulturnimi skupnostmi, posameznimi ustvarjalci, delovnimi in drugimi organizacijami s področja kulture, zainteresiranimi delovnimi in drugimi organizacijami ter družbeno-političnimi skupnostmi;

— spodbuja, pospešuje in omogoča akcije in opravljanje kulturne dejavnosti, za katero je zaradi skladnega družbenega razvoja in celovitosti slovenskega kulturnega prostora zainteresirana nacionalna skupnost;

— spodbuja in omogoča vrhunske umetniške in kulturne dosežke, ki so posebej pomembni za uveljavljanje slovenske kulture;

— spodbuja in sodeluje pri ustvarjanju možnosti za razvoj kulturne dejavnosti in za kulturno življenje občanov v manj razvitih območjih;

— sodeluje pri razvijanju kulturne dejavnosti italijanske in madžarske narodnosti v Sloveniji;

— spodbuja in razvija kulturno sodelovanje z obmejnimi pokrajinami;

— zagotavlja opravljanje nalog na področju kulturne dejavnosti, za katere je republika zadolžena s posebnimi zakoni;

— povezuje in usklajuje delo kulturnih skupnosti ter opravlja naloge, ki so skupnega pomena za te skupnosti;

— v okviru družbenih dogovorov z izvršnim svetom Skupščine SR Slovenije, temeljnimi kulturnimi skupnostmi in zainteresiranimi delovnimi in drugimi organizacijami zagotavlja sredstva za izvajanje svojih nalog.

17. člen

Kulturna skupnost oblikuje program kulturne dejavnosti in usmerja njen razvoj na svojem območju v okviru splošno začrtanih družbenih potreb, nalog in materialne osnove družbeno-politične skupnosti.

18. člen

Predlog programa kulturne dejavnosti, ki usklajuje predloge posameznih kulturnih dejavnikov, da kulturna skupnost v javno razpravo, sprejme pa ga skupščina kulturne skupnosti.

19. člen

Temeljne kulturne skupnosti se povezujejo in sodelujejo med seboj in s kulturno skupnostjo Slovenije pri načrtovanju razvoja kulturne dejavnosti na širšem območju.

Za uresničevanje takšnega razvoja kulturne dejavnosti in njenih posameznih zvrsti sklepajo kulturne skupnosti družbene dogovore, upoštevajoč svoje programe in materialne možnosti.

20. člen

Kulturna skupnost, družbeno-politična skupnost ter delovne in druge zainteresirane organizacije sklenejo družbeni dogovor o uresničevanju programa kulturne dejavnosti.

Družbeni dogovor obsega zlasti program kulturne dejavnosti na območju kulturne skupnosti, potrebna finančna sredstva in načela za njihovo delitev, posledice, ki zadevajo udeležence, če ravnajo v nasprotju z dogovorom, postopek za reševanje spornih vprašanj in druge zadeve, ki so pomembne za uresničevanje programa, za uskladeno delo na kulturnem področju in za smotrno porabo družbenih sredstev.

21. člen

Postopek za sklenitev družbenega dogovora iz prejšnjega člena začne kulturna skupnost, ki pripravi osnutek takega dogovora; pobudo za ta postopek lahko da tudi družbeno-politična skupnost ali katerakoli organizacija iz prvega odstavka 20. člena tega zakona.

Kulturna skupnost pošlje osnutek družbenega dogovora v obravnavo drugim udeležencem družbenega dogovora.

Kulturna skupnost je dolžna upoštevati mnenja drugih udeležencev družbenega dogovora k osnutku družbenega dogovora in po uskladitvi stališč pripraviti dokončno besedilo družbenega dogovora.

Družbeni dogovor je sprejet, ko ga podpišejo vsi udeleženci družbenega dogovora.

III. SREDSTVA KULTURNIH SKUPNOSTI

22. člen

Dohodki kulturnih skupnosti so:

1. sredstva, ki se za izpolnjevanje programa kulturne dejavnosti zagotavljajo na podlagi družbenega dogovora iz 20. člena;

2. druga sredstva, ki jih določijo posebni predpisi.

23. člen

Sredstva, ki jih v skladu z družbenim dogovorom zagotavlja za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti SR Slovenija, se določijo s posebnim zakonom.

24. člen

Kulturne skupnosti razpolagajo tudi s sredstvi, ki jih za izpolnjevanje programa kulturne dejavnosti ali za posebne namene dodelijo družbeno-politične skupnosti, delovne in druge organizacije ali občani.

25. člen

Kulturne skupnosti se med seboj sporazumevajo o skupnem zagotavljanju sredstev za financiranje posameznih oblik kulturne dejavnosti in financiranju nalog, ki so skupnega pomena.

26. člen

Kulturne skupnosti zbirajo in razporejajo del sredstev za amortizacijo in sredstva za razširjeno reprodukcijo na področju kulturne dejavnosti.

27. člen

Kulturna skupnost sklepa pogodbe z nosilci kulturne dejavnosti na podlagi programov njihovih dejavnosti in po rezultatih njihovega dela.

Kulturna skupnost v pogodbi lahko določi kot pogoj, da prispevajo uporabniki del svojih sredstev ali da si zagotovijo del sredstev od drugih interesentov.

Sredstva, ki jih dobi kulturna skupnost za poseben namen, se uporabljajo v skladu s tem namenom.

Sredstva kulturne skupnosti se lahko dajejo uporabnikom tudi kot posojilo.

Sredstva kulturne skupnosti se lahko uporabljajo tudi za odkupe umetniških del in kulturnih spomenikov, za nagrade in za štipendije.

28. člen

Družbeno-politične skupnosti, kulturne skupnosti, posamezni ustvarjalci in delovne in druge organizacije s področja kulture ter delovne in druge zainteresirane organizacije rešujejo sporna vprašanja v zvezi z uresničevanjem družbenih dogovorov o programih kulturne dejavnosti in sklepanjem pogodb o kulturnih storitvah s posebno arbitražo (v nadaljnjem besedilu: arbitražo).

Sestav arbitraže določi družbeni dogovor oziroma pogodba.

Postopek pred arbitražo se začne na zahtevo ene izmed strank iz prvega odstavka tega člena.

29. člen

Arbitražo mora odločiti o sporni zadevi v 30 dneh od dneva, ko je sporno zadevo prejela.

Dokler arbitraža ne razišči o sporni zadevi, velja pogodba, sklenjena za preteklo obdobje.

Razsodba arbitraže je pravnomočna.

30. člen

Arbitraža pri odločanju upošteva predpise, družbene dogovore in samoupravne sporazume.

Za postopek pred arbitražo se uporabljajo načela zakona o pravnem postopku, če ta zakon ne določa drugače.

Arbitraža si predpiše poslovnik za svoje delo.

Vsaka stranka plača svoje stroške arbitražnega postopka.

IV. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

31. člen

Priprave za ustanovitev kulturne skupnosti opravi iniciativni odbor.

Iniciativni odbor za ustanovitev temeljne kulturne skupnosti imenuje skupščina občine ali skupščine občin, za katerih območje se kulturna skupnost ustanavlja.

Iniciativni odbor za ustanovitev kulturne skupnosti Slovenije imenuje Skupščina SR Slovenije.

32. člen

Iniciativni odbor pripravi ustanovno skupščino kulturne skupnosti, določi, kateri organi in organizacije imenujejo v skladu z določbami tega zakona člane v ustanovno skupščino in koliko jih imenujejo, pripravi osnutek začasnega statuta skupnosti in osnutek poslovnika o delu ustanovne skupščine in skliče ustanovno skupščino kulturne skupnosti.

33. člen

Ustanovna skupščina sprejme sklep o ustanovitvi skupnosti, začasni statut in poslovnik o svojem delu, izvoli začasne izvršilne organe in določi rok za konstituiranje skupnosti po določbah začasnega statuta.

34. člen

Kulturne skupnosti se ustanovijo in začnejo z delom najkasneje v šestih mesecih po uveljavitvi tega zakona.

35. člen

Družbeno-politične skupnosti določijo višino svojih sredstev za financiranje kulturnih skupnosti najkasneje ob sprejemu proračunov za leto 1971.

36. člen

Kulturna skupnost Slovenije izoblikuje in sprejme predlog nacionalnega programa kulturne dejavnosti ter določi svojo funkcijo pri njegovem uresničevanju in ustrezna merila za izvajanje svojih nalog najkasneje v dveh letih po svoji ustanovitvi.

37. člen

Z dnem, ko je ustanovljena kulturna skupnost Slovenije, prenehajo veljati zakon o skladu SR Slovenije za pospeševanje kulturnih dejavnosti (Ur. l. SRS, št. 6/67), zakon o skladu SR Slovenije za pospeševanje založništva (Ur. l. SRS, št. 8/65) in zakon o skladu SR Slovenije za pospeševanje proizvodnje in predvajanja filmov (Ur. l. SRS, št. 37/62, 8/65 in 29/65).

Z družbenim dogovorom, ki ga sklenejo izvršni svet Skupščine SR Slovenije, kulturna skupnost Slovenije in druge zainteresirane samoupravne skupnosti se določi, katere pravice in dolžnosti ter sredstva odpravljenih skladov preidejo na kulturno skupnost Slovenije oziroma na druge samoupravne skupnosti ter postopek in rok za prenos teh pristojnosti.

38. člen

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

258.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o sredstvih za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti

Razglasa se zakon o sredstvih za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 in na seji prosvetno-kulturnega zbora dne 17. decembra 1970.

Št. 402-138/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik

Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o sredstvih za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti

1. člen

Osnova za financiranje kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti je družbeni dogovor, ki ga za uresničevanje programa kulturne dejavnosti sklenejo kulturna skupnost, družbeno-politična skupnost ter zainteresirane delovne in druge organizacije.

Družbeni dogovor poleg drugega določa, kolikšen del potrebnih sredstev za uresničevanje programa kulturne dejavnosti prispeva posamezni udeleženec družbenega dogovora, načela, ki zavezujejo kulturno skupnost pri delitvi dogovorjenih sredstev in posledice, ki zadevajo udeležence, če ravnajo v nasprotju s sklenjenim družbenim dogovorom.

2. člen

Kulturne skupnosti in nosilci kulturne dejavnosti si za izvajanje kulturnih akcij in dejavnosti pridobivajo potrebna sredstva tudi iz plačil neposrednih naročnikov in porabnikov kulturnih storitev oziroma dobrin, iz posebnih namenskih sredstev delovnih, družbeno-političnih in drugih organizacij, družbeno-političnih skupnosti in občanov ter iz virov, ki so določeni z zakonom.

3. člen

SR Slovenija sodeluje pri financiranju kulturnih skupnosti in kulturne dejavnosti na ta način, da odstopa za to financiranje določena sredstva iz svojega

proračuna oziroma del republiških prispevkov in davkov, ki ji pripadajo po zakonu.

4. člen

Za pokritje obveznosti iz družbenega dogovora za financiranje programa kulturne dejavnosti kulturne skupnosti Slovenije rezervira SR Slovenija stalna sredstva v svojem proračunu.

Sredstva iz prejšnjega odstavka rezervira SR Slovenija vsako leto v odstotku od družbenega proizvoda, ki je bil dosežen v SR Sloveniji dve leti pred letom, za katero se sredstva rezervirajo. Za leto 1971 SR Slovenija rezervira 0,084 % od družbenega proizvoda za leto 1969 po povprečnih cenah; ta sredstva se do leta 1975 povečujejo tako, da se odstotek prejšnjega leta pomnoži s faktorjem 1,02.

Podlaga za določanje sredstev je družbeni proizvod, ki ga po organizacijskem načelu ugotovi zavod SR Slovenije za statistiko.

5. člen

Za financiranje programov kulturne dejavnosti temeljnih kulturnih skupnosti prepušča SR Slovenija tem skupnostim republiški prispevek iz osebnega dohodka od avtorskih pravic, patentov in tehničnih izboljšav, kakor ga je določil zakon o uvedbi in stopnjah republiških prispevkov, davkov in taks (Uradni list SRS, št. 5/68 in 40/68), zbran na območju občine, v kateri temeljna kulturna skupnost deluje.

SR Slovenija prepušča temeljnim kulturnim skupnostim tudi stopnjo 0,5 % republiškega davka od prometa blaga na drobno, kakor ga je določil zakon o republiškem davku od prometa blaga na drobno (Uradni list SRS, št. 40/68), zbranega na območju občine, v kateri temeljna kulturna skupnost deluje.

Sredstva iz prejšnjih dveh odstavkov tega člena se prepustijo temeljni kulturni skupnosti, če občina na ustrezen način zagotovi svojo udeležbo pri trajnem zagotavljanju trdne materialne podlage za delo kulturne skupnosti in za razvoj kulturne dejavnosti, ki bo v odvisnosti od splošnega družbenega in ekonomskega razvoja njenega območja. Višina teh sredstev za leto 1971 ne more biti nižja od sredstev, ki so bila določena za kulturne dejavnosti oziroma delovne organizacije s področja kulture v letu 1970, povečana za stopnjo zvišanja proračunskih dohodkov občine.

6. člen

Razpolaganje s sredstvi iz prejšnjega člena se ureja z družbenim dogovorom med izvršnim svetom Skupščine SR Slovenije, temeljnimi kulturnimi skupnostmi in skupščinami občin, za katerih območje so ustanovljene temeljne kulturne skupnosti.

Družbeni dogovor vsebuje smernice in obveznosti temeljnih kulturnih skupnosti, za kakšne namene morajo prvenstveno uporabiti sredstva, ki jih odstopa republika.

Družbeni dogovor postane veljaven, ko ga podpišejo udeleženci dogovora.

7. člen

Za izvajanje tega zakona skrbi republiški sekretariat za finance.

8. člen

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

259.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o proračunu Socialistične republike Slovenije (republiškem proračunu) za leto 1971

Razglša se zakon o proračunu Socialistične republike Slovenije (republiškem proračunu) za leto 1971, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji enotnega zbora delovnih skupnosti dne 28. decembra 1970.

St. 400-43 70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o proračunu Socialistične republike Slovenije (republiškem proračunu) za leto 1971

1. člen

	din
Skupni dohodki republiškega proračuna za leto 1971 znašajo	871,800.000
Od tega:	
— za razporeditev po posebnem delu tega proračuna	747,400.000
— za razporeditev v tekočo proračunsko rezervo	6,000.000
— za izdvojitev sredstev republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja v višini stopnje 0,87 % na posebni račun za izravnavanja v gospodarstvu in za pospeševanje nekaterih gospodarskih dejavnosti.	118,400.000

2. člen

Če bo zastajalo pritekance proračunskih dohodkov v taki meri, da ne bodo doseženi v višini iz 1. člena tega zakona, bo izvršni svet Skupščine SR Slovenije, da bi ohranil proračunsko ravnovesje, začasno zmanjšal zneske sredstev, ki so v proračunu razporejena za posamezne namene, ali začasno zadržal uporabo sredstev, ki so v proračunu razporejena za posebne namene. O takem ukrepu mora izvršni svet obvestiti Skupščino SR Slovenije in ji predlagati ustrezno spremembo proračuna.

Če bodo proračunski dohodki presežili v 1. členu tega zakona predvideni znesek, se bo presežek vložil na poseben račun, o uporabi teh sredstev pa bo odločala Skupščina SR Slovenije.

3. člen

Izvršni svet se pooblašča, da lahko spremeni namen in višino sredstev za redno dejavnost posameznih republiških organov, če bi se izkazalo, da so jim v tem proračunu zagotovljena sredstva v višjem znesku, kot bi jim pripadala po načelih, sprejetih za dodeljevanje sredstev za delo republiških organov.

Republiški sekretariat za finance opravlja v soglasju z uradom izvršnega sveta za proučevanje organizacije delovnih metod v javni upravi med letom poračunavanja, ki so potrebna zaradi sprememb v sistemizaciji odobrenih delovnih mest.

4. člen

Ce se med letom ustanovi nov republiški upravni organ, potrdi njegov predračun izvršni svet Skupščine SR Slovenije. Sredstva za delo takega organa se zagotovijo iz nerazporejenih dohodkov (proračunske rezerve).

Ce se med letom odpravi republiški upravni organ, se preostala sredstva prenesejo na nerazporejene dohodke (proračunsko rezervo).

5. člen

Republiški organi in drugi uporabniki sredstev republiškega proračuna za leto 1971 morajo organizirati izvrševanje zadev in nalog iz svojega delovnega področja v mejah sredstev, ki so jim s tem proračunom odobrena.

Za izvajanje določbe 1. odstavka tega člena ter za zakonito, smotrno in primerno uporabo sredstev, ki so organu odobrena v republiškem proračunu, je odgovoren predstojnik organa kot odredbodajalec, vodja računovodstva pa je odgovoren za zakonito uporabo sredstev.

Republiški organi in drugi uporabniki sredstev republiškega proračuna za leto 1971 morajo izvrševati sklepe in priporočila Skupščine SR Slovenije in njenih organov, ki so povezana s finančnimi izdatki, v okviru in obsegu s tem proračunom določenih finančnih postavk.

Republiški organi ne smejo prevzemati na račun republiškega proračuna obveznosti, ki bi presegle zneske, določene za leto 1971 in tudi ne ustvarjati obveznosti za republiške proračune naslednjih let, če niso take obveznosti določene z republiškim zakonom ali s kakšnim drugim aktom Skupščine SR Slovenije oziroma z aktom izvršnega sveta Skupščine SR Slovenije, izdanim na podlagi zakona.

Obveznosti iz 4. odstavka tega člena je dovoljeno prevzemati oziroma ustvarjati le, če so v aktu, s katerim take obveznosti nastajajo, zagotovljeni tudi viri dohodkov zanje.

6. člen

Ce se med izvrševanjem proračuna ugotovi, da za posebne namene razporejena sredstva ne bodo porabljena ali ne bodo porabljena v celoti, lahko izvršni svet Skupščine SR Slovenije prenese neporabljena sredstva v proračunsko rezervo.

7. člen

Vsi dohodki, ki jih republiški organi dosežejo s svojo dejavnostjo so dohodek republiškega proračuna, če ni s tem zakonom drugače določeno.

8. člen

Zavod za šolstvo SR Slovenije za izvedbo določenih nalog (za izobraževalno in založniško dejavnost) lahko dobiva in uporabi sredstva od drugih organizacij.

Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo uporabi dohodke iz dejavnosti sanitarnega in-

špektorata, ki jih ta doseže s svojimi tehničnimi storitvami za nabavo in vzdrževanje opreme ter za redno dejavnost.

Hidrometeorološki zavod SR Slovenije in Geodetska uprava SR Slovenije uporabita dohodke, ki jih dosežeta s prodajo svojih uslug oziroma iz naslova prodaje geodetskih izdelkov za pokrivanje stroškov redne dejavnosti, nabavo in vzdrževanje opreme in za reprodukcijo geodetskih izdelkov.

Republiški sekretariat za notranje zadeve lahko uporablja dohodke, ki jih pridobi s prodajo tiskovin in podobno za posebne namene.

Zavod za mednarodno tehnično sodelovanje uporabi dohodke iz naslova svoje dejavnosti in od istimenskega zveznega zavoda za redno dejavnost.

Zavod za vodno gospodarstvo SR Slovenije in Luška kapitanija Koper uporabita svoje dohodke za redno dejavnost in posebne namene.

9. člen

Dohodki od upravnih in poslovnih stavb, ki jih upravlja republiški sekretariat za pravosodje in občo upravo, se stekajo na poseben račun in se uporabljajo za delno kritje izdatkov, ki nastanejo pri upravljanju teh stavb.

10. člen

Dohodki, s katerimi razpolaga Zavod SR Slovenije za statistiko po posebnih predpisih prek posebnega računa, se uporabljajo še nadalje za namene in na način, ki je določen s temi predpisi.

11. člen

Zavod SR Slovenije za rezerve uporablja dohodke, ki jih ustvarja s svojo dejavnostjo kot sredstva za svojo redno dejavnost. Izvršni svet Skupščine SR Slovenije lahko predpiše, da zavod del sredstev uporabi za posebne namene (investicije).

12. člen

Organi iz 8. do 11. člena tega zakona predložijo republiškem sekretariatu za finance finančne načrte o uporabi sredstev, ki jih neposredno uporabljajo na podlagi tega zakona oziroma na podlagi posebnih predpisov.

13. člen

Od dohodkov po 1. členu tega zakona razporejenih po posebnem delu proračuna se vlaga v rezervni sklad SR Slovenije 1%.

14. člen

Nosilci sredstev, razporejenih:

— v razdelku »sredstva za splošne republiške potrebe« so:

1. Izvršni svet Skupščine SR Slovenije po postavkah: Sklad Borisa Kraigherja, protokolarni stroški, sredstva za upravljanje reprezentančnih zgradb, volitve, nadomestila funkcionarjem v službi v organih federacije, nadomestila za pripravnike in štipendije državnega sekretariata za zunanje zadeve, dinarsko kritje za nakup deviz, prispevek republike za zdravljenje socialno ogroženih kmetov, elektronski računski center in svet za narodno obrambo.

2. Republiški sekretariat za finance po postavkah: regres za skupinska potovanja otrok in mladine, preživnine babicam in odškodnine za prevzeta premože-

nja, odškodnine po sodnih sklepih, bančni stroški in obresti, stroški dvojezičnega poslovanja, razlike za socialno zavarovanje duhovnikov.

3. Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo po postavkah: klimatsko zdravljenje imetnikov »partizanskega spominskega znaka 1941«, razlike v pokojninah borcev NOV in delavcev organov za notranje zadeve, dodatek zaposlenim borcem NOV, zdravstveno zavarovanje kmetov borcev NOV, priznavalnine, invalidsko varstvo, žrtve fašističnega nasilja — izdatki za varstvo, varstvo borcev za severno mejo, zdravstveno varstvo španskih borcev in borcev NOV ter komisija po 195. členu temeljnega zakona o pokojninskem zavarovanju.

4. Komisija za varnost v prometu po postavki z istim namenom.

5. Republiški sekretariat za delo po postavki: izjemne upokojitve rudarjev in dimnikarjev.

6. Republiški sekretariat za prosveto in kulturo po postavki: socialno zavarovanje umetnikov.

7. Štab za splošni ljudski odpor SR Slovenije po postavki z istim namenom in po postavki sklad za financiranje enot in služb teritorialne obrambe.

— v razdelku »Sredstva za negospodarske investicije in za plačilo anuitet« so:

1. Izvršni svet Skupščine SR Slovenije po postavki: investicijsko vzdrževanje zgradb,

2. Republiški sekretariat za gospodarstvo po postavki: sredstva za vojne zveze.

3. Republiški sekretariat za finance po postavki: tekoče naložbe, odplačilo anuitet.

15. člen

Sredstva, ki so predvidena v proračunu za dejavnost zavodov družbenih služb na podlagi pogodb, sme-

jo republiški organi uporabljati le na podlagi konkretno sklenjenih pogodb.

16. člen

Izvršni svet Skupščine SR Slovenije je pooblaščen, da odloča:

— o uporabi sredstev rezervnega sklada, in sicer do višine 300.000 dinarjev v posameznem primeru, vendar samo za namene iz 1. in 3. točke 96. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36-196/64, št. 43-334/67 in št. 40-302/68);

— o razdelitvi sredstev, razporejenih v razdelku: »Namenska dopolnilna sredstva občinam«;

— o dodelitvi sredstev, razporejenih v razdelku »Sredstva za nove namestitve in nagrade delavcem v državnih organih«.

17. člen

Republiški sekretariat za finance izvršuje proračunsko kontrolo finančnega, materialnega in računovodskega poslovanja republiških organov, skladov in organizacij, katerih sredstva se zagotavljajo iz republiškega proračuna, ter kontrolo investicij, ki se financirajo neposredno iz republiškega proračuna ali na podlagi odlokov o finančnih programih.

18. člen

Pregled dohodkov republiškega proračuna za leto 1971 in njihova razporeditev sta zajeta v bilanci republiškega proračuna za leto 1971, ki je sestavni del splošnega dela tega proračuna.

19. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

Bilanca dohodkov in splošnega razporeda dohodkov proračuna SR Slovenije (republiškega proračuna) za leto 1971

A. DOHODKI

Klasifikacijska številka	oblike dohodka	podoblike dohodka	DOHODKI	Znesek	
				podoblike dohodka	oblike dohodka
11			VRSTA 1 PRISPEVKI		
	11	100-105	1,07 % prispevek iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja		144,600.000
	11	106-109	Republiški prispevek iz delovnega razmerja po posebnih stopnjah		103,400.000
13			Republiški prispevek iz osebnega dohodka od samostojnega opravljanja obrtnih in drugih gospodarskih dejavnosti		23,800.000
18			Prispevek od sklada skupne porabe		15,000.000
			Skupaj vrsta 1 — prispevki		286,800.000
			VRSTA 2 — Davki		
21			Prometni davek		
	211		47 % del davka od prometa blaga na drobno	105,000.000	
	215		20 % udeležba na zveznem prometnem davku	341,600.000	
			Skupaj vrsta 2 — Davki		446,600.000
			VRSTA 3 — Takse		
33			Sodne takse v gotovini		40,000.000
			Skupaj vrsta 3 — Takse		40,000.000

Klasifikacijska številka	oblike dohodka	podoblike dohodka	DOHODKI		Znesek	
					podoblike dohodka	oblike dohodka
52			VRSTA 5 — Dohodki po posebnih zveznih predpisih			
			Denarne kazni			22,700.000
			Skupaj vrsta 5 — Dohodki po posebnih zveznih predpisih			22,700.000
61			VRSTA 6 — Dohodki organov in razni drugi dohodki			
			Dohodki organov in drugi dohodki			1,600.000
			Skupaj vrsta 6 — Dohodki organov in razni drugi dohodki			1,600.000
72			VRSTA 7 — Dopolnilna sredstva			
			Namenska dopolnilna sredstva			
	721		18 % udeležbe na zveznem prispevku iz osebnega dohodka		50,900.000	
	722		Namenska dopolnilna sredstva		23,200.000	
			Skupaj vrsta 7 — dopolnilna sredstva			74,100.000
			SKUPAJ DOHODKI ZA RAZPORED (vrsta 1—7)			871,800.000

B — SPLOŠNI RAZPORED DOHODKOV

Klasifikacijska številka	razporedne skupine	razporedne podskupine	SPLOŠNI RAZPORED DOHODKOV		Znesek	
					razporedna podskupina	razporedna skupina
02-2			GLAVNI NAMEN 02 — Znanstvena dejavnost			
		02-2-1	Sredstva, razporejena v določenem znesku za redno dejavnost			49,000.000
			VSEGA GLAVNI NAMEN 02 (02—2)			49,000.000
03-2			GLAVNI NAMEN 03 — Kulturno-prosvetna dejavnost			
		03-2-1	Sredstva, razporejena v določenem znesku:			
		03-2-2	Sredstva za redno dejavnost		2,238.000	
			Sredstva za posebne namene		28,363,400	30,601.400
			VSEGA GLAVNI NAMEN 03 (03—2)			30,601.400
04-2			GLAVNI NAMEN 04 — Socialno varstvo			
		04-2-2	Sredstva, razporejena v določenem znesku za posebne namene			134,200.000
			VSEGA GLAVNI NAMEN 04 (04—2)			134,200.000
05-2			GLAVNI NAMEN 05 — Zdravstveno varstvo			
		05-2-2	Sredstva, razporejena v določenem znesku za posebne namene			12,000.000
			VSEGA GLAVNI NAMEN 05 (05—2)			12,000.000
07-2			GLAVNI NAMEN 07 — delo državnih organov			
		07-2-1	Sredstva, razporejena v določenem znesku za redno dejavnost		294,048.300	
		07-2-2	za posebne namene		81,000.300	
			VSEGA GLAVNI NAMEN 07 (07—2)			375,048.600
10-2			GLAVNI NAMEN 10 — namenska dopolnilna sredstva občinam			
			Sredstva, razporejena v določenem znesku			5,500.000
			VSEGA GLAVNI NAMEN 10 (10—2)			5,500.000

Klasifikacijska številka		SPLOŠNI RAZPORED DOHODKOV	Znesek	
razporedne skupine	razporedne podskupine		razporedna podskupina	razporedna skupina
		GLAVNI NAMEN 13 — dejavnost družbeno-političnih organizacij in društev		
13-2		Sredstva, razporejena v določenem znesku		24,050.000
		VSEGA GLAVNI NAMEN 13 (13—2)		24,050.000
		GLAVNI NAMEN 14 — negospodarske investicije		
14-2		Sredstva, razporejena v določenem znesku		
	14-2-21	za tekoče naložbe	41,943.000	
	14-2-22	za odplačilo anuitet	31,557.000	
		VSEGA GLAVNI NAMEN 14 (14—2)		73,500.000
		GLAVNI NAMEN 18 — rezervni sklad		
18-1		Sredstva, razporejena v odstotku		7,100.000
		VSEGA GLAVNI NAMEN 18 (18—1)		7,100.000
		GLAVNI NAMEN 19 — nerazporejeni dohodki		
19-2	19-2-2	sredstva, razporejena v določenem znesku		6,000.000
	19-2-2	razporejeno v posebno rezervo		36,400.000
		VSEGA GLAVNI NAMEN 19 (19—2)		42,400.000
		SKUPAJ RAZPOREJENI IN NERAZPOREJENI DOHODKI (GLAVNI NAMEN 02—19)		753,400.000
		Sredstva razporejena v splošnem delu republiškega proračuna v določenem znesku:		
		— za izdvajanje sredstev republiškega prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja na posebni račun za intervencije v gospodarstvu		118,400.000
		SKUPAJ RAZPOREJENI DOHODKI		871,800.000

260.

Na podlagi 2. točke amandmaja VIII k ustavi Socialistične republike Slovenije je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in enotnega zbora delovnih skupnosti dne 28. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o razdelitvi deviz za potrebe republiških organov, zavodov, organov družbenih organizacij, ožjih družbeno-političnih skupnosti in civilnih pravnih oseb v SR Sloveniji za leto 1971

I

Devize, ki so na podlagi zakona o zagotovitvi deviz družbeno-političnim skupnostim, zavodom, družbenim organizacijam in civilnim pravnim osebam (Uradni list SFRJ, št. 13-180/69) določene za potrebe SR Slovenije za leto 1971 v znesku 22.896.568 din — od tega 79 % v konvertibilnih valutah, 21 % pa v nekonvertibilnih valutah — se lahko uporabijo za neblagovna in blagovna plačila republiških organov, zavodov, organov družbenih organizacij, ožjih družbeno-političnih skupnosti ter civilnih pravnih oseb, in sicer:

	Din
a) za neblagovna plačila	2,493.700
od tega:	
v konvertibilnih valutah	1,985.450
v nekonvertibilnih valutah	508.250
b) za blagovna plačila	5,585.760
od tega:	
v konvertibilnih valutah	4,561.960
v nekonvertibilnih valutah	1,023.800
Od skupnega zneska deviz iz prvega odstavka te točke se izloči	14,817.108
od tega:	
v konvertibilnih valutah	11,540.879
v nekonvertibilnih valutah	3,276.229
za kritje premalo predvidenih zdatkov republike (devizna rezerva)	

O uporabi sredstev republiške devizne rezerve odloča: republiški sekretar za finance, če znaša zahtevek

do 1500 dinarjev; izvršni svet Skupščine SR Slovenije, če znaša zahtevek nad 1500 dinarjev.

II

V posebnem pregledu, ki je sestavni del tega oddelka, so določeni najvišji zneski konvertibilnih in nekonvertibilnih deviz za posamezne namene in uporabnike deviznih sredstev (nosilci deviznih planov).

III

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

Št. 43-1/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Skupščina
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Sergej Kraigher l. r.

Pregled razdelitve deviz za leto 1971

Zap. št.	NOSILEC DEVIZNEGA PLANA	Neblagovne devize		Blagovne devize		Skupaj	
		konvert. valute	nekonvert. valute	konvert. valute	nekonvert. valute	konvert. valute	nekonvert. valute
1	2	3	4	5	6	7	8
1.	Skupščina SRS	36.000	3.700	150.000	—	186.000	3.700
2.	Izvršni svet Skupščine SRS	80.000	15.000	150.000	—	230.000	15.000
3.	CK Zveze komunistov Slovenije	10.000	—	17.000	—	27.000	—
4.	Republiška konferenca SZDL Slov.	30.000	—	3.400	—	33.400	—
5.	Zveza združenja borcev NOV	6.000	5.800	—	—	6.000	5.800
6.	CK Zveze mladine Slovenije	3.000	2.500	—	—	3.000	2.500
7.	Rep. svet zveze kult.-prosv. organiz.	3.000	15.000	—	—	3.000	15.000
8.	Rep. svet zveze sindikatov za Slov.	10.000	8.000	—	—	10.000	8.000
9.	Rep. odbor zveze slepih Slovenije	3.000	—	25.000	—	28.000	—
10.	Rep. sekretariat za notr. zadeve	45.000	—	600.000	—	645.000	—
11.	Rep. sekretariat za gospodarstvo	25.000	14.000	20.000	—	45.000	14.000
12.	Rep. sekretariat za delo	10.000	5.000	25.000	—	35.000	5.000
13.	Rep. sekretariat za urbanizem	16.000	10.000	29.000	—	45.000	10.000
14.	Rep. sekretariat za prosv. in kult.	150.000	25.000	500.000	—	650.000	25.000
15.	Rep. sekr. za zdrav. in soc. varstvo	700.000	21.000	1.200.000	832.000	1.900.000	353.000
16.	Zavod za statistiko						
	a) za potrebe zavoda	9.000	—	600.000	3.750	609.000	3.750
	b) za potrebe računskega centra	—	—	135.000	—	135.000	—
17.	Hidrometeorološki zavod SRS	6.000	15.000	30.000	28.400	36.000	43.400
18.	Univerza	200.000	78.600	700.000	67.800	900.000	146.400
19.	Združenje visok. zav. Maribor	25.000	105.450	45.000	1.850	70.000	107.300
20.	Slov. akad. znan. in umetnosti	30.000	33.450	25.000	—	55.000	33.450
21.	Sklad Borisa Kidriča	200.000	50.000	177.000	75.000	377.000	125.000
22.	Prešernov sklad	150.000	30.000	—	—	150.000	30.000
23.	Cestni sklad SRS	20.000	—	—	—	20.000	—
24.	Gospodarska zbornica SRS	20.000	—	5.560	—	25.560	—
25.	Zavod za šolstvo SRS	9.500	—	20.000	10.000	29.500	10.000
26.	Geodetski zavod SRS	10.000	—	90.000	—	100.000	—
27.	Komite za telesno kulturo	18.000	8.000	15.000	5.000	33.000	13.000
28.	Skupščina mesta Ljubljana	35.000	51.250	—	—	35.000	51.250
29.	Skupščina občine Celje	1.000	—	—	—	1.000	—
30.	Skupščina občine Domžale	1.000	—	—	—	1.000	—
31.	Skupščina občine Dravograd	1.000	—	—	—	1.000	—
32.	Skupščina občine Gor. Radgona	1.500	—	—	—	1.500	—
33.	Skupščina občine Hrastnik	2.000	—	—	—	2.000	—
34.	Skupščina občine Idrija	1.000	—	—	—	1.000	—
35.	Skupščina občine Jesenice	1.750	—	—	—	1.750	—
36.	Skupščina občine Kamnik	1.000	—	—	—	1.000	—
37.	Skupščina občine Kranj	14.000	500	—	—	14.000	500
38.	Skupščina občine Koper	14.000	—	—	—	14.000	—
39.	Skupščina občine Laško	1.000	—	—	—	1.000	—
40.	Skupščina občine Lendava	1.000	2.000	—	—	1.000	2.000
41.	Skupščina občine Lenart	700	1.000	—	—	700	1.000
42.	Skupščina občine Ljutomer	1.000	2.000	—	—	1.000	2.000
43.	Skupščina občine Maribor	30.000	—	—	—	30.000	—
44.	Skupščina občine Mozirje	1.000	—	—	—	1.000	—
45.	Skupščina občine Murska Sobota	1.500	1.000	—	—	1.500	1.000
46.	Skupščina občine Nova Gorica	14.000	—	—	—	14.000	—
47.	Skupščina občine Novo mesto	1.500	2.000	—	—	1.500	2.000
48.	Skupščina občine Piran	2.000	—	—	—	2.000	—
49.	Skupščina občine Ptuj	2.000	—	—	—	2.000	—
50.	Skupščina občine Radovljica	2.500	—	—	—	2.500	—
51.	Skupščina občine Ravne na Kor.	5.000	2.000	—	—	5.000	2.000
52.	Skupščina občine Sevnica	1.000	—	—	—	1.000	—
53.	Skupščina občine Slovenj Gradec	5.000	—	—	—	5.000	—
54.	Skupščina občine Škofja Loka	5.000	—	—	—	5.000	—
55.	Skupščina občine Sežana	1.000	—	—	—	1.000	—
56.	Skupščina občine Tolmin	2.500	—	—	—	2.500	—

Zap. št.	NOSILEC DEVIZNEGA PLANA	Neblagovne devize		Blagovne devize		Skupaj	
		konvert. valute	nekonvert. valute	konvert. valute	nekonvert. valute	konvert. valute	nekonvert. valute
1	2	3	4	5	6	7	8
57.	Skupščina občine Trbovlje	3.000	—	—	—	3.000	—
58.	Skupščina občine Tržič	3.000	—	—	—	3.000	—
59.	Skupščina občine Velenje	1.000	1.000	—	—	1.000	1.000
60.	Skupščina občine Zagorje ob Savi	3.000	—	—	—	3.000	—
SKUPAJ NOSILCI		1.985.450	508.250	4.561.960	1.023.800	6.547.410	1.532.050
Dejanska republiška dev. rezerva						1.311.397	3.276.229
Rezervirano za zdravljenja, za omejitvev, klinični center						10.229.482	
SKUPAJ		1.985.450	508.250	4.561.960	1.023.800	18.088.289	4.808.279

261.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o vodnem prispevku za leto 1971

Razglša se zakon o vodnem prispevku za leto 1971, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 420-29/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o vodnem prispevku za leto 1971

1. člen

Določbe zakona o vodnem prispevku za leto 1969 (Uradni list SRS, št. 40-297/68) veljajo tudi v letu 1971.

Višina vodnega prispevka (tarifa) za izkoriščeno oziroma uporabljeno vodo (2. člen) in za izpuščeno onesnaženo vodo (5. člen), se poveča za 15%.

2. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

262.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o filmskem prispevku

Razglša se zakon o filmskem prispevku, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 420-31/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o filmskem prispevku

1. člen

Na območju SR Slovenije se vpelje filmski prispevek.

Filmski prispevek se uporablja za pospeševanje proizvodnje in predvajanja filmov.

2. člen

Filmski prispevek se plačuje po stopnji 25%.

Osnova filmskega prispevka je prodajna cena vstopnic za kinematografske predstave po odbitku prometnega davka in prispevka za Rdeči križ.

3. člen

Filmski prispevek se ne odvaja:

— za predvajanje filmov v dvoranah Jugoslovanske kinoteke;

— za predvajanje filmov v potujočih kinematografih;

— za predvajanje poučnih, dokumentarnih in mladinskih filmov;

— za predvajanje filmov, za katere komisija za ugotavljanje vzgojno-umetniškega pomena filmov ugotovi, da imajo vzgojen, izobraževalen ali poseben umetniški pomen;

— za predvajanje filmov v kinematografskih dvoranah, v katerih kosmati dohodek od prodanih vstopnic za kinopredstave v preteklem letu ni presegel 70.000 dinarjev, če so imele med skupno predvajanimi filmi najmanj eno petino takih, ki jim je komisija iz 4. člena tega zakona priznala vzgojen, izobraževalen ali poseben umetniški pomen.

4. člen

Komisija za ugotavljanje vzgojno-umetniškega pomena filmov je v sestavi republiškega sekretariata za prosveto in kulturo.

Komisija ima predsednika in štiri člane.

Predsednika in člane komisije imenuje izvršni svet Skupščine SR Slovenije.

Stroške za delo komisije poravnava podjetje, ki predlaga pregled filma.

5. člen

Filmski prispevek je dohodek SR Slovenije.

Sredstva, ki dotekajo iz filmskega prispevka, odstopa SR Slovenija kulturni skupnosti SR Slovenije,

ki je dolžna najmanj 75 % le-teh nameniti pospeševanju filmske proizvodnje, 20 % pospeševanju predvajanja filmov, razliko pa po presoji kulturne skupnosti za financiranje filmske vzgoje ali za druge namene s področja kinematografije, za katere se odloči kulturna skupnost SR Slovenije.

6. člen

Filmski prispevek se prišteje k ceni vstopnice za kinematografsko predstavo. Kinematografska podjetja oziroma drugi prireditelji filmskih predstav odvajajo prispevek na račun kulturne skupnosti SR Slovenije po mesečnem obračunu ali v pavšalnem letnem znesku, če kulturna skupnost SR Slovenije sklene z njimi tak dogovor. Dogovor mora biti sklenjen do zadnjega februarja za obveznosti tekočega leta.

Način in postopek za obračunavanje in odvajanje filmskega prispevka predpiše republiški sekretar za finance.

7. člen

Če kinematografsko podjetje oziroma drug prireditelj filmskih predstav ne odvede filmskega prispevka na način in po postopku ter v rokih, določenih s predpisom iz drugega odstavka 6. člena tega zakona, se kaznuje za prekršek z denarno kaznijo do 10.000 dinarjev.

Za prekršek iz prejšnjega odstavka se kaznuje z denarno kaznijo do 2000 dinarjev tudi odgovorna oseba kinematografskega podjetja ali drugega prireditelja filmskih predstav.

8. člen

Denarne kazni za prekrške iz 7. člena tega zakona odstopa SR Slovenija kulturni skupnosti SR Slovenije.

9. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

263.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o varstvu pred požarom in o gasilstvu

Razglašja se zakon o varstvu pred požarom in o gasilstvu, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

St 22-11/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o varstvu pred požarom in o gasilstvu

I SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Varstvo pred požarom se izvaja po tem zakonu po predpisih, ki so izdani na njegovi podlagi in po določbah posebnih predpisov.

2. člen

Varstvo pred požarom je zadeva splošnega pomena za republiko.

Služba varstva pred požarom je javna služba.

3. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi in občani morajo sodelovati pri gašenju požara in reševanju ljudi in premoženja ter uresničevati ukrepe za varstvo pred požarom, ki jih določa zakon ali drug predpis oziroma samoupravni akt, ki je izdan v skladu z zakonom.

4. člen

Operativno in preventivno delo v zvezi z varstvom pred požarom opravljajo gasilske organizacije.

Za gasilske organizacije po tem zakonu se štejejo poklicne in prostovoljne gasilske enote ter gasilska društva in njihove zveze.

5. člen

Gasilske enote morajo imeti potrebno opremo in tehnična sredstva, s katerimi so sposobne izpolniti naloge iz svojega delovnega področja.

Pripadniki gasilskih enot morajo biti strokovno usposobljeni za gašenje požara in reševanje ljudi in premoženja.

6. člen

Upravne zadeve v zvezi z varstvom pred požarom opravlja občinski upravni organ, ki je pristojen za zadeve varstva pred požarom, kolikor posamezne od teh zadev niso z zakonom dane v delovno področje republiškega sekretariata za notranje zadeve.

7. člen

Za izdajo lokacijskega, gradbenega in uporabnega dovoljenja je potrebno soglasje za zadeve varstva pred požarom pristojnega upravnega organa o tem, da so predvideni oziroma uresničeni predpisani ukrepi za varstvo pred požarom.

Republiški sekretariat za notranje zadeve daje soglasje iz prejšnjega odstavka za objekte iz 22. člena tega zakona.

8. člen

Za neposredno povezovanje nosilcev družbenih nalog na področju varstva pred požarom v občinah in republikih ter za zagotovitev materialne podlage za razvoj in napredek varstva pred požarom se lahko ustanovijo požarne skupnosti (občinske in republiška požarna skupnost).

Po sporazumu med zainteresiranimi organi in organizacijami se lahko ustanovijo občinske požarne skupnosti tudi za območje več občin.

II. PREVENTIVNI UKREPI ZA VARNOST PRED POŽAROM

9. člen

V regionalnem prostorskem planu, urbanističnem načrtu, zazidalnem načrtu in urbanističnem redu morajo biti določeni viri za preskrbo z gasilno vodo, medsebojni odmiki objektov in naselij, naravni viri, ki preprečujejo širjenje požara, razvrstitev objektov s povečano nevarnostjo požara in drugi podobni ukrepi, s katerimi je zagotovljena varnost objektov in naselij pred požarom.

Za zadeve varstva pred požarom pristojni upravni organ sodeluje pri izdelavi planov, načrtov in redov iz prejšnjega odstavka in daje k osnutku teh aktov pripombe glede vprašanj varstva pred požarom; te pripombe mora obravnavati organ, ki sprejme takšen akt.

10. člen

Republiški sekretar za notranje zadeve predpiše v soglasju z republiškim sekretarjem za urbanizem, republiškim sekretarjem za gospodarstvo ali republiškim sekretarjem za delo v skladu s pristojnostmi posameznega sekretariata ukrepe za varnost pred požarom, ki jih je treba upoštevati pri gradnji objektov in pri uporabi obstoječih objektov.

S tehničnimi predpisi iz prejšnjega odstavka se določijo minimalne zahteve in normativi glede lokacije, gradbenega materiala in konstrukcij, inštalacij, ventilacijskih in kanalizacijskih naprav, avtomatskih in polavtomatskih naprav za javljanje požara, sredstev za gašenje, zasilnih izhodov in drugih ukrepov s katerimi je zagotovljena varnost ljudi in premoženja pred požarom.

Ukrepi za varnost pred požarom se določijo posebej glede na namen gradbenega objekta (ali je objekt namenjen za prebivanje velikega števila ljudi, za shranjevanje kulturnozgodovinskih in drugih vrednosti itd.) in glede na delo s eksplozivnimi in drugimi lahkovnetljivimi snovmi ter glede na navzočnost takih snovi v gradbenih objektih.

11. člen

Republiški sekretar za notranje zadeve predpiše v soglasju z republiškim sekretarjem za gospodarstvo ukrepe za varnost gozdov in zemljišč, zasejanih s kmetijskimi kulturami, ki se rade vnamejo in so na območju železniških prog, po katerih vozijo lokomotive in druga vozila, ki se kurijo s trdim gorivom.

12. člen

Delovne in druge organizacije ter državni organi, ki nimajo lastne gasilske enote, morajo imeti v pripravljenosti naprave, orodje in sredstva za gašenje požara, ki jih morajo imeti po posebnih predpisih.

Potrebne naprave in sredstva za gašenje začetnega požara mora imeti tudi samostojni obrtnik, ki ima obrtno delavnico, v kateri je povečana nevarnost požara.

13. člen

Delovne organizacije morajo sistematično poučevati svoje delavce o požarnih nevarnostih in ukrepih za varnost pred požarom v delovni organizaciji ter o načinu uporabljanja razpoložljivih sredstev za gašenje požara.

14. člen

Kadar je nevarnost, da izbruhne požar, posebno velika, ali kadar bi požar ogrozil življenje velikega števila ljudi, je treba poleg uresničevanja predpisanih ukrepov za varnost pred požarom organizirati gasilsko stražo.

Gasilska straža nadzoruje, ali so izvedeni predpisani ukrepi za preprečitev požara; če pa izbruhne požar, mora ukreniti vse, kar je potrebno za gašenje požara in reševanje in takoj obvestiti o požaru najbližjo gasilsko enoto.

15. člen

Gasilsko stražo mora organizirati:

- kdor proizvaja, skladišči ali uporablja velike količine lahkovnetljivih ali eksplozivnih snovi;
- kdor prireja javne predstave ali nastope, ki so združeni z nevarnostjo požara ali z eksplozijo.

Požarna inšpekcija določi, kdo mora organizirati gasilsko stražo, na katerih krajih in ob katerih javnih prireditvah in nastopih.

16. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi in samostojni obrtniki, ki so določeni v občinskem načrtu varstva pred požarom, morajo sprejeti pravilnik o požarnem redu.

Pravilnik o požarnem redu mora biti usklajen z občinskim načrtom varstva pred požarom.

Pravilnik o požarnem redu obsega zlasti organizacijo varstva pred požarom ter ukrepe, ki jih zahtevajo pogoji dela v organizaciji oziroma delavnici.

Republiški sekretar za notranje zadeve izda navodilo o vprašanjih, ki morajo biti urejena s pravilnikom o požarnem redu.

III. NAČRT VARSTVA PRED POŽAROM

17. člen

Občine morajo imeti načrt varstva pred požarom. Občinski načrt varstva pred požarom sprejme občinska skupščina.

Dvoje ali več občin imajo lahko skupen načrt varstva pred požarom.

18. člen

Občinski načrt varstva pred požarom obsega:

— organizacijske in operativne ukrepe za zagotovitev varnosti pred požarom v občini;

— delovne in druge organizacije, državne organe ter samostojne obrtnike, ki morajo imeti pravilnik o požarnem redu;

— naselja, delovne in druge organizacije in državne organe, ki morajo imeti gasilsko enoto.

Republiški sekretar za notranje zadeve predpiše natančnejše določbe o vprašanjih, ki morajo biti urejena v občinskem načrtu varstva pred požarom.

IV. POZARNE INSPEKCIJE

19. člen

Požarna inšpekcija nadzoruje, ali in kako izvršuje delovne in druge organizacije, državni organi, samostojni obrtniki in drugi občani predpisane ukrepe za varnost pred požarom.

20. člen

Požarno inšpekcijo opravljajo občinske požarne inšpekcije in požarna inšpekcija v sestavi republiškega sekretariata za notranje zadeve (republiška požarna inšpekcija).

Požarnega inšpektorja v republiški požarni inšpekciji imenuje republiški sekretar za notranje zadeve.

21. člen

Upravni organi, ki so pristojni za požarno inšpekcijo, opravljajo inšpekcijske zadeve samostojno na

podlagi pooblastil iz tega zakona in drugih predpisov, ki urejajo vprašanja varstva pred požarom.

22. člen

Republiška požarna inšpekcija opravlja inšpekcijske zadeve:

- nad dvoranami za več kot 2000 obiskovalcev;
- nad zdravstvenimi zavodi, zdravilišči in gostinskimi objekti, ki imajo več kot 500 postelj;
- nad letališkimi in pristaniškimi objekti;
- nad objekti RTV, razen malih lokalnih postaj do 2 KW;
- nad razdelilnimi transformatorskimi postajami in transformatorskimi postajami 110 KV in višje napetosti;
- nad hidroelektrarnami in termoelektrarnami nad 10.000 KW ter nad nuklearnimi elektrarnami;
- nad visokotlačnimi plinovodi;
- nad naftovodi;
- nad skladišči eksplozivnih snovi;
- nad skladišči vnetljivih tekočin prve nevarnostne skupine s kapaciteto nad 50.000 litrov;
- nad skladišči vnetljivih tekočin druge nevarnostne skupine s kapaciteto nad 100.000 litrov;
- nad skladišči vnetljivih tekočin tretje nevarnostne skupine s kapaciteto več kot 200.000 litrov;
- nad plinarnami in plinohrami;
- nad skladišči v jeklenkah shranjenih gorljivih ali strupenih plinov s kapaciteto nad 1000 kg;
- nad skladišči v rezervoarjih shranjenih gorljivih ali strupenih plinov s kapaciteto nad 50.000 litrov;
- nad podjetji, ki predelujejo vnetljive tekočine, pline in eksplozivne snovi;
- nad objekti za pridobivanje in predelovanje nafte;
- nad objekti, v katerih so naprave, ki so izvori ionizirajočega sevanja;
- nad podjetji za proizvodnjo eksplozivnih snovi in pirotehničnih izdelkov;
- nad objekti, v katerih delajo osebe, ki prestajajo kazen ali vzgojno-poboljševalni ukrep in
- nad stabilnimi gasilnimi napravami.

23. člen

Republiška požarna inšpekcija nadzoruje delo občinskih požarnih inšpekcij in jim daje obvezna strokovna navodila za njihovo delo.

Republiška požarna inšpekcija lahko pooblasti občinsko požarno inšpekcijo da opravi inšpekcijo nad posameznim objektom iz prejšnjega člena.

Republiška požarna inšpekcija lahko odredi, da mora občinska požarna inšpekcija opraviti posamezno inšpekcijsko zadevo iz svoje pristojnosti; lahko pa sama opravi tako zadevo, če je ni pravočasno opravila občinska inšpekcija ali če je ni opravila pravilno.

24. člen

Občinska požarna inšpekcija opravlja inšpekcijske zadeve nad objekti, ki niso določeni v 22. členu tega zakona.

25. člen

Zadeve požarne inšpekcije opravljajo požarni inšpektorji samostojno ter postopajo in izdajajo odločbe v mejah svojih zakonskih pooblastil.

Posamezna inšpekcijska dejanja s področja varstva pred požarom lahko opravijo strokovne osebe, ki jih pooblasti požarna inšpekcija. O tako opravlj-

nem inšpekcijskem dejanju mora strokovna oseba predložiti poročilo požarni inšpekciji.

26. člen

Pri opravljanju inšpekcijskih dejanj mora imeti požarni inšpektor izkaznico, s katero dokazuje položaj uradne osebe. Obrazec in način izdajanja izkaznice predpiše republiški sekretar za notranje zadeve.

27. člen

Pri opravljanju inšpekcijskih dejanj ima požarni inšpektor oziroma pooblaščen strokovna oseba pravico in dolžnost:

- da vstopi v poslovne in obratne prostore delovne ali druge organizacije, državnega organa ali občana;
- da pregleda objekte, materiale, načrte objektov ter tehnično in drugo dokumentacijo, ki se nanaša na varnost objekta in njegovih naprav pred požarom ali na dolžnosti delavcev glede izvrševanja predpisov o varstvu pred požarom;
- da zbere pojasnila, po potrebi pa tudi zasliši delavce, ki so odgovorni za uresničevanje protipožarnih ukrepov.

Požarni inšpektor oziroma pooblaščen strokovna oseba mora čuvati kot uradno tajnost podatke, za katere zve pri svojem delu, ki so tajnost po zakonu ali po splošnih aktih delovne organizacije.

28. člen

Zaradi uresničitve ukrepov za varnost objekta ali tehnološkega procesa pred požarom, lahko požarna inšpekcija:

- a) odredi:
 - da se preuredi, premesti ali odstrani inštalacija, stroj, kurilna naprava, dimni odvod, druga naprava ali objekt;
 - da se pregradi ali kako drugače adaptira objekt;
 - da se nabavi potrebno gasilsko orodje, naprave in sredstva za gašenje;
 - da se postavi stalno nadzorstvo (požarna straža) na kraj, kjer je povečana nevarnost požara;
 - da se ukrene vse potrebno zaradi zavarovanja ljudi, objektov in premoženja pred požarom;
 - da se odpravijo druge pomanjkljivosti oziroma nepravilnosti pri izvajanju predpisov o varstvu pred požarom;
- b) prepove:
 - uporabo objekta ali naprave, če ni mogoče drugače odstraniti nevarnosti požara;
 - kajenje ali uporabo nezavarovanega ognja, luči in podobno na določenem kraju oziroma prostoru.

29. člen

Če se med uporabljanjem objekta ali naprave ne izvajajo ukrepi, ki so odločilni za varnost pred požarom, lahko požarna inšpekcija po poprejšnjem opozorilu odredi ustavitve dela v obratu ali na delovnem mestu, dokler se ne zagotovi izvajanje teh ukrepov.

30. člen

Požarna inšpekcija naloži delovni ali drugi organizaciji, državnemu organu ali občani ukrepe in prepovedi iz 28. in 29. člena tega zakona z odločbo v upravnem postopku. S to odločbo hkrati določi rok

za izvršitev ter rok, v katerem je treba poročati o izvršitvi odločbe.

Pritožba zoper odločbo požarne inšpekcije ne zadržuje izvršitve odločbe.

31. člen

Požarna inšpekcija mora obvestiti občinsko skupščino, na območju katere je organizacija organ oziroma občan, če je odredila ustavitev dela v obratu ali na delovnem mestu.

32. člen

Požarni inšpektor v občinski požarni inšpekciji je lahko oseba, ki ima najmanj višjo izobrazbo ustrezne tehnične stroke in strokovni izpit.

Požarni inšpektor v republiškem sekretariatu za notranje zadeve je lahko oseba, ki ima visoko ali višjo izobrazbo ustrezne tehnične stroke in strokovni izpit.

V. GASILSKE ORGANIZACIJE

a) Gasilska društva in gasilske zveze

33. člen

Gasilska društva in gasilske zveze se ustanavljajo in opravljajo svoje delo v skladu s predpisi o društvih, kolikor ta zakon drugače ne določa.

34. člen

Gasilske zveze:

— opravljajo naloge, ki se določijo s statutom gasilske zveze;

— uresničujejo načelo strokovne enotnosti gasilstva, spodbujajo sodelovanje vseh vrst gasilske službe in usklajujejo delo gasilskih enot;

— obravnavajo vprašanja, ki so skupnega pomena za gasilske enote ter skrbijo v mejah svojih pravic in dolžnosti za razvoj in napredek gasilske službe;

— skrbijo za sistematično strokovno izobrazbo in moralno politično oblikovanje pripadnikov gasilskih enot in v ta namen organizirajo tečaje, seminarje, povere ter druge oblike strokovne dejavnosti;

— sodelujejo s skupščinami družbeno-političnih skupnosti in njihovimi organi ter z organi upravljanja delovnih in drugih organizacij v prizadevanjih za razvoj in napredek varstva pred požarom;

— nudijo strokovno pomoč upravnim organom, delovnim in drugim organizacijam pri organiziranju in uresničevanju ukrepov za varnost pred požarom.

b) Gasilske enote

35. člen

Gasilske enote so prostovoljne in poklicne; organizirajo se lahko po teritorialnem načelu (teritorialne gasilske enote) ali industrijskem načelu (gasilske enote delovnih ali drugih organizacij).

Poklicno gasilsko enoto lahko ustanovijo občina, krajevna skupnost, delovna ali druga organizacija ali državni organ.

Dvoje ali več občin ali več delovnih organizacij ali državnih organov ter delovna organizacija in občina lahko ustanovijo skupno poklicno gasilsko enoto.

36. člen

Prostovoljna gasilska enota je operativno tehnična enota v sestavi gasilskega društva, ali delovne oziroma druge organizacije; sestavljajo jo člani gasilskega

društva, ki so fizično in strokovno sposobni za gašenje požarov.

V prostovoljni gasilski enoti so lahko tudi poklicni gasilci.

37. člen

Z občinskim načrtom varstva pred požarom je določeno, kateri naseljeni kraj v občini mora imeti gasilsko enoto.

Delovne in druge organizacije, ki proizvajajo ali imajo v skladišču večje količine vnetljivih tekočin, eksplozivnih snovi, tekočih in komprimiranih plinov, snovi, iz katerih se razvijajo plini ali drugih lahko vnetljivih snovi, morajo imeti gasilsko enoto.

38. člen

Republiški sekretar za notranje zadeve izda potem, ko dobi mnenje Gasilske zveze Slovenije, predpise o najnižjem številu gasilcev, ki jih mora imeti gasilska enota, minimalni tehnični opremljenosti gasilske enote, osebni zaščitni opremljenosti ter o pravici in dolžnosti nositi delovno obleko in osebno zaščitno opremo.

39. člen

Gasilska enota opravlja svoje naloge na območju, ki je določeno z aktom o njeni ustanovitvi ali s statutom gasilskega društva.

40. člen

Gasilska organizacija mora zavarovati operativne člane svoje gasilske enote za primer smrti, trajne izgube splošne delovne zmožnosti in za primer prehodne nezmožnosti za delo.

41. člen

Naslovi poklicnih gasilcev so: kvalificirani gasilec, gasilski tehnik in gasilski inženir.

Kvalificirani gasilec mora imeti najmanj izobrazbo gasilske šole, gasilski tehnik izobrazbo srednje gasilske šole, gasilski inženir pa izobrazbo višje gasilske šole.

42. člen

Oseba z izobrazbo iz prejšnjega člena, ki stopa prvič na delo, se postavi kot pripravnik za ustreznih naslov.

Pripravniška doba traja eno leto; po preteku pripravniške dobe opravlja pripravnik strokovni izpit.

43. člen

Oseba, ki preide v delovno razmerje v gasilski enoti od drugod, pa nima predpisane strokovne izobrazbe in izkušenj za delo v gasilski enoti, mora opraviti strokovni izpit za naslov, v katerega se razporedi.

Predstojnik organa oziroma organizacije, v sestavi katere je gasilska enota, oprostí opravljanja strokovnega izpita iz prejšnjega odstavka celoma ali deloma osebo, ki je imela najmanj pet let prakse na podobnem delu ter obvlada gasilsko delo.

Pripadnik poklicne gasilske enote, ki pridobi med delom poklicno izobrazbo za višji naslov, kot je njegov dosedanji, se razporedi v višji naslov, ko opravi dopolnilni strokovni izpit.

44. člen

Republiški sekretar za notranje zadeve predpiše način opravljanja pripravniške dobe, program strokovnih in dopolnilnih strokovnih izpitov, ki jih morajo opraviti požarni inšpektorji in poklicni gasilci, ter način opravljanja teh izpitov.

45. člen

Strokovni in dopolnilni strokovni izpiti se opravljajo pred izpitno komisijo, ki jo imenuje republiški sekretar za notranje zadeve.

VI POŽARNE SKUPNOSTI IN GASILSKI SKLADI

46. člen

Požarna skupnost je samoupravna skupnost gasilskih organizacij, zavarovalnic, delovnih in drugih organizacij ter občanov.

47. člen

Požarne skupnosti zlasti:

— spodbujajo prizadevanja osnovnih nosilcev družbenih interesov za uspešno organizacijo in delo službe varstva pred požarom;

— predlagajo pristojnim organom in organizacijam, da izdajo ustrezne predpise in izvršijo potrebne ukrepe na področju varstva pred požarom;

— sodelujejo pri oblikovanju načrtov varstva pred požarom ter pri sestavljanju pravilnika o požarnem redu v delovnih organizacijah;

— skrbijo za opremljenost gasilskih enot s sodobno tehnično opremo in za strokovno usposobljenost gasilcev;

— skrbijo, da so zagotovljena finančna sredstva za stabilen razvoj varstva pred požarom;

— upravljajo pripadajoča jim finančna sredstva;

— določajo merila za financiranje dejavnosti gasilskih organizacij ter odločajo o delitvi sredstev na podlagi teh meril.

48. člen

Požarna skupnost ima skupščino in izvršni odbor.

49. člen

Priprave za ustanovitev požarne skupnosti opravlja iniciativni odbor.

Iniciativni odbor za ustanovitev občinske požarne skupnosti imenuje občinska skupščina, iniciativni odbor za ustanovitev republiške požarne skupnosti pa Skupščina SR Slovenije.

50. člen

Podrobnejša organizacija in delo požarne skupnosti se določi s statutom požarne skupnosti.

Statut požarne skupnosti sprejme skupščina požarne skupnosti, potrdi pa ga občinska skupščina, oziroma Skupščina SR Slovenije.

51. člen

Sredstva požarne skupnosti so:

— prispevek v višini 6% od tehničnih premij za požarno zavarovanje premoženja, zavarovanega na območju požarne skupnosti;

— sredstva, ki jih namenijo družbeno-politične skupnosti, delovne in druge organizacije ter državni organi za uresničevanje potreb na področju preventivnega in represivnega varstva pred požarom v skladu z občinskim načrtom varstva pred požarom;

— sredstva, ki jih prispevajo občani.

52. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se smejo uporabiti samo za:

— nabavo specialnih gasilskih tehničnih sredstev in sredstev obveščanja;

— gradnjo, rekonstrukcijo in adaptacijo gasilskih domov in vodnih bazenov za preskrbo z gasilno vodo;

— strokovno izobraževanje in izpopolnjevanje kadrov, ki delajo na področju varstva pred požarom, in

— za popularizacijo požarne preventive.

53. člen

Občina, v kateri ni požarne skupnosti, ustanovi občinski gasilski sklad.

Za občinski gasilski sklad se uporabljajo določbe 51. in 52. člena tega zakona.

VII. GAŠENJE POŽAROV IN REŠEVANJE

54. člen

Kdor opazi, da grozi neposredna nevarnost, da izbruhne požar, ali kdor opazi požar, mora nevarnost odstraniti oziroma požar pogasiti, če to lahko stori brez nevarnosti zase ali za drugega.

Če sam tega ne more storiti, mora takoj obvestiti najbližjo gasilsko enoto ali najbližjo postajo milice. Pri tem mu mora pomagati vsak, ki razpolaga s sredstvom za zveze ali prevoznim sredstvom.

55. člen

Ko gasilska enota zve, da je izbruhnil požar na njenem območju, mora takoj začeti z gašenjem. Na požarišču mora gasilska enota začeti z reševanjem oseb, z omejevanjem in gašenjem požara in z reševanjem ogroženih predmetov.

Poveljnik gasilske enote lahko po potrebi pokliče na pomoč sosedno gasilsko enoto v občini. Gasilska enota mora priti na pomoč, če niso ogroženi objekti, ki jih je dolžna varovati.

Pomoč gasilskih enot z območja druge občine lahko zahteva oseba, ki je določena v občinskem načrtu varstva pred požarom. Ob požarni katastrofi ali drugi podobni nesreči, ki prizadene območje dveh ali več občin, lahko zahteva pomoč republiški sekretariat za notranje zadeve.

56. člen

Pri gašenju požara ter reševanju po požaru ogroženih ljudi in premoženja, gasilske enote vzajemno sodelujejo ter si pomagajo.

Gasilska enota gre lahko gasit in reševati zunaj svojega območja ali zunaj območja občine, če je tako določeno v občinskem načrtu varstva pred požarom.

57. člen

Če je za gašenje požara in reševanje potrebna pomoč gasilskih enot onstran državne meje, lahko zaprosi tako pomoč predsednik občinske skupščine ali druga uradna oseba, ki jo pooblasti občinska skupščina, kadar je pomoč potrebna v občini, ki je ob državni meji. Pomoč tujih gasilskih enot v drugih občinah zaprosi republiški sekretar za notranje zadeve.

58. člen

Gasilske enote lahko nudijo pomoč pri gašenju požara in reševanju na območju sosedne države, če prosijo za pomoč gasilske enote iz sosedne države.

Ce se zahteva pomoč gasilske enote z območja občine, ki je vzdolž državne meje, izda dovoljenje za nudenje pomoči predsednik občinske skupščine.

Ce se zahteva pomoč gasilske enote z območja občine, ki ni ob državni meji, dovoli nudenje take pomoči republiški sekretar za notranje zadeve.

59. člen

Gašenje požara vodi poveljnik gasilske enote.

Ce sodeluje pri gašenju požara več gasilskih enot, vodi gašenje poveljnik gasilske enote, ki je prva začela gasiti, če se poveljniki gasilskih enot drugače ne sporazumejo.

Ce sodelujejo pri gašenju požara poklicne in prostovoljne gasilske enote, vodi gašenje poveljnik poklicne gasilske enote, če se poveljniki gasilskih enot drugače ne sporazumejo.

60. člen

Da bi se požar čimbolj uspešno in neovirano gasil in zavarovali ogroženi ljudje ter premoženje, ima vodja gašenja ter reševanja pravico in dolžnost da:

— prepove nepoklicanim osebam dostop v bližino požarišča in promet mimo tega kraja;

— odredi evakuacijo oseb in predmetov iz sosednjih objektov ali prostorov, ki jih ogroža požar ter odstranitev materiala, ki ga utegne zajeti požar;

— odredi, da se delno ali popolnoma poruši objekt, po katerem bi se utegnil požar razširiti, če širjenje požara ni mogoče drugače preprečiti;

— odredi prekinitvev električnega toka, dovajanja plina ali vnetljivih tekočin, če to zahteva gašenje in reševanje;

— odzame ali omeji uporabnikom dotok vode na območju, kjer je požar;

— uporabi vodo iz bližnjih vodnjakov, cistern in rezervoarjev;

V primeru večje požarne nevarnosti lahko vodja gašenja ter reševanja odredi uporabo tujega prevoznega sredstva za prevoz poškodovanih oseb do najbližjega zdravstvenega zavoda in poklične sposobne občane, ki prebivajo v neposredni bližini požarišča, da pomagajo pri gašenju in reševanju z osebnim delom, vozili, orodjem in drugimi sredstvi, ki so primerna za gašenje in reševanje.

61. člen

Gasilske enote gasijo vojaške objekte, če so poklicane na pomoč. Na pomoč poklicana gasilska enota se mora pozivu odzvati.

Vodstvo gašenja požara na vojaških objektih se določa po vojaških predpisih.

VIII. POVRAČILA

62. člen

Osebi, ki po 54. ali 60. členu tega zakona sodeluje pri gašenju požara ter pri reševanju ljudi in premoženja, ki jih ogroža požar, se nadomesti osebni dohodek oziroma zaslužek, izgubljen med njegovo odsotnostjo z dela.

Nadomestilo osebnega dohodka in povračilo izgubljenega zaslužka gre v breme sredstev občinskega proračuna.

63. člen

Tistim, ki sodelujejo pri gašenju požara ali reševanju, ki traja dalj časa mora občinski upravni organ,

pristojen za varstvo pred požarom, preskrbeti hrano. Izdatke za hrano plača pri gozdnem požaru organizacija, ki gospodari z gozdom, pri požaru, ki prizadene objekte delovne ali druge organizacije ta organizacija, v drugih primerih pa občina.

64. člen

Delovnim in drugim organizacijam, državnim organom in občanom, ki sodelujejo pri gašenju požara ter reševanju ljudi in premoženja, ki jih ogroža požar, se povrne dejanska škoda, povzročena pri gašenju požara, ali reševanju na njihovem premoženju oziroma premoženju, na katerem imajo pravico uporabe.

Gasilska enota, ki je sodelovala pri gašenju požara ter pri reševanju ljudi in premoženja, ki jih je ogrožal požar, zunaj območja svoje dejavnosti in na poziv za pomoč, ima pravico do povračila dejanske škode, ki jo ima zaradi takega sodelovanja na svoji tehnični opremi in vozilih ter pravico do povračila dejanskih stroškov za uporabljena gasilska in druga sredstva.

Povračila iz prejšnjih odstavkov grede v breme proračuna občine, na območju katere je bilo potrebno gasiti oziroma reševati, kolikor upravičenec nima pravice do povračila iz drugega naslova.

IX. GASILSKA TEHNIČNA SREDSTVA

65. člen

Gasilska tehnična sredstva morajo ustrezati predpisanim jugoslovanskim standardom.

Ce za gasilsko tehnično sredstvo ni jugoslovanskega standarda, si morata proizvajalec ali uvoznik preskrbeti atest, da je gasilsko tehnično sredstvo sposobno za uresničenje svojega namena.

Atest za gasilsko tehnično sredstvo, ki ni sredstvo ali oprema za osebno varstvo, izda delovna organizacija ali gasilska enota, ki jo določi republiški sekretar za notranje zadeve.

66. člen

Za kakovost proizvedenih gasilskih tehničnih sredstev sta odgovorna proizvajalec ali uvoznik.

Proizvajalec mora kupcu izdati potrdilo, s katerim potrjuje, da ustreza gasilsko tehnično sredstvo jugoslovanskemu standardu oziroma atestu iz prejšnjega člena tega zakona.

67. člen

Gasilsko tehnično sredstvo, ki ne ustreza jugoslovanskemu standardu ali pogojem, določenim z atestom, izdatim po tretjem odstavku 65. člena tega zakona, se ne sme izdelovati, uvoziti, dajati v promet ali nabavljati.

68. člen

Za gasilska tehnična sredstva po tem zakonu se štejejo: osebna gasilska oprema; priprave in oprema za osebno zaščito; reševalna oprema; sredstva za gašenje požara; gasilske cevi in pribor; gasilska armatura za pretok vode; naprave in armature za gašenje s peno, ogljikovim dvokisom in prahom; črpalke; gasilska motorna vozila; gasilske lestve; naprave za javljanje požara; naprave za osvetlitev; stabilne gasilne naprave in ročni aparati za gašenje požara.

X. FINANCIRANJE VARSTVA PRED POŽAROM

69. člen

Gasilska tehnična sredstva in sredstva za delo poklicne gasilske enote zagotovi njen ustanovitelj.

70. člen

Občina mora preskrbeti teritorialnim prostovoljnimi gasilskimi enotami, ki so določene v občinskem načrtu varstva pred požarom, potrebna gasilska tehnična sredstva in primeren prostor za shranitev teh sredstev ter sredstva za njihovo uporabo in vzdrževanje.

71. člen

Nabavljanje specialnih gasilskih in reševalnih tehničnih sredstev, ki so lahko racionalno izkoriščena na območju več občin, ob velikem požaru, veliki elementarni ali drugi nesreči, se izvaja po programu, ki ga izdela republiški sekretariat za notranje zadeve v sodelovanju s požarno skupnostjo, gasilsko zvezo Slovenije, zavarovalnimi zavodi, pristojnimi občinskimi organi in delovnimi organizacijami, ki so jim taka sredstva namenjena.

Financiranje teh potreb se izvaja na podlagi družbenega dogovora, ki ga sklenejo organi in organizacije iz prejšnjega odstavka.

Pri financiranju potreb iz prvega odstavka tega člena lahko sodeluje tudi republika s svojimi proračunskimi sredstvi, kadar gre za potrebe, katerih uresničitev ima pomen za vso republiko.

72. člen

SR Slovenija in občine zagotavljajo sredstva za redno dejavnost gasilskih zvez ter za tečaje in druge oblike izobraževanja in izpopolnjevanja delavcev s področja varstva pred požarom.

Sredstva iz prejšnjega odstavka se določijo na podlagi delovnega programa gasilskih zvez in v skladu z občinskim načrtom varstva pred požarom oziroma republiškim načrtom pospeševanja razvoja varstva pred požarom.

XI. KAZENSKÉ DOLOČBE

73. člen

Pravna oseba se kaznuje za prekršek z denarno kaznijo do 10.000 dinarjev, če:

1. ne organizira gasilske enote, ki jo je dolžna imeti po občinskem načrtu varstva pred požarom (18. člen);

2. ne uresniči v določenem roku ukrepov, naloženih z izvršljivo odločbo pristojne požarne inšpekcije (28. in 29. člen);

3. ovira vodjo gašenja in reševanja pri izvrševanju pravic in dolžnosti iz 60. člena tega zakona ali mu prepreči izvrševati te pravice;

4. izdela, uvozi ali da v promet gasilsko tehnično sredstvo, ki ne ustreza jugoslovanskemu standardu ali zanj nima atesta iz drugega odstavka 65. člena tega zakona (67. člen).

Z denarno kaznijo do 500 dinarjev se kaznuje za prekršek iz prejšnjega odstavka tudi odgovorna oseba pravne osebe.

74. člen

Pravna oseba se kaznuje za prekršek z denarno kaznijo do 5000 dinarjev, če:

1. nima v pripravljenosti predpisanih naprav, orodja in sredstev za gašenje požara (prvi odstavek 12. člena);

2. če ne skrbi za vzgojo in izpopolnitev znanja svojih delavcev s področja varnosti pred požarom (13. člen);

3. nima gasilske straže, ki jo mora imeti po določbi pristojne požarne inšpekcije (drugi odstavek 15. člena);

4. ne sprejme pravilnika o požarnem redu, ki ga je dolžna imeti po občinskem načrtu varstva pred požarom (prvi odstavek 16. člena);

5. ovira požarnega inšpektorja ali pooblaščenega strokovno osebo pri izvrševanju pravic in dolžnosti iz 27. člena tega zakona ali mu prepreči izvrševati te pravice in dolžnosti;

6. ne poroča v določenem roku pristojni požarni inšpekciji o izvršitvi naloženega ukrepa iz 28. in 29. člena tega zakona;

7. ne da kupcu potrdila o tem, da ustreza prodanc gasilsko tehnično sredstvo jugoslovanskemu standardu ali atestu iz drugega odstavka 65. člena tega zakona (drugi odstavek 66. člena);

8. nabavi gasilsko tehnično sredstvo, ki ne ustreza jugoslovanskemu standardu ali atestu iz drugega odstavka 65. člena tega zakona (67. člen).

Z denarno kaznijo do 500 dinarjev se kaznuje za prekršek iz prejšnjega odstavka tudi odgovorna oseba pravne osebe.

75. člen

Z denarno kaznijo do 500 dinarjev se kaznuje za prekršek:

1. samostojni obrtnik, ki nima naprav in sredstev za gašenje začetnega požara (drugi odstavek 12. člena);

2. občan, ki je dolžan po izvršljivi odločbi požarne inšpekcije organizirati gasilsko stražo, pa tega ne stori (drugi odstavek 15. člena);

3. samostojni obrtnik, če nima v obrtni delavnici izobešenega požarnega reda, ki ga je po občinskem načrtu varstva pred požarom dolžan imeti (prvi odstavek 16. člena);

4. požarni inšpektor ali strokovna oseba, pooblaščenca za izvršitev inšpekcijskega dejanja, če razkrije tajnost delovne organizacije, za katero zve med opravljanjem inšpekcijskega dejanja (drugi odstavek 27. člena);

5. kdor ravna v nasprotju z določbami 54. člena tega zakona;

6. poveljnik gasilske enote, ki se brez opravičnega vzroka ne odzove pozivu za pomoč pri gašenju požara in reševanju (drugi odstavek 55. člena in prvi odstavek 61. člena);

7. kdor se ne odzove pozivu vodje gašenja za sodelovanje pri gašenju požara in reševanju ljudi in premoženja, ki ga ogroža požar, in tega ne more opravičiti (60. člen);

8. kdor se na poziv vodje gašenja udeleži gasilske in reševalne akcije, če s svojim ravnanjem in obnašanjem ovira normalen potek gašenja oziroma reševanja (60. člen);

9. delavec, ki je v državnem organu odgovoren za varnost njegovih objektov pred požarom, če stori prekršek iz 1. ali 2. točke 73. člena ali stori prekršek iz 1., 3., 4. ali 5. točke 74. člena tega zakona;

10. kdor stori prekršek iz 2., 3. ali 4. točke 73. člena tega zakona;

11. kdor stori prekršek iz 5., 6., 7. ali 8. točke 74. člena tega zakona.

XII. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

76. člen

Delavci, ki na dan uveljavitve tega zakona opravljajo delo požarnega inšpektorja, pa nimajo strokovne izobrazbe, ki bi jo morali imeti po 32. členu tega zakona, ostanejo na sedanjih delovnih mestih, če imajo srednjo izobrazbo in najmanj deset let strokovne prakse na tem področju ter strokovni izpit. Kdor nima strokovnega izpita ali ni bil oproščen izpita, mora opraviti izpit v dveh letih po tem, ko je začel veljati ta zakon.

77. člen

Dokler ne bodo izdani predpisi iz 44. člena tega zakona, delajo poklicni gasilci strokovni izpit po programu, ki je bil predpisan s pravilnikom o strokovni izobrazbi in strokovnih izpitih poklicnih gasilcev (Uradni list FLRJ, št. 49-705/61) in sicer:

- kandidat za naslov kvalificiranega gasilca — po programu za strokovni izpit gasilca I. razreda;
- kandidat za naslov gasilskega tehnika — po programu za strokovni izpit za gasilskega tehnika, in
- kandidat za naziv gasilskega inženirja — po programu za strokovni izpit za gasilskega inšpektorja.

78. člen

Poklicni gasilci, ki imajo na dan uveljavitve tega zakona naziv gasilca II. razreda ali naziv gasilca I. razreda, se prevedejo v naslov kvalificiranega gasilca; delavci z nazivom gasilskega tehnika pa v naslov gasilskega tehnika v smislu tega zakona ter uživajo pravice, ki so določene za novi naslov v samoupravnem aktu delovne organizacije ali državnega organa.

79. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi in samostojni obrtniki, ki morajo imeti po tem zakonu pravilnik o požarnem redu, so dolžni sprejeti ta pravilnik najpozneje v enem letu potem, ko bo izdano navodilo iz četrtega odstavka 16. člena tega zakona.

Občinske skupščine morajo sprejeti načrt varstva pred požarom v enem letu potem, ko bo izdan predpis iz drugega odstavka 18. člena tega zakona.

80. člen

Dokler občina ne sprejme načrta varstva pred požarom, lahko zahteva predsednik občinske skupščine ali oseba, ki jo le-ta pooblasti, pomoč gasilskih enot z območja druge občine v smislu tretjega odstavka 55. člena tega zakona.

81. člen

Dokler ne bodo izdani tehnični predpisi iz 10. člena tega zakona, se ravnaajo organi in organizacije glede ukrepov za varnost pred požarom, ki jih obsega omenjeno pooblastilo, po splošno priznanih tehničnih normativih.

82. člen

Za kršitve predpisov, ki se izdajo na podlagi tega zakona, se lahko predpišejo prekrški in kazni.

83. člen

Ko začne veljati ta zakon, neha veljati zakon o gasilskih društvih (Uradni list LRS, št. 22-120/59 in SRS, št. 11-117/65).

84. člen

Ta zakon začne veljati 1. januarja 1971.

264.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o uvedbi centralnega registra stalnega prebivalstva v SR Sloveniji

Razglša se zakon o uvedbi centralnega registra stalnega prebivalstva v SR Sloveniji, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970.

St. 204-1/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o uvedbi centralnega registra stalnega prebivalstva v SR Sloveniji

1. člen

Pri Zavodu SR Slovenije za statistiko se uvede centralni register stalnega prebivalstva v SR Sloveniji (v nadaljnjem besedilu: centralni register).

Centralni register je zbirka podatkov o stalnih prebivalcih SR Slovenije po 6. členu zakona o registru stalnega prebivalstva in o razvidu začasnega prebivališča (Uradni list SRS, št. 36-372/65).

2. člen

Centralni register se vzpostavi po podatkih, ki bodo zbrani ob popisu prebivalstva in stanovanj 31. marca 1971 na podlagi zakona o popisu prebivalstva in stanovanj v letu 1971 (Uradni list SFRJ, št. 32-381/70).

3. člen

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

265.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o spremembi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o gozdovih

Razglša se zakon o spremembi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o gozdovih, ki ga je

sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji gospodarskega zbora dne 28. decembra 1970.

Št. 321-6/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o spremembi zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o gozdovih

1. člen

16. člen zakona o spremembah in dopolnitvah zakona o gozdovih (Uradni list SRS, št. 26-157/70) se spremeni tako, da se glasi:

»Delovne organizacije morajo najpozneje do 30. junija 1971 prilagoditi svoje statute in druge splošne akte določbam tega zakona.«

2. člen

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

266.

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

UKAZ

o razglasitvi zakona o razmerju med številom invalidov in skupnim številom v invalidski delavnici zaposlenih ljudi ter o namenski uporabi sredstev posebnega sklada

Razglasa se zakon o razmerju med številom invalidov in skupnim številom v invalidski delavnici zaposlenih ljudi ter o namenski uporabi sredstev posebnega sklada, ki ga je sprejela Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora in na seji socialno-zdravstvenega zbora dne 28. decembra 1970.

št. 192-8/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Predsednik
Skupščine SR Slovenije
Sergej Kraigher l. r.

ZAKON

o razmerju med številom invalidov in skupnim številom v invalidski delavnici zaposlenih ljudi ter o namenski uporabi sredstev posebnega sklada

1. člen

Za invalidsko delavnico po tem zakonu se šteje tista organizacija, v kateri je od skupnega števila zaposlenih ljudi vsaj polovica invalidov, ki so na poklicni rehabilitaciji ali ki so zaposleni.

Občinska skupščina lahko določi glede na stopnjo in vrsto invalidnosti večji odstotek invalidov, kot je določen v prejšnjem odstavku.

2. člen

Sredstva, ki ostanejo invalidskim delavnicam zaradi oprostitve plačevanja družbenih obveznosti oziroma odstopitve dohodkov, katerim se odpovedujejo družbeno-politične skupnosti, morajo invalidske de-

lavnice vložiti v svoj poseben sklad iz tretjega odstavka 103. člena temeljnega zakona o invalidskem zavarovanju, ki je namenjen za izboljšanje možnosti za rehabilitacijo oziroma za zaposlovanje invalidov.

3. člen

Sredstva posebnega sklada iz prejšnjega člena se uporabljajo:

- za razširitev dejavnosti pri poklicni rehabilitaciji in zaposlovanju invalidov;
- za nabavo strojev in orodij, potrebnih za opravljanje funkcije invalidske delavnice;
- za prireditev strojev in drugih naprav invalidnim zmožnostim oziroma njegovi telesni okvari;
- za preureditev oziroma adaptacijo prostorov;
- za izboljšanje tehnološkega procesa in organizacije dela;
- za izboljšanje varstva pri delu.

4. člen

Invalidska delavnica podrobneje določi vsako leto s finančnim načrtom, za katere od namenov iz prejšnjega člena se lahko uporabijo sredstva posebnega sklada in višino teh sredstev.

5. člen

Ta zakon začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za tiste invalidske delavnice, ki izpolnjujejo pogoje iz tega zakona, od 1. maja 1970, za tiste invalidske delavnice, ki še ne izpolnjujejo teh pogojev, pa od prvega dne naslednjega meseca, ko izpolnijo te pogoje.

267.

Na podlagi ustavnega amandmaja VII in v zvezi s 5. členom zakona o gospodarskih sodiščih v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 20-221/65) je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi števila sodnikov pri okrožnem gospodarskem sodišču v Ljubljani

I

Za okrožno gospodarsko sodišče v Ljubljani se določa 12 sodniških mest.

II

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

S tem dnem prenehajo veljati določbe III. točke odloka o določitvi števila sodnikov pri višjem gospodarskem sodišču Ljudske republike Slovenije, števila občasnih sodnikov pri višjem gospodarskem sodišču Ljudske republike Slovenije ter števila sodnikov okrožnih gospodarskih sodišč v Ljudski republiki Sloveniji (Uradni list LRS, št. 48-176/54), ki se nanašajo na določitev števila sodnikov pri okrožnem gospodarskem sodišču v Ljubljani.

Št. 111-18/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Skupščina
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Sergej Kraigher l. r.

268.

Na podlagi 17. alinee 135. člena, 5. alinee 152. člena ustave Socialistične republike Slovenije in II. amandmaja k ustavi Socialistične republike Slovenije ter 63. člena zakona o raziskovalni dejavnosti (Uradni list SRS, št. 26-148/70) je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi števila in o imenovanju članovčasne skupščine raziskovalne skupnosti Slovenije

I

Začasna skupščina raziskovalne skupnosti Slovenije ima 105 članov.

II

Za članečasne skupščine raziskovalne skupnosti Slovenije se imenujejo:

Viktor Arh, dipl. ing. lesarstva, direktor inštituta tovarne pohištva Meblo, Nova Gorica;

Rudi Babič, dipl. ing. rudarstva, glavni direktor strojne tovarne Trbovlje;

dr. Aleksander Bajt, dipl. pravnik, redni profesor pravne fakultete univerze v Ljubljani;

Jure Banovec, dipl. ing. gradbeništva, raziskovalec v inštitutu za metalne konstrukcije, Ljubljana;

Tomaž Banovec, dipl. ing. geodezije, raziskovalec v geodetskem zavodu SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Srdjan Bavdek, dipl. veterinar, docent biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Borut Belec, prof. geografije, profesor pedagoške akademije, Maribor;

dr. Adolf Bibič, dipl. pravnik, izredni profesor fakultete za sociologijo, politične vede in novinarstvo univerze v Ljubljani;

Janko Bleiweis, dipl. ing. gradbeništva, raziskovalec v vodogradbenem laboratoriju, Ljubljana;

dr. Robert Blinc, dipl. ing. fizike, dopisni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Janez Brglez, dipl. veterinar, raziskovalec v veterinarskem zavodu Slovenije, Ljubljana;

dr. Demetrij Brodar, dipl. ing. gradbeništva, višji znanstveni sodelavec pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti, Ljubljana;

Andrej Caserman, profesor psihologije, raziskovalec v inštitutu za sociologijo in filozofijo, Ljubljana;

dr. France Cegnar, dipl. ing. agronomije, sodelavec v centru za napredek trgovine in embalaže pri gospodarski zbornici SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Stojan Cigoj, dipl. pravnik, redni profesor pravne fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Jože Colnarič, dipl. ing. agronomije, profesor višje agronomске šole, Maribor;

dr. France Černe, dipl. ekonomist, izredni profesor ekonomske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Davorin Dolar, dipl. ing. kemije, dopisni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Franc Erjavec, dr. med., izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Tone Ferenc, profesor zgodovine, raziskovalec v inštitutu za zgodovino delavskega gibanja, Ljubljana;

dr. Janez Fettich, dr. med., redni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Boris Gaberščik, dipl. ing. arhitekture, raziskovalec v urbanističnem inštitutu SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Peter Gregorc, dipl. ing. kemije, šef sektorja za investicije in kapitalno izgradnjo tovarne hranil Kolinska, Ljubljana;

dr. Peter Habič, profesor geografije, višji znanstveni sodelavec pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti, Ljubljana;

dr. Dušan Hadži, dipl. ing. kemije, dopisni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Jože Hlebanja, dipl. ing. strojništva, izredni profesor fakultete za strojništvo univerze v Ljubljani,

Sime Ivanjko, magister pravnih ved, dipl. pravnik, predavatelj višje pravne šole, Maribor;

dr. Miha Japelj, dipl. ing. kemije, sodelavec v inštitutu za raziskave in razvoj tovarne zdravil Krka, Novo mesto;

Valentin Jarc, dipl. ing. strojništva, raziskovalec v inštitutu tovarne športnega orodja Elan, Begunje;

dr. Janko Jeri, dipl. pravnik, raziskovalec v inštitutu za narodnostna vprašanja, Ljubljana;

dr. Jernej Jernejčič, dipl. ing. kemije, raziskovalec v kemijskem inštitutu Boris Kidrič, Ljubljana;

Mario Jež, dipl. ing. strojništva, raziskovalec v zavodu za avtomatizacijo Ljubljana, združeno podjetje Iskra, Kranj;

dr. Dragoš Jurišič, dipl. ing. gradbeništva, docent fakultete za arhitekturo, gradbeništvo in geodezijo univerze v Ljubljani;

Andrej Kirn, magister filozofije, profesor filozofije, asistent fakultete za sociologijo, politične vede in novinarstvo univerze v Ljubljani;

Edo Klanšek, dipl. ekonomist, direktor biroja za operacijske in tržne raziskave, Ljubljana;

dr. Vladimir Klemenčič, profesor geografije, izredni profesor filozofske fakultete univerze v Ljubljani;

Miloš Kobal, dr. med., docent medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

Miloš Kobe, dipl. ing. elektrotehnike, vodja oddelka za visoko frekvenčno tehniko v inštitutu za ekonomiko in vakuumsko tehniko, Ljubljana;

dr. Franjo Kočevar, dipl. ing. kemije, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Drago Kolar, dipl. ing. kemije, raziskovalec v inštitutu »Jožef Stefan« v Ljubljani, hab. izredni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

Franc Kolarič, dipl. pravnik, direktor časopisnega in založniškega podjetja »Pomurski tisk«, Murska Sobota;

Jože Kolarič, dipl. ing. tekstilne tehnologije, direktor tekstilnega inštituta, Maribor;

Marko Kos, dipl. ing. strojništva, direktor projekтивно-razvojnega sektorja Titovih zavodov Litoštroj, Ljubljana;

dr. Lado Kosta, dipl. ing. kemije, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

Miro Košak, dr. med., izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

Albin Koželj, dipl. ing. rudarstva, vodja razvojne službe v rudniku živega srebra, Idrija;

Vid Koželj, dipl. ing. kemije, direktor razvojnega sektorja v tovarni Color, Medvode;

Niko Kralj, dipl. ing. arhitekture, izredni profesor fakultete za arhitekturo, gradbeništvo in geodezijo univerze v Ljubljani;

dr. Bratko Kreft, profesor slovenščine, redni član SAZU, upravnik inštituta za slovenski jezik pri Slovenski akademiji znanosti in umetnosti, Ljubljana;

dr. Anton Kuhelj, dipl. ing. elektrotehnike, redni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Drago Lebez, profesor biologije, raziskovalec v inštitutu »Jožef Stefan« v Ljubljani, hab. izredni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Ivan Lenart, dr. med., redni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

Rudi Lešnik, profesor pedagogike, profesor na pedagoški akademiji, Maribor;

Barica Marentič-Požarnik, profesor psihologije, raziskovalec v pedagoškem inštitutu, Ljubljana;

Martin Mastnak, dipl. ing. agronomije, raziskovalec v kmetijskem inštitutu Slovenije, Ljubljana;

dr. Marko Matjašič, dr. med., raziskovalec v zavodu za zdravstveno varstvo SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Ernest Mayer, profesor biologije, redni profesor biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Ciril Mikel, dipl. ekonomist, izredni profesor visoke ekonomsko-komercialne šole, Maribor;

dr. Janez Milčinski, dipl. pravnik in dr. med., redni član SAZU, redni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Zdravko Mlinar, dipl. pravnik, izredni profesor fakultete za sociologijo, politične vede in novinarstvo v Ljubljani;

dr. Roman Modic, dipl. ing. kemije, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

Tone Obersnu, dipl. ing. strojništva, direktor zavoda za hladilno tehniko v Škofji Loki;

dr. Janez Orešnik, profesor nemščine, asistent filozofske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Milan Osredkar, dipl. ing. fizike, redni profesor fakultete za elektrotehniko univerze v Ljubljani;

Milica Ozbič, dipl. ekonomist, direktor tovarne obutve Planika, Kranj;

Slavko Papler, dipl. ing. rudarstva, raziskovalec v geološkem zavodu Ljubljana;

dr. Boris Paternu, profesor slovenščine, izredni profesor filozofske fakultete univerze v Ljubljani;

Ivan Pavlič, dipl. ekonomist, pomočnik glavnega direktorja Ljubljana-Transport, Ljubljana;

dr. Janez Pečar, dipl. pravnik, raziskovalec v inštitutu za kriminologijo pri pravni fakulteti univerze v Ljubljani;

dr. Vid Pečjak, profesor psihologije, docent filozofske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Janez Peklenik, dipl. ing. strojništva, redni profesor fakultete za strojništvo univerze v Ljubljani;

dr. Edo Pirkmajer, dipl. ing. fizike, raziskovalec v inštitutu »Jožef Stefan«, Ljubljana;

dr. Marjan Plaper, dipl. ing. elektrotehnike, redni profesor fakultete za elektrotehniko univerze v Ljubljani;

dr. Gregor Počkar, dipl. ekonomist, raziskovalec v inštitutu za ekonomska raziskovanja, Ljubljana;

Jelena Popović, dipl. ing. kemije, raziskovalec v inštitutu tovarne Zlatorog, Maribor;

Stane Potrč, dipl. ing. strojništva, profesor na višji tehnični šoli, Maribor;

dr. Ervin Prelog, dipl. ing. strojništva, redni profesor fakultete za strojništvo univerze v Ljubljani;

dr. Lev Premru, dipl. ing. kemije, direktor razvojno-tehnološkega inštituta industrije gumijevih, usnjenih in kemičnih izdelkov Sava, Kranj;

dr. Ivan Rakovec, profesor geologije, redni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

Božena Ravnihar, dr. med., izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Marjan Ribarič, dipl. ing. fizike, raziskovalec v inštitutu »Jožef Stefan«, Ljubljana;

dr. Karel Salobir, dipl. veterinar, izredni profesor biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Franc Schweiger, dipl. ing. strojništva, raziskovalec v inštitutu za turbinske stroje, Ljubljana;

Henrik Sebaher, dipl. ing. elektrotehnike, vodja oddelka za razvoj energetike pri poslovnem združenju za energetiko SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Saša Sedlar, dipl. ing. arhitekture, izredni profesor fakultete za arhitekturo, gradbeništvo in geodezijo univerze v Ljubljani;

Ivan Simončič, dipl. pravnik, namestnik generalnega direktorja Ljubljanske banke, Ljubljana;

Jože Spanring, dipl. ing. agronomije, docent biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

Vekoslav Sršen, dipl. ekonomist, šef sektorja za analize v Turistični zvezi Slovenije, Ljubljana;

dr. France Stele, profesor umetnostne zgodovine, redni član Slovenske akademije znanosti in umetnosti v Ljubljani;

dr. Miroslav Stiplovšek, profesor zgodovine, asistent filozofske fakultete univerze v Ljubljani;

Marko Stokin, dipl. ing. strojništva, direktor razvojnega inštituta tovarne motornih vozil Tomos, Koper;

dr. Franc Sušnik, profesor biologije, docent biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

Drago Šega, profesor slovenščine, raziskovalec v inštitutu za literature, SAZU, Ljubljana;

Jože Šturm, magister telesne kulture, profesor telesne vzgoje, redni profesor na visoki šoli za telesno kulturo, Ljubljana;

dr. Lovro Šturm, dipl. pravnik, raziskovalec v inštitutu za javno upravo in delovna razmerja pravne fakultete-univerze v Ljubljani;

Lenart Treppo, dipl. ing. gradbeništva, tehnični direktor splošnega gradbenega podjetja Tehnika, Ljubljana;

Viktor Turnšek, dipl. ing. gradbeništva, direktor zavoda za raziskavo materiala in konstrukcij SR Slovenije, Ljubljana;

dr. Danilo Vezjak, dipl. ekonomist, izredni profesor visoke ekonomsko-komercialne šole, Maribor;

dr. Ivan Vidav, profesor matematike, redni član SAZU, redni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Josip Vidmar, predsednik Slovenske akademije znanosti in umetnosti, Ljubljana;

dr. Jernej Virant, dipl. ing. elektrotehnike, docent fakultete za elektrotehniko univerze v Ljubljani;

dr. Lojze Vodovnik, dipl. ing. elektrotehnike, izredni profesor fakultete za elektrotehniko univerze v Ljubljani;

Iztok Winkler, magister gozdarskih ved, dipl. ing. gozdarstva, asistent biotehniške fakultete univerze v Ljubljani;

Tine Zorič, dipl. ing. elektrotehnike, profesor višje tehnične šole, Maribor;

dr. Anton Zeleznikar, dipl. ing. elektrotehnike, raziskovalec v inštitutu »Jožef Stefan«, Ljubljana.

Št. 111-89/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina
Socialistične republike Slovenije**

Predsednik

Sergej Kraigher l. r.

269.

Na podlagi 17. alinee 135. člena, 5. alinee 152. člena ustave Socialistične republike Slovenije in v zvezi z II. amandmajem k ustavi Socialistične republike Slovenije ter na podlagi 69. člena zakona o zdravstvu (Uradni list SRS, št. 26-146/70) je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 sprejela

ODLOK

**o imenovanju predsednika in članov republiškega
medicinskega sveta**

V republiški medicinski svet se imenujejo za dobo štirih let:

za predsednika:

dr. Miloš Kobal, docent medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

za člane:

dr. Bojan Accetto, docent medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Ivan Amon, predstojnik dispanzerja za pljučne bolezni in TBC, Maribor;

dr. Stanko Banič, izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Boris Cergolj, zdravnik v zavodu za zdravstveno varstvo, Koper;

dr. Franc Čelešnik, redni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani, oddelek za stomatologijo;

dr. Marko Demšar, predstojnik rentgenskega oddelka splošne bolnišnice dr. Jožeta Potrča, Ptuj;

dr. Karner Dereani, izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Janez Fettich, redni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Edvard Glaser, predstojnik oddelka za transfuzijo krvi splošne bolnišnice, Maribor;

dr. Vinko Kambič, izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Dušan Karba, izredni profesor fakultete za naravoslovje in tehnologijo univerze v Ljubljani;

dr. Ivan Kopač, ravnatelj splošne bolnišnice, Celje;

dr. Ludvik Lozej, šef dispanzerja za pljučne bolezni in tuberkulozo zdravstvenega doma, Nova Gorica;

dr. Danica Miklič, pomočnik direktorja zavoda SR Slovenije za zdravstveno varstvo, Ljubljana;

Marija Miloradovič, višja medicinska sestra v zdravstvenem domu, Ljubljana;

dr. Anton Murgel, predstojnik kirurškega oddelka splošne bolnišnice, Trbovlje;

dr. Albin Pečavar, direktor zavoda za zdravstveno varstvo, Novo mesto;

dr. Božena Ravnihar, izredni profesor medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Janko Sušnik, zdravnik - specialist medicine dela v koroškem zdravstvenem domu, Ravne na Koroškem;

dr. Meta Škarja-Skrget, zdravnik - specialist za šolsko higieno v zdravstvenem domu, Ljubljana;

Janez Varl, magister farmacije, direktor mari-borskih lekarn, Maribor;

dr. Igor Veter, direktor bolnišnice za ginekologijo in porodništvo, Kranj;

dr. Franjo Zdravič, v. h. docent medicinske fakultete univerze v Ljubljani;

dr. Stane Zupančič, pomočnik direktorja splošne bolnišnice, Slovenj Gradec.

Št. 111-90/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina
Socialistične republike Slovenije**

Predsednik

Sergej Kraigher l. r.

270.

Na podlagi 17. alinee 135. člena in 5. alinee 152. člena ustave Socialistične republike Slovenije in II. amandmaja k ustavi Socialistične republike Slovenije ter 5. člena zakona o ustanovitvi višje šole za organizacijo dela v Kranju (Uradni list SRS, št. 26-152/70) in 59. člena začasnega statuta višje šole za organizacijo dela v Kranju je Skupščina Socialistične republike Slovenije na seji republiškega zbora dne 28. decembra 1970 sprejela

ODLOK

**o imenovanju predstavnikov družbene skupnosti
v svet višje šole za organizacijo dela v Kranju**

Za predstavnike družbene skupnosti v svet višje šole za organizacijo dela v Kranju se imenujejo:

Aleksander Kutoš, sekretar komiteja konference ZKS visokošolskih zavodov, Maribor;

Miha Potočnik, sekretar združenega podjetja Slovenske železarne, Ljubljana;

Franc Sladič, podpredsednik mestnega sindikalnega sveta, Ljubljana;

Ljubo Uлага, vodja izobraževanja, tovarna po-
hištva Meblo, Nova Gorica.

Št. 111-21/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Skupščina
Socialistične republike Slovenije

Predsednik
Sergej Kraigher I. r.

271.

Na podlagi petega odstavka 44. člena zakona o
gozdovih (Uradni list SRS, št. 30-309/65, št. 14-102/68
in št. 26-157/70) izdaja Izvršni svet Skupščine SR Slo-
venije

ODLOK

**o merilih za najnižji obseg ter o obračunavanju,
vplačevanju in uporabi biološke amortizacije**

I

Delovna organizacija, ki gospodari z gozdovi ob-
čanov (v nadaljnjem besedilu: organizacija), obraču-
nava in vplačuje biološko amortizacijo od posekanega
ali kako drugače podrtga lesa v gozdovih občanov,
razen od tistega lesa iz teh gozdov, od katerega se ne
plača biološka amortizacija.

II

Obseg biološke amortizacije za posamezno kole-
darsko leto mora znašati najmanj toliko, kolikor znaša
za celotno gozdnogospodarsko območje vrednost gozdnogojitvenih del, ki jih za gozdove tega območja določi
v gozdnogospodarskih načrtih in letnih načrtih gospo-
darjenja z gozdovi organ samoupravne skupnosti kmetov,
pristojen za sprejemanje teh načrtov. Vrednost teh
gozdnogojitvenih del ugotovi organizacija vsakoletno
vnaprej po svojih knjigovodskih podatkih na podlagi
stroškov za enaka dela, opravljena v prejšnjem letu.

Organ samoupravne skupnosti kmetov, pristojen po
statutu organizacije skladno z veljavnimi predpisi, do-
loči za vsako leto vnaprej obseg biološke amortizacije
iz prejšnjega odstavka. Obenem določi tudi zneske bio-
loške amortizacije po kubičnem metru od lesa, ki ga
organizacija določi za posek v tem letu.

Obseg in zneski biološke amortizacije morajo biti
določeni letno vnaprej do konca februarja tistega leta,
za katero velja ta amortizacija.

III

Letni obseg biološke amortizacije, določen po prejš-
nji točki ne sme biti manjši, kakor znaša 5-odstotna
vrednost prostorninskega lesa listavcev in 7,5-odstotna
vrednost drugega lesa. Podlaga za določitev te vred-
nosti je poprečna prodajna cena za kubični meter lesa
iz gozdov občanov, ki jo je organizacija po svojih knji-
govodskih podatkih dosegla v prejšnjem letu za les iz
teh gozdov.

IV

Biološka amortizacija se ne plača:

- od drv, ki jih lastnik gozda prejme za do-
mačo uporabo po veljavnih predpisih;
- od tehničnega lesa, ki ga lastnik gozda prejme
za neposredno uporabo v svojem kmečkem gospodar-
stvu in gospodinjstvu zaradi naravne nesreče (požar,
plazovi, potres, sneg itd.);

— od drugih vrst lesa za neposredno uporabo v
kmečkem gospodarstvu in gospodinjstvu lastnika gozda,
če je s statutom organizacije določeni pristojni organ
samoupravne skupnosti kmetov odločil, da se za ta les
ne plača biološka amortizacija.

Zaradi oprostitev po tretji alineji prejšnjega od-
stavka obseg biološke amortizacije ne sme biti manjši
od obsega, določenega po II. točki tega odloka.

V

Organizacija vodi sredstva biološke amortizacije
knjigovodsko ločeno od drugih svojih sredstev. Iz knji-
govodskih podatkov morajo za posamezno koledarsko
leto biti razvidni količina gozdnih sortimentov, od ka-
terih se plača biološka amortizacija, ter obseg in upo-
raba te amortizacije. Ko je biološka amortizacija knji-
govodsko knjižena, se šteje, da je plačana.

VI

Organizacija obračunava po II. točki tega odloka
določeno biološko amortizacijo mesečno od vsakega
kubičnega metra prodanega ali kako drugače odda-
nega lesa. Dokončno jo za posamezno leto obračuna v
zaključnem računu za to leto za vso količino lesa, za
katerega se mora obračunati ta amortizacija po tem
odloku.

Za morebitno razliko med količino lesa, za kate-
rega je treba obračunati biološko amortizacijo, in med
količino lesa, za katerega je bila ta amortizacija že ob-
računana, izkaže organizacija to amortizacijo v za-
ključnem računu, obračuna pa jo takrat, ko les proda
oziroma sama uporabi ali ko izterja svojo nastalo ter-
jatev. Podlaga za ugotavljanje količine lesa, od katere
je treba obračunati biološko amortizacijo, je les drevja,
odkazanega v istem letu za posek, preračunan v neto
lesni masi. Pri tem se uporablja za iglavce faktor 0,85,
za listavce pa 0,88.

VII

Od tistega dela lesa za neposredno uporabo v
kmečkem gospodarstvu in gospodinjstvu, za katerega
se plača biološka amortizacija, in od lesa za potrebe
domače lesne obrti (1. točka v prvem odstavku 42. čle-
na zakona o gozdovih) se določi biološka amortizacija
enako, kakor je predpisano v II. točki tega odloka.
Organizacija določi v okviru tega odloka s svojim
splošnim aktom, kdaj in kako se za ta les plača bio-
loška amortizacija.

VIII

Biološko amortizacijo, določeno po II. točki, tega
odloka, je dovoljeno uporabljati za tale gozdnogojitvena
dela v gozdovih občanov:

1. za nego gozdov (čiščenje gozda in kleščenje vej,
obžetev sadik, prvo redčenje in druge gojitvene sečnje)
ter za varstvo gozdov pred požarom, škodljivci, bo-
leznimi, divjadjo in drugimi naravnimi nesrečami;
2. za pogozdovanje in spopolnjevanje gozdnih po-
vršin, za dela pri pomlajanju gozdov (priprava tal in
sestoja) ter za nego mladih gozdnih kultur (okopova-
nje, pletev in drugačna kultivacija);
3. za gozdnogospodarske načrte;
4. za znanstveno-raziskovalno delo.

IX

Organ samoupravne skupnosti kmetov, ki je v or-
ganizaciji pristojen odločati o biološki amortizaciji,
lahko za posamezno leto določi tudi večji obseg bio-
loške amortizacije, kakor je vrednost gozdnogojitvenih
del posameznega leta (prvi odstavek II. točke). Po-

večani del biološke amortizacije se lahko uporablja za gozdnogospodarska dela v gozdovih občanov, zlasti pa za graditev, rekonstrukcijo in vzdrževanje gozdnih prometnic, za biološke naložbe in za udeležbo pri kreditih za te naložbe, za nabavo mehanizacije in drugo. Ta dela določi pristojni organ samoupravne skupnosti kmetov. Ta del biološke amortizacije se vodi knjigovodsko ločeno od biološke amortizacije, določene po II. točki tega odloka.

X

Ko začne veljati ta odlok, preneha veljati odlok o obračunavanju, vplačevanju in uporabi ter o najnižjih zneskih biološke amortizacije gozdov, na katerih je lastninska pravica (Uradni list SRS, št. 24-183/68).

XI

Ta odlok začne veljati 1. januarja 1971.

Št. 321-5/65

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

**Izvršni svet Skupščine
Socialistične republike Slovenije**

Predsednik
Stane Kavčič l. r.

272.

Na podlagi 14. alineje 186. člena ustave Socialistične republike Slovenije, 1. člena zakona o pomilostitvi in 85. člena kazenskega zakonika izdaja Izvršni svet Skupščine SR Slovenije

ODLOK**o pomilostitvi obsojenih oseb**

1. člen

Neprestani del kazni se odpusti:
Brečko (Alojz Keblič) Franciški.

2. člen

Kazen se odpusti:
Jaušovcu (Franc) Ivanu, Kozarju (Alojz) Bojanu, Tomažiču (Jernej) Jožetu, Vebru (Ivan) Ivanu in Zelenku (Franc) Francu.

3. člen

Kazen se zniža:
Miculinič (Franc Kahne) Miri se kazen 3 let strogega zavora zniža za 1 leto;
Stojan (Alojz Vrbanšek) Mariji se kazen 3 let zavora zniža za 1 leto in 6 mesecev;
Vujcu (Jožef) Petru se kazen 1 leta zavora zniža za 6 mesecev.

4. člen

Izrečena zavora kazen se spremeni v denarno kazen:

Janu (Mihael) Francu se zavora kazen 2 mesecev spremeni v 1000 din denarne kazni;
Rusu (Alojz) Avgustu se zavora kazen 4 mesecev spremeni v 2000 din denarne kazni.

5. člen

Izvršitev kazni se pogojno odloži:
Borsokovu (Terezija) Aleksandru se kazen 1 meseca zavora pogojno odloži za 1 leto;

Brajniku (Viljem) Eciju se kazen 3 mesecev zavora pogojno odloži za 1 leto;

Kralj (Jože Balon) Jožefi se kazen 4 mesecev zavora pogojno odloži za 2 leti;

Logarju (Anton) Mirku se kazen 4 mesecev zavora pogojno odloži za 2 leti;

Merniku (Jože) Silvestru se kazen 6 mesecev zavora pogojno odloži za 1 leto;

Ovčarju (Andrej) Vinku se kazen 2 mesecev in 10 dni zavora pogojno odloži za 1 leto;

Peršu (Janez) Janezu se kazen 2 meseca zavora pogojno odloži za 1 leto;

Pučniku (Marija) Slavku se kazen 5 mesecev zavora pogojno odloži za 2 leti;

Sternadu (Elizabeta) Ivanu se kazen 5 mesecev zavora pogojno odloži za 1 leto;

Višnarju (Ivan) Milanu se kazen 3 mesecev zavora pogojno odloži za 1 leto.

6. člen

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

Št. 25-9/64

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

**Izvršni svet Skupščine
Socialistične republike Slovenije**

Predsednik
Stane Kavčič l. r.

273.

Na podlagi prvega odstavka 23. člena zakona o označevanju vina (Uradni list SRS, št. 21-127/70) izdaja republiški sekretar za gospodarstvo

ODLOČBO

**o imenovanju strokovnih delovnih organizacij,
ki določijo vinarske strokovne komisije za ocenjevanje
vina po mednarodni lestvici**

Vinarske strokovne komisije za ocenjevanje vina po mednarodni lestvici v smislu določil zakona o označevanju vina določijo naslednje strokovne delovne organizacije:

1. Kmetijski inštitut Slovenije v Ljubljani,
2. Kmetijski zavod Maribor in
3. Kmetijski zavod Gorica v Novi Gorici.

Št. 320/C-058/70

Ljubljana, dne 22. decembra 1970.

Republiški sekretar
za gospodarstvo

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

274.

Na podlagi drugega odstavka 24. člena zakona o označevanju vina (Uradni list SRS, št. 21-127/70) objavlja republiški sekretar za gospodarstvo

**mednarodno lestvico
za ocenjevanje vina**

1

Vinarske strokovne komisije ocenjujejo vino po zakonu o označevanju vina na podlagi mednarodne

lestvice po 20 točkovnem sistemu tako, da določijo glede na deklarirano kakovost in poreklo vina za čistost in barvo lahko po največ 2 točki, za vonj največ 4 točke in za okus največ 12 točk.

2

Glede na čistost se oceni vino kot čisto z eno točko ali kot bistro z dvema točkama.

Glede na barvo se oceni vino kot ne povsem ustrezno z eno točko ali kot ustrezno z dvema točkama.

Glede na vonj se oceni vino kot slabo ustrezno z eno točko, kot dobro z dvema točkama, kot prav dobro s tremi ali kot odlično s štirimi točkami.

Glede na okus se oceni vino kot slabo ustrezno z eno do dvema točkama, kot primerno ustrezno s tremi do štirimi točkami, kot dobro s petimi do sedmimi točkami,

kot prav dobro z osmimi do devetimi ali kot odlično z desetimi do dvanajstimi točkami.

3

Polpeneča in peneča vina ocenjujejo vinarske strokovne komisije glede na deklarirano kakovost in poreklo vina po 10 točkovnem sistemu tako, da določijo lahko za čistost do pol točke, za barvo do pol točke, za vonj do tri točke, za okus do štiri in za penjenje do dve točki.

Št 320/C-057/70

Ljubljana, dne 22. decembra 1970.

Republiški sekretar
za gospodarstvo

Andrej Levičnik, dipl. oec. l. r.

Predpisi občinskih skupščin

SKUPŠČINA OBČINE LENART

521.

Po 161. členu statuta občine Lenart (Uradne objave, št. 16-188/67, št. 18-207/67 in Uradni list SRS, št. 6-23/69, št. 43-209/69, št. 11-118/70) ter 64. členu zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36-196/64, št. 43-334/67 in št. 30-302/68) je skupščina občine Lenart na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi odloka o proračunu občine Lenart za leto 1970

1. člen

Odlok o proračunu občine Lenart za leto 1970 (Uradni list SRS, št. 11-112/70) se v prvem členu spremeni tako, da glasi:

	din
Proračun občine Lenart za leto 1970 obsega dohodke, ki znašajo skupaj	5.067.286
v čemer znaša prispevek za uporabo mestnega zemljišča	48.000
in 80 % omejitev dohodkov od presežka za posebno rezervo	200.000
tako, da ostane za financiranje proračuna	4.819.286

2. člen

Drugi člen se spremeni tako, da se glasi:

S proračunom občine Lenart so rasporejeni dohodki v znesku	4.787.399
nerazporejeni dohodki (tekoča proračunska rezerva) znaša	31.887

3. člen

Drugi odstavek devetega člena se spremeni tako, da se glasi:

Iz postavke 44 Uprava za izmero in kataster zemljišč je namensko porabiti 10.159 din za dopolnitev tehničnih načrtov v merilu 1:1000 za naselje Lenart.

4. člen

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

Št. 400-24/69-272

Lenart, dne 24. decembra 1970

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

522.

Po 161. členu statuta občine Lenart (Uradne objave, št. 16-188/67, št. 18-207/67 in Uradni list SRS, št. 6-23/69, št. 43-209/69, št. 11-118/70) ter 52. členu zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36-196/64, št. 43-334/67 in št. 40-302/68) je skupščina občine Lenart na skupni seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb v občini Lenart v I. trimesečju 1971

1. člen

Dokler ne bo sprejet proračun občine Lenart za leto 1971, se bodo potrebe občinskih organov in drugih uporabnikov proračunskih sredstev v I. trimesečju 1971 financirale na podlagi proračuna za leto 1970.

2. člen

Izdatki se smejo izvrševati v tem času največ do 25 % izdatkov proračuna občine Lenart za leto 1970 in po njegovih splošnih določilih.

3. člen

Izdatki po tem odloku so sestavni del proračuna občine Lenart za leto 1971 in se zajamejo v zaključnem računu za leto 1971.

4. člen

Ta odlok začne veljati 1. januarja 1971.

Št. 400-7/70-31

Lenart, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

523.

Na podlagi 5. člena temeljnega zakona o prometnem davku (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 29/65, št. 33/65, št. 57/65, št. 52/66, št. 31/67, št. 54/67, št. 26/68, št. 30/68, št. 40/68, št. 48/68, št. 11/69 in št. 56/69) in 161. člena statuta občine Lenart (Uradne objave, št. 16/67 in št. 18/67 in Uradni list SRS, št. 6/69, št. 43/69 in št. 11/70) je skupščina občine Lenart na skupni seji obseh zborov dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o občinskem prometnem davku

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Na območju občine Lenart se plačuje občinski prometni davek od prometa blaga na drobno od proizvodov, namenjenih za končno potrošnjo in občinski prometni davek od plačil za storitve, za katere je v tarifi predpisano, da se od njih plačuje prometni davek.

Tarifa občinskega prometnega davka je sestavni del tega odloka.

2. člen

Občinski davek od prometa blaga na drobno se plačuje tudi na motorna vozila, ki jih uvozijo občani in civilno pravne osebe, ki prebivajo oziroma imajo sedež na območju občine.

3. člen

Kaj se šteje za promet proizvodov, ki so namenjeni za končno potrošnjo, se presoja po določbah 1., 2., 3., 4. in 6. točke prvega odstavka ter drugega in tretjega odstavka 2. člena zakona o tarifi zveznega prometnega davka (Uradni list SFRJ, št. 33/65, št. 57/65, št. 4/66, št. 28/66, št. 52/66, št. 5/67, št. 18/67, št. 31/67, št. 24/68, št. 30/68, št. 45/68, št. 55/68, št. 50/69, št. 17/70 in št. 52/70).

4. člen

Ob pogojih iz 42a člena temeljnega zakona o prometnem davku, se pri obračunavanju prometnega davka od končnih izdelkov individualnega obrtnika — proizvajalca odbije občinski davek od prometa blaga na drobno, ki ga je obrtnik plačal za take izdelke.

5. člen

Glede nastanka davčne obveznosti, davčnih zavezancev, davčne osnove, postopka za odmero in drugega se ustrezno uporabljajo določbe temeljnega zakona o prometnem davku, zakona o tarifi zveznega prometnega davka, temeljnega zakona o prispevkih in davkih občanov ter predpisov, izdanih na podlagi teh zakonov.

Občinski prometni davek se ne plačuje od prometa proizvodov in storitev, katerih promet je po določbah 16. in 23. člena temeljnega zakona o prometnem davku in po določbah 8. člena zakona o tarifi zveznega prometnega davka oproščen plačevanja prometnega davka.

6. člen

Zasebni gostilničarji plačujejo občinski prometni davek od alkoholnih pijač, od nabavljenih količin alkoholnih pijač.

7. člen

Občinska skupščina s posebnim odlokom določi, kolikšen del občinskega prometnega davka na drobno, razen od alkoholnih pijač se odstopa Temeljni kulturni skupnosti Lenart.

8. člen

Ko začne veljati ta odlok, preneha veljati odlok o občinskem prometnem davku v občini Lenart (Medobčinski uradni vestnik Maribor, št. 30/65, št. 4/66 in št. 22/66, Uradne objave, št. 10/67 in Uradni list SRS, št. 7/68, št. 26/68, št. 40/68 in št. 6/69).

9. člen

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

II. TARIFA OBČINSKEGA PROMETNEGA DAVKA

A. PROMET BLAGA NA DROBNO

Tarifna št. 1

- | | |
|--|----|
| 1. od vsega prometa blaga na drobno v trgovini | 4% |
| 2. od motornih vozil (domačih in uvoženih) | 4% |

Tarifna št. 2

Od prometa alkoholnih pijač v gostinstvu in v trgovini se plačuje prometni davek od litra proizvoda in znaša:

	din
a) od naravnega vina	1,10
b) od penečega vina	1,30
c) od piva	0,80
č) od naravnega žganja	3,50
d) od umetnega žganja	2,50
e) od specialnih vin (desertnih, likerskih in aromatiziranih) in desertnih pijač, če znaša nabavna cena za en liter:	
— do 7 din	2,00
— nad 7,00 din do 10,00 din	3,00
— nad 10,00 din	6,00
f) od likerjev in močnih alkoholnih pijač, če znaša nabavna cena za en liter:	
— do 12,00 din	3,70
— nad 12,00 din do 17,00 din	7,00
— nad 17,00 din	10,00

B. STORITVE

Tarifna št. 1

- | | |
|--|----|
| Frizerske, kolarske, kovaške, sodarske in strelovodno-inštalaterske storitve | 8% |
|--|----|

Tarifna št. 2

- | | |
|---|-----|
| Akumulatorske, avtomehaniške, avtoličarske, kleparske in ključavničarske storitve | 12% |
|---|-----|

Tarifna št. 3

- | | |
|--|-----|
| Elektroinstalaterske in parketerske storitve | 15% |
|--|-----|

Tarifna št. 4

- | | |
|--|-----|
| Prevoz blaga z motornimi vozili in od razrezanega lesa | 20% |
|--|-----|

Tarifna št. 5

Od obrtnih in podobnih storitev ki niso našteje v tarifni št. 1 do 4, razen od obrtnih storitev čevljarjev, krojačev, mlatilničarjev, mlinarjev, pletilj in šivilj 10 %

C. SPLOŠNA TARIFA

Tarifna št. 1

Od loterij in drugih iger na srečo ki jih prirejajo drugi prireditelji, razen Jugoslovanske loterije, od vrednosti prodanih srečk in od vlog na javnih stavah izvzemši športno napoved . . . 10 %

Tarifna št. 2

Od plačil za nepremičnine ali premičnine dane v zakup ali v podzakup, izvzemši plačila za najem ali podnajem stavb 5 %

Pripomba: Prometni davek po tej tarifni št. se ne plača, če je zakupnik gospodarska organizacija z družbenimi sredstvi, ki se ukvarja s kmetijsko dejavnostjo ali s pridelovanjem semen in sadik za osnovanje in gojitev gozdov.

Št. 421-2/62-59

Lenart, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

524.

Po 60. členu temeljnega zakona o gospodarskem poslovanju (gospodarjenju) s stanovanjskimi hišami v družbeni lastnini (Uradni list SFRJ, št. 35-611/65) in 161. členu statuta občine Lenart (Uradne objave, št. 16-188/67, št. 18-207/67 in Uradni list SRS, št. 6-23/69, št. 43-209/69 in št. 11-118/70) je skupščina občine Lenart na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi odloka o minimalnih tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš in stanovanj v družbeni lastnini in o načinu delitve sredstev za investicijsko in tekoče vzdrževanje na območju občine Lenart

1. člen

V 5. členu točke a odloka o minimalnih tehničnih normativih za vzdrževanje stanovanjskih hiš in stanovanj v družbeni lastnini in o načinu delitve sredstev za investicijsko in tekoče vzdrževanje na območju občine Lenart (Medobčinski uradni vestnik, št. 30-471/65, št. 22-338/66 in Uradne objave, št. 22/67), se na koncu dodata alineji, ki glasita:

- čiščenje dimnikov,
- odvoz smeti in fekalij.

2. člen

V točki c 5. člena zgoraj navedenega odloka se črtata alineji, ki glasita: čiščenje dimnikov, odvoz smeti in fekalij.

3. člen

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

Št. 36-8/65-17

Lenart, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

525.

Na podlagi 1. in 4. člena odloka o določitvi pristojnosti svetov in upravnih organov občinske skupščine Lenart za opravljanje zadev, ki so določene z zveznimi in republiškim predpisi kot pristojnost občinske skupščine (Uradni list SRS, št. 38/70), v zvezi z 92. in 3. odstavkom 99. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69, št. 40/69 in št. 26/70) je svet za družbeno načrtovanje in finance skupščine občine Lenart na seji dne 22. decembra 1970 sprejel

SKLEP

o ugotovitvi letnega kosmatega osebnega dohodka delavca oziroma uslužbenca ustrezne strokovne izobrazbe iste oziroma podobne dejavnosti na podlagi katerega se določa pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevkov od obrtnih in drugih gospodarskih dejavnosti oziroma od intelektualnih storitev

I. Obrtne in druge gospodarske dejavnosti:

	Največji letni kosmati OD	Povprečni letni kosmati OD
1. čevljarji, pletilje, sedlarji, šivilje, tapetniki, žagarji drv	12.000	10.000
2. kamnoseki, kolarji, kovači, krojači, mlinarji, sodarji, slaščičarji, urarji	14.000	12.000
3. avtotaksiji, frizerji, kleparji, izdelovalci opeke, opekarji, strelovodni instalaterji, vulkanizerji	16.000	14.000
4. avtokleparji, avtomehaniki, ključavničarji, parketarji, pečarji, radiomehaniki, sitarji, soboslikarji in pleskarji, tesarji, vodovodni instalaterji, proizvajalci jedilnega olja	20.000	17.000
5. akumulatorstvo, fotografi	24.000	22.000
6. elektroinstalaterji, mizarji	28.000	25.000
7. avtoprevozniki, fotolitoretušerji, gostilničarji, mesarji, zidarji	35.000	32.000

II. Intelektualne storitve

1. odvetniki	45.000	42.000
2. vsi drugi	22.000	18.000

Št. 400-24/69-103

Lenart, dne 22. decembra 1970.

Predsednik
sveta za družbeno načrtovanje
in finance
Valentin Novak l. r.

Predsednik
skupščine občine Lenart
Franjo Muršec l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LITIJA

526.

Na podlagi 50. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68, št. 56/69 in št. 32/70), 52. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64) in 137. člena statuta občine Litija je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb občine Litija v I. trimesečju 1971

1. člen

Potrebe organov skupščine občine Litija in njenih skladov se v I. trimesečju 1971 financirajo na podlagi proračuna za leto 1970.

2. člen

Izdatki v I. trimesečju ne morejo presežati 25 % skupnih izdatkov, izvršenih po proračunu za leto 1970.

3. člen

Dohodki in izdatki, pobrani oziroma porabljeni na podlagi tega odloka so sestavni del proračunskih dohodkov in izdatkov proračuna občine Litija za leto 1971.

4. člen

Svet za družbeni plan in finance je pooblaščen, da v primeru neenakomernega dotoka proračunskih dohodkov najame za nemoteno financiranje proračunskih izdatkov ustrezno višino kredita iz rezervnega sklada.

5. člen

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

Št. 010-11/63

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

527.

Na podlagi 1. in 15. člena temeljnega zakona o prometnem davku (Uradni list SFRJ, št. 12/65, št. 32/68) in 1. in 2a člena zakona o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Uradni list SRS, št. 22/65, št. 40/68, št. 33/70) in 137. člena statuta občine Litija (Uradni list SRS, št. 8/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi odloka o prometnem davku od nepremičnin in pravic

1. člen

V 1. členu odloka o prometnem davku od nepremičnin in pravic (Glasnik, št. 48/65) se stopnje promet-

nega davka od nepremičnin in pravic spremenijo in se glasijo:

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

2. člen

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

Št. 010-23/65

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

528.

Na podlagi 137. člena statuta občine Litija in tretjega odstavka 13. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67, št. 23/67, št. 40/68, št. 11/69 in št. 15/70) in 2. točke odloka ZIS o maksimiranju cen za posamezna živila in storitve (Uradni list SFRJ, št. 48/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o zadržanju cen za posamezna živila in storitve

1. člen

S tem odlokom se ugotavlja, da so bile cene na dan 29. oktobra 1970 na ravni:

1. za kruh:
 - a) iz moke T. 1000 1,90 din/kg
 - b) iz moke T. 600 2,20 din/kg
 - c) iz moke T. 400 2,60 din/kg
2. za meso:
 - a) goveje 15,77 din/kg
 - b) telečje 21,50 din/kg
 - c) svinjsko 16,40 din/kg
 - č) perutninsko 12,50 din/kg
3. za mleko:
 - pasterizirano, standardne
kakovosti s 3,2 % toščice v polietilenski embalaži 1,60 din/l
 - b) steklenično 1,55 din/l

2. člen

Kot ukrep neposredne družbene kontrole cen ostanejo cene za kruh, meso, mleko, stanarine in komunalne storitve na ravni, na kateri so bile na dan 29. oktobra 1970.

3. člen

Cene obrtnih izdelkov in storitev, ki so se po veljavnih predpisih lahko oblikovale po tržnih razmerah, se sestavljajo pod neposredno družbeno kontrolo in zadržujejo na ravni, na kateri so bile na dan 29. oktobra 1970.

4. člen

S tem odlokom preneha veljati odlok o najvišji ravni cen in najvišjih maržah v prometu na drobno za določene živilske proizvode št. 010-21/65-1.

5. člen

Skupščina občine Litija pooblašča v primeru sklenitve sporazuma o spremembi zadržanih cen na Gospodarski zbornici SR Slovenije Zavod SR Slovenije za cene, da da nanj soglasje.

6. člen

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

Št. 010-21/65

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

529.

Na podlagi 2. člena zakona o izločanju sredstev za stanovanjsko izgradnjo (Uradni list SFRJ, št. 35/65) in 137. člena statuta občine Litija (Uradni list SRS, št. 6/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o odstotku sredstev, ki se izločajo iz sklada skupne porabe za subvencioniranje stanarine

1. člen

Delovne organizacije in druge družbene pravne osebe ter državni organi vplačujejo v letu 1971 na poseben račun pri službi družbenega knjigovodstva iz sredstev iz 1. člena zakona o izločanju sredstev za stanovanjsko izgradnjo (Uradni list SFRJ, št. 35/65) 7% za kritje razlike v stanarini (subvencioniranje).

2. člen

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

Št. 010-1/66-2

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

530.

Na podlagi III. točke odloka o premijah za kravje mleko v letu 1970 (Uradni list SRS, št. 16/70) in 221. člena statuta občine Litija (Uradni list SRS, št. 6/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o premiji za kravje mleko za leto 1970

1. člen

Delovnim organizacijam, ki prodajajo sveže kravje mleko, se bo izplačala premija 0,10 din za vsak liter prodanega svežega kravjega mleka na območju občine Litija.

2. člen

Premija iz 1. člena se bo izplačevala v breme proračunskih sredstev občine. Obračunavala in priznavala se bo ob pogojih in na način, ki je določen z zveznimi in republiški predpisi ter s tem odlokom.

3. člen

Z dnem uveljavitve tega odloka preneha veljati odlok o premiji za kravje mleko za leto 1969.

4. člen

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

Št. 010-14/65

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

531.

Na podlagi 137. člena statuta občine Litija (Uradni list SRS, št. 6/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o ustanovitvi sklada za pospeševanje razvoja gospodarstva v občini Litija

1. člen

Skupščina občine Litija in delovne organizacije, ki imajo sedež ali delovne enote na območju občine Litija, ustanovijo sklad za pospeševanje razvoja gospodarstva (v nadaljnjem besedilu: sklad).

2. člen

Namen sklada je zbiranje, združevanje in upravljanje sredstev za pospeševanje razvoja gospodarstva na območju občine Litija.

3. člen

Dohodki sklada so:

1. sredstva, ki jih prispeva skupščina občine Litija,
2. sredstva, ki jih prispevajo delovne organizacije na podlagi sklenjenega dogovora,

3. posojila,
4. drugi dohodki.
Sklad lahko najema posojila,

4. člen

Sredstva sklada se praviloma dajejo kot kredit, izjemoma kot dotacija in se uporabljajo v skladu s smernicami za gospodarski in družbeni razvoj občine.

5. člen

Sklad je pravna oseba.
Upravljanje sklada temelji na načelih družbenega upravljanja.

- Organ upravljanja je upravni odbor sklada.
Upravni odbor imenuje občinska skupščina.
Mandatna doba članov traja 4 leta.

Sklad ima statut, ki ga sprejme upravni odbor, potrdi pa občinska skupščina.

6. člen

Za finančno in materialno poslovanje se uporabljajo predpisi o materialnem poslovanju državnih organov in določila zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji.

7. člen

Sklad ima obvezno rezervo.
Višina in način uporabe rezerve se določita s finančnim načrtom.

8. člen

Za obveznosti sklada je odgovoren sklad z vsemi svojimi sredstvi.

9. člen

Upravni odbor sklada je dolžan poročati o svojem delu občinski skupščini in delovnim organizacijam, ki prispevajo v sklad, na zahtevo, najmanj pa enkrat letno.

10. člen

Odredbodajalec za izvrševanje finančnega načrta je predsednik upravnega odbora sklada ali član upravnega odbora, ki ga določi upravni odbor.

11. člen

Administrativne, tehnične in finančne posle sklada opravljajo pristojni upravni organi občinske skupščine.

12. člen

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

Št. 010-4/70

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija

Stane Volk l. r.

532.

Na podlagi 137. člena statuta občine Litija je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o priznavalninah

1. člen

Priznavalnina je materialno priznanje družbe za zasluge udeležencem NOV, aktivnim sodelavcem NOV, udeležencem španske državljanske vojne in borcem za severno mejo v letih 1918/19.

Priznavalnina se lahko dodeli v izjemnih primerih tudi družinskim članom (zakoncem, staršem) oseb iz prvega odstavka tega člena, če jih je pokojni preživljal in če izpolnjujejo druge pogoje določene s tem odlokom.

2. člen

Pravico do priznavalnine po določbah tega odloka imajo le osebe s stalnim prebivališčem na območju občine Litija.

3. člen

Priznavalnina je lahko enkratna, začasna ali stalna.

4. člen

Enkratna priznavalnina se dodeli osebam iz 1. člena tega odloka, če zaidejo v težjo materialno stisko, ki je prehodnega značaja.

5. člen

Začasna priznavalnina se prizna osebam iz 1. člena tega odloka če v krajšem obdobju zaidejo v težje materialne razmere in so zato potrebničasne materialne pomoči.

6. člen

Stalna priznavalnina se lahko prizna osebam iz 1. člena tega odloka, če so nepreskrbljene in za pridobitno delo trajno nesposobne.

Višinačasne, enkratne in stalne priznavalnine se določi s pravilnikom, ki ga sprejme komisija iz 8. člena tega odloka.

7. člen

Postopek za dodelitev priznavalnine se uvede na vlogo stranke ali na predlog organizacije ZZB NOV.

8. člen

O dodelitvi priznavalnine in o njeni višini sklepa komisija na podlagi določil tega odloka ter po kriterijih za dodelitev priznavalnine, zajetih v pravilniku o priznavalninah, ki ga sprejme komisija za zadeve borcev in invalidov NOV pri skupščini občine Litija in ga potrdi skupščina občine ter je sestavni del tega odloka.

Pri dodeljevanju in odmerjanju priznavalnin se upoštevajo zlasti:

1. prosiščeve zasluge
2. čas vstopa

3. dohodki in premoženjsko stanje prosišca in njegovih družinskih članov, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu.

Pri dodeljevanju priznavalnine po določbah 4., 5. in 6. člena tega odloka se upoštevajo starost, zdravstveno stanje in pridobitna sposobnost prosilca in njegovih družinskih članov, s katerimi živi v skupnem gospodinjstvu.

9. člen

Pri presojanju pravice do priznavalnine po pravilniku, ki ga sprejme komisija iz prvega odstavka 8. člena tega odloka se vzame za osnovo dohodka štirikratni katastrski dohodek od zemljišča, ostali dohodki se štejejo v dejanskem znesku.

10. člen

Komisija za zadeve borcev NOV pri skupščini občine Litija lahko v izjemnih primerih kot so: trajna in popolna nesposobnost za delo ali potreba po tuji pomoči, dodeli oziroma odmeri tudi večjo priznavalnino kot je določeno s pravilnikom o dodeljevanju priznavalnin.

11. člen

Odločbo o dodelitvi, ukinitvi ali zavrnitvi priznavalnine izda oddelek za občno upravo in družbene službe skupščine občine Litija.

Zoper odločbo je dovoljena pritožba na Republiški sekretariat za zdravstvo in socialno varstvo SRS v roku 15 dni po prejemu odločbe.

12. člen

Priznavalnina se dodeli in izplačuje od prvega dne naslednjega meseca po vložitvi zahteve.

13. člen

S spremembo pogojev, zaradi katerih je bila dodeljena priznavalnina, se ta lahko zmanjša, poveča ali ustavi.

Spremenjeni pogoji se upoštevajo od prvega dne naslednjega meseca po nastali spremembi.

Uživalec priznavalnine je dolžan najkasneje v 15 dneh sporočiti organu, ki je odločbo izdal, vsako spremembo, ki vpliva na višino in prejemanje priznavalnine, premoženjsko stanje, družinsko skupnost, sprememba stalnega prebivališča in druge okoliščine.

14. člen

Uživalec priznavalnine ima pravico do zdravstvenega varstva, če te pravice nima zagotovljene po drugih predpisih.

15. člen

Finančna sredstva za priznavalnine se zagotovijo v proračunu skupščine občine Litija.

16. člen

Z dnem, ko začne veljati ta odlok prenehajo veljati določila odloka o družbeni pomoči (Uradni list SRS, št. 6-34/68), ki se nanašajo na družbeno pomoč NOV in borcem za severno mejo v letih 1918/19.

17. člen

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

Št. 010-6/70

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

533.

Na podlagi 92. in 99. člena zakona o prispevkih in davkih občanov (Uradni list SRS, št. 7/69 in št. 40/69) ter 137. člena statuta občine Litija (Uradni list SRS, št. 6/70) je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o ugotovitvi najvišjih in povprečnih letnih kosmatih osebnih dohodkov delavcev za leto 1971 v občini Litija

1. člen

Najvišji in povprečni kosmati letni osebni dohodek delavcev ustrezne strokovne izobrazbe v delovnih organizacijah, na podlagi katerega se bo določila pavšalna in dejanska osnova za odmero prispevka od obrtnih in drugih gospodarskih dejavnosti ter intelektualnih storitev je:

I

Dejavnost	Najvišji letni kosmati OD din	Povprečni kosmati OD din
1. Predelovanje nekovin — vse obrti iz te stroke . . .	22.000	18.000
2. Predelovanje kovin — precizna mehanika za računske, pisalne in podobne stroje	25.000	18.000
— ključavničarstvo, kleparstvo, kovinostrugarstvo, strojno ključavničarstvo, avtokleparstvo, avtomehanika	26.000	22.000
— vse obrti iz te stroke . . .	22.000	19.000
3. Izdelovanje električnih aparatov in pribora — vse obrti iz te stroke . . .	28.000	22.000
4. Izdelovanje kemičnih izdelkov — vse obrti iz te stroke . . .	24.000	20.000
5. Predelovanje lesa: — kolarstvo in izdelovanje lesenih karoserij	22.000	18.000
— mizarstvo	25.000	21.000
— vse obrti iz te stroke . . .	25.000	20.000
6. Predelovanje papirja — vse obrti iz te stroke . . .	19.000	16.000
7. Izdelovanje tekstilnih izdelkov — vse obrti iz te stroke . . .	19.000	17.000
8. Predelovanje usnja — vse obrti iz te stroke . . .	20.000	16.000
9. Izdelovanje gumijastih izdelkov — vse obrti iz te stroke . . .	18.000	16.000
10. Izdelovanje živil — vse obrti iz te stroke . . .	19.000	16.000
11. Tiskarne in knjigovoznice — vse obrti iz te stroke . . .	24.000	18.000
12. Izdelovanje in popravljanje raznovrstnih izdelkov — vse obrti iz te stroke . . .	28.000	21.000
13. Stavbna obrt — vse obrti iz te stroke . . .	27.000	24.000
14. Obrtne, osebne in druge storitve — modno frizerstvo	19.000	18.000

— žensko frizerstvo	22.000	20.000
— vse ostale obrti iz te stroke	21.000	18.000
15. Gostinstvo	24.000	20.000
16. Avtoprevoznništvo		
— s tovornimi vozili	30.000	23.000
17. Avtotaksiji	19.000	17.000

II

Intelektualne storitve

1. Odvetniki, zdravniki, dentisti	33.000
2. Ostali poklici	11.000

2. člen

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

Št. 010-7/70

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

534.

Na podlagi 19. člena zakona o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih (Ur. list SRS, št. 41/66) in zakona o minimalnem osebnem dohodku delavcev (Ur. list SRS, št. 26/70) in 137. člena statuta občine Litija je skupščina občine Litija na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o določitvi najnižjih osebnih dohodkov delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih, za katere ni mogoče ugotoviti osebnega dohodka na podlagi evidenc izplačanih osebnih dohodkov v družbenem sektorju

1. člen

Delavci pri zasebnih delodajalcih imajo pravico do osebnega dohodka, ki ne sme biti nižji od osebnega dohodka, ki ga za enako ali podobno delo povprečno prejema delavci v delovnih organizacijah, ki delajo z družbenimi sredstvi.

Povprečne osebne dohodke teh delavcev ugotavlja organ za delo občinske skupščine.

2. člen

Za dela in poklice, za katere ni mogoče ugotoviti osebnega dohodka na način, določen v prejšnjem členu, morajo zasebni delodajalci plačevati svojim delavcem tele najnižje osebne dohodke:

	VK	KV din	NK
avtoličar	1.200	800	600
avtoprevoznik	1.300	900	—
brivec	900	600	—
cementinar	1.200	800	600
čevljar	1.100	700	—
dimnikar	1.000	800	—
frizer	900	600	—
gospodinjka pomočnica	—	—	600
gospodarski pomočnik	—	—	600
instalater centralne kurjave	1.200	800	600

	VK	KV din	NK
kamnosek	1.200	800	600
krojač moških oblek	1.100	700	—
krojačica ženskih oblek	1.000	600	—
kovač	1.200	800	600
mlinar	—	800	600
pečar	1.200	800	600
plastičar	—	800	600
radiomehanik	1.300	900	—
tapetnik	1.200	800	—
urar	1.200	800	—
slaščičar	1.100	800	600

3. člen

Če daje zasebni delodajalec delavcu hrano in stanovanje mora izplačati delavcu v denarju vsaj 40 % najnižjega osebnega dohodka, če pa mu je zagotovljeno le stanovanje pa se lahko izplačilo v denarju zniža za 10 % od zneska, določenega v 2. členu tega odloka.

4. člen

Skupščina občine Litija pooblašča upravni organ, pristojen za delo in delovna razmerja, da z določbo določi višino najnižjega zneska osebnega dohodka v smislu 2. člena tega odloka za tiste poklice, ki zaenkrat še niso zajeti v tem odloku.

5. člen

Z dnem ko začne veljati ta odlok, preneha veljati enak odlok, objavljen v Uradnem listu SRS, št. 39/67 in št. 6/68.

6. člen

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

Št. 010-10/70

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

535.

Na podlagi 28. in 39. člena temeljnega zakona o sredstvih za delo upravnih organov (Uradni list SFRJ, št. 46/64, št. 57/65 in št. 1/67), 57. člena uredbe o finančnem poslovanju upravnih organov (Uradni list SFRJ, št. 52/66 in št. 38/67) ter na podlagi 137. člena statuta občine Litija sta občinski zbor in zbor delovnih skupnosti na seji dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o amortizaciji osnovnih sredstev v upravnem organu skupščine občine Litija

1. člen

Upravni organ skupščine občine Litija v obliki amortizacije nadomešča vrednost sredstev, porabljenih pri opravljanju svoje dejavnosti.

2. člen

Upravni organ obračunava amortizacijo po stopnjah, predpisanih z zakonom o stopnjah amortizacije osnovnih sredstev delovnih organizacij (Uradni list SFRJ, št. 52-608/66).

3. člen

Upravni organ vlaga amortizacijska sredstva v sklad opreme in jih uporablja po predpisih, ki veljajo za uporabo amortizacijskih sredstev delovnih organizacij.

4. člen

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

Št. 010-5/70

Litija, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Litija
Stane Volk l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA MOSTE-POLJE

536.

Na podlagi 12. člena zakona o razlastitvi (Uradni list SFRJ, št. 11/68 in št. 30/68) je Skupščina občine Ljubljana Moste-Polje na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. XII. 1970 sprejela

SKLEP

I

V naselju Bizovik se zgradi križišče Bizoviške ceste s Potjo v dolino.

II

Križišče se uredi v skladu z glavnim projektom št. 161/69-november 1969, na zemljiščih parc. št. 96, 241, 98 in 249, vse k. o. Bizovik.

III

Sklep velja osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS.

Št. 464-18/70

Ljubljana, dne 25. decembra 1970.

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

SKUPŠČINA OBČINE LJUBLJANA VIČ-RUDNIK

537.

Na podlagi 107. člena statuta občine Ljubljana Vič-Rudnik (Uradni list SRS, št. 16/70) in 50. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64) je skupščina občine Ljubljana Vič-Rudnik na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o začasnem financiranju proračunskih potreb za leto 1971

1. člen

Dokler ne bo sprejet proračun občine Ljubljana Vič-Rudnik za leto 1971 se bodo začasno, vendar naj-

dlje tri mesece, financirale proračunske potrebe na podlagi trimesečnega načrta proračunskih dohodkov in izdatkov skladno z določili proračuna za leto 1970.

2. člen

Trimesečni načrt izdatkov ne sme presegati ene četrtine izdatkov proračuna občine za leto 1970.

3. člen

Dohodki in izdatki, doseženi oziroma porabljeni na podlagi tega odloka, so sestavni del proračunskih dohodkov in izdatkov občinskega proračuna za leto 1971.

4. člen

Zaradi neenakomernega priliva proračunskih dohodkov se za financiranje proračunskih potreb najame kratkoročno posojilo pri občinskem rezervnem skladu do zneska 800.000 dinarjev.

Posojilo iz prejšnjega odstavka je brezobrestno in se mora vrniti najkasneje do 30. oktobra 1971.

5. člen

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

Št. 400-30/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Ljubljana Vič-Rudnik
Slavko Korbar, ing. l. r.

538.

Na podlagi 93. in 163. člena statuta občine Ljubljana Vič-Rudnik (Uradni list SRS, št. 16/70), 1. in 5. člena temeljnega zakona o upravnih taksah (Uradni list SFRJ, št. 14/65, št. 11/65, št. 54/67 in št. 51/68) in 2. člena zakona o upravnih taksah (Uradni list SRS, št. 13/69) ter v zvezi s 37. členom statuta mesta Ljubljane (Uradni list SRS, št. 14/70) je skupščina občine Ljubljana Vič-Rudnik na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o prenehanju veljavnosti odloka o upravnih taksah

1. člen

Odlok o upravnih taksah, ki ga je sprejela skupščina občine Ljubljana Vič-Rudnik na seji dne 16. oktobra 1969 (Glasnik, št. 23/69) preneha veljati.

2. člen

Ta odlok se objavi v Uradnem listu SRS, v veljavo pa stopi 1. januarja 1971.

Št. 423-232/70

Ljubljana, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Ljubljana Vič-Rudnik
Slavko Korbar, ing. l. r.

SKUPŠČINA OBČINE LOGATEC

539.

Na podlagi 62. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/64, št. 28/66, št. 1/67, št. 54/67, št. 30/68 in št. 56/69), 64. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 100. člena statuta občine Logatec je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o spremembah in dopolnitvah proračuna občine Logatec za leto 1970****1. člen**

V 2. členu odloka o spremembi proračuna občine Logatec za leto 1970 (Uradni list SRS, št. 26/70) se znesek »2.575.046.—« nadomesti z zneskom »2.509.929.—« in znesek »117.942.—« z zneskom »171.059.—«.

2. člen

V pregledu in razporedu dohodkov proračuna občine Logatec za leto 1970 se razpored dohodkov spremeni v naslednjem:

Glavni namen 03 — kulturno-prosvetna dejavnost, znesek »50.000.—« se nadomesti z zneskom »45.000.—«, 04 — socialno varstvo, znesek »304.000.—« z zneskom »277.900.—«, 05 — zdravstveno varstvo, znesek »104.900.—« z zneskom »109.500.—«, 07 — delo državnih organov, znesek »1.491.500.—« z zneskom »1.493.500.—«, 14 — negospodarske investicije, znesek »161.760.—« z zneskom »138.993.—«, in 19 — nerazporejeni dohodki, znesek 117.942.—« z zneskom »165.159.—«.

3. člen

Spremembe in dopolnitve v splošni razporeditvi dohodkov proračuna in v posebnem delu proračuna za razpored dohodkov se sprejmejo hkrati s tem odlokom in se vroče vsem pristojnim organom.

4. člen

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

Št. 010-1/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

540.

Na podlagi 52. člena zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 36/64, št. 43/67 in št. 40/68) in 100. člena statuta občine Logatec je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o začasnem financiranju proračunskih potreb skupščine občine Logatec v I. trimesečju 1971****1. člen**

Potrebe organov skupščine občine Logatec se v I. trimesečju 1971, do sprejetja proračuna občine Logatec, financirajo na podlagi proračuna za leto 1970.

2. člen

Izdatki ne smejo presegati 25 % skupnih izdatkov po proračunu za leto 1970.

3. člen

Izdatki po tem odloku so sestavni del proračuna skupščine občine Logatec za leto 1971.

4. člen

Svet za družbeni plan in finance skupščine občine Logatec se pooblašča, da v primeru neenakomernega dotoka proračunskih dohodkov, najame iz rezervnega sklada posojilo do višine 200.000 dinarjev.

Najeto posojilo pa je treba vrniti rezervnemu skladu najkasneje do 30. septembra 1971.

5. člen

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

Št. 010-14/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

541.

Na podlagi 1. člena temeljnega zakona o prispevku za uporabo mestnega zemljišča (Uradni list SFRJ, št. 10/65 in št. 23/67), 1. člena zakona o prispevku za uporabo mestnega zemljišča (Uradni list SRS, št. 42/66 in št. 40/67) ter 100. člena statuta občine Logatec je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK**o spremembi in dopolnitvi odloka o prispevku za uporabo mestnega zemljišča****1. člen**

V odloku o prispevku za uporabo mestnega zemljišča (Uradni list SRS, št. 11/68 in št. 35/70) se 2. člen dopolni in spremeni, ki v celoti glasi:

»Za mestno zemljišče se šteje po tem odloku zaidano ali nezaidano zemljišče v ožjih gradbenih okoliših in zunaj teh okolišev v mejah območij, ki jih zajema urbanistični načrt za področje Dolenji Logatec in je komunalno opremljeno.

Za komunalno opremljeno zemljišče se v smislu prejšnjega odstavka šteje zemljišče, na katerem so zgrajene dovozne poti, ki so priključene na cestno omrežje, na katerem je urejena preskrba s pitno vodo ter električno energijo.«

2. člen

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

Št. 010-12/67

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

542.

Na podlagi 26., 29. in 28. člena zakona o izobraževalnih skupnostih in o financiranju vzgoje in izobraževanja v SR Sloveniji (Uradni list SRS, št. 8/69) ter 100. člena statuta občine Logatec je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o oblikovanju sredstev za financiranje vzgoje in izobraževanja v občini Logatec za leto 1971

1. člen

Sredstva temeljne izobraževalne skupnosti občine Logatec za financiranje vzgoje in izobraževanja se oblikujejo iz naslednjih virov:

a) — od prejemkov iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja po stopnji — 3,63 %;

b) — 90 % vseh ostalih prispevkov, razen od prispevka za uporabo mestnega zemljišča.

2. člen

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

Št. 010-13/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

543.

Na podlagi tretjega odstavka 13. člena, 16. in 20. člena zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12/67, št. 23/67, št. 40/68, št. 11/69 in št. 15/70), 2. točke odloka o maksimiranju cen za posamezna živila in storitve (Uradni list SFRJ, št. 48/70) ter 100. člena statuta občine Logatec je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o zadržanju cen za posamezna živila, storitve in obrtne izdelke

1. člen

Drobnoprodajne cene ostanejo na ravni cen, kot so bile na dan 29. oktobra 1970 in sicer za:

1. vse vrste kruha, razen peciva,

2. sveže meso: svinjsko, goveje, perutninsko meso in sveže ribe ter vse vrste drobovine,

3. sveže kravje mleko,

4. stanarine,

5. komunalne storitve,

6. obrtne izdelke in storitve.

2. člen

Za druga živila, katerim so določene najvišje drobnoprodajne cene ali marže, ostanejo v veljavi določila predpisov o najvišjih drobnoprodajnih cenah in maržah občine Logatec.

3. člen

Za obrtne izdelke in storitve se zadrže cene na ravni kot so bile prijavljene do 29. X. 1970 pri upravnem organu pristojnem za cene SO Logatec (odlok o pristojnosti in načinu oblikovanja cen obrtnih in drugih storitev SO Logatec, Uradni list SRS, št. 13/70).

4. člen

Ta odlok začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 29. oktobra 1970.

Št. 010-12/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

544.

Na podlagi 172. člena zakona o narodni obrambi (Uradni list SFRJ, št. 8/69), 66. člena temeljnega zakona o financiranju družbeno-političnih skupnosti (Uradni list SFRJ, št. 31/63, št. 1/67, št. 54/67 in št. 30/68) in 100. člena statuta občine Logatec (Glasnik — Uradni vestnik okraja Ljubljana, št. 6/65) je skupščina občine Logatec na 14. seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o ustanovitvi sklada za financiranje obrambnih potreb, ki so skupnega pomena za občino in delovne organizacije na območju občine Logatec

1. člen

Ustanovi se sklad za financiranje obrambnih potreb, ki so skupnega pomena za občino in delovne organizacije za območje občine Logatec (v naslednjem besedilu: sklad).

2. člen

Sklad je pravna oseba.

Ime sklada je: Sklad za financiranje obrambnih potreb, ki so skupnega pomena za občino in delovne organizacije na območju občine.

Sedež sklada je v Dol. Logatcu.

3. člen

Sklad se ustanovi z namenom zagotavljanja trajnih sredstev za financiranje nalog občine na področju teritorialne obrambe, civilne zaščite ter drugih zadev narodne obrambe, s katerimi se ustvarjajo pogoji in možnosti za zadovoljitev obrambnih potreb, ki so skupnega

pomena za občino Logatec in delovne organizacije na njenem območju.

4. člen

Sklad:

1. financira organiziranje, oboroževanje, opremljanje in usposabljanje enot in služb teritorialne obrambe na območju občine Logatec;

2. financira organiziranje, opremljanje in usposabljanje enot civilne zaštite pri krajevnih skupnostih v občini Logatec;

3. pomaga financirati opremljanje enot CZ v delovnih organizacijah.

5. člen

Sklad upravlja svet za narodno obrambo skupščine občine Logatec.

6. člen

Dohodki sklada so:

1. sredstva iz proračuna občine;
2. sredstva delovnih in drugih organizacij;
3. drugi dohodki.

7. člen

Upravne zadeve sklada opravlja odsek za narodno obrambo, finančne zadeve pa upravni organ, pristojen za finance skupščine občine Logatec.

8. člen

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

Št. 010-11/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

545.

Na podlagi 100. člena statuta občine Logatec, 1. člena zakona o pooblastitvi občinskih skupščin, da določijo pristojnosti občinskih organov za zadeve, določene z zveznimi predpisi (Uradni list SFRJ, št. 26-313/68) in 1. člena zakona o pooblastitvi občinskih skupščin, da določijo pristojnost občinskih organov za opravljanje zadev, ki so določene z republiškimi predpisi (Uradni list SRS, št. 11-86/69) je skupščina občine Logatec na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

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

1. člen

Sveti občinske skupščine kot politično-izvršilni organi občinske skupščine in organi družbenega samoupravljanja na področju, za katero so ustanovljeni, skrbijo za uresničevanje politike in za izvrševanje zakonov, družbenih planov in drugih aktov skupščine. Dajejo predloge za določitev politike občinske skupščine in za sprejetje njenih aktov, sprejemajo predpise,

za katere so pooblašteni, določajo splošne smernice za delo upravnih organov in opravljajo druge politično-izvršne zadeve.

V izvrševanju svojih funkcij iz prejšnjega odstavka opravljajo sveti občinske skupščine Logatec vsak na svojem področju naslednje naloge:

— izdajajo izvršilne predpise na podlagi zveznih in republiških predpisov,

— sprejemajo in obravnavajo poročila o delu organov in organizacij v občini, kot so poročila sodišča, tožilstva, pravobranilstva, sodnika za prekrške, temeljne izobraževalne skupnosti, enot službe družbenega knjigovodstva ter drugih organov in organizacij,

— imenujejo organe na področjih, za katera so pristojni, predstavnike družbene skupnosti v delovnih in drugih organizacijah ter opravljajo druga imenovanja in volitve, razen imenovanj in volitev organov občinske skupščine, sodnikov občinskega sodišča, javnega pravobranilca in sodnikov za prekrške,

— ukrepajo na področju družbene kontrole cen, — razpolagajo z nepremičninami družbene lastnine, zlasti po določbah zakonov o nacionalizaciji, o razlastitvi, o prometu z zemljišči in stavbami, o premoženju bivših agrarnih skupnosti in po drugih predpisih, ki urejajo razpolaganje z nepremičninami družbene lastnine,

— dajejo soglasja k aktom delovnih organizacij, kadar je tako soglasje predpisano za določitev o spremembi dejavnosti ali sedeža delovne organizacije, o spojitvi, pripojitvi in o drugih statusnih odločitvah,

— potrjujejo in obravnavajo načrte in programe organov in delovnih organizacij, kot so finančni načrti skladov, programi in podobno,

— sprejemajo neposredne ukrepe družbenega nadzorstva v razmerju samoupravnih organov v državnih organih ter v delovnih in drugih organizacijah,

— sprejemajo odločitve od drugih politično-izvršilnih zadevah, ki izražajo skrb za izvrševanje skupščinske politike in za izvajanje zakonov ter drugih splošnih predpisov.

Dajanje soglasja k imenovanju oziroma imenovanju direktorja ter imenovanje predstavnikov družbene skupnosti v organe komunalnih delovnih organizacij in drugih delovnih organizacij posebnega družbenega pomena, potrjevanje statotov, dajanje soglasja k splošnim aktom, programom, cenam tarifam in drugim sklepom teh organizacij so v pristojnosti občinske skupščine.

2. člen

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

V izvrševanju svojih funkcij iz prejšnjega odstavka opravljajo upravni organi občinske skupščine Logatec vsak na svojem področju naslednje naloge:

— opravljajo vse zadeve, o katerih se odloča v upravnem postopku, razen o prisilni upravi in o prenehanju delovnih organizacij,

— opravljajo strokovne naloge, kot so pregledovanje, obravnavanje in dajanja mnenja k statutom in drugim splošnim aktom delovnih organizacij, strokovne naloge v zvezi z varstvom rastlin, živali itd.,

— neposredno kontrolirajo in nadzorujejo ter sprejemajo neposredne upravne ukrepe, zlasti na področju izvrševanja proračuna, varstva rastlin, zraka, pred požarom ipd.,

— nadzorujejo zakonitost dela v delovnih in drugih organizacijah,

— dajejo strokovno pomoč organom in organizacijam ter imenujejo strokovne organe,

— opravljajo druge operativne in upravne zadeve, ki predstavljajo neposredno izvrševanje predpisov.

3. člen

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

4. člen

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

Št. 010-16/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

546.

Na podlagi 100. člena statuta občine Logatec (Glasnik, št. 6/65) je skupščina občine Logatec na 14. rednem zasedanju občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi odloka o osebnem dohodku in povračilu osebnega dohodka ter materialnih in potnih stroškov odbornikom, funkcionarjem in članom skupščinskih organov ter predstojnikom organov, ki jih imenuje občinska skupščina Logatec

1. člen

3. člen odloka o osebnem dohodku in povračilu osebnega dohodka ter materialnih in potnih stroškov odbornikom, funkcionarjem in članom skupščinskih organov ter predstojnikom organov, ki jih imenuje občinska skupščina Logatec (Uradni list, SRS, št. 30/70) se spremeni tako, da se glasi:

»Predsedniku in tajniku občinske skupščine ter predstojnikom temeljnih upravnih organov občine Logatec se določi stalno mesečno povračilo osebnega dohodka tako, da se povprečni mesečni osebni dohodek zaposlenih na območju občine Logatec pomnoži s količnikom, ki znaša:

- za predsednika od 3—3,6
- za tajnika od 2,4—3,2
- za načelnike oddelkov od 2—3
- za druge predstojnike od 1,6—2,6.«

2. člen

4. člen se spremeni tako, da se glasi:

»Komisija za volitve, imenovanja in kadrovske zadeve določi funkcionarjem iz 3. člena tega odlo-

ka količnik v okviru navedenega razpona in pri tem upošteva značaj in obseg nalog, strokovnost in delovne izkušnje, rezultate dela ter druge osnove in merila, ki jih določi s posebno odločbo.«

3. člen

Tretji odstavek 8. člena se spremeni tako, da se glasi:

»Za obračun povračila stroškov za službena potovanja se smiselno uporabljajo določbe odloka o izdatkih za potne in druge stroške, ki se priznavajo občinskemu organom med materialne stroške (Uradni list SRS, št. 15/68).«

4. člen

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

Št. 010-10/70

Logatec, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Logatec
Vinko Haložan l. r.

SKUPŠČINA OBČINE VRHNIKA

547.

Na podlagi V. dela odloka o načinu in pogojih za uporabo sredstev, zbranih s prispevkom za graditev stanovanj za udeležence NOV (Uradni list SRS, št. 15/69) in 111. člena statuta občine Vrhnika (Uradni list SRS, št. 2/67) je skupščina občine Vrhnika na seji občinskega zbora in zbora delovnih skupnosti dne 24. decembra 1970 sprejela

ODLOK

o spremembi odloka o merilih za uporabo finančnih sredstev, namenjenih za stanovanja udeležencev NOV

1. člen

V odloku o merilih za uporabo finančnih sredstev, namenjenih za stanovanja udeležencev NOV (Uradni list SRS, št. 23/69) se 14. člen črta.

2. člen

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

Št. 2/3-59-09/68-70

Vrhnika, dne 24. decembra 1970.

Predsednik
skupščine občine Vrhnika
Franci Širok l. r.

Splošni akti komunalnih skupnosti

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV CELJE

548.

Po 105. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in 125. členu statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu skupnosti za zdravstveno zavarovanje delavcev Celje za leto 1971

1. člen

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic za obvezne oblike zdravstvenega varstva ter zdravstvenega zavarovanja, po statutu določenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja in za primer nesreče pri delu in poklicne bolezni.

2. člen

Sredstva, predvidena s finančnim načrtom, se morajo uporabljati namensko in racionalno.

3. člen

Finančni načrt skupnosti za zdravstveno zavarovanje delavcev izkazuje:

	din
— skupnih dohodkov	138.006.000
— obvezna rezerva	3.450.000
— čisti dohodki	134.556.000
— skupni izdatki	134.556.000

4. člen

Skupni dohodki zajemajo dohodke, določene v 176. členu statuta.

Plačani prispevki se delijo tako, da se upoštevata pri posameznih kategorijah zavarovanih oseb obseg pravic po zakonu in statutu skupnosti.

Predpisane skupne stopnje in pavšalni prispevki za zdravstveno zavarovanje se na posamezne oblike razdelijo takole:

	Bruto stopnja	Ključ delitve v %	
— za obvezne oblike	3,16	39,5	46,5
— za pravice po statutu	3,64	45,5	53,5
— za nesreče pri delu	1,10	13,75	—
— za nesreče pri delu — investicije	0,10	1,25	—
Skupaj	8,00	100,00	100,00

Sredstva, zbrana za investicije v višini 0,10 % bruto, se izločajo pred ugotovitvijo skupnega dohodka kot posebna namenska sredstva za investicije v zdravstvu.

5. člen

Sredstva za kritje stroškov za obvezne oblike zdravstvenega varstva za osebe po 44. členu zakona se zagotavljajo tako, da občinske skupščine povrnejo skupnosti dejanske stroške zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

Od skupnih izdatkov za zdravstveno zavarovanje odpade na:

— izdatke za zdravstveno varstvo	107.075.000 din
— izdatke za denarna nadomestila in druge denarne dajatve, obveznosti iz 80. člena zakona in ostale obveznosti in izdatke, ki jih določa zakon in statut	27.481.000 din

7. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo zajemajo izdatke za oblike zdravstvenega varstva, ki so določene v zakonu in statutu.

8. člen

Skupščina lahko spremeni elemente finančnega načrta med letom, če se spremenijo instrumenti formiranja dohodka in predpisi, ki regulirajo izdatke, zlasti, če ugotovi neracionalno uporabo sredstev.

9. člen

Dohodki in izdatki se zajemajo in izkazujejo za poslovno leto po kontnem načrtu in pravilniku o organizaciji in načinu vodenja knjigovodstva skupnosti in drugimi predpisi, ki veljajo za skupnost.

10. člen

Med dohodki in izdatki niso zajeta sredstva, ki jih morajo zagotoviti drugi plačniki (občine, samoplačniki, skladi zdravstvenega zavarovanja kmetov itd.).

11. člen

Sredstva za obvezno rezervo se izločajo v višini 2,5 % od skupnih dohodkov.

12. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo na posamezne oblike razdeli izvršilni odbor, upoštevajoč izhodišča družbenega dogovora, temeljnih izhodišč za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje in sklepanje pogodb o izvajanju in financiranju zdravstvenega zavarovanja in specifičnosti skupnosti pri financiranju zdravstvenega varstva.

13. člen

Podrobnejša razčlenitev dohodkov in izdatkov in temeljna izhodišča družbenega dogovora so sestavni del tega sklepa.

14. člen

Ta sklep velja naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za leto 1971.

St. 022-11/70-2/4-S/30

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

549.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 175. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja in prispevek za nesreče pri delu ter poklicno bolezen

1. člen

Stopnja prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne zagotavlja zakon in za razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa statut skupnosti, se od vseh oblik delovnega razmerja določi na 6,8% od bruto osebnega dohodka.

2. člen

Stopnja prispevka za nesrečo pri delu in za poklicno bolezen se od osnov iz 1. člena tega sklepa določi na 1,2% bruto.

Po tej stopnji se plačuje tudi prispevek za nesrečo pri delu in za poklicno bolezen za upokojene, ki so v delovnem razmerju in polno pokojnino ter za osebe, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, vendar so zavarovane za nesrečo pri delu in poklicno bolezen.

3. člen

Prispevek po 1. in 2. členu tega sklepa se obračunava in plačuje od kosmatih zneskov osebnih dohodkov iz delovnega razmerja, od vseh tistih zneskov in osnov, od katerih se po veljavnih predpisih in po pravilniku o ugotavljanju osnov in o obračunavanju ter plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje obračunavajo in plačujejo ti prispevki.

4. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/26

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

550.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 175. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu

1. člen

Zavarovanci prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev so dolžni plačevati za svoje delavce, katerim odobrijo neplačani dopust ali ko ti upravičeno ali neupravičeno izostanejo z dela brez pravice do nadomestila, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela v višini 6,8% od bruto osnove.

2. člen

Osnova za obračun prispevka za zdravstveno zavarovanje je poprečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil neplačani dopust ali, ko je nastopila kaka druga okolnost iz 1. člena tega sklepa.

3. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/27

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

551.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 175. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede — osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti

1. člen

S tem sklepom se določajo zavarovalni razredi in zavarovalne osnove, od katerih se plačujejo prispevki za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in sicer za:

- osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost ter samostojne gostince, ki opravljajo po predpisih o zasebnem gostinstvu gostinsko dejavnost; in so po veljavnih predpisih vpisane v register oziroma ustrezno evidenco;
- odvetnike, ki so vpisani v register pri odvetniški zbornici;
- katoliške, duhovnike;
- športnike — amaterje;
- kolporterje tiska;
- umetnike, književnike, skladatelje ter prevajalce znanstvenih in književnih del, ki jim je po zakonitih predpisih priznana ta lastnost;
- druge osebe, ki opravljajo dejavnosti, ki jih predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2. člen

Osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost in samostojno gostinjsko dejavnost, se glede na letno davčno osnovo razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in se jim določijo naslednje mesečne osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna davčna osnova din	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevkov
do 10.000	VI.	800
od 10.001 do 20.000	V.	1200
od 20.001 do 30.000	IV.	1700
od 30.001 do 45.000	III.	2200
od 45.001 do 60.000	II.	2800
nad 60.000	I.	3400

Zavarovane osebe iz 1. odstavka te točke se razvrščajo v zavarovalne razrede in se jim določa osnova za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki so jo te osebe dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 31. 5. tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz 1. odstavka te točke tega sklepa v 8 dneh po vpisu v register oziroma ustrezno evidenco, se razvrsti v VI. zavarovalni razred z osnovo 800 dinarjev.

Zavarovančev družinski član, ki izpolnjuje pogoje za zdravstveno zavarovanje, se razvrsti v isti zavarovalni razred kot nosilec obrti oziroma obrtne ali gostinjske dejavnosti.

3. člen

Odvetniki se glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in se jim določijo naslednje mesečne osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna osnova osebnega dohodka od intelektualnih storitev din	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevkov
do 30.000	IV.	1700
od 30.001 do 45.000	III.	2200
od 45.001 do 60.000	II.	2800
nad 60.000	I.	3400

4. člen

Katoliški duhovniki se ne glede na pokojninsko dobo in davčno osnovo razvrstijo v enotni zavarovalni razred in se jim določijo osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v mesečnem znesku 1100 din.

5. člen

Sportniki — amaterji, ki prejema hrano in prejemajo hrano, se ne glede na pokojninsko dobo in davčno osnovo razvrstijo v enotni zavarovalni razred in se jim določijo osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v mesečnem znesku 900 din.

6. člen

Kolporterji tiska, se ne glede na pokojninsko dobo in davčno osnovo razvrstijo v enotni zavarovalni razred in se jim določijo osnova, od katere plačujejo pri-

spevek za zdravstveno zavarovanje v mesečnem znesku 900 din.

7. člen

Umetniki, književniki, skladatelji ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je po zakonskih predpisih priznana ta lastnost, se ne glede na pokojninsko dobo in davčno osnovo razvrstijo v enotni zavarovalni razred in se jim določijo osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v mesečnem znesku 1200 din.

8. člen

Druge osebe, ki opravljajo dejavnosti, ki jih predpisi opredeljujejo kot samostojne poklicne dejavnosti, se glede na njihovo izobrazbo razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in se jim določijo naslednje mesečne osnove:

- z nižjo in srednjo izobrazbo 900 din
- z višjo in visoko izobrazbo 1500 din.

9. člen

Osnove za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v tem sklepu, so neto zavarovalne osnove, na katere se uporabljajo neto prispevne stopnje.

10. člen

Zavarovanci iz 2. in 3. člena tega sklepa se razvrščajo v zavarovalne razrede na podlagi odločb o davčnih osnovah vsakega 1. julija v letu.

Zavarovalne osnove iz tega sklepa se valorizirajo vsakega 1. julija v letu z valorizacijskim količnikom, ki ga ugotovi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev s posebnim sklepom na podlagi gibanja poprečnih osebnih dohodkov.

11. člen

Zavarovalne osnove, določene s tem sklepom se uporabljajo do 30. junija 1972.

12. člen

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

St. 022-11/70-2/4-S/28

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

**Predsednik
Franc Ban l. r.**

552.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 28/70) in 175. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije oseb, ki uživajo posamezne pravice iz zdravstvenega zavarovanja

1. člen

Za kategorije oseb iz 5., 6. in 7. točke 14., 15. in 29. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70 — v nadaljnjem besedilu ZZZ) se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
1.	Jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno — 5. tč. 1. odst. 14. čl. ZZZ	71,00
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas — 6. tč. 1. odst. 14. čl. ZZZ	60,00
3.	Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu — 7. tč. 1. odst. 14. člena ZZZ	22,00
4.	Osebe iz 15. člena ZZZ, ki 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	71,00
5.	Uživalci stalnih priznavaščin oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih — 1. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	69,00
6.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa — 2. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	51,00
7.	Učenci strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev — 3. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	20,00
8.	Otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, vnuki, bratje, sestre in drugi k sebi vzeti otroci, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev — 4. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20,00
9.	Osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta — 5. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	71,00
10.	Osebe, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo — 6. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	51,00
11.	Osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj šest ur na dan — 7. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20,00

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
12.	Osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo — 8. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	20,00
13.	Osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo — 9. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	20,00
14.	Osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju — 10. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	11,00
15.	Uživalci invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po tem zakonu zavarovani za vse zavarovane primere; taki uživalci invalidnine so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine 11. tč. 1. odst. 29. člena ZZZ	69,00

Osebe iz tega člena so zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon in za razširjene oblike, ki jih določa statut skupnosti, osebe iz 2. in 3. točke pa še za nesrečo pri delu in poklicno bolezen.

2. člen

Za kategorije oseb iz 30. člena ZZZ se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih in sicer:

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
1.	Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje — 1. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	40,00
2.	Učenci strokovnih šol in gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom — 2. tč. 1. odst. 30. člena ZZZ	10,00
3.	Pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite — 3. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10,00
4.	Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje — 4. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10,00
5.	Osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi — 5. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10,00
6.	Osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu	10,00

Osebe iz tega člena uživajo zdravstveno varstvo v obsegu, ki ga določata zakon in statut skupnosti za

zavarovance-delavce v primeru nesreče pri delu in poklicne bolezni.

3. člen

Skupnost invalidsko pokojninskega zavarovanja plačuje za upokojene (starostne in družinske) in uživalce pravic do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki so zavarovani pri skupnosti (5. točka 1. odstavek 14. člena ZZZ) prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini (po stopnji) 5,65 % bruto, oziroma po preračunani neto stopnji od pokojnin, oskrbnin oziroma invalidnin.

4. člen

Zavodi za zaposlovanje plačujejo za vse osebe, ki so in dokler so pri njih redno prijavljene (4. točka 1. odstavek 14. člena ZZZ) prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini (po stopnji) 6,8 % bruto, oziroma po preračunani neto stopnji od osnov, ki jih določa 2. odstavek tega člena.

Osnova za obračun prispevka po 1. odstavku tega člena je povprečni osebni dohodek, ki je na območju zavoda za zaposlovanje, osnova za odmero denarnega nadomestila tistim zavarovancem, ki sprejemajo denarno nadomestilo med začasno nezaposlenostjo.

5. člen

Osebe iz 15. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju plačujejo prispevek od čistega povprečnega mesečnega osebnega dohodka, ki so ga prejeli na svojem delovnem mestu v Jugoslaviji v letu pred letom, v katerem so se zaposlili v tujini.

Osebe iz 1. odstavka tega člena, katerih čisti znesek osebnega dohodka ne dosega zneska spodaj navedenih pavšalnih osnov in pred odhodom v tujino nezaposlene osebe, pa plačujejo prispevek od sledečih čistih (neto) pavšalnih mesečnih osnov (zneskov):

	din
— osebe z visoko strokovno izobrazbo	5000
— osebe z višjo strokovno izobrazbo — visokokvalificirani delavci	3800
— osebe s srednjo strokovno izobrazbo — kvalificirani delavci	3100
— osebe z nižjo strokovno izobrazbo — priučeni delavci	2600
— osebe brez strokovne izobrazbe — nekvalificirani delavci	2100

Prispevki po tem členu se obračunavajo in plačajo po 6,8 % bruto stopnji za zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in po statutu skupnosti določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja ter po 1,2 % bruto stopnji za nesreče pri delu in poklicno bolezen, ki se preračunajo na neto prispevne stopnje.

Zavezanci plačujejo najmanj polovico obračunane prispevka v valuti, v kateri so jim bili izplačani oziroma, v kateri so prejeli osebne dohodke.

Izjemoma obračunavajo in plačujejo delovne organizacije, ki dobivajo sredstva po odloku o plačevanju delovnih organizacij negovarskih dejavnosti v tujini (Uradni list SFRJ, št. 52/66) celoten prispevek v prejšnjega odstavka v dinarjih.

6. člen

Vsi prispevki in pavšalne osnove po tem sklepu se vsako leto valorizirajo tako, da se pomnožijo z in-

deksom povprečnega gibanja osebnih dohodkov na območju skupnosti.

7. člen

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, prenehajo veljati vsi predpisi, ki se nanašajo na plačevanje pavšalnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in predpisi, ki se nanašajo na plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje v tujini zaposlenih oseb.

8. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/29

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

553.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in po 40. členu statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o višini prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva

I

Vse, pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe plačajo, kadar uveljavijo pri katerikoli zdravstveni delovni organizaciji na območju tukajšnje skupnosti pravico do katere od oblik zdravstvenega varstva; pravico do zdravlil; pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih naprav; pravico do zobnoprofetične pomoči in zobnoprofetičnih sredstev; pravico do očesnih pripomočkov; ter pravico do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora; k stroškom prispevek (participacija) v višini, ki je določen s tem sklepom.

Kadar uveljavijo pravico do katere od oblik zdravstvenega varstva, ali pravico do zdravlil v zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti; pa prevzame skupnost za uveljavljeno pravico toliko stroškov, da plačajo prispevek k stroškom (participacija) v višini, ki jo določa sklep skupnosti delavcev v območju, na katerem je pravica uveljavljena.

II

Prispevek plača zavarovana oseba pri zdravstveni oziroma drugi delovni organizaciji, ki je zdravstveno varstvo oziroma uslugo ali pripomoček nudila v gotovini.

III

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravstvenega varstva, prispeva k stroškom (participacija) sledeče zneske za tele storitve:

— 15 din za vsak prvi obisk zdravnika na bolniškem domu ob isti bolezni (diagnozi), kadar se opravi na zahtevo zavarovane osebe.

Prispevek se plača samo za en obisk, ne glede na število članov gospodinjstva, ki jih je treba pri istem obisku pregledati;

— 10 din za vsak prvi pregled ob isti bolezni (diagnozi) pri zdravniku — specialistu zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja, na katerega je napotil zavarovano osebo izbrani zdravnik in katerega je zavarovana oseba uveljavila pri specialistu, na katerega se lahko po določenih statuta neposredno obrača (101. člen statuta);

— 30 din za vsak prvi pregled ob isti bolezni (diagnozi) pri zdravniku — specialistu zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja, katerega je uveljavila zavarovana oseba brez napotnice;

Prispevka ne plačajo hospitalizirane zavarovane osebe;

— 80 din za vsako medicinsko intervencijo ob prekinitvi nosečnosti, če izpolnjuje zavarovana oseba pogoje, da bi v tistem letu prejela otroški dodatek;

— 300 din za vse ostale primere medicinske intervencije ob prekinitvi nosečnosti;

— 25 din za vsak prevoz z rešilnim avtomobilom v zdravstveno delovno organizacijo oz. iz nje na dom zavarovane osebe, ki ga odredi zdravnik oz. ga naknadno odobri.

Kadar pa je cena prevoza nižja od zneska prispevka (lokalni prevoz), pa plača zavarovana oseba le znesek cene prevoza.

Prispevek za prevoz se ne plača, če gre za prevoz iz ene zdravstvene delovne organizacije v drugo:

— v celoti za preglede in zdravljenje zastupitve z alkoholom.

Prispevek se plača samo za preglede in zdravljenje akutne zastupitve z alkoholom, ne pa tudi za bolezni ali poškodbe, ki so nastopile kot posledica pijanosti;

— 50 % od cene cepljenja za neobvezna cepljenja, ki jih plača zavarovana oseba ali njena delovna organizacija (24. člen pravilnika o uveljavljanju zdravstvenega varstva).

IV

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do zdravila ali kontracepcijskega sredstva, ki ga predpiše zdravnik na obrazcu recepta za zdravstveno zavarovane osebe na račun skupnosti, plača zavarovana oseba za vsako izdano zdravilo ali kontracepcijsko sredstvo, ne glede na njegovo ceno, ob izdaji v lekarni ali kakoli drugi zdravstveni delovni organizaciji:

— 5 din za vsako izdano zdravilo;

— v celoti za vsako kontracepcijsko sredstvo.

Kadar pa je cena izdanega zdravila ali kontracepcijskega sredstva nižja od predpisanega prispevka, pa plača zavarovana oseba le znesek cene izdanega zdravila ali kontracepcijskega sredstva.

Kadar se zdravilo ali sredstvo, ki se sicer uporablja kot kontracepcijsko sredstvo, uporabi kot zdravilo in to zdravnik, ki ga predpiše izrečno označi na receptu, plača zavarovana oseba prispevek, ki je predpisan za zdravilo.

Kadar gre za zdravila, za katera je potrebna neposredna intervencija strokovnega zdravstvenega delavca (npr. injekcija) ali za zdravila, ki se dajejo v bolnišnicah hospitaliziranim zavarovanim osebam, se prispevek ne plača.

V

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih naprav, prispeva k stroškom ob izdaji pripomočka:

— 65 din za protezo, ortopedski aparat za zgornje oziroma spodnje ude (trazen za terminalni podaljšek ali umetno pest), kovinsko sandalo, ortopedski korzet, invalidski voziček, usnjene rokavice, kilni pas, suspenzori, trebušni pas, steznik, usnjeno kapo in lasulje;

— 55 din za navadne čevlje k protezi ali za ortopedске čevlje, do številke 35;

— 100 din za navadne čevlje h protezi ali za ortopedске čevlje, večje od številke 35;

— 20 din za palico, bergle in ortopedске vložke, ki niso vdelani v ortopedске čevlje;

— 15 din za gumijaste nogavice (kratke za skočni sklep, nadkolenice in podkolenice), navleke za krn po amputaciji, elastični povoj, nočno posodo (gosko ali lopato), brizgalko za injekcije, žepni pljuvalnik, gumirani posteljni podložek, gumijasto blazino ali gumijasti kolobar in inhalator.

VI

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do zobno-protetične pomoči in zobno-protetičnih sredstev, prispeva k stroškom:

— 40 % od enotnega cenika.

Ta prispevek se plača za tele zobozdravstvene storitve:

— za pregled zobovja, za zalivke (plombe), za poliranje starih zalivk, za odstranitev zobnega kamna in za slikanje zob (rtg);

— za vsa nesnemna (fiksna mostovna) protetična sredstva, vključno polplemenito kovo;

— za vsa snemna protetična sredstva (zobne proteze);

— za vsa sredstva in posege v čeljustni ortopediji (ortopedska dela — uravnavanje zob), če zavarovana oseba ta pripomoček izgubi, uniči ali ga ne uporablja po navodilih zobnega terapevta.

Ta prispevek se ne plača za tele zobozdravstvene storitve:

— izdiranje zob (injekcija, ekstrakcija, izklesanje in drugi kirurški posegi, kot so incizija, resekcija, postoperativno zdravljenje in pogodno);

— za zdravljenje zob (indirektno in direktno krifje, amputacije, zdravljenje in puljenje korenike, trepanacije, obsevanje, zdravljenje parodontoze, gingivitis, stomatitis in podobno);

— za čeljustno ortopedijo (ortopedska dela — uravnavanje zob), razen v primerih, če zavarovana oseba ta pripomoček izgubi, uniči ali ga ne uporablja po navodilih zdravnika.

VII

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do očesnih pripomočkov, prispeva k stroškom:

— 100 din za kontaktna in bifokalna stekla;

— 25 din za vse ostale vrste očesnih pripomočkov.

VIII

Kadar zavarovana oseba uveljavi pravico do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora, prispeva k stroškom:

— 65 din za vse vrste slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora.

IX

Prispevki k stroškom (participacija), predpisani s tem sklepom, se ne plačajo:

1. Kadar zavarovana oseba uveljavi po 32. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva v obsegu in po merilih, kot je to določeno v členih 33 do 40 zakona in sicer:

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

— 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;

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

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

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

— 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;

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

2. Kadar gre za nesrečo pri delu ali poklicno bolenje.

3. Kadar zavarovana oseba dobi kri, krvno plazmo in krvne derivate.

4. Kadar gre za preglede v dispanzerjih.

5. Kadar gre za preglede o izvajanju medicinske rehabilitacije.

6. Pri prevozih z reševalnimi avtomobili;

— kadar gre za življenjsko nevarne poškodbe.

X

Z dnem, ko začne veljati ta sklep, preneha veljati sklep o višini obveznega prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 44/69) in sklep o določitvi prispevka za zdravila, ki ga morajo plačati zavarovane osebe (Uradni list SRS, št. 44/69).

XI

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

Št. 022-11/70-2/4-S/25

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

554.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 89. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o podaljšanju veljavnosti in uporabi nekaterih predpisov o zdravstvenem zavarovanju

1. člen

Podaljša se veljavnost sklepa o spremembi sklepa o povračilih stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in bivanjem v drugem kraju (dnevnic) (Uradni vestnik Celje, št. 3/67).

2. člen

Začasno, dokler skupnost ne sprejme lastnih aktov, ki bodo urejali ta vprašanja, se bodo analogno uporabljala določila:

1. Navodila o prijavljanju zavarovanja in evidenci o zavarovanih oseb (Uradni list FLRJ, št. 45/62).

2. Navodila o izdajanju in o uporabi zdravstvene izkaznice in drugih obrazcev v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja (Uradni list FLRJ št. 45/62).

3. Pravilnika o imenovanju, sestavi in delu zdravniških komisij (Uradni list SFRJ, št. 9/63).

4. Pravilnika o pošiljanju socialno zavarovanih oseb na zdravljenje v tujino (Uradni list SFRJ, št. 14/63 in 24/63).

5. Pravilnike o evidencah na področju dela (Uradni list SFRJ, št. 32/66).

6. Odredbe o izdajanju in potrjevanju zdravstvene izkaznice zavarovanca v delovnem razmerju (Uradni list SFRJ, št. 57/65).

3. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/32

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

555.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 74. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi zneskov pogrebne

1. člen

Ob smrti, pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe, ima vsakdo, ki jo pokoplje, pravico do pogrebne.

2. člen

Znesek pogrebneine se določi v pavšalnem znesku za celotno območje skupnosti in sicer:

- za umrlo odraslo osebo 700,00 din
- za umrlega otroka od 7 do 15 let 570,00 din
- za umrlega otroka do 7 let 470,00 din

3. člen

Z dnem, ko začne veljati ta sklep, preneha veljati sklep o določitvi zneskov pogrebneine (Uradni list SRS, št. 42/67).

4. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/33

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

Predsednik
Franc Ban l. r.

556.

Na podlagi 171. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 89. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o postopku, pogojih in načinu, kako uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe svoje pravice do zdravstvenega varstva

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Pravilnik urejuje:

1. postopek, pogoje in način, kako uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (v nadaljnjem besedilu: »skupnost«) svoje pravice do zdravstvenega varstva, ki so jim zagotovljene in določene v zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: »zakon«) in določene v statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: »statut«),
2. postopek, po katerem se ocenjuje zadržanost od dela (delazmožnost),
3. pogoje, pod katerimi se zavarovani osebi povrnejo potni stroški,
4. pogoje, pod katerimi se podaljša izplačevanje nadomestila za nego obolelega člana družine,
5. obseg in način povračila stroškov za zdravstveno varstvo, ki gre v breme skupnosti, če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo predpisov tega pravilnika, pa ne gre za nujen primer.

2. člen

Pravico do zdravstvenega varstva po določitvi tega pravilnika v breme skupnosti imajo osebe iz 13. do 27. člena statuta pod pogoji in na način, ki je določen s tem pravilnikom.

3. člen

Po določitvi tega pravilnika uveljavijo zavarovane osebe:

1. osnovno zdravstveno varstvo v smislu 51. in 52. člena zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih v zdravstvenem domu, ki so ga izbrale skladno z veljavnimi predpisi, po določitvi tega pravilnika (izbrani zdravnik),
2. ambulantno-specialistično zdravstveno varstvo (specialistično zdravljenje in pomoč) v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu, v enotah in pri zdravnikih, v tistih zdravstvenih delovnih organizacijah, kamor jih je napotil izbrani zdravnik potem, ko je ugotovil, da je tako varstvo potrebno,
3. hospitalno zdravstveno varstvo (zdravljenje v bolnicah) v smislu 54. in 55. člena zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih v tistih bolnišnicah, kamor jih je napotil izbrani zdravnik potem, ko je ugotovil, da je tako varstvo potrebno,
4. medicinsko rehabilitacijo kot nadaljevanje ali nadomestilo bolnišničnega zdravljenja — v zavodih za rehabilitacijo ali zdraviliščih, v katere jih napoti z napotnico zdravniška komisija po pregledu zdravnika ali skupine zdravnikov, po pravilniku o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje in v mejah pooblastil skupščine skupnosti,
5. pravico do zdravil, protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih naprav po določitvi statuta, tega pravilnika in eventualno posebnih pravilnikov ali sklepov skupščine, s katerimi se podrobneje uredi realizacija katere od teh pravic.

Zavarovane osebe pa se lahko neposredno obračajo na: zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatre, okulistih zaradi predpisa očal in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstvenih delovnih organizacijah in njihovih enotah, ki delujejo na dispanzerski način.

Ne glede na drugo, tretjo in četrto točko prvega odstavka tega člena uveljavijo zavarovane osebe pravico do zdravstvenega varstva brez napotnice v nujnih primerih, kadar dobijo prvo pomoč ali če zakon tako določa; to pa v mejah določil zakona o zdravstvu in v primerih, ki se v pogodbah med skupnostjo in zdravstvenimi delovnimi organizacijami izrečno določijo.

4. člen

V vseh spornih vprašanjih, ki se bodo pojavila pri uveljavljanju pravic zavarovanih oseb po določitvi tega pravilnika odloča organ, ki po statutu odloča o pravicah zavarovanih oseb (v nadaljnjem besedilu: »organ«), ko je obvezno dobil mnenje zdravniške komisije.

V primerih, ko se zavarovani osebi odklanja kakršnokoli pravico, ki jo uveljavlja po določitvi tega pravilnika, mora organ izdati na zahtevo zavarovane osebe pismeno odločbo s poukom o pritožbi oziroma tožbi.

V zadevah, ki niso urejene s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določila zakona in statuta.

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavijo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico in listino o istovetnosti (osebna izkaznica) v smislu 17. člena zakona, zavarovane osebe — obrtniki pa še z ustreznim potrdilom o plačilih prispevku.

Zavarovana oseba, ki išče zdravniško pomoč brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, plača sama stroške pregleda in zdravljenja, razen če gre za nujne primere zdravniške pomoči v smislu zakona o zdravstvu.

Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba, lahko pod pogoji statuta in tega pravilnika zahteva pri zavodu povrnitev stroškov (X. poglavje).

II. IZBIRA ZDRAVSTVENE DELOVNE ORGANIZACIJE IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

6. člen

Pri uveljavljanju zdravstvenega varstva v smislu zakona in statuta v breme tukajšnje skupnosti, veljajo sledeča temeljna načela:

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

2. v vsakem primeru prevzema skupnost za zavarovano osebo 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,

3. zavarovane osebe si izbirajo zdravstveno delovno organizacijo in zdravnika, na katerega se obračajo za zdravstveno varstvo,

4. na ta način izbrani zdravnik je posamezni zdravnik v smislu tega pravilnika, če ni glede tega z zakonitimi predpisi izredno drugače določeno,

5. pri izbranem zdravniku uveljavijo zavarovane osebe osnovno zdravstveno varstvo, zlasti ambulantno in dispanzersko zdravstveno varstvo v ambulantah in dispanzerjih in na bolnikovem domu, zdravstveno varstvo žena, dojenčkov, predšolskih otrok ter šolske in druge mladine, zdravstveno varstvo delavcev pri delu in zobozdravstveno varstvo,

6. specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe praviloma pri specialistih ustrezne specialnosti, kamor jih je napotil izbrani zdravnik iz 5. točke tega člena; pri tem imajo pravico izbirati zdravstveno delovno organizacijo in zdravnika; zdravnik, ki napotnico izda, pa presoja potrebo po specialističnem zdravstvenem varstvu ter ustrezno specialnost specialista,

7. bolnišnično zdravljenje uveljavijo zavarovane osebe praviloma v tistih bolnicah, v katere jih je napotil izbrani zdravnik iz 5. točke tega člena; pri tem imajo pravico izbrati zdravstveno delovno organizacijo in zdravnika; zdravnik, ki napotnico izda pa presoja potrebo po bolnišničnem zdravljenju ter ustrezno specialnost bolnice oziroma oddelka,

8. zavarovane osebe uveljavijo pravice do zdravstvenega varstva po določilih statuta in tega pravilnika, po postopku, pod pogoji in na način ter s soudeležbo (participacijo), kot je to predpisala za zavarovane osebe skupščina tiste skupnosti, na katere ob-

močju je zdravstvena delovna organizacija, v kateri je zavarovana oseba pravico uveljavila.

7. člen

Zdravstveno varstvo, ki so ga zavarovane osebe uveljavile po teh načelih in določilih tega pravilnika, gre v celoti v breme sklada skupnosti.

V vseh drugih primerih, ko je zavarovana oseba uveljavila zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji mimo določil tega pravilnika, pa prevzema skupnost za opravljeno zdravstveno storitev toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo, po postopku in na način, ki je predviden v X. poglavju tega pravilnika.

8. člen

Skladno s temi načeli in določili tega pravilnika, si zavarovana oseba izbere izbranega zdravnika izmed zdravnikov, ki opravljajo ustrezno dejavnost; pri tem pa ima zavarovana oseba pravico do povračila potnih stroškov le pod pogoji VIII. poglavja tega pravilnika.

Presojanje delazmožnosti aktivnih zavarovancev je urejeno v VII. poglavju tega pravilnika.

9. člen

Izbrani zdravnik (6. čl. pravilnika) se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba praviloma brez opravičenih razlogov v istem koledarskem letu ne more menjati.

Če zavarovana oseba ni zadovoljna z načinom zdravljenja pri izbranem zdravniku ali z njegovim odnosom do bolnika, ali nastopijo drugi razlogi (npr. zavarovanec se zaposli v drugi delovni organizaciji ali preseli v drug kraj), ki onemogočajo zavarovani osebi nadaljnje zdravljenje pri njem, ga lahko zamenja ter si skladno z določili tega pravilnika izbere drugega.

Tak zahtevek stavi zavarovana oseba pri predstojniku zdravstvene delovne organizacije, ki zadevo uredi, v spornem primeru pa jo predloži skupno s pismenim mnenjem prizadetega zdravnika in s svojim mnenjem zdravniški komisiji, da da dokončno mnenje.

Določila tega člena se smiselno uporabljajo tudi za zdravnike specialiste in zdravnike v bolnišnicah in za drugo zdravstveno osebje.

III. NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA OSNOVNO ZDRAVSTVENO VARSTVO IN AMBULANTNO SPECIALISTIČNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

10. člen

V celoti v breme skupnosti uveljavijo zavarovane osebe osnovno zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji in na bolnikovem domu, zdravstveno varstvo žena, dojenčkov, predšolskih otrok ter šolske in druge mladine, zdravstveno varstvo delavcev pri delu in zobozdravstveno varstvo v enotah zdravstvenega doma, ki po svojih nalogah lahko dajo ustrezno zdravstveno pomoč, pri izbranem zdravniku, ki dela v javni zdravstveni službi in ki so ga izbrale po 5. točki 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Izbrani zdravnik opravlja osnovno zdravstveno varstvo ter zdravljenje v obsegu in na način, ki je predviden v zakonu, v statutu, v pravilniku, v zakonitih predpisih o zdravstveni službi in zdravstvenem varstvu ter v statutu oziroma pravilnikih zdravstvene delovne organizacije, v kateri izbrani zdravnik dela.

Izbrani zdravnik pa mora napotiti zavarovano osebo k drugemu zdravniku, oziroma v drugo zdravstveno delovno organizacijo, kadar v okviru svoje dejavnosti ustreznega zdravstvenega varstva ne more nuditi.

12. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe bodisi v specialističnih ambulantah bolnišnic bodisi v specialističnih ambulantah drugih zdravstvenih delovnih organizacij in to tako, da jih tja napoti po 5. tč. 6. čl. tega pravilnika izbrani zdravnik po načelih iz 6. tč. 6. čl. tega pravilnika.

Specialiste, na katere se zavarovane osebe lahko obračajo neposredno, določa 2. odst. 3. čl. tega pravilnika.

Potni stroški gredo zavarovani osebi le do specialista, kateremu je bila napotena, razliko pa trpi sama.

13. člen

Za uveljavljeno specialistično zdravstveno varstvo, prevzema skupnost toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

Ker pa so razlike v stroških med posameznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami v večini primerov minimalne, se postopek za ugotavljanje in izterjavo razlik v stroških za uveljavljeno specialistično zdravstveno varstvo po načelu proste izbire zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca (6. tč. 6. čl. tega pravilnika), ne bo uvažal in razlike ne bodo izterjevale.

V primerih specialističnega zdravstvenega varstva, ki ne zahteva klinične obdelave, kar ugotovi zdravnik na napotnici, pa je bilo uveljavljeno po načelu proste izbire zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca (6. tč. 6. čl. tega pravilnika) v kliničnih ustanovah (bolnišnicah) in specialni bolnišnici dr. Petra Držaja v Ljubljani, pa prevzema skupnost in plača le toliko stroškov, kot bi jih plačala, če bi bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

14. člen

Uveljavljeno specialistično zdravstveno varstvo plača skupnost v celoti in neposredno zdravstveni delovni organizaciji, ki je storitev opravila. V primerih iz 3. odstavka 13. čl. se izterja razlika v stroških neposredno od zavarovane osebe.

15. člen

Zdravnik specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in preglede, za katere je zaprosen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

16. člen

Zobozdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe po istih načelih, kot osnovno zdravstveno varstvo (1. točka 3. čl. tega pravilnika).

Pravico do zoboprotetičnih del uveljavijo zavarovane osebe po določilih pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih in skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) za zobno protetična dela.

17. člen

Osnovne evidence in dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo, mora imeti in voditi izbrani zdravnik v obsegu in na način, ki je predviden z ustreznimi predpisi.

Izbrani zdravnik, ki pošilja zavarovano osebo z napotnico drugemu zdravniku, mora napotnici priložiti ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki jo ima zbrano in ki je za zaproseni pregled potrebna.

Zaproseni zdravnik (specialist-konziliarij) mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil, na prošnjo izbranega zdravnika ali na pobudo zavarovane osebe, obvestiti zdravnika, ki je zavarovano osebo na pregled napotil, o izvidih in o načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu poslati dokumentacijo.

Če zavarovana oseba izbere drugega zdravnika, mora prejšnji poslati na zahtevo novo izbranega vso potrebno dokumentacijo za zavarovano osebo.

IV. NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA HOSPITALNO ZDRAVSTVENO VARSTVO

18. člen

Hospitalno zdravstveno varstvo uveljavijo zavarovane osebe v splošnih bolnišnicah, specialnih bolnišnicah in klinični ustanovi (bolnišnici).

Zavarovane osebe uveljavijo pravico do hospitalnega zdravstvenega varstva praviloma v tisti bolnišnici, v katero jih je napotil po 5. tč. 6. čl. tega pravilnika izbrani zdravnik po načelih 7. tč. 6. čl. tega pravilnika.

Potni stroški gredo zavarovani osebi le do bolnišnice, v katero je bila napotena, razliko pa trpi sama.

19. člen

Za uveljavljeno hospitalno zdravstveno varstvo prevzema skupnost toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bilo zdravljenje opravljeno v bolnišnici, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

Ker pa so razlike v stroških med posameznimi bolnišnicami v večini primerov minimalne, se postopek za ugotavljanje in izterjavo razlik v stroških za uveljavljeno bolnišnično zdravljenje po načelu proste izbire zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca (7. tč. 6. čl. tega pravilnika), ne bo uvažal in razlike ne bodo izterjevale.

V primerih bolnišničnega zdravljenja, ki ne zahteva klinične obdelave, kar ugotovi zdravnik na napotnici, pa je bilo uveljavljeno po načelu proste izbire zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca (7. tč. 6. čl. tega pravilnika) v kliničnih ustanovah in specialni bolnišnici dr. Petra Držaja v Ljubljani, pa prevzema in plača skupnost le toliko stroškov, kot bi jih plačala, če bi bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno v bolnišnici, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo.

20. člen

Uveljavljeno hospitalno zdravstveno varstvo plača skupnost v celoti in neposredno bolnišnici, ki je zdravljenje nudila.

V primerih iz 3. odstavka 19. člena se izterja razlika v stroških neposredno od zavarovane osebe.

V. POSEBNE DOLOČBE GLEDE NEKATERIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**21. člen**

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo v celoti v breme sklada je možno le, če gre za medicinsko rehabilitacijo, nadaljevanje ali nadomestilo bolnišničnega zdravljenja.

Tako zdravljenje odredi za zavarovano osebo zdravniška komisija na predlog zdravnika ali skupine zdravnikov v skladu s pravilnikom o indikacijah in kontraindikacijah.

Pri odločanju po prejšnjem odstavku upošteva komisija:

- načelo, da gre za medicinsko rehabilitacijo,
- pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah.

To obliko zdravstvenega varstva je možno uveljaviti le v tistih zdravstvenih delovnih organizacijah, ki so organizirane kot zavodi za rehabilitacijo, oziroma naravna zdravilišča, po predpisih o organizaciji zdravstvene službe (zakon o zdravstvu).

Glede povračila potnih stroškov veljajo v teh primerih določila VIII. poglavja tega pravilnika.

22. člen

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu zakona in statuta uveljavijo zavarovane osebe po določilih tega pravilnika pri izbranem zdravniku v ustreznih dispanzerjih in enotah zdravstvenih delovnih organizacij, ki delajo na dispanzerski način.

23. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti, bodisi po zveznih, bodisi po republiških, bodisi po občinskih predpisih in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvideva zakon in statut, ne gre v breme skupnosti, čeprav gre za osebe, ki sier uživajo zdravstveno varstvo po statutu.

24. člen

K stroškom za neobvezna cepljenja prispeva vsaka zavarovana oseba ali njena delovna organizacija polovico njihove cene, ki jo plača zavarovana oseba ali njena delovna organizacija neposredno zdravstveni delovni organizaciji, v kateri je bila cepljena.

Druga polovica stroškov za neobvezna cepljenja gre v breme skupnosti.

25. člen

Način, po katerem uveljavijo zavarovane osebe svoje pravice do zoboprotetičnih del je urejen v 2. odst. 16. člena tega pravilnika.

26. člen

Pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav uveljavijo zavarovane osebe po določilih:

- pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;

— pravilnika o indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov za omožanje glasnega govora;

— pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov;

ter skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave.

27. člen

Pravico do zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala uveljavijo zavarovane osebe po določilih pravilnika o načinu predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala ter skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) za zdravila, pomožni in sanitetni material.

28. člen

Vsak pripomoček, sredstvo ali pripravo, ki jo zavarovana oseba dobi po določilih tega poglavja na stroške skupnosti, mora ob prevzemu preizkusiti in najkasneje v 30 dneh po prevzemu, oziroma po izteku roka za privajanje, če je ta predpisan, njegove pomanjkljivosti reklamirati pri izdelovalcu in zavodu za socialno zavarovanje oziroma njegovi izpostavi. Če zavarovana oseba tega ne napravi, izgubi pravico do novega pripomočka pred potekom za tisti pripomoček predpisanega roka trajanja.

29. člen

Zavarovana oseba, ki ugotavlja svoje zdravstveno stanje v zvezi z odhodom v tujino, mora sama plačati stroške, ki s tem nastanejo.

30. člen

Glede na to, da je zdravstveno stanje borcev NOV v splošnem slabše kot pri ostalih zavarovanih osebah, smejo zahtevati zavarovane osebe — borci NOV, sistematičen pregled svojega zdravstvenega stanja, ki ga opravi bodisi zdravstvena delovna organizacija, bodisi posebna zdravniška komisija. Tak pregled lahko zahteva tudi občinski odbor zveze združenj borcev NOV.

31. člen

Pri uveljavljanju vseh drugih pravic da zdravstvenega varstva, ki je zavarovanim osebam zagotovljeno in naštetu v zakonu in statutu, se neposredno uporabljajo določila zakona in statuta in na tej osnovi izdanih predpisov.

VI. NAČIN, PO KATEREM SE UVELJAVLJA ZDRAVSTVENO VARSTVO, ČE ZAVAROVANA OSEBA PREBIVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI**32. člen**

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki ima svoje stalno prebivališče izven območja te skupnosti, lahko uveljavlja zdravstveno varstvo po določilih statuta in tega pravilnika po postopku, pod pogoji in na način ter s soudeležbo (participacijo) kot je to predpisala za zavarovane osebe skupščina tiste skupnosti, na katerem območju je zdravstvena delovna organizacija, v kateri je zavarovana oseba pravico uveljavila.

33. člen

Pri tukajšnji skupnosti zavarovana oseba, ki samo začasno prebiva izven njenega območja (službena potovanja, zasebna potovanja, dopusti in slično) lahko uveljavi pri katerikoli zunanji zdravstveni delovni organizaciji v celoti v breme skupnosti nujno medicinsko pomoč.

Obseg in način te pomoči določi zdravstvena delovna organizacija, ki jo je dala v mejah določil zakona o zdravstvu.

Glede uveljavljanja zdravstvenega varstva in pomoči v drugih primerih, pa veljajo določila II., III. in IV. poglavja tega pravilnika.

34. člen

V primerih, ko gredo po določilih tega pravilnika stroški za zdravstveno varstvo v celoti v breme sklada, jih plača zavod direktno zdravstveni delovni organizaciji, ki je zdravstveno varstvo nudila.

V primerih, ko gredo po določilih tega pravilnika stroški za zdravstveno varstvo v breme sklada, pa jih je zavarovana oseba že plačala direktno zdravstveni delovni organizaciji, ki ji je pomoč nudila, povrne sklad zavarovani osebi toliko stroškov, kolikor bi jih skupnost plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo in to na način, ki je predviden v X. poglavju tega pravilnika.

35. člen

Zavarovana oseba, ki ji je dovoljena zadržanost od dela, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takšnem primeru mora poskrbeti za zdravljenje zavarovane osebe v kraju njenega novega bivališča. Spremembo bivališča za čas nad 30 dni lahko odredi zdravniška komisija. Če odredi spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejše usposobitve za delo, se morajo zavarovani osebi povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovane osebe, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovane osebe v kraju novega bivališča.

VII. POSTOPEK, PO KATEREM SE OCENJUJE ZADRŽANOST OD DELA

36. člen

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

Delavci, zaposleni pri delovnih organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante, ali pa se sklenile pogodbo o zdravstvenem varstvu z zdravstveno delovno organizacijo ali zdravnikom, uveljavijo pravice po prejšnjem odstavku praviloma pri teh ambulantah oziroma zdravnikih.

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

37. člen

Začasno zadržanost od dela zaradi negovanja otroka, obolelega družinskega člana ali žene na porodu, odredi zavarovani osebi ob pogojih, ki jih določata zakon in statut zdravnik, ki je pristojen odrediti zavarovancu zadržanost od dela.

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

38. člen

V postopku za ocenjevanje zavarovančeve zadržanosti od dela sodelujejo tudi zdravniške komisije in komisija zdravniških izvedencev v primerih, ki jih določata zakon in statut.

39. člen

Delazmožnost oseb, ki se nameravajo zaposliti na območju skupnosti ali spremeniti poklic, se presoja po določilih 87. člena statuta.

VIII. POTNI STROŠKI

40. člen

Povračilo potnih stroškov, ki gre zavarovanim osebam po določilih tega pravilnika, obsega:

1. povračilo prevoznih stroškov,
2. povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnev-nica).

Pravico do povračila potnih stroškov imajo vse zavarovane osebe:

1. kadar jih zdravstvena delovna organizacija, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali pristojni organ skupnosti napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča, v katerem ni zdravnika, k najbližnjemu zdravniku ali v najbližnjo zdravstveno delovno organizacijo v kakšnem drugem kraju na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

41. člen

Kadar pa zavarovana oseba uveljavlja osnovno zdravstveno varstvo v smislu 1. točke 3. člena tega pravilnika izven kraja svoje zaposlitve ali svojega prebivališča, nima pravice do povračila potnih stroškov.

42. člen

V primerih, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji ali pri drugem zdravniku, ne pa pri tistem, kamor je bila napotena, ji gredo potni stroški le do zdravnika, kamor je bila napotena, razliko trpi sama.

Enako pravico imajo zavarovane osebe tudi, kadar jih zdravstvena delovna organizacija, kjer so uveljavile zdravstveno varstvo, naroči na kontrolne ali ponovne preglede.

43. člen

Kadar ima zavarovana oseba pravico do potnih stroškov po določilih tega pravilnika, ji gre pravilo-

ma povračilo prevoznih stroškov za potovanje z najhitrejšim in najcenejšim prevoznim sredstvom (vlak, avtobus).

Za prevoz z vlakom se prizna zavarovani osebi načeloma stroške za drugi razred potniškega vlaka, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 100 km, se ji priznajo potni stroški za prvi razred potniškega vlaka ali ladje, če pa potuje na relaciji, ki je daljša kot 250 km, pa stroški za prvi razred brzovlaka oziroma ladje.

Izjemoma lahko zdravstvena delovna organizacija, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali skupnost odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljeno.

V primerih iz prejšnjega odstavka grede zavarovani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno v napotnici oziroma potnem nalogu.

44. člen

Povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnevnic) določi v pavšalnem znesku skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Zahtevek za povračilo dnevnic mora zavarovana oseba dokumentirati tako, da zdravstvena delovna organizacija potrdi na potnem nalogu zamudo časa, povračilo pa se odredi upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

45. člen

Prevozi zavarovanih oseb z rešilnim avtomobilom grede v breme skupnosti le v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe tak način prevoza nujno potreben.

Soudeležba zavarovane osebe (participacija) na stroških za prevoze z rešilnimi avtomobili in primere, ko grede stroški v celoti v breme skupnosti, določi skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Način prevoza v smislu 1. odstavka tega člena presojuje in odreja:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — posamezni zdravnik,
2. iz bolnišnice — predstojnik ustreznega oddelka,
3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnišnico, pa tak prevoz ni bil predhodno odrejen, lahko tak prevoz v breme skupnosti naknadno odobri predstojnik ustreznega oddelka.

Vendar pa ni mogoče odrediti prevoza z rešilnim avtomobilom v breme skupnosti na relaciji, ki je daljša od 100 km, če tega predhodno ne oceni zdravniška komisija, v nujnih primerih pa posamezni zdravnik.

46. člen

Izjemoma se lahko povrnejo stroški prevoza zavarovane osebe v bolnišnico, če gre za zdravstveno indiciran nujni primer, pa je bil prevoz opravljen z drugim vozilom (avtom, vozom), ne pa z reševalnim avtomobilom.

Medicinska indikacija in nujnost prevoza se potrdi v teh primerih na enak način kot prevoz z rešilnim avtomobilom, vendar pa se lahko stroški prevoza povrnejo le s soglasjem zdravniške komisije.

Stroški se povrnejo zavarovani osebi oziroma lastniku prevoznega sredstva, ki je prevoz opravil, v obliki kilometrine v višini, ki velja za kilometrino po vsakokrat veljavnem odloku skupščine občine Celje za uporabo osebnih avtomobilov.

IX. POGOJI POD KATERIMI SE PODALJŠA IZPLAČEVANJE NADOMESTILA ZA NEGO OBOLELEGA ČLANA DRUŽINE

47. člen

Po določilih 4. točke 44. in 49. člena statuta gre zavarovancem nadomestilo osebnega dohodka med negovanjem zbolelega ožjega družinskega člana največ za 15 dni, če oboteli družinski član še ni star 7 let oziroma največ do 7 dni, če je ta star nad 7 let ali če gre za negovanje žene po porodu.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka za nego žene ob porodu ima zavarovanec le, če žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

Izjemoma se v 1. odstavku tega člena določeni čas lahko podaljša do največ 30 dni. O takem podaljšanju odloča zavarovanceva delovna organizacija oziroma skupnost za zavarovanca, zaposlenega pri zasebniku, s svojo odločbo na predlog posameznega zdravnika potem, ko da zdravniška komisija o zadevi svoje mnenje.

X. POSTOPEK IN NAČIN PRI POVRAČILU STROŠKOV ZAVAROVANIM OSEBAM

48. člen

Za vse oblike zdravstvenega varstva, ki so predvidene s tem pravilnikom in v obsegu, v katerem gre zdravstveno varstvo po tem pravilniku v breme skupnosti, plača stroške skupnost zdravstveni delovni organizaciji, v kateri je bila storitev opravljena.

49. člen

Kadar zavarovana oseba iz kakršnegakoli razloga plača zdravstveni delovni organizaciji zdravstveno varstvo, ki bi ji po določilih tega pravilnika sicer šlo, ima pravico do povračila.

V teh primerih izplača skupnost zavarovani osebi povračilo na podlagi predloženih dokazov brez odločbe (141. člen zakona o splošnem upravnem postopku), na zavarovancevo zahtevo pa izda pismeno odločbo s poukom o pritožbi.

50. člen

Zavarovane osebe lahko uveljavijo vse pravice do povračil, ki jim grede po tem pravilniku, v roku 1 leta potem, ko so zdravstveno storitev plačale, oziroma ko so utrpele kakršnikoli izdatek v zvezi z zdravstvenim varstvom in katerega povračilo zahtevajo.

XI. ZAKLJUČNE IN PREHODNE DOLOČBE

51. člen

Zdravniška komisija je pooblaščenca, da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki bi nastali v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

52. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pravilnik, preneha veljati pravilnik, po katerem uveljavijo pri Komunalnem zavodu za socialno zavarovanje Celje zavarovani člani Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Celje za občine: Brežice, Celje, Laško, Mozirje, Sevnica, Slovenske Konjice, Šentjur pri Celju, Šmarje pri Jelšah in Zalec svoje pravice do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 21/70).

53. člen

Ta pravilnik začne veljati osem dni po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971 dalje.

Št. 022-11/70-2/4-S/19

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

Predsednik
Franc Ban l. r.

557.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 34. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

**o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil,
ki se predpisujejo zavarovanim osebam**

1. člen

Kadar gredo stroški za zdravstveno varstvo na račun sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje, se predpisujejo, izdajajo in zaračunavajo zdravila njenim zavarovanim osebam tako, kot določa ta pravilnik.

2. člen

Zdravila se predpisujejo na obrazcu recepta za zavarovane osebe, v katerega se vpisujejo tile podatki:

1. skupnost zdravstvenega zavarovanja, ki je plačnik izdanega zdravila;
2. oblika zdravstvenega varstva;
3. registrska številka;
4. naziv države, če je zavarovanec zavarovan po konvenciji;
5. priimek in ime zavarovanca;
6. ime družinskega člana; starost bolnika (zavarovane osebe) v letih, do dveh let v mesecih;
7. naslov bolnika (zavarovane osebe);
8. vrsta zavarovanca.

Podatki iz prvega odstavka tega člena se vpisujejo v ustrezne rubrike obrazca recepta iz zdravstvene izkaznice zavarovane osebe oziroma iz njenega vložka.

3. člen

Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept podpisati in pritisniti pod podpisom pečat s svojim imenom.

Izročanje podpisanih bianco receptnih obrazcev drugemu zdravniku ni dovoljeno; za posledice, ki iz tega nastanejo, odgovarjata po splošnih predpisih oba prizadeta zdravnika.

4. člen

Na receptu mora biti tudi pecat zdravstvenega zavoda.

S pečati in obrazci za recepte oskrbuje zdravnike zdravstveni zavod, v katerem delajo, pooblaščenec

zdravnike pa pristojna služba zdravstvenega zavarovanja.

5. člen

Recept mora biti napisan čitljivo.

Imena zdravil se smejo skrajševati samo toliko, da se s tem farmacevta ne more spraviti v zmotu.

Na posameznem receptu sme biti predpisano zdravilo samo za eno osebo.

Za sestavni del zdravila se šteje tudi pomožni material, ki je namenjen za uporabo predpisanega zdravila (npr. kapalka, steklena paličica, redestilirana voda za raztopino in drugo).

Na hrbtni strani recepta se ne smejo predpisovati zdravila.

6. člen

Zdravnik je dolžan vsako predpisano zdravilo vpisati v zdravstveni karton zavarovane osebe in pri tem navesti skrajšano ime, količino in moč zdravila ter navodilo, dano za uporabo.

7. člen

Na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika ni mogoče predpisovati zavarovanim osebam:

1. zdravil, za katere v smislu zakona o prometu zdravil (Uradni list SFRJ, št. 15/65) ni dano dovoljenje, da smejo biti v prometu v Jugoslaviji (registrirana zdravila); izjemoma pa se smejo predpisovati (tista neregistrirana zdravila, ki jih dobijo bolniki ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na podlagi utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvene delovne organizacije, ki se ukvarja z znanstveno-raziskovalnim delom, če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno;

2. zdravil, za katere je dano dovoljenje, da smejo biti v prometu, vendar samo za uporabo v ustreznih zavodih (Viocin, Cycloserin ipd.);

3. zdravil, katera se lahko uporabljajo samo pod stalnim nadzorstvom zdravnika v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (Bykomycin, Kanamycin ipd.);

4. kemičnih sredstev, ki se uporabljajo za diagnoze (kontrastna sredstva ipd.);

5. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo ali dajejo neposredno pri nujni zdravniški pomoči izven bolnišnice;

6. material, ki se uporablja v zdravstveni delovni organizaciji za obvezovanje ran ali za trdno obvezo; izjemoma pa se sme predpisovati obvezilni material zavarovanim osebam na recepte v primerih, nadaljevanega kirurškega zdravljenja na domu, če bolnik ne more sam k zdravniku in če gre za večjo porabo obvezilnega materiala (postoperativna zdravljenja, razpadajoči karcinomi, fistulacije, anus praeter naturalis, decubitus itd.); v teh primerih je treba pripisati diagnoze;

7. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo v zdravstvenih zavodih s specialnimi napravami (inhalatorji, aerosol aparati ipd.);

8. cepiv, serumov in drugih zdravil, pri katerih je nujna zdravnikova kontrola in zanje potrebna neposredna intervencija zdravstvenega delavca;

9. zdravil, ki jih dobivajo zavarovane osebe tisti čas, ko se zdravijo v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

8. člen

Zdravila, ki so našeta v 2. in 9. točki 7. člena tega pravilnika, preskrbuje zdravstveni zavod razen v 6. točki 7. člena navedene izjeme.

Kadar gre za nujen primer, pa zdravstveni zavod ne more preskrbeti zdravila iz 8. točke 7. člena tega pravilnika, ga predpiše zdravnik na posebnem obrazcu zdravstvene delovne organizacije. Na takem obrazcu mora biti označeno, da je zdravilo nujno, kar je prejemniku zagotovilo, da ga dobi, poleg tega pa mora biti na njem napisano, da naroča zdravilo zdravstvena delovna organizacija, in z zdravnikovim podpisom potrjeno, da ga bo plačala zdravstvena delovna organizacija in da ga ni treba prejemniku nič zaračunati.

Vzajemne obveznosti, ki izvirajo iz izvajanja določb tega člena, posebno pa tiste, ki so v zvezi z olajšavami zavarovanim osebam za uporabo zdravil, uveljavijo natančneje skupnost zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni zavodi z medsebojnimi pogodbami.

9. člen

Na posamezen recept se sme predpisati tolikšna količina zdravila, da glede na bolnikovo stanje in naravo obolenja zadošča do naslednjega napovedanega zdravniškega pregleda. Ta količina:

1. pri akutnih obolenjih ali stanjih praviloma ne sme presežati količine, ki zadošča za 10 dni;

2. pri kroničnih obolenjih ali stanjih, ko gre za stalno uporabo posameznega zdravila, ne sme presežati količine, ki zadošča za en mesec, največ pa za dva meseca (diabetes, tbc, kronični kardiopati, kronične hepatopatije, kronična vnetna revmatična obolenja, krvna obolenja, nevropsihiatrična obolenja, preventivno jemanje penicilina pri streptokoknih infekcijah, trajna terapija z urikozuricnimi sredstvi ipd.).

Če predpiše zdravnik večjo količino zdravila od količine, ki zadošča za 10 dni, mora zapisati v zdravstveni karton zavarovane osebe na kratko, zakaj je predpisal tolikšno količino zdravila. Na takšen recept mora zdravnik pripisati: »Necesse est«. Klavzula »Necesse est« ne sme biti tiskana in jo mora izpisati zdravnik lastnoročno.

10. člen

Navodilo za uporabo zdravila mora biti popolno (npr. »3-krat 2 tableti na dan« ipd.). Skupna količina predpisanega zdravila mora biti enaka količini po navodilu in napisana v njegovih enotah. V izjemnih primerih, kadar je količina potrebnega zdravila približno enaka njegovi količini v izvornem ovitku, sme predpisati toliko zdravila, kolikor ga vsebuje izvorni ovitek (npr. če je po navodilu za uporabo zdravila potrebno 18 tablet, izvorni ovitek pa vsebuje 20 tablet; ali če je potrebnih 150 g raztopine, izvorni ovitek pa vsebuje 180 g ipd.).

11. člen

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam morajo zdravniki:

1. predpisovati zdravila le s svojega delovnega področja;

2. predpisovati, kadar gre za enakovredna zdravila, cenejše zdravilo;

3. pri predpisovanju antibiotikov označiti diagnozo bolezní ali v posebnih primerih šifro (090-099);

4. pripisati tudi diagnozo pri dietnih preparatih, ki se v smislu zakona štejejo kot zdravila.

12. člen

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam smejo zdravniki:

1. predpisati zdravilo s toksikomanogenim učinkom le, če je njegova uporaba medicinsko upravičena in nujna;

2. predpisati na receptu eno samo zdravilo, ki vsebuje eno samo sredstvo z narkotičnim učinkom.

Zdravnik ne sme predpisovati sebi in članom svoje družine zdravil s toksikomanogenim učinkom, razen v primerih prve pomoči. Farmacevt naj v nasprotnem primeru odkloni izdajo zdravila in smatra tak recept kot nepravilen.

13. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravilo na receptu, ki ni pravilno izpolnjen, in sicer:

1. če vsebinsko ni jasen;

2. če je navodilo o uporabi zdravila nepopolno;

3. če manjkajo potrebne oznake;

4. če so predpisane sestavine inkompatibilne;

5. če je pri zdravilu močnega učinka prekoračena dovoljena doza, ali če ta doza ni izpisana tudi z besedo oziroma ni postavljen klicaj in pripisan podpis zdravnika.

14. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravila s toksikomanogenim učinkom:

1. na popravljen recept ali na recept, čigar enkratna dovoljena količina je prekoračena;

2. če je preteklo več kot 5 dni od dneva, ko je bilo tovrstno zdravilo predpisano.

15. člen

Lekarna obvezno zadrži zaradi evidence recepte, predpisane na obrazcu zdravstvenega zavarovanja, čeprav je njegova vrednost izpod zneska zavarovančevega obveznega prispevka.

16. člen

Ob izdaji zdravila, predpisanega na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika, zaračuna lekarna za vsako izdano zdravilo znesek, ki je določen v sklepu skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja, ki ga morajo plačevati zavarovane osebe k stroškom za izdano zdravila (participacija).

Zaračunane zneske iz 1. odstavka tega člena obračunavajo lekarne oziroma zdravstveni zavodi s skupnostjo zdravstvenega zavarovanja tako, kot je to določeno v medsebojnih pogodbah.

17. člen

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

St. 022-11/70-2/4-S/20

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

558.

6. člen

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 35. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za material in roke trajanja za protetična in ortotična sredstva ter druge pripomočke in priprave (v nadaljnjem besedilu: »pripomočki«), ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Pripomočke iz tega pravilnika predpisuje zdravnik ustrezne specialnosti (npr. ortoped, kirurg, nevrokirurg, ginekolog ter zdravnik specialist za fizikalno medicino in rehabilitacijo).

Izjemoma lahko predpiše zdravnik splošne prakse, ki je izbrani zdravnik zavarovane osebe vse pripomočke, po tem pravilniku, če ne gre za prvi predpis pripomočka ampak za ponovni predpis istega ali sorodnega pripomočka, ker je prejšnjemu potekel rok ali ker je neuporaben oziroma dotrajan.

Zdravnikov predpis za pripomoček mora vsebovati medicinske in tehnične elemente, ki so potrebni za njegovo izdelavo.

Pripomoček, ki se izdelava po meri, se sme izročiti zavarovani osebi šele, ko se s strokovno kontrolo ugotovi, da je dobre kakovosti in da je uporaben v svoj namen.

3. člen

Protetična sredstva (proteze) so namenjene za funkcionalno in estetsko nadomestitev izgubljenih delov okončin.

Ustrezajočo protezo dobi zavarovana oseba, če ji manjka vsa zgornja ali spodnja okončina ali njen del.

Skupaj s protezo za zgornjo okončino dobi zavarovana oseba funkcionalno kljuko in umetno roko. Poleg umetne roke na protezi dobi nepodložene usnjene rokavice za obe roki ali estetsko rokavico za protezo.

Skupaj s protezo za gornjo ali spodnjo okončino dobi zavarovana oseba navleko za krn.

4. člen

Ortotična sredstva (ortopedski aparati in steznik) dobi zavarovana oseba, ki jih potrebuje, da se prepreči ali korigirajo deformacije, kontrolirajo nehoteni gibi in doseže stabilizacija ali razbremenitev okončin ali hrbtenice.

5. člen

Elektronsko protetično in ortotično sredstvo dobi zavarovana oseba le izjemoma, če ji ga odobri izvršilni odbor Skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja po predhodno pribavljenem in utemeljenem mnenju strokovnega kolegija Ortopedske klinike v Ljubljani in če se z njim omogoči polna zaposlitev.

Ortopedsko obutev dobi zavarovana oseba, če ji je potrebna zato, ker

— ima več kot 2,5 cm krajšo spodnjo okončino, ne glede na to ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska);

— ima zaradi izpaha ali preloma ali zaradi večjih kostnih izrastkov močno deformiran gleženj ali stopalo — izvzemši deformacijo nožnih palcev (halux valgus) in če se mora obutev izdelati po mavčevem odlitku;

— ima močnejše dvignjeno stopalo (pes excavatus);

— ima petno stopalo (pes calcaneus);

— imo konjsko stopalo (pes equinus);

— ima navznoter obrnjeno stopalo tipa pes equinovarus ali pes varus adductus ali pes calcaneo-valgus;

— ima izrazite trofične spremembe z ulceracijami na stopalih;

— ima paralitično ali skoraj paralitično stopalo (močna pareza);

— ima močno deformirane prste stopal tako, da posamezni prsti jahajo na drugih prstih;

— boleha za elefantiazo;

— ji manjkajo na enem ali na obeh stopalih več kot dva prsta.

Otroci do dopolnjenega 14. leta dobijo ortopedsko obutev tudi, če imajo za 1,5 cm ali več krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska).

Steje se, da je obutev sestavni del pripomočka, če zavarovana oseba:

— potrebuje ortopedski aparat v zvezi z obutvijo;

— potrebuje ortopedsko sandalo ali ortotično sredstvo z ortopedsko sandalo;

— ne nosi ortotičnega sredstva, a ji je amputiran del narta ali petnice.

7. člen

Invalidski voziček dobi zavarovana oseba, če:

— sta ji amputirani obe nogi nad kolenom;

— sta jim amputirani obe nogi pod kolenom, proteze pa so iz medicinskih vzrokov kontraindicirane ali jih ni mogoče amplicirati;

— ji je amputirana ena noga, pa se ji zaradi progresivne bolezni noge ne more omogočiti hoja s protezo, ker se pričakuje poslabšanje njenega stanja;

— ima popolnoma ohromele spodnje okončine in mora kljub aparatom večji del časa prebiti v vozičku;

— ima težke deformativne procese velikih sklepov spodnjih okončin in zaradi tega sploh ne more hoditi;

— ima hemiplegijo, medicinska rehabilitacija pa ni možna ali medicinsko ni indicirana zaradi drugih medicinskih vzrokov (srčne bolezni itd.).

V primerih iz prvega odstavka tega člena dobi zavarovana oseba v uporabo standardni sobni tip ali kombinirani tip invalidskega vozička po lastni odločitvi.

Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju ali opravlja dejavnost, na podlagi katere je zavarovana ali je na poklicni rehabilitaciji oziroma habilitaciji, dobi poleg invalidskega vozička sobnega tipa še v uporabo terenski invalidski voziček, na ročni ali nožni pogon.

Zavarovanim osebam iz tretjega odstavka tega člena lahko izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja izjemoma odobri terenski invalidski voziček na motorni pogon.

8. člen

Zavarovana oseba dobi pomožne pripomočke, če so ji potrebni iz medicinskih vzrokov in sicer:

1. aparat za ekstenzijo v uporabo pri stanjih po prelomu hrbtenice, pri kompresivnem sindromu hrbtnege mozga in drugih stanjih, če je tak aparat nujen za medicinsko rehabilitacijo doma;
2. kilni pas, če ima inoperabilno umbilikalno, inguinalno ali femoralno kilo;
3. bergli ali berglo, če se ji omogoči s tem hoja in stoja ali je medicinsko indicirana razbremenitev spodnjih okončin.

9. člen

Druge pripomočke in sanitarne priprave dobi zavarovana oseba:

1. umetno dojko, če je bila zavarovani osebi — ženski — amputirana dojka;
2. lasuljo, če je pri zavarovani osebi — ženski — močnejše izražena trajna plešavost traumatske ali bolezenske geneze;
3. brizgalko za injekcije 2 cm³ z 12 iglami, če boleha za sladkorno boleznijo in je indicirano vbizgavanje insulina;
4. dve endotrahealni kanili, če je prerezan sapnik;
5. stalni kateter, če ne more prazniti mehurja s prosto drenažo;
6. vrečico za vodo (receptor urina), če ji ni mogoče s sodobnimi zdravilnimi metodami urediti hotene izpraznitve sečnega mehurja;
7. pas z vrečico za blato ali sterilen holostom za tri mesece, če se črevesje prazni skozi umetno odprtino na trebušni strani.

10. člen

Proteze se izdelujejo iz standardnih materialov, in sicer ležišča iz plastične mase, lesa ali usnja, sestavni deli pa iz plastične mase, lesa, kovine, usnja, klobučevine in gumija.

Ležišča protez se izdelujejo praviloma iz plastične mase, le izjemoma se zaradi stanja krna ležišče izdeluje iz lesa ali usnja.

Navleka za krn se izdeluje iz materiala, ki ustreza tehničnim in medicinskim pogojem (volna, bombaž ali sintetična vlakna).

Ortotična sredstva se izdelujejo iz standardnih materialov: kovine, plastične mase, usnja, gumija ali iz tkanin.

Ortopedska obutev se izdeluje iz standardnega usnja; njena oblika je odvisna od oblike obremenjenega stopala.

Usnjene rokavice se izdelujejo iz standardnega usnja.

11. člen

Trajnostne dobe pripomočkov so odvisne od starosti, telesne konstitucije in poklica zavarovane osebe ter se določajo po skupinah oseb in sicer:

- I. skupina — osebe do dopolnjenega 7. leta starosti,
- II. skupina — osebe nad 7 do dopolnjenih 18 let starosti,
- III. skupina — osebe, stare nad 18 let,
- IV. skupina — osebe posameznih poklicev, pri katerih so zaradi delovnih pogojev in načina dela, telesne konstitucije in konfiguracije terena pripomočki redno izpostavljeni intenzivnejši obrabi (stoja, hoja, prekomerna telesna teža, neraven teren in podobno).

12. člen

Pripomočki morajo glede na skupine iz 11. člena tega pravilnika trajati najmanj:

1. proteza:

a) za zgornjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z usnjanim ležiščem
I. skupina	8 mesecev	8 mesecev
II. skupina	18 mesecev	18 mesecev
III. skupina	48 mesecev	36 mesecev
IV. skupina	36 mesecev	24 mesecev

b) za spodnjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z lesenim ležiščem	z usnjanim ležiščem
I. skupina	6 mesecev	6 mesecev	6 mesecev
II. skupina	10 mesecev	10 mesecev	10 mesecev
III. skupina	36 mesecev	24 mesecev	24 mesecev
IV. skupina	30 mesecev	24 mesecev	18 mesecev

2. navleka za krn: 2 meseca;
3. estetska rokavica: 6 mesecev;
4. nepodložene usnjene rokavice: za I. in II. skupino: 12 mesecev, za III. in IV. skupino: 24 mesecev;
5. ortotična sredstva: I. skupina: 6 mesecev, II. skupina: 12 mesecev; III. skupina: 24 mesecev, IV. skupina: 18 mesecev;
6. ortopedska obutev: I. skupina: 6 mesecev, II. skupina: 8 mesecev, III. skupina: 12 mesecev, IV. skupina: 8 mesecev;
7. invalidski voziček: 60 mesecev;
8. kilni pas: I. skupina: 3 mesece, II. skupina: 8 mesecev, III. in IV. skupina: 12 mesecev;
9. bergle: I. skupina: 12 mesecev, II. skupina: 18 mesecev, III. in IV. skupina: 36 mesecev;
10. umetna dojka: 12 mesecev;
11. lasulja: I. skupina: 18 mesecev, II. skupina: 24 mesecev, III. in IV. skupina: 24 mesecev;
12. brizgalka za injekcije: 18 mesecev;
13. endotrahealna kanila:
 - kovinska: 12 mesecev,
 - gumijasta ali plastična: 6 mesecev;
14. stalni kateter: 3 mesece;
15. vrečica za vodo: 8 mesecev;
16. pas z vrečico za blato: 8 mesecev;
17. holostom 100 komadov: 3 mesece.

13. člen

Novo pripomočke dobi po tem pravilniku zavarovana oseba po preteku rokov trajanja iz 11. člena tega pravilnika le, če se dotedanji obrabijo ali funkcionalno več ne ustrezajo ali postanejo zaradi okvare neuporabni, a se ne dajo popraviti oziroma bi bili stroški za njihovo popravilo večji kot cena novih pripomočkov.

14. člen

Pred potekom rokov trajanja pripomočkov iz 11. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov pripomoček oziroma se ji popravi stari, če je postal neuporaben zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb organov.

15. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam izdelavo pripomočkov po meri pri organizacijah:

1. ki izdelujejo oziroma dobavljajo pripomočke v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni. Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred pretekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita skupnost zdravstvenega zavarovanja in organizacija, ki izdeluje oziroma dobavlja pripomočke, s pogodbo.

16. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

17. člen

Ta pravilnik velja naslednji dan po objavi v Uradnem listu SR Slovenije, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 022-11/70-2/4-S/21

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

Predsednik
Franc Ban i. r.

559.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 35. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in o protetičnih sredstvih

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč in sredstva, ki so zagotovljena zavarovanim osebam iz sklada za zdravstveno zavarovanje.

Nova zobna protetična sredstva se smejo pred pretekom roka njihovega trajanja izdelovati samo ob pogojih, ki jih določa ta pravilnik.

2. člen

Zobna protetična pomoč in zobna protetična sredstva obsegajo v smislu tega pravilnika:

- prevleke vseh vrst, všteti tudi lite plombe,
- snemalne in fiksne proteze,
- obturatorje,
- opornice pri paradontopatiji,
- ortopedске in ortodontske pripomočke.

3. člen

Prevleke (krone) se dajejo:

1. če je destruirana zobna krona in ne bi zado-stovalo samo plombiranje,
2. na zobe, ki nosijo fiksne proteze,
3. na zobe, ki nosijo kljukice (po potrebi),
4. če to zahteva lega zob,
5. ker je treba urediti višino vgriza.

4. člen

Snemalne in fiksne proteze (mostovi) se izdelujejo v vseh primerih, kadar manjkajo zobje, razen:

1. fiksne proteze — kadar manjka po en zob med molarji (kočniki) ali premolarji (ličniki), če ne gre za prvi premolar,
2. snemalne proteze — kadar manjkata zadnja dva molarja (na eni ali obeh straneh čeljusti) ali kadar manjka po en zob med molarji in premolarji;
3. privesek z vgrizno ploskvo, privesek kot nadomestilo molarja ali privesek nazaj — če ne gre za manjkajoči stranski sekalec.

5. člen

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji izdelata praviloma snemalna proteza.

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji sme izdelati fiksna proteza, če to dovoljujejo razdalja med nosilnimi zobmi, okluzija in artikulacija ter če so nosilci mosta dovolj trdni in stabilni.

Fiksna proteza se sme pritrditi tudi na modrostni zob, če je dovolj trden in stabilen in je s tem zagotovljeno določeno trajanje proteze.

6. člen

Začasna in imediatna proteza se izdelata zavarovani osebi, ki ji je ta potrebna za opravljanje njenega poklica in zato, da se prepreči poslabšanje njenega splošnega zdravja, kadar manjkajo najmanj štiri zobje v spodnji ali zgornji vilici pri drugem, od katerih sta najmanj dva sprednja.

7. člen

Za standardne materiale, iz katerih se smejo izdelovati zobna protetična sredstva, se štejejo:

- za prevleke in fiksne proteze — polplemenite zlitine (auropal, palador in podobno) in akrilat,
- za zobne fasete — akrilat in porcelan,
- za proteze — akrilat, kavčuk, zlitina krom-kobalt, molibden itd.,
- za skeletirane proteze — zlitine kroma, kobalta in molibdena in podobno.

8. člen

Zobna protetična sredstva morajo trajati:

- prevleke in fiksne proteze iz polplemenitih zlitin — najmanj štiri leta,
- prevleke na zobeh, ki nosijo parcialne proteze — najmanj tri leta,
- prevleke iz akrilata — najmanj dve leti,
- parcialne proteze iz akrilata — najmanj tri leta,
- totalne proteze iz akrilata — najmanj pet let,
- proteze s kovinsko ploščo — najmanj pet let,
- začasne in imediatne parcialne proteze — najmanj šest mesecev,

— začasne in imediatne totalne proteze — najmanj eno leto.

Opravičenost novega protetičnega sredstva iz 3. in 4. alineje 2. člena tega pravilnika, za katero ni določen rok trajanja, presoja zdravniška komisija na predlog zobnega terapevta.

Roki trajanja, ki so navedeni v tem členu, tečejo od dneva, ko je zavarovani osebi nameščeno ustrezno zobno protetično sredstvo.

Zobna protetična sredstva, ki so navedena v tem členu, dobi zavarovana oseba po preteku predpisanega roka trajanja le, če ugotovi zobni terapevt, da je postalo dotodanje zobno protetično sredstvo neuporabno.

Pred pretekom roka trajanja iz tega člena se sme izdelati zavarovani osebi novo protetično sredstvo le, če je dotodanje zaradi anatomsko-patoloških in funkcionalnih sprememb postalo neuporabno. Opravičenost novega protetičnega sredstva presoja zdravniška komisija.

V primerih, ko je pred potekom roka trajanja potrebna samo reparatura proteze, je potrebna obzložitev zobnega terapevta v kartoteki in na obračunskem listu.

9. člen

Če izdela zdravstveni zavod zobno protetično sredstvo iz plemenite kovine, mu mora zavarovana oseba nadomestiti razliko med vrednostjo standardnega materiala, ki ji je zagotovljen po tem pravilniku in plemenito kovino, pri čemer se računa do 1,80 grama paladorja na zob oziroma krono.

10. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do zobno protetične pomoči in izdelave zobnih protetičnih sredstev zavarovanim osebam določi skupščina zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

11. člen

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

Št. 022-11/70-2/4-S/22

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

Predsednik
Franc Ban l. r.

560.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 35. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za očesne pripomočke, ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene tele vrste očesnih pripomočkov:

Očala:

- s stekli v dioptrijah,
- z mlečnimi stekli,
- s temnimi stekli brez dioptrij,
- s temnimi stekli v dioptrijah,
- s temnimi stekli iz plastične mase,
- z bifokalnimi stekli,
- s specialnim sistemom leč (teleskopska očala),
- s temnimi stekli brez dioptrij, s stenopeično režo in ščitniki s strani (očala z luknjico);

Kontaktna stekla;

Očesne proteze.

3. člen

Očala s stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba za korekcijo ostrine vida na daljavo in bližino pri ametropiji ali prezbiopiji.

Očala z mlečnimi stekli dobi zavarovana oseba, ki ima dioptrijo in monokularno afakijo, v primeru anizokorije.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij dobi zavarovana oseba v primerih:

- spačenosti zunanjih delov očesa,
- kroničnih recidivnih keratokonjunktivitisov,
- obolenja sprednjega segmenta očesa, zaradi skleritisa, karatitisa, iritisa ali iridociklitis,
- obolenja očesnega ozadja ali očesnega živca, zaradi horioditisa, horioritinitisa, retinitisa, nevriritisa, nevroretinitisa, atrofije očesnega živca in odstopa mrežnice,
- po intrakularnih operacijah (mrene, glaukoma, odstranitvi tujka iz očesa, ipd.), če je nastala po operaciji komplikacija — iritis, krvavitev v steklovini očesa ipd.

Očala s temnimi stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba, pri kateri je poleg obolenja iz prvega odstavka tega člena hkrati podano tudi kakšno obolenje, ki je navedeno v tretjem in osmem odstavku tega člena.

Očala s temnimi stekli iz plastične mase dobi zavarovana oseba, ki je slepa.

Očala z bifokalnimi stekli namesto dveh očal s stekli v dioptrijah za korekcijo vida na bližino in daljavo dobi zavarovana oseba pri ametropiji ali prezbiopiji, če je podana zaradi poklica in vrste dela, ki ga opravlja, potreba po sočasni korekciji ostrine vida na bližino in daljavo.

Očala s specialnim sistemom leč (teleskopska očala) dobi zavarovana oseba z visoko stopnjo slabovidnosti, pri kateri se ostrina vida na obeh očesih ne da zboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in pri kateri se po mnenju očesne klinike z nošenjem takih očal dosega polovica normalne ostrine vida in omogoča opravljanje poklica.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij in s ščitniki s strani, s stenopeično režo ali brez reže, dobi zavarovana oseba v primerih:

- odstopa mrežnice,
- krvavitve v steklovini očesa,
- kroničnega pomladanskega katarja veznic (conjunctivitis vernalis).

4. člen

Kontaktna stekla dobi zavarovana oseba v primerih:

- keratokonusa,
- monokularne (unilateralne) afakije (aphakia unilateralis), kadar je leča na drugem očesu prozorna,
- anizometrije, ki presega 3 dioptrije, in potrebe stereoskopskega vida v zvezi s poklicem,
- ametropij, ki presegajo 5 dioptrij, kombiniranih z astigmatizmom, ki presega 3 dioptrije, pri katerem se s stekli v dioptrijah ne da doseči ostrina vida, večja kot 0-5 dioptrije,
- obojestranski afakij.

Kontaktna stekla dobi v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovana oseba, če očesna klinika ugotovi, da zavarovana oseba prenaša taka stekla in ji je uporaba takih stekel nujno potrebna za šolanje ali za opravljanje dela.

5. člen

Očesno protezo dobi zavarovana oseba:

- polno pri anoftalmusu,
- luskinasto pri delni odstranitvi ali atrofiji očesnega zrkla,
- orbitalno, kadar so poleg atrofije očesnega zrkla skaženi tudi zunanji deli očesa.

6. člen

Očesne pripomočke predpisuje zdravnik specialist-okulist, kolikor ni v tem pravilniku drugače določeno.

7. člen

Okviri za očala, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam, se delajo iz plastične mase, pri čemer morajo biti krilca ojačana s kovinsko armaturo.

Očesne proteze se delajo iz plastične mase, stekla, porcelana ali kakšne druge snovi, ki je primerna za to vrsto pripomočkov.

Če standardna oblika in velikost očesne proteze ne ustreza obliki in velikosti konjunktivalne vrečice, se izdelata očesna proteza po meri.

8. člen

Očesni pripomočki morajo trajati najmanj:

1. okviri očal:
 - za zavarovane osebe, otroke in mladino do dopolnjenih 18 let: 18 mesecev,
 - za druge zavarovane osebe: 30 mesecev;
 2. stekla in temna stekla v dioptrijah ter brez dioptrij:
 - za zavarovane osebe, otroke in mladino do dopolnjenih 18 let starosti: 18 mesecev,
 - za druge zavarovane osebe: 30 mesecev;
 3. mlečna stekla, bifokalna stekla, teleskopska očala in kontaktna stekla: 30 mesecev;
 4. očesne proteze:
 - za zavarovane osebe do dopolnjenih 18 let starosti: 18 mesecev,
 - za druge zavarovane osebe: 30 mesecev.
- Zavarovane osebe, ki imajo pravico do očesne proteze, imajo enkrat na leto tudi pravico do poliranja očesne proteze.

9. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nove očesne pripomočke in sicer:

1. stekla v dioptrijah, če se spremeni razlika v sferni korekciji za 0,5 ali v cilindrični korekciji za 0,25 dioptrije,

2. teleskopska očala in kontaktna stekla, kadar je to potrebno po mnenju okulistične klinike.

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi nov očesni pripomoček zavarovana oseba tudi, če postane pripomoček neuporaben, zaradi poškodbe zavarovane osebe, ki ga nosi, pri delu ali zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, kar ugotovi zdravnik specialist-okulist oziroma okulistična klinika.

10. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam očesne pripomočke pri organizacijah:

- ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki,
- ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik,
- ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred potekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita skupnost zdravstvenega zavarovanja in organizacija, ki dobavlja pripomočke, s pogodbo.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do očesnih pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

12. člen

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

St. 022-11/70-2/4-S/23

Celje, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje

Predsednik
Franc Ban l. r.

561.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega zavarovanja (Uradni list SRS, št. 26/70) in 35. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste pripomočkov:

- slušni aparat (amplifikator),
- aparat za omogočanje glasnega govora (umetno grlo na podlagi električnega vibratorja — megafon).

3. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba, pri kateri je podana obojestranska izguba sluha, če se ga z zdravljenjem ne da izboljšati in je s tonalno in vokalno avdiometrično preiskavo ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da se da doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba, ki je trajno izgubila možnost govora zaradi bolezni, poškodbe ali operativnega posega na grlu, če se s testiranjem ugotovi, da se da s takim aparatom doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek in če učenje ezofagealnega govora ni prineslo zadovoljivega uspeha.

4. člen

Zavarovane osebe iz 1. odstavka 3. člena tega pravilnika dobivajo slušni aparat:

1. predšolski otroci, če se glede na njihovo mentalno stanje in stopnjo okvare sluha pričakuje razvoj govora ob izvedbi strokovnega rehabilitacijskega postopka s slušnim aparatom;
2. šolski otroci, če jim je s slušnim aparatom omogočeno spremljanje pouka;
3. gluhonemi otroci, če se jim z uporabo slušnega aparata olajša spremljanje pouka v specialnih oddelkih ali zavodih;
4. druge zavarovane osebe, ki so izgubile sluh na obeh ušesih za več kot 40 decibelov in ga ni mogoče izboljšati z zdravljenjem, če se jim s slušnim aparatom omogoči ugoden rehabilitacijski učinek, tj. kakršnokoli sporazumevanje z govorom.

Slušni aparat se ne daje popolnoma gluhim.

5. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja avdiološkega centra, ki ima možnost, da z vokalnimi in tonalnimi avdiološkimi preiskavami ter s strokovnim testiranjem karakteristik amplifikatorja določi rehabilitacijski učinek in zagotovi rehabilitacijski postopek ter na podlagi tega ugotovi potrebo po dodelitvi aparata določenih elektroakustičnih karakteristik, ki bo v danem primeru najboljše ustrezal okvari sluha.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja klinike za bolezni ušes, nosa in grla, ki predpisuje to vrsto pripomočkov.

6. člen

Zavarovana oseba ima ob pogojih 1. odstavka 5. člena tega pravilnika pravico do standardnega žepnega slušnega aparata z vrvice, ki ji po elektroakustičnih karakteristikah ustreza.

Če zahteva zavarovana oseba slušni aparat drugačne oblike (aurikulete, aparat vdelan v očala in podobno), prevzema sklad zdravstvenega zavarovanja stroške do cene standardnega aparata iz 1. odstavka tega člena ob pogojih iz 1. odstavka 5. člena tega pravilnika.

7. člen

Rok trajanja slušnega aparata znaša:

- za otroke do dopolnjenih 7 let — 24 mesecev;
- za otroke in mladino od dopolnjenih 7 let do dopolnjenih 18 let — 36 mesecev;
- za druge zavarovane osebe — 48 mesecev.

Rok trajanja aparata za omogočanje glasnega govora znaša 48 mesecev.

Po preteku rokov trajanja iz prvega in drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do novega slušnega aparata oziroma aparata za omogočanje glasnega govora le, če se ugotovi, da je postal prejšnji neuporaben in da se ne da popraviti za nadaljnjo uporabo oziroma bi znesli stroški popravila več kot bi stal novi aparat.

8. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov slušni aparat le, če je postal prejšnji neuporaben zaradi poškodbe zavarovanca pri delu, ali če se sluh spremeni v olikšni meri, da se s prejšnjim aparatom ne dosega zadovoljivega zboljšanja, a se ga da doseči z novim aparatom.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja smiselno tudi za zavarovano osebo, ki ima aparat za omogočanje glasnega govora.

9. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora pri organizacijah:

- ki dajejo glede kakovosti izdelave in možnosti popraviljanja oziroma nadomeščanja delov aparata ter glede na elektroakustične karakteristike in trajnosti materiala, iz katerega so taki aparati izdelani, največ garancije, da bo normalna uporaba aparata trajala najmanj polovico rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika;
- ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;
- ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijski rok iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije, če bi se aparat brez krivde zavarovane osebe pred pretekom garancijskega roka pokvaril, postal neuporaben, morajo biti dogovorjeni v pogodbi z organizacijo, ki nabavlja in dobavlja aparate.

10. člen

Po preteku garancijskega roka iz 9. člena tega pravilnika zagotovi in prevzame stroške sklad zdravstvenega zavarovanja za dele aparata, ki so zaradi uporabe doslužili, oziroma popravilo aparata, ki se je pokvaril, ne da bi bila to zakrivila zavarovana oseba s svojim nepravilnim ravnanjem.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena ne velja za zavarovane osebe iz drugega odstavka 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

12. člen

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

St. 022-11/70-2/4-S/24

Celje, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Celje**

Predsednik
Franc Ban l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV
KOPER**

562.

Na podlagi 144., 148., 152., 153. in 170. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 29. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje in o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov sklada za zdravstveno zavarovanje delavcev za leto 1971

1

Osnovni prispevek za zdravstveno zavarovanje za leto 1971 znaša 7,2% od kosmatega osebnega dohodka.

2

Stopnja 7,2% od kosmatega osebnega dohodka bremenit:

- a) kosmatj osebni dohodek delavcev 6,5 %;
- b) dohodek delovne organizacije 0,7 %.

3

Prispevek bodo zavezanci za prispevek obračunavali in plačevali od vseh osnov in zneskov od katerih se po veljavnih predpisih obračunavajo prispevki za socialno zavarovanje.

4

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje upokoјencev in njihovih družinskih članov znaša 7,55 % od čistih izplačanih zneskov invalidskih starostnih in družinskih pokojnin.

5

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja skladno z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva ter statutom skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper.

6

Zbrana sredstva sklada se morajo uporabljati namensko in racionalno.

7

Finančni načrt sklada za zdravstveno zavarovanje izkazuje:

	din
— skupnih dohodkov	88.885.870
— izločeno v rezervo	2.392.870
— čistih dohodkov	86.493.000
— skupnih izdatkov	86.493.000

ki se delijo na:

	%
— obvezne oblike	34,4
— pravice po statutu skupnosti	56,8
— nesreče pri delu in poklic. obolenje	8,8

8

Ta sklep začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se za čas od 1. januarja 1971 dalje.

St. 402-78/70-5/I

Koper, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Koper**

Predsednik
Alojz Stegu l. r.

563.

Na podlagi 97. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva in 80. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o merilih za razvrščanje v osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost

1

S tem sklepom se določijo osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in so po predpisih registrirane ali evidentirane;
2. samostojne gostince, ki opravljajo gostinsko dejavnost po predpisih o zasebnem gostinstvu;
3. književnike, skladatelje, umetnike ter prevajalce znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost;
4. odvetnike in duhovnike;
5. športnike, artiste, kolporterje tiska in prtljažne nosače;
6. druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2

Osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in samostojni gostinci, se glede na letno davčno osnovo razvrstijo v naslednje osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna davčna osnova din.	Mesečna osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje pa znaša din
do 7.000	750
nađ 7.000 do 10.000	1000
nađ 10.000 do 14.000	1200
nađ 14.000 do 20.000	1500
nađ 20.000 do 26.000	1800
nađ 26.000 do 32.000	2100
nađ 32.000 do 40.000	2400
nađ 40.000 do 50.000	2800
nađ 50.000 do 60.000	3250
nađ 60.000 dinarjev	3700

Osebe, navedene v prvem odstavku te točke se razvrščajo v zavarovalne razrede in osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki jo mora predložiti taka oseba najpozneje do 30. junija tekočega leta.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz 1. odst. te točke v osmih dneh po vpisu v register oziroma evidenco, se razvrsti v osnovo za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 750 dinarjev.

3

Književniki, skladatelji, umetniki, prevajalci znanstvenih in književnih del ter duhovniki se razvrščajo v naslednje osnove zavarovanja za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje:

1. književniki, skladatelji, umetniki in prevajalci	1600 din
2. duhovniki	1100 din

4

Odvetniki se razvrščajo v osnove zavarovanja za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje glede na letne osnove osebnega dohodka od intelektualnih storitev in sicer:

Ce znaša letna osnova, ki služi za odmero obinskega prispevka od intelektualnih storitev din	Mesečna osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje pa znaša din
do 20.000	1800
nad 20.000 do 26.000	2000
nad 26.000 do 32.000	2250
nad 32.000 do 38.000	2500
nad 38.000 do 44.000	2750
nad 44.000 do 52.000	3000
nad 52.000 do 60.000	3350
nad 60.000	3700

5

Ostale osebe (športniki, artisti, prtljažni nosači, kolporterji tiska) in drugi se razvrstijo v naslednje osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje:

1. športniki in artisti v osnovo	1500
2. kolporterji tiska in prtljažni nosači v osnovo	950
3. ostali v osnovo	900

6

Osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v točkah 2, 3, 4 in 5 tega sklepa so neto osnove in se uporabljajo za predpis prispevka neto prispevne stopnje.

Vse osnove navedene v tem sklepu veljajo za leto 1971, za naslednje leto pa se valorizirajo in sicer s koeficientom, ki se uporablja za preračunavanje osebnih dohodkov na raven osebnih dohodkov za preteklo leto.

7

Ta sklep začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 402-78/70-5/II

Koper, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev

Koper

Predsednik

Alojs Stegu l. r.

564.

Na podlagi tretjega odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva in 145. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo za osebe iz 29. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva

1

Za osebe, ki jim je po 29. členu zakona zagotovljeno zdravstveno varstvo v primeru bolezni in nesreče izven dela, se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje po tem sklepu.

2

Prispevek po prejšnji točki znaša mesečno: din

1. za uživalce stalnih priznavalnin oziroma stalne družbene pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih	65
2. za osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa	35
3. za učence strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev	10
4. za otroke, ki jih je zavarovavec vzel k sebi in jih preživlja (vnuki, bratje, sestre in drugi k sebi vzeti otroci)	50
5. za osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali po diplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta	65
6. za osebe, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo	65
7. za osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj 6 ur na dan	20
8. za osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo	20
9. za osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo	20
10. za osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju	12
11. za uživalce invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po zakonu zavarovani za vse zavarovane primere so pa zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine	30

3

Zavezanci za prispevek za osebe iz prejšnje točke so:

1. za osebe iz 2/1 in 2/4 — družbeno-politične skupnosti,
2. za osebe iz 2/2, 2/5 in 2/6 — organizacija, pri kateri so te osebe zaposlene oziroma na praksi ali jih štipendira,
3. za osebe iz 2/3 — šola,
4. za osebe iz 2/7 do 2/10 — organizator akcije,
5. za osebe iz 2/11 — sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja.

4

Kadar so osebe iz 2. točke sklepa zavarovane po 13. členu statuta oziroma so njihovi družinski člani, se za take osebe ne plačuje prispevek za zdravstveno varstvo po tem sklepu.

5

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

6

Ta sklep začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 402-78/70-5/II

Koper, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Koper

Predsednik

Alojz Stegu l. r.

565.

Na podlagi tretjega odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva in 145. členu statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo oseb iz 30. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva

1

Za osebe iz 30. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva se plačuje prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo in sicer mesečno:

	din
1. osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje	40
2. učenci strokovnih šol ali gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom	4
3. pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite	10
4. osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje	5

- | | din |
|--|-----|
| 5. osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del, ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi | 10 |
| 6. osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih delih ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu | 10 |

2

Zavezanci za prispevek za osebe iz prejšnje točke so:

1. za osebe iz 1/1 — zavodi za zaposlovanje;
2. za osebe iz 1/2 — organizacija oziroma šola, pri kateri te osebe opravljajo praktično delo;
3. za osebe iz 1/3 do 1/6 — organizator akcije.

3

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

4

Prispevek po tem sklepu se plačuje za osebe, ki jim zdravstveno varstvo ni zagotovljeno kot zavarovancem-delavcem.

5

Ta sklep začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 402-78/70-5/II

Koper, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Koper

Predsednik

Alojz Stegu l. r.

566.

Na podlagi tretjega odstavka 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva in 145. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Koper na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovanih oseb

1

Za določene kategorije zavarovanih oseb se določi pavšalni prispevek za zdravstveno varstvo v mesečnih zneskih in sicer:

Kategorija	Za obvezne oblike in druge pravice po statutu din	Za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo din
1. Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol	20	2
2. Osebe na prostovoljni praksi, ki ne dobivajo osebnega dohodka in delajo poln delovni čas	72	7

Kategorija	Za obvezne oblike in druge pravice po statutu dan	Za nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo dan
3. Za ožje družinske člane jugoslovanskih državljanov, ki so v delovnem razmerju v tujini, ki živijo na območju skupnosti in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja	72	—
4. Jugoslovanski državljanji, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja . . .	65	—

2

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu.

3

Zavezanci za prispevek po tem sklepu so:

1. za osebe iz 1/1 tega sklepa — šola, organizacija ali zasebni delodajalec, ki izplačuje vajencu oziroma učencu nagrado oz. štipendijo; če vajenec oz. učenec ne prejema ne nagrade in ne štipendije, plačuje zanj prispevek šola;

2. za osebe iz 1/2 tega sklepa — organizacija pri kateri taka oseba dela;

3. za osebe iz 1/3 tega sklepa — v tujini zaposleni delavec;

4. za osebe iz 1/4 tega sklepa — sam upokojenec.

4

Ta sklep začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 402-78/70-5/II

Koper, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev**

Koper

Predsednik

Alojz Stegu l. r.

567.

Na podlagi 68. in 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) ter 118. in 145. člena statuta predpisuje skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Kopru na seji dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

**o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju
in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje**

1. TEMELJNE DOLOČBE**1. člen**

Ta pravilnik ureja način ugotavljanja osnov ter obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev in drugih oseb, ki so zavarovane pri skupnosti po zakonu o zdravstvenem zavarovanju

in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) ter oseb, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

2. člen

Zavezanci za prispevke za zdravstveno zavarovanje so: zavarovanci-delavci, ki dobivajo osebni dohodek iz delovnega razmerja; osebe, katerih prejemki so izenačeni z osebnim dohodkom iz delovnega razmerja (2. in 3. točka 13. člena statuta); osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavezanci.

Zavezanci za prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so državni organi, delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci — za zavarovance, ki so pri njih zaposleni; osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavezanci.

3. člen

Zavezanci za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno varstvo po 66., 82. in 83. členu zakona (v nadaljnjem besedilu: zavezanci) so: družbeno-politične skupnosti, državni organi, delovne in druge organizacije, zasebni delodajalci ter osebe, ki morajo zase same plačevati prispevek.

4. člen

Zavezanci za prispevek plačujejo te prispevke:

1) prispevek za zdravstveno zavarovanje (66. in 97. člen zakona),

2) prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (69. člen zakona) — za osebe iz 1., 2., 3., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena ter 15., 17. in 18. člena zakona,

3) poseben prispevek za zdravstveno zavarovanje (71. člen zakona),

4) prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz 29. člena zakona (82. člen zakona),

5) prispevek za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena zakona (83. člen zakona).

5. člen

Prispevek iz 1. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz odtegnjenega dela osebnega dohodka delavcev ali prejemka, ki ima značaj osebnega dohodka,

2. zasebni delodajalci za zavarovance, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev.

3. družbeno-politične in druge skupnosti ter organizacije, ki morajo po zakonitih predpisih ali sporazumu plačevati oziroma prispevati prispevek za zavarovanje za posamezne kategorije zavarovancev ali oseb iz 44. člena zakona — iz svojih sredstev,

4. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev,

5. drugi zavezanci — ki jih določajo zakoniti predpisi — iz sredstev, določenih v teh predpisih.

6. člen

Prispevek iz 2. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije — iz dohodka,

2. zasebni delodajalci — iz svojih sredstev,

3. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev.

7. člen

Prispevek iz 3. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. delovne in druge organizacije — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojega dohodka,
2. zasebni delodajalci — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev,
3. osebe — ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost — iz svojih sredstev,
4. zavarovanci iz 15. člena zakona — iz svojih sredstev,
5. invalidsko-pokojninski sklad — za uživalce pokojnin, oskrbnin in invalidnin — iz sredstev sklada,
6. drugi zavezanci — iz svojih sredstev.

8. člen

Prispevek iz 4. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. družbeno-politične skupnosti za osebe iz 1. in 4. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz proračunskih sredstev,
2. organizacije za osebe iz 2., 3., 5. in 6. točke prvega odstavka 29. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 7. do 10. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz svojih sredstev,
4. skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja za osebe iz 11. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz sredstev sklada.

9. člen

Prispevek iz 5. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. zavodi za zaposlovanje delavcev za osebe iz 1. točke 30. člena zakona — iz sredstev skladov skupnosti za zaposlovanje,
2. organizacije za osebe iz 2. točke 30. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 3. do 6. točke 30. člena zakona — iz svojih sredstev.

10. člen

Za zavarovance — tuje državljane iz 3. odstavka 1. člena zakona se uporabljajo določbe iz prejšnjih členov tega pravilnika.

Tuji državljani zaposleni na podlagi mednarodnih pogodb pri tujih organizacijah v Jugoslaviji, ki uživajo diplomatsko imuniteto in tujci, ki prejema osebni dohodek neposredno iz tujine, plačujejo prispevek sami.

Osebe iz prejšnjega odstavka ne plačujejo prispevka po 2. točki 4. člena pravilnika.

Za osebe, ki so zavarovane po zakonu o zdravstvenem varstvu tujcev v Jugoslaviji (Uradni list SFRJ, št. 23-347/67) se uporabljajo določila navedenega zakona.

II. OSNOVE ZA OBRAČUNAVANJE IN PLAČEVANJE PRISPEVKOV

11. člen

1. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov pri zavarovancih, ki prejema osebni dohodek iz delovnega razmerja pri delovnih in drugih organizacijah, je njihov celoten kosmati osebni dohodek, ki so ga dobili za delovne uspehe, dosežen z delom na svojem delovnem mestu, po osnovah in merilih, ki jih je zavezanec določil v splošnem aktu o delitvi osebnih dohodkov delavcev.

2. Kadar se osebni dohodek ugotavlja skupaj s potnimi in drugimi stroški in se uporabljajo skupna merila za isto osnovo (provizija trgovskih potnikov in zavarovalnih agentov in podobno), se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za obračun prispevkov, le tisti del tako ugotovljenega osebnega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Ce tako izračunani ostanek celotnega zneska skupaj z osebnim dohodkom, ki ga delavec doseže po drugih osnovah iz splošnega akta delovne organizacije, presega najvišji osebni dohodek v delovni enoti delovne organizacije se vzame za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje znesek, ki je enak najvišjemu osebnemu dohodku v delovni enoti.

3. V osebni dohodek za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje se vštevata tudi dodatek za borca, ki ga po posebnih predpisih dobivajo osebe v delovnem razmerju.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane predstavniških teles in drugih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene osebe v družbenih, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo, je stalno mesečno povračilo, ki ga prejema za delo.

5. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane obrtnih in ribiških zadrug je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

6. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila za območje zavoda tistim zavarovancem, ki prejema denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov določita sporazumno pristojni zavod za zaposlovanje in skupnost.

7. Za upokoјence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je osnova za obračunavanje prispevka izplačana pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

8. Za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. in 18. člen zakona), je osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje določena s sklepom skupnosti.

9. Ce določi skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje za zavarovance posameznih kategorij s svojim sklepom stalne zneske prispevkov, se plačujejo za njihovo zdravstveno zavarovanje ti zneski.

12. člen

Osnova za obračun prispevkov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, je čist osebni dohodek iz delovnega razmerja, ki pa ne sme biti manjši od prijavljenega osebnega dohodka oziroma od osebnega dohodka, ki ga je za enako ali podobno delo ugotovil oziroma določil pristojni organ občinske skupščine po zakonu o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih. Ce je tako ugotovljeni osebni dohodek manjši od minimalnega osebnega dohodka, je osnova za obračun prispevka predpisani minimalni osebni dohodek.

Ce je dogovorjeno plačilo v denarju in v naravi, ne sme biti del osebnega dohodka, ki se izplačuje v denarju, manjši od minimalnega osebnega dohodka.

13. člen

Za jugoslovanske državljane — delavce, osebe na strokovnem izpopolnjevanju, v uku ali na praksi v tujini sta osnova in način obračunavanja prispevkov določena s sklepom skupnosti.

Strokovna izobrazba in kvalifikacija oseb iz prvega odstavka se presojata po predpisih, ki veljajo v SR Sloveniji.

14. člen

Če se osebni dohodki in drugi prejemki izjemoma obračunavajo in izplačujejo v čistih zneskih, se prispevek za zdravstveno zavarovanje obračunava in plačuje na stopnjah, preračunanih na čisti osebni dohodek oziroma prejemek. Stopnja se preračunava po tej formuli:

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje na čisti osebni dohodek oziroma prejemek

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje $\times 100$

100 — (seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja + seštevek stopenj prispevka za izobraževanje + stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje + stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje + stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo + stopnja prispevka za otroški dodatek + stopnja prispevka za zaposlovanje)

Po formuli iz prejšnjega odstavka tega člena se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi tedaj, kadar osebni dohodek ne vsebuje vseh prispevkov iz osebnega dohodka ali se ti plačujejo po nižji stopnji.

Na način, določen v prvem in drugem odstavku tega člena se obračunavajo prispevki za zdravstveno zavarovanje tudi od pavšalnih osnov, če ni v zakonu oziroma v sklepu skupnosti drugače določeno.

15. člen

Posebni prispevek za zdravstveno zavarovanje se obračunava od osnov, od katerih se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje.

III. OBRAČUNAVANJE PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA ZAVAROVANCE DRUGIH KATEGORIJ

16. člen

1. Za gospodinjske pomočnice se prispevek obračunava in plačuje po določenih stopnjah od dogovorjenega osebnega dohodka iz 12. člena pravilnika, če ni skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev določila zanje stalne osnove.

2. Jugoslovanski ali tuji državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji ali v pavšalnem znesku, ki ga določi skupnost.

3. Za osebe na prostovoljni praksi, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol (6. in 7. točka prvega odstavka 14. člena zakona) ter za družinske člane, ki jih morajo posebej zavarovati jugoslovanski državljani zaposleni v tujini (3. in 4. odstavek 15. člena zakona), se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini, ki ga skupnost določi s sklepom.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za vse neplačane izostanke za dela je osebni dohodek, ki ga je delavec prejel za prejšnji mesec.

5. Za osebe iz 29. in 30. člena zakona, se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih določi skupnost.

17. člen

Iz osebnega dohodka delavcev in upokojencev v delovnem razmerju pri enem ali več zavezancih, vendar skupaj manj kot polovico delovnega časa, se plačuje prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo po sklepu skupnosti.

IV. ROKI, KRAJ IN NAČIN PLAČEVANJA PRISPEVKOV

18. člen

1. Vsi prispevki, ki jih obravnava ta pravilnik, se vplačujejo pri službi družbenega knjigovodstva (v nadaljnjem besedilu: družbeno knjigovodstvo) na žiro račun ali pri blagajni skupnosti.

2. Če je jugoslovanska delovna organizacija zaposlila pri delu v tujini delavce iz druge jugoslovanske delovne organizacije, je zavezanec za plačevanje prispevka še nadalje delovna organizacija, katere delavci so pritegnjeni k takemu delu.

19. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevek po 74. členu zakona — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja s prvim dnevom izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;

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

20. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev ter zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. člen zakona), ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1% na dan od zneska nevplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

21. člen

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.

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

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

22. člen

Na zahtevo skupnosti mora družbeno knjigovodstvo oziroma banke na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive odločbe sodišča izterjati neplačane prispevke tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

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

23. člen

Za delavce, ki delajo v tujini v delovnem razmerju z jugoslovanskimi delovnimi organizacijami, morajo le-te plačevati prispevke v valuti, v kateri izplačujejo osebne dohodke; če dobivajo devizna sredstva po posebnih predpisih iz republiške kvote za plačevanje v neblagovnem prometu s tujino, plačujejo prispevke v dinarjih.

Jugoslovanski državljani, ki so stopili v tujini v delovno razmerje (15. člen zakona) in so zavarovani po zakonu o zdravstvenem zavarovanju, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, po najbližjem korespondentu Narodne banke Jugoslavije v zadevni državi; če tam ni takega korespondenta, pa tako, kot to določi Narodna banka Jugoslavije.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, ali v dinarjih.

Prispevek za jugoslovanske državljane, ki so zaposleni pri gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov v tujini, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema sami osebni dohodek.

Prispevki iz tega člena se vplačujejo na žiro račun sklada skupnosti, pri kateri je zavarovana oseba prijavljena v zavarovanje.

23 a člen

Zavezanec prispevka obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje po bruto stopnji, predpisani od skupnosti, pri kateri je zavarovana oseba prijavljena v zavarovanje.

Zavezanec, ki obračunava prispevke v neto stopnjah, mora pri preračunavanju upoštevati prispevne stopnje iz delovnega razmerja (iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja, za izobraževanje, za neposredno otroško varstvo in otroški dedatek ter za zaposlovanje), ki se všteto v bruto osebni dohodek v občini, kjer ima izplačevalec osebnega dohodka oziroma samostojna organizacija združenega dela v sestavu delovne organizacije svoj sedež.

24. člen

Zavezanec mora prispevke vplačati ločeno za:

- zdravstveno zavarovanje delavcev,
- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
- zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 29. členu zakona,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 30. členu zakona,
- zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v tujini.

- posebni prispevek,
- kazenske obresti in stroški.

Zavezanec lahko nakaže vse prispevke za zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo z enim virmanskim nalogo ali položnico, vendar mora specificirati po vrstah prispevkov.

Na prenosnem nalogu ali položnici mora biti označena doba, na katero se nanaša vplačilo prispevka, osnova, stopnja in znesek prispevka.

Ce zavezanec za vplačilo prispevka ne izpolni naloga — položnice po določilih tega člena, mu družbeno knjigovodstvo ali pošta zavrne vplačilo po 38. in 60. členu zakona o službi družbenega knjigovodstva.

25. člen

Zavezanec lahko refundira preveč ali napačno vplačane prispevke samo ob pismenem soglasju skupnosti, če ni s predpisi drugače določeno.

V. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

26. člen

1. Prispevki za zdravstveno zavarovanje po tem pravilniku se bodo obračunavali in plačevali od 1. januarja 1971 kot dneva, ko se začne izvajati zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

2. Izjemoma morajo zavezanci prispevka svoje prispevke plačevati po predpisih in stopnjah za financiranje zdravstvenega zavarovanja delavcev, ki veljajo na dan 31. decembra 1970, od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se izplačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavarovance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem delavcev. Vplačila opravijo zavezanci prispevka v korist pristojne skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

27. člen

Ta pravilnik začne veljati naslednji dan po sprejemu s strani skupščine, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 402-78/70-5/II

Koper, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Koper

Predsednik
Alojz Stegu l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV
LJUBLJANA

568.

Na podlagi 127. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana za leto 1971

1.

Finančni načrt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana izkazuje

	din
— skupnih dohodkov	503,646.000
— obvezno rezervo	8,197.000
— čistih dohodkov	495,449.000
— skupnih izdatkov	495,449.000

2

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

Št. 420-21/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Ilich l. r.

569.

Na podlagi 68. in 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 171. in 177. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o stopnji prispevkov za zdravstveno zavarovanje ter za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje znaša 6,72% od kosmatih osebnih dohodkov.

2

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo znaša 0,62% od kosmatih osebnih dohodkov.

3

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

Št. 420-22/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Ilich l. r.

570.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 176. in 180. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o pavšalnih zneskih prispevkov za zdravstveno zavarovanje ter za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo

1

Za zavarovance iz 6. in 7. točke 14. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

	din
— za osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo polni delovni čas (6. točka prvega odstavka 14. člena zakona)	120,00
— za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali zasebnem delodajalcu (7. točka prvega odstavka 14. člena zakona)	25,00
Za zavarovance iz prejšnjega odstavka se določi prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo v mesečnem pavšalnem znesku	
	5,00

2

Za osebe iz 29. člena zakona se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

	din
— za uživalce stalnih priznavalnin oziroma stalnih družbenih denarnih pomoči, ki jim jih dodelijo družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih (1. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	73,00
— za osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa (2. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	75,00
— za učence strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev (3. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	20,00
— za otroke, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja: vnuke, brate, sestre in druge k sebi vzete otroke, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev (4. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	20,00
— za osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta (5. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	78,00
— za osebe, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo (6. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	78,00
— za osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj šest ur na dan (7. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	30,00
— za osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot	

	din
pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo (8. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	20,00
— za osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo (9. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	20,00
— za osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju (10. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	15,00
— za uživalce invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi zavarovani za vse zavarovane primere (11. točka prvega odstavka 29. člena zakona)	15,00
— za babice, ki prejemaajo preživnino na podlagi zakona o preživninah babicam (Uradni list SRS, št. 14/64)	73,00
— za tujce, ki se na območju skupnosti šolajo ali strokovno izpopolnjujejo (Uradni list SFRJ, št. 23/67)	78,00

3

Za osebe iz 30. člena zakona se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

— za osebe na strokovni usposobitvi ali pre-kvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje (1. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	35,00
— za učence strokovnih šol in gimnazij ter študente višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom (2. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	10,00
— za pripadnike teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite (3. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	10,00
— za osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje (4. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	10,00
— za osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi (5. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	10,00
— za osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu (6. točka prvega odstavka 30. člena zakona)	10,00

4

Za osebe iz tretjega in četrtega odstavka 15. člena zakona, ki 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, se določijo prispevek v mesečnem pavšalnem znesku 78,00 din.

5

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

Št. 420-23/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Ilich I. r.

571.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 171. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

**o stopnji prispevkov za zdravstveno zavarovanje
upokojenecv in uživalcev pravic iz invalidskega in
pokojninskega zavarovanja ter oseb, ki so začasno
izven delovnega razmerja**

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje upokojenecv in uživalcev pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja znaša 7,80 % od izplačanih pokojnin, oskrbnin oziroma invalidnin.

2

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki so začasno izven delovnega razmerja znaša 7,80 % od povprečnega osebnega dohodka, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda za zaposlovanje.

3

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

Št. 420-24/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Ilich I. r.

572.

Na podlagi 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 177. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo upokojencev, ki so v delovnem razmerju in prejemajo polno pokojnino

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo upokojencev, ki so v delovnem razmerju in prejemajo polno pokojnino, znaša 0,62 % od kosmatega osebnega dohodka.

2

Ta sklep začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od januarja 1970.

Št. 420-25/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

**Predsednik
Milovan Plich l. r.**

573.

Na podlagi 86. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 171. in 179. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o osnovah za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev, ki delajo v tujini ali so na strokovnem izpopolnjevanju v tujini in o stopnji prispevka

1

Za zavarovance, ki so stopili v tujini v delovno razmerje pri jugoslovanskih državnih organih ter delovnih in drugih organizacijah ali v gospodinjstvih zavarovancev, zaposlenih pri teh organih ali organizacijah oziroma v gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov, zaposlenih pri mednarodnih organizacijah, pri tujih organizacijah oziroma delodajalcih — po posebnem sporazumu, pri mednarodnih in drugih organizacijah — po mednarodni pogodbi ter pri tujem delodajalcu (prvi in drugi odstavek 15. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva), se določi kot osnova za obračunavanje akontacije na prispevek za zdravstveno zavarovanje povprečni čisti mesečni znesek osebnega dohodka, ki so ga imeli na delovnem mestu v letu pred letom, v katerem so se zaposlili v tujini.

2

Za zavarovance, ki so stopili v tujini v delovno razmerje, prej pa niso bili zaposleni, se določijo naslednje osnove za obračunavanje prispevka v čistih zneskih:

	din
— za osebe z visoko strokovno izobrazbo	3500
— za visokokvalificirane delavce in osebe z višjo strokovno izobrazbo	2500
— za kvalificirane delavce in osebe s srednjo strokovno izobrazbo	2000
— za priučene delavce in osebe z nižjo strokovno izobrazbo	1600
— za nekvalificirane delavce in osebe brez strokovne izobrazbe	1300

3

Osnove iz 1. in 2. točke tega sklepa se povečajo za vsako naslednje leto tako, da se pomnožijo z indeksom povprečnega povečanja osebnih dohodkov na območju skupnosti.

4

Za zavarovance iz 1. točke tega sklepa veljajo osnove iz 2. točke, če so imeli povprečni čisti osebni dohodek nižji od teh osnov.

5

Za zavarovance, ki so v delovnem razmerju z domačo organizacijo in delajo v tujini ali so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, se tam učijo oziroma so na praksi, se določi kot osnova za obračunavanje akontacije na prispevek, povprečni čisti mesečni znesek osebnega dohodka, ki so ga imeli na delovnem mestu v tej organizaciji v letu pred letom, v katerem so odšli v tujino oziroma v letu, v katerem so odšli v tujino, če v predhodnem letu niso bili zaposleni v tej organizaciji. Za zavarovance, ki niso imeli osebnega dohodka v tej organizaciji pred odhodom v tujino, veljajo osnove iz 2. točke tega sklepa.

Dejanska osnova za obračun prispevka se določi tako, da se osnova iz prejšnjega odstavka pomnoži z indeksom povečanja osebnega dohodka na zaposlenega delavca v obračunskem letu v tej organizaciji. Podlaga za obračunavanje akontacije na prispevek v naslednjem letu je dejanska osnova iz preteklega leta.

6

Poleg prispevka za zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo se za zavarovance iz 1. in 5. točke določi še prispevek za višje stroške zdravstvenega varstva v tujini, ki znaša 15 % od čistega osebnega dohodka oziroma od osnov iz 2. točke tega sklepa in se plačuje v valuti, v kateri so jim bili izplačani oziroma v kateri so prejeli osebne dohodke.

Izjemoma obračunavajo in plačujejo delovne organizacije, ki dobivajo sredstva po odloku o plačevanju delovnih organizacij negospodarskih dejavnosti v tujini (Uradni list SFRJ, št. 52/66) prispevek iz prejšnjega odstavka v dinarjih.

7

Če se delovna ali druga organizacija iz 5. točke tega sklepa zaveže, da bo sama nosila stroške zdravstvenega varstva svojih delavcev, ki delajo v tujini ali so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, se tam učijo oziroma so na praksi, ne plačuje prispevka iz 6. točke za takšne zavarovance.

8

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

Št. 420-26/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik

Milovan Ilich l. r.

Ce znaša letna
osnova osebnega
dohodka od inte-
lektualnih storitev
din

Znaša osnova za
obračunavanje
prispevka
din

od 38.001	do 38.000	2.300
od 48.001	do 48.000	2.800
od 58.001	do 58.000	3.300
od 68.001	do 68.000	3.800
od 78.001	do 78.000	4.300
nad 78.000		5.000

Osebi iz prvega odstavka se določi osnova za tekoče leto na podlagi odloka o davčni osnovi za preteklo leto, ki jo predloži skupnosti najpozneje do 30. junija.

Ob prijavi v zavarovanje se določi najnižja osnova iz prvega odstavka.

574.

Na podlagi 97. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 94. člena statuta Skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o osnovah za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje in o osnovah za denarna nadomestila oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti

1

Ta sklep določa osnove v čistih zneskih za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za pbojenja za poklicno boleznijo ter osnove za denarna nadomestila za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

2

Za osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in za samostojne gostince, se glede na letno davčno osnovo določijo osnove za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, in sicer:

Ce znaša letna davčna osnova din	Znaša mesečna osnova za obračunavanje prispevka din
od 14.001 do 14.000	900
od 20.001 do 20.000	1.300
od 28.001 do 28.000	1.800
od 38.001 do 38.000	2.300
od 48.001 do 48.000	2.800
od 58.001 do 58.000	3.300
od 68.001 do 68.000	3.800
od 78.001 do 78.000	4.300
nad 78.000	5.000

Osebi iz prvega odstavka se določi osnova za tekoče leto na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki jo predloži skupnosti najpozneje do 30. junija.

Ob prijavi v zavarovanje se določi najnižja osnova iz prvega odstavka.

3

Za odvetnike se, glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev določijo osnove za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, in sicer:

4

Za filmske delavce, ki jim je priznan status umetnika, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, in sicer:

	din
a) za scenariste in režiserje celovečernega igranega filma	3.000
b) za glavnega snemalca, skladatelja, scenografa, kostimografa, filmskega igralca igranega filma, pisca scenarija, režiserja dokumentarnega, lutkovnega ali risanega filma, snemalca dokumentarnega ali lutkovnega filma, risarja značajev, scenografa in animatorja risanega filma	2.500

5

Za filmske delavce, ki jim ni priznan status umetnika, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, in sicer:

	din
a) za pisca scenarija in režiserja igranega filma, glavnega snemalca, skladatelja, scenografa, kostimografa in filmskega igralca igranega filma, pisca scenarija in režiserja dokumentarnega, lutkovnega ali risanega filma, direktorja ekipe igranega filma, snemalca dokumentarnega risanega ali lutkovnega filma, risarja značajev, scenografa in animatorja risanega filma, snemalca zvoka, snemalca slike, prvega asistenta režiserja, prvega asistenta scenografa, pomočnika direktorja ekipe igranega filma in montažerji . . .	2.000
b) za vodjo snemanja, glavnega maskerja, tajnico režije (skript), prvega asistenta snemalca in glavnega rekviziterja igranega filma, organizatorja snemanja in montažerja dokumentarnega in njemu podobnega filma, glasbenega sodelavca pri filmih vseh vrst, drugega asistenta režiserja, drugega asistenta snemalca, drugega asistenta scenografa, asistenta snemalca zvoka, asistenta montažerja, glavnega osvetljevalca, rekviziterja, maskerja in fotografa igranega filma, asistenta snemalca dokumentarnega filma, tajnica ekipe igranega filma, animatorja lutkovnega filma, snemalca, frazerja in risarja risanega filma, pomočnika vodje snemanja, frizerja, maskerja, šminkerja, garderoberja, osvetljevalca in kaskaderja igranega filma, kopista in kolerista risanega filma	1.500

6

Za književnike, skladatelje, umetnike ter prevajalce znanstvenih in književnih del se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.500 din.

7

Za duhovnike se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.100 din.

8

Za železniške in ulične prtiljažne nosače se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.200 din.

9

Za športnike — amaterje, ki prejemaajo hranarino, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 900 din.

Za športnike — nogometaše s statusom neamaterja, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 2.000 din.

10

Za kolporterje tiska se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 900 din.

11

Za artiste — plesalce se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.500 dinarjev.

12

Za zdravnike, zobozdravnike, dentiste, zobotehničke in arhitekte se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 2.000 din.

13

Za izvajalce instrumentalne in vokalne narodnozabavne, narodne in jazz glasbe, dirigente, glasbene aranžerje, muzikologe, skladatelje, glasbene kritike, avtorje tekstov in scenarijev, glasbene urednike radija, televizije ali produkcije gramofonskih plošč, režiserje, tonske mojstre, kostimografe in scenografe, ki so člani društva glasbenih delavcev Slovenije »Slovenija-koncert«, Ljubljana, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.800 dinarjev.

14

Za druge osebe, glede katerih so bile po dosedanjih predpisih sklenjene pogodbe o izvajanju socialnega zavarovanja in za druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost, se določi osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje 1.500 din.

15

Osnove za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki jih določa ta sklep v mesečnih pavšalnih zneskih (4. do 14. točka), veljajo za 1971. leto in se za vsako naslednje leto povečajo tako, da se pomnožijo z indeksom povprečnega povečanja osebnih dohodkov na območju skupnosti.

16

Osnove za obračunavanje prispevkov, ki jih določa ta sklep, so hkrati osnove za denarna nadomestila.

17

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

Št. 420-27/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Hich l. r.

575.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 171. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana (Uradni list SRS, št. 44/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev za čas, ko so na neplačanem dopustu oziroma so drugače odsotni z dela brez pravice do nadomestila osebnega dohodka znaša 6,72 % od kosmath osebnih dohodkov.

2

Osnova za obračunavanje prispevka za zdravstveno zavarovanje je mesečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil neplačani dopust.

3

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

Št. 420-28/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

Predsednik
Milovan Hich l. r.

576.

Na podlagi 4. in 127. člena statuta skupnosti sklada zdravstvenega zavarovanja delavcev je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ljubljana na seji dne 28. decembra 1970

PRAVILNIK

o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje

1. SPLOSNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik ureja način ugotavljanja osnov ter obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev in drugih oseb, ki so zavarovane v skupnosti po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) ter oseb, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

2. člen

Zavezanci za prispevke za zdravstveno zavarovanje so: zavarovanci-delavci, ki dobivajo osebni dohodek iz delovnega razmerja, osebe, katerih prejemki so izenačeni z osebnim dohodkom iz delovnega razmerja, osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi z zakonom določeni zavezanci.

Zavezanci za prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so državni organi, delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci — za osebe, ki so pri njih zaposleni; osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavezanci.

3. člen

Zavezanci za obračunavanje, odvajanje oziroma plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno varstvo po 66., 82. in 83. členu zakona (v nadaljnjem besedilu: zavezanci) so: družbeno-politične skupnosti, državni organi, delovne in druge organizacije, zasebni delodajalci ter osebe, ki morajo zase same plačevati prispevek.

4. člen

Zavezanci za prispevke plačujejo tele prispevke:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje (66. in 97. člen zakona);
2. prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (69. člen zakona) — za osebe iz 1., 2., 3., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena ter 15., 17. in 18. člena zakona;
3. poseben prispevek za zdravstveno zavarovanje (71. člen zakona);
4. prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz 29. člena zakona (82. člen zakona);
5. prispevek za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena zakona (83. člen zakona).

5. člen

Prispevek iz 1. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo oziroma odvajajo;

1. organizacije za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz odtegnjenega dela osebnega dohodka delavcev ali prejemka, ki ima značaj osebnega dohodka;

2. zasebni delodajalci za zavarovance, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev;

3. družbeno-politične in druge skupnosti ter organizacije, ki morajo po zakonitih predpisih ali sporazumu plačevati oziroma prispevati prispevek za zavarovanje za posamezne kategorije zavarovancev ali oseb iz 44. člena zakona — iz svojih sredstev;

4. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev;

5. drugi zavezanci — ki jih določajo predpisi — iz sredstev, določenih v teh predpisih.

6. člen

Prispevek iz 2. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije — iz dohodka;
2. zasebni delodajalci — iz svojih sredstev;
3. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev.

7. člen

Prispevek iz 3. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. delovne in druge organizacije — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojega dohodka;
2. zasebni delodajalci — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev;
3. osebe — ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost — iz svojih sredstev;
4. zavarovanci iz 15. člena zakona — iz svojih sredstev;
5. invalidsko-pokojninski sklad — za uživalce pokojnin, oskrbnin in invalidnin — iz sredstev sklada;
6. drugi zavezanci — iz svojih sredstev.

8. člen

Prispevek iz 4. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. družbeno-politične skupnosti za osebe iz 1. in 4. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz proračunskih sredstev;
2. organizacije za osebe iz 2., 3., 5. in 6. točke prvega odstavka 29. člena zakona — v breme dohodka;
3. organizator akcije za osebe iz 7. do 10. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz svojih sredstev;
4. skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja za osebe iz 11. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz sredstev sklada.

9. člen

Prispevek iz 5. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. zavodi za zaposlovanje delavcev za osebe iz 1. točke 30. člena zakona — iz sredstev skladov skupnosti za zaposlovanje;
2. organizacije za osebe iz 2. točke 30. člena zakona — v breme dohodka;
3. organizator akcije za osebe iz 3. do 6. točke 30. člena zakona — iz svojih sredstev.

10. člen

Za zavarovance — tuje državljane iz 3. odstavka 1. člena zakona se uporabljajo določbe iz prejšnjih členov tega pravilnika.

Tuji državljani zaposleni na podlagi mednarodnih pogodb pri tujih organizacijah v Jugoslaviji, ki uživajo diplomatsko imuniteto in tujci, ki prejemajo osebni dohodek neposredno iz tujine, — plačujejo prispevek sami.

Osebe iz prejšnjega odstavka ne plačujejo prispevka po 2. točki 4. člena pravilnika.

Za osebe, ki so zavarovane po zakonu o zdravstvenem varstvu tujcev v Jugoslaviji (Uradni list SFRJ, št. 23-347/67), se uporabljajo določila navedenega zakona.

2. OSNOVE ZA OBRAČUNAVANJE
IN PLAČEVANJE PRISPEVKOV

11. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka iz delovnega razmerja za opravljeno delo v rednem delovnem času ali za delo izven rednega delovnega časa v svoji ali drugi organizaciji je celoten kosmati osebni dohodek, ki ga je zavarovanec prejel za opravljeno delo v svoji ali drugi organizaciji po osnovah in merilih, ki jih je zavezanec določil v splošnem aktu o delitvi osebnih dohodkov delavcev.

Kadar se osebni dohodek ugotavlja skupaj s potnimi in drugimi stroški in se uporabljajo skupna merila za isto osnovo (provizija trgovskih potnikov in zavarovalnih agentov in podobno), se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za obračun prispevkov, le tisti del tako ugotovljenega osebnega dohodka, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Če tako izračunani ostanek celotnega zneska skupaj z osebnim dohodkom, ki ga delavec doseže po drugih osnovah iz splošnega akta delovne organizacije, presega najvišji osebni dohodek v delovni enoti delovne organizacije se vzame za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje znesek, ki je enak najvišjemu osebnemu dohodku v delovni enoti.

V osebni dohodek za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje se vštevata tudi dodatek za borce, ki ga po posebnih predpisih dobivajo osebe v delovnem razmerju.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane predstavniških teles in drugih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo, je stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za delo.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane obrtnih in ribiških zadrug je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila za območje zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo medčasno brezposelnostjo.

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov ločita sporazumno pristojni zavod za zaposlovanje in skupnost.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za upokojence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je odmerjena pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. in 18. člen zakona) je določena s sklepom skupščine.

Če določi skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje za zavarovance posameznih kategorij s svojim sklepom stalne zneske prispevkov, se plačujejo za njihovo zdravstveno zavarovanje ti zneski.

12. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, je čisti osebni dohodek iz delovnega razmerja, ki pa ne sme biti manjši od prijavljenega osebnega dohodka oziroma od osebnega dohodka, ki ga je za enako ali podobno delo ugotovil oziroma določil pristojni organ občinske skupščine po zakonu o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih. Če je tako ugotovljeni osebni dohodek manjši od minimalnega osebnega dohodka, je osnova za obračun prispevka predpisani minimalni osebni dohodek.

Če zavarovanec prejema del osebnega dohodka v naravi, se tudi ta šteje v osnovo.

13. člen

Za jugoslovanske državljane — delavce, ki so v delovnem razmerju z domačo organizacijo, na strokovnem izpopolnjevanju, se tam učijo oziroma so tam na praksi, sta osnova in način obračunavanja prispevkov določena s sklepom skupnosti.

Strokovna izobrazba in kvalifikacija oseb iz prvega odstavka se presojata po predpisih, ki veljajo v SR Sloveniji.

14. člen

Če se osebni dohodki in drugi prejemki izjemoma obračunavajo in izplačujejo v čistih zneskih, se prispevek za zdravstveno zavarovanje obračunava in plačuje na stopnjah, preračunanih na čisti osebni dohodek oziroma prejemek. Stopnja se preračunava po tejle formuli:

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje na čisti osebni dohodek oziroma prejemek

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje
× 100

= $\frac{100 - (\text{seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja} + \text{seštevek stopenj prispevka za izobraževanje} + \text{stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje} + \text{stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje} + \text{stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo} + \text{stopnja prispevka za otroški dodatek} + \text{stopnja prispevka za zaposlovanje})}{\text{seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja} + \text{seštevek stopenj prispevka za izobraževanje} + \text{stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje} + \text{stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje} + \text{stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo} + \text{stopnja prispevka za otroški dodatek} + \text{stopnja prispevka za zaposlovanje}}$

Po formuli iz prvega odstavka tega člena se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi tedaj, kadar osebni dohodek ne vsebuje vseh prispevkov iz osebnega dohodka ali se ti plačujejo po nižji stopnji.

Na način, določen v prvem in drugem odstavku tega člena se obračunavajo prispevki za zdravstveno zavarovanje tudi od pavšalnih osnov, če ni v zakonu oziroma v sklepu skupnosti drugače določeno.

15. člen

Kadar je prispevek določen v mesečnem pavšalnem znesku, se ugotavlja in obračunava ta prispevek za posamezni dan tako, da se mesečni pavšalni znesek deli s 26 in množi s številom zavarovanih dni, pri čemer se računa, da ima teden 6 delovnih dni.

16. člen

Zavezanec prispevka, ki je izven območja skupnosti pa opravlja na tem območju del svoje dejavnosti, obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji, ki jo je določila ta skupnost.

Zavezanec iz prejšnjega odstavka, ki obračunava prispevke iz čistih osebnih dohodkov, mora pri preračunavanju upoštevati prispevne stopnje iz delovnega razmerja (iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja, za izobraževanje, za neposredno otroško varstvo in otroški dodatek ter za zaposlovanje), ki se všteto v kosmati osebni dohodek v občini, kjer ima zavezanec, to je delovna organizacija oziroma samostojna organizacija združenega dela v sestavu delovne organizacije, svoj sedež.

17. člen

Posebni prispevek za zdravstveno zavarovanje se obračunava od osnov, od katerih se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje.

3. OBRAČUNAVANJE PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA ZAVAROVANCE DRUGIH KATEGORIJ

18. člen

Za gospodinjske pomočnice se prispevek obračunava in plačuje po določenih stopnjah od dogovorjenega osebnega dohodka iz 12. člena pravilnika.

Jugoslovanski ali tuji državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji, ki jo določi skupnost.

Za osebe na prostovoljni praksi, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol (6. in 7. točka prvega odstavka 14. člena zakona) ter za družinske člane, ki jih morajo posebej zavarovati jugoslovanski državljani zaposleni v tujini (3. in 4. odstavek 15. člena zakona), se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini, ki ga skupnost določi s sklepom.

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za neplačane izostanke z dela je osebni dohodek, ki ga je delavec prejel za prejšnji mesec.

Za osebe iz 29. in 30. člena zakona, se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih določi skupnost.

19. člen

Iz osebnega dohodka delavcev in upokojencev v delovnem razmerju pri enem ali več zavezancih, vendar skupaj manj kot polovico delovnega časa, se pla-

čuje prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo po sklepu skupnosti.

4. ROKI, KRAJ IN NAČIN PLAČEVANJA PRISPEVKOV

20. člen

Vsi prispevki, ki jih obravnava ta pravilnik, se vplačujejo pri službi družbenega knjigovodstva (v nadaljnjem besedilu: družbeno knjigovodstvo) na žiro račun ali pri blagajni skupnosti.

Če je jugoslovanska delovna organizacija pritegnila k delu v tujini delavce iz druge jugoslovanske delovne organizacije, je zavezanec za plačevanje prispevka še nadalje delovna organizacija, katere delavci so pritegnjeni k takemu delu.

21. člen

Za zavarovance — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, lahko prevzamejo dolžnost obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje njihova poklicna društva, združenja, skupnosti, zadruge in drugi.

S prevzemom obračunavanja in plačevanja prispevkov po organizaciji iz prejšnjega odstavka zavarovancem — osebam, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ne preneha dolžnost zavezanca za prispevek po zakonu.

22. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevek po 74. členu zakona — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja s prvim dnevom izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;

3. za zavarovance pri zasebnih delodajalcih zadnji dan v mesecu za nazaj;

4. za druge zavezance — zadnji dan v mesecu za nazaj.

23. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev ter zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. člen zakona), ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 % na dan od zneska neplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

24. 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.

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

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

25. člen

Na zahtevo skupnosti družbeno knjigovodstvo oziroma banka na podlagi izvršljivega plačilnega na-

loga skupnosti ali sodišča oziroma na podlagi izvršljive odločbe sodišča izterja neplačane prispevke tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Če 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 pravih izvršilnega postopka.

26. člen

Za delavce, ki delajo v tujini v delovnem razmerju z jugoslovanskimi delovnimi organizacijami, morajo le-te plačevati del prispevkov v valuti, v kateri izplačujejo osebne dohodke in sicer v višini kot je določena v sklepu skupnosti. Če dobivajo devizna sredstva po posebnih predpisih iz republiške kvote za plačevanje v neblagovnem prometu s tujino, plačujejo prispevke v dinarjih.

Jugoslovanski državljani, ki so stopili v tujini v delovno razmerje (15. člen zakona) in so zavarovani po zakonu, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, po najbližjem korespondentu Narodne banke Jugoslavije v zadevni državi; če tam ni takega korespondenta, pa tako, kot to določi Narodna banka Jugoslavije.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, ali v dinarjih.

Prispevek za jugoslovanske državljane, ki so zaposleni pri gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov v tujini, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema sami osebni dohodek.

Prispevki iz tega člena se vplačujejo na žiro račun sklada skupnosti.

27. člen

Zavezanec mora prispevke vplačevati ločeno za:

- zdravstveno zavarovanje delavcev;
- zdravstveno zavarovanje delavcev od osebnih dohodkov iz delovnega razmerja izven rednega delovnega časa;
- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo;
- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo iz delovnega razmerja izven rednega delovnega časa;
- zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 29. členu zakona;
- zdravstveno zavarovanje oseb po 30. členu zakona;
- zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v tujini;
- posebni prispevek;
- kazenske obresti in stroški.

Zavezanec lahko nakaže vse prispevke za zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo z enim virmanskim nalogo ali položnico, vendar mora specificirati po vrstah prispevkov.

Na prenosnem nalogu ali položnici mora biti označena doba, na katero se nanaša vplačilo prispevka, osnova, stopnja in znesek prispevka.

Če zavezanec za vplačilo prispevka ne izpolni naloge - položnice po določitih tega člena, mu družbeno knjigovodstvo ali pošta zavrne vplačilo po 38. in 60. členu zakona o službi družbenega knjigovodstva.

28. člen

Zavezanec lahko refundira preveč ali napačno vplačane prispevke ugotovljene z zaključnim računom delovne ali druge organizacije v soglasju s pristojno službo družbenega knjigovodstva, v drugih primerih pa v soglasju s pristojno službo skupnosti.

5. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

29. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje po tem pravilniku se obračunavajo in plačujejo od 1. januarja 1971.

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

30. člen

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

Št. 022-10/70

Ljubljana, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ljubljana**

**Predsednik
Milovan Illich l. r.**

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV MARIBOR

577.

Po 68. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in po 3. točki 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) (v nadaljnjem besedilu: statut skupnosti) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na rednem zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti

1

Stopnja prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti, se določi na 6,60 % od kosmatih osebnih dohodkov.

2

Prispevek se obračunava in plačuje od kosmatih osebnih dohodkov iz vseh oblik delovnega razmerja.

3

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

Št. 022-39/1-70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

578.

Po drugem in tretjem odstavku 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s prvim, tretjim in četrtem odstavkom 38. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor na zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva

I

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo naslednje oblike zdravstvenega varstva, prispevajo k stroškom:

1. znesek 5 din — za vsako izdano zdravilo, ki ga zagotavlja zdravstveno zavarovanje, razen za zdravila, pri katerih je potrebna neposredna intervencija strokovnega zdravstvenega delavca;

2. znesek 10 din — za prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu pri isti bolezni, ki je opravljen na zahtevo;

3. znesek 100 din — za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti;

4. znesek 15 din — za prevoz z reševalnim vozilom ali uporabo posebnega prevoznega sredstva, če je prevoz potreben in ga odobri zdravnik;

5. za proteze, ortopedске in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave:

a) znesek 60 din — za proteze (protetična sredstva) za zgornje ali spodnje okončine, ortopedsko sandalo, ortopedске aparate in steznike (ortotična sredstva), invalidske vozičke vseh predpisanih vrst, aparat za ekstenzijo (dodeljen v uporabo), nepodložene usnjene rokavice, kilni pas in lasuljo;

b) znesek 80 din — za slušni aparat in aparat za omogočanje glasnega govora;

c) znesek 30 din — za vse vrste očesnih pripomočkov;

č) za ortopedsko obutev:
— znesek 50 din do velikosti številke 35 ali kadar je navadna obutev sestavni del protetičnega sredstva,
— znesek 80 din od velikosti številke 35 dalje;

d) znesek 20 din — za bergli ali berglo;

e) trojni znesek, ki je predpisan kot prispevek zavarovane osebe za izdano zdravilo — za navleko na krn, estetsko rokavico za protezo, umetno dojko in brizgalko za injekcije;

6. 30 % stroškov — za zdravljenje zobnih in ustnih bolezni, zobno protetično zdravljenje in zobna protetična sredstva;

7. 50 % stroškov za prvih pet dni — za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti;

8. 50 % stroškov — za neobvezna cepljenja;

9. znesek 10 din — za prvi specialistični pregled ob isti bolezni, če ne gre za pregled v dispanzerju;

10. stroške oskrbe in nastanitve (hotelski del) — za nadomestno zdravljenje v naravnih zdraviliščih po veljavnih indikacijah vendar ne več kot 50 % skupnih stroškov oskrbnega dne.

II

Prispevka ne plačajo:

1. vse zavarovane osebe, kadar gre za uveljavljanje oblik zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon;

2. zavarovanci, kadar uveljavljajo zdravstveno varstvo v zvezi z nesrečo pri delu in obolenjem za poklicno boleznijo;

3. zavarovane osebe po dvojni ali večstranski amputaciji okončin nad zapestjem ali gležnjem in zavarovane osebe, ki imajo paraplegijo, triplegijo ali tetraplegijo, za proteze, ortopedске in druge pripomočke, pomožne in sanitarne priprave, razen za ortopedsko obutev oziroma navadno obutev, ki je sestavni del protetičnega sredstva, za nepodložene usnjene rokavice, slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora ter za vse vrste očesnih pripomočkov.

III

Kadar prispevek, ki je določen pod I. tega sklepa v enotnem znesku, presega dejanske stroške, plača zavarovana oseba samo dejanske stroške ustrezne oblike zdravstvenega varstva.

Prispevek zavarovanih oseb k stroškom posameznih oblik zdravstvenega varstva je dohodek ustrezne zdravstvene delovne organizacije, ki zagotovi zdravstveno varstvo, oziroma organizacije, ki dobavlja zdravstvene pripomočke. Za znesek prispevkov po tem sklepu se zmanjša račun zdravstvene delovne organizacije ali dobavitelja ustreznih pripomočkov, katerega plačnik je sklad zdravstvenega zavarovanja delavcev.

IV

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

Št. 06-41/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

579.

Po 69. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in po 3. točki 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Mariboru sprejela na rednem zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo

1

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se določi na 0,71 % od kosmatih osebnih dohodkov.

2

Prispevek se obračunava od kosmatih osebnih dohodkov iz vseh oblik delovnega razmerja.

3

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

St. 022-39/3-70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik
Mirko Kocjan I. r.

580.

Po 68. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70 — v nadaljnjem besedilu: zakon) in po 3. točki 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70 — v nadaljnjem besedilu: statut skupnosti) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Mariboru sprejela na rednem zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev in oseb, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po 29. in 30. členu zakona

I

Za kategorije zavarovancev iz 5., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena in iz 15. člena zakona se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek din
1.	Jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno — 5. točka 1. odstavka 14. člena zakona	71
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne prejemajo osebnega dohodka, če delajo polni delovni čas — 6. točka 1. odstavka 14. člena zakona	60
3.	Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni ali drugi organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu — 7. točka 1. odstavka 14. člena zakona	22
4.	Osebe iz 15. člena zakona, ki morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo pri tujem nosilcu zavarovanja, kjer so same zavarovane	71

Vse osebe iz te točke so zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva ter za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti, osebe pod tek. št. 2. in 3. pa so zavarovane tudi za primer nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo.

II

Za kategorije oseb iz 29. člena zakona, se določijo prispevki za zdravstveno varstvo v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek din
1.	Uživalci stalnih priznavalnin oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih — 1. točka 1. odstavka 29. člena zakona	69
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne prejemajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa — 2. točka 1. odstavka 29. člena zakona	51
3.	Učenci strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovance-delavcev — 3. točka 1. odstavka 29. člena zakona	20
4.	Otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, vnuki, bratje, sestre in drugi, k sebi vzeti otroci pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovance-delavcev — 4. točka 1. odstavka 29. člena zakona	20
5.	Osebe na šolanju, strokovnem izpopolnjevanju ali na podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta — 5. točka 1. odstavka 29. člena zakona	71
6.	Osebe, ki jih pošlje delovna ali druga organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo — 6. točka 1. odstavka 29. člena zakona	51
7.	Osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo	

Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek din
	na takih delih najmanj 6 ur na dan — 7. točka 1. odstavka 29. člena zakona	20
8.	Osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo — 8. točka 1. odstavka 29. člena zakona	20
9.	Osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo — 9. točka 1. odstavka 29. člena zakona	20
10.	Osebe, ki so na predvojaškem pouku-taborenju — 10. točka 1. odstavka 29. člena zakona	1)
11.	Uživalci invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi zakona zavarovani za vse zavarovane primere, taki uživalci so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine — 11. točka 1. odstavka 29. člena zakona	69

Osebam iz te točke so zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in pravice iz zdravstvenega varstva, ki so določene s statutom skupnosti.

III

Za kategorije oseb iz 30. člena zakona se določijo prispevki za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek din
1.	Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje — 1. točka 1. odstavka 30. člena zakona	40
2.	Učenci strokovnih šol in gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom — 2. točka 1. odstavka 30. člena zakona	10
3.	Pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite — 3. točka 1. odstavka 30. člena zakona	10
4.	Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje — 4. točka 1. odstavka 30. člena zakona	10
5.	Osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi — 5. točka 1. odstavka 30. člena zakona	10
6.	Osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu — 6. točka 1. odstavka 30. člena zakona	10

Osebam iz te točke so zagotovljene le obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki jih določa zakon, ter zdravstveno varstvo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

IV

Sklad invalidsko-pokojninskega zavarovanja plačuje za upokojene in uživalce pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki so zavarovani pri skupnosti (5. točka 1. odstavka 14. člena zakona) prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji 8,28% od izplačanih pokojnin, invalidnin in oskrbnin.

V

Zavod za zaposlovanje plačuje za vse osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu (4. točka 1. odstavka 14. člena zakona) prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini 6,60% od kosmate oziroma po preračunani čisti prispevni stopnji.

Osnova za izračun prispevka je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda za zaposlovanje tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno nezaposlenostjo.

VI

Za zavarovance po 15. členu zakona se plačuje prispevek po stopnji 7,31% od kosmatega poprečnega osebnega dohodka, ki so ga imele te osebe na svojem delovnem mestu v Jugoslaviji in letu pred letom, v katerem so se zaposlile v tujini.

Zavarovanci, ki so bili pred odhodom v tujino nezaposleni in tisti, katerih znesek kosmatega osebnega dohodka ne dosega zneskov pavšalnih osnov, ki so v nadaljevanju navedene, pa plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje od mesečnih pavšalnih zneskov — osnov:

	din
1. osebe z visoko strokovno izobrazbo	5.000
2. osebe z višjo strokovno izobrazbo in visokokvalificirani delavci	3.800
3. osebe s srednjo strokovno izobrazbo in kvalificirani delavci	3.100
4. osebe z nižjo strokovno izobrazbo in priučeni delavci	2.600
5. osebe brez strokovne izobrazbe in nekvalificirani delavci	2.100

Zneski mesečnih pavšalnih osnov se letno valorizirajo s količnikom porasta poprečnih mesečnih osebnih dohodkov zaposlenih na območju skupnosti.

Zavezanci plačujejo najmanj polovico obračunane prispevka v valuti, v kateri so izplačali osebne dohodke.

Izjemoma obračunavajo in plačujejo delovne organizacije, ki dobivajo devizna sredstva po odloku o plačevanju delovnih organizacij negospodarskih dejavnosti v tujini (Uradni list SFRJ, št. 52-627/66), celoten prispevek v dinarjih.

VII

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, prenehajo veljati vsi predpisi, ki se nanašajo na plačevanje pavšalnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje, in predpisi, s katerimi se določa plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, zaposlenih v tujini.

VIII

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

Št. 022-39/3-70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

581.

Po 68. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in po 3. točki 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Mariboru sprejela na rednem zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanih odsotnostih z dela

1

Zavezanci prispevka za zdravstveno zavarovanje so dolžni plačevati za svoje delavce, ki so na neplačanem dopustu, ali (upravičeno ali neupravičeno) izostanejo z dela brez pravice do nadomestila osebnega dohodka, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela po stopnji 6,60 % od kosmate osnove.

2

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje je osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil neplačani dopust ali ko je nastopila katera od okolnosti iz 1. točke tega sklepa.

3

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

Št. 022-39/4-70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

582.

Po 97. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in po 3. točki 122. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na rednem zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o merilih za razvrščanje v zavarovalne osnove zaradi plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti

1

S tem sklepom se določajo zavarovalne osnove, od katerih se plačujejo prispevki za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost oziroma prevozniško dejavnost in so po veljavnih predpisih vpisane v register oziroma ustrezne evidence, ter samostojne gostince, ki opravljajo po predpisih o zasebnem gostinstvu gostinsko dejavnost in so vpisane v register oziroma ustrezne evidence;
2. odvetnike, ki so vpisani v register pri odvetniški zbornici;
3. katoliške duhovnike;
4. športnike — amaterje;
5. športnike — nogometaše s statusom profesionalca;
6. kolporterje tiska;
7. umetnike, književnike, arhitekta, restavratorje, skladatelje in prevajalce znanstvenih in književnih del, ki jim je po zakonskih predpisih priznana ta lastnost;
8. zdravnike;
9. druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2

Za osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost oziroma prevozniško dejavnost, in samostojne gostince se glede na letno davčno osnovo določijo osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Letna davčna osnova		Mesečna osnova za obračun prispevkov
od din	do din	osnova za obračun prispevkov din
	7.000	800
7.001	10.000	1.100
10.001	20.000	1.500
20.001	30.000	2.000
30.001	45.000	2.500
45.001	60.000	3.100
nad 60.000		3.700

Zavarovanim osebam iz 1. odstavka te točke se določa osnova za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki so jo te osebe dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 31. maja tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz 1. odstavka te točke v 8 dneh po vpisu v register oziroma ustrezne evidence, se razvrsti v zavarovalno osnovo 800 dinarjev. Zavarovančev dru-

žinski član, ki izpolnjuje pogoje za zdravstveno zavarovanje, se razvrsti v isto osnovo kot nosilec obrti oziroma obrti podobne ali gostinske dejavnosti.

3

Odvetniki se glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev razvrstijo v zavarovalne osnove, od katerih plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje:

Letna osnova osebnega dohodka od intelektualnih storitev		Mesečna osnova za obračun prispevkov din
od din	do din	
	30.000	2.000
30.001	45.000	2.500
45.001	60.000	3.100
nad 60.000		3.700

Zavarovanim osebam iz 1. odstavka te točke se določa osnova za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki so jo te osebe dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 31. maja tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz 1. odstavka te točke v 8 dneh po vpisu v register pri odvetniški zbornici, se razvrsti v zavarovalno osnovo 800 din.

4

Katoliškim duhovnikom se glede na pokojninsko dobo in starost določa za obračunavanje in plačevanje prispevka

mesečna osnova 1.100 din.

5

Športnikom — amaterjem, ki prejemajo hranarino, se določa za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje ne glede na športno dejavnost

mesečna osnova 900 din.

6

Športnikom — nogometašem s statusom profesionalca se določa obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje ne glede na starost in pokojninsko dobo

mesečna osnova 2.000 din.

7

Kolporterjem tiska se določa mesečna osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje ne glede na starost in pokojninsko dobo

mesečna osnova 900 din.

8

Umetnikom, književnikom, arhitektom, restavratorem, skladateljem in prevajalcem znanstvenih in književniških del, ki jim je po zakonitih predpisih priznana ta lastnost, se določa za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje ne glede na starost in pokojninsko dobo

mesečna osnova 2.000 din.

9

Zdravnikom, ki po zakonskih predpisih opravljajo samostojno poklicno dejavnost, se ne glede na starost in pokojninsko dobo določa za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje

mesečna osnova 2.500 din.

10

Drugim osebam, ki opravljajo dejavnost, katero predpisi opredeljujejo kot samostojno poklicno dejavnost, se določa mesečna osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje ne glede na pokojninsko dobo, če imajo:

nižjo in srednjo strokovno izobrazbo na 900 din
višjo in visoko strokovno izobrazbo na 1.500

11

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v točkah 2. do 10. tega sklepa, so čiste zavarovalne osnove, za katere se uporabljajo preračunane čiste stopnje.

Zavezanci iz 2. in 3. točke tega sklepa se razvrščajo v zavarovalne osnove na podlagi odločb o davčnih osnovah vsakega 1. julija v letu.

Zavarovalne osnove iz 2. do 10. točke tega sklepa se vsakega 1. julija v letu valorizirajo s količnikom, ki je določen za preračunavanje osebnih dohodkov, kadar se ti vštevaajo v pokojninsko osnovo.

12

Zavarovalne osnove, določene s tem sklepom, se uporabljajo do 30. junija 1972.

13

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

Št. 06-43/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

583.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70 ter 152. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor na zasedanju 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik ureja način ugotavljanja osnov ter obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstve-

no zavarovanje delavcev in drugih oseb, ki so zavarovane pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (v nadaljnjem besedilu: skupnost) po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in po statutu skupnosti (v nadaljnjem besedilu: statut), ter oseb, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

2. člen

Zavezanci za prispevke za zdravstveno zavarovanje so: zavarovanci-delavci, ki dobivajo osebni dohodek iz delovnega razmerja; osebe, katerih prejemki so izenačeni z osebnim dohodkom iz delovnega razmerja (2. in 3. točka prvega odstavka 13. člena statuta; osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke; in drugi v zakonu določeni zavezanci.

Zavezanci za prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so državni organi, delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci — za zavarovance, ki so pri njih zaposleni; osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke; in drugi v zakonu določeni zavezanci.

3. člen

Zavezanci za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno varstvo po 66., 82. in 83. členu zakona (v nadaljnjem besedilu: zavezanci) so: družbeno-politične skupnosti, državni organi, delovne in druge organizacije, zasebni delodajalci ter osebe, ki morajo zase same plačevati prispevek.

4. člen

Zavezanci plačujejo te prispevke:

1. prispevek za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti (prispevki za zdravstveno zavarovanje — 66. in 97. člen zakona);
2. prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (69. člen zakona) — za osebe iz 1., 2., 3., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena ter 15., 17. in 18. člena zakona;
3. poseben prispevek za zdravstveno zavarovanje (71. člen zakona);
4. prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz 29. člena zakona (82. člen zakona);
5. prispevek za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena zakona (83. člen zakona).

5. člen

Prispevek iz 1. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz odtegnjenega dela osebnega dohodka delavcev ali prejemka, ki ima značaj osebnega dohodka;
2. zasebni delodajalci za zavarovance, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev;
3. družbeno-politične in druge skupnosti ter organizacije, ki morajo po zakonitih predpisih ali sporazumu plačevati oziroma prispevati prispevek za zavarovanje za posamezne kategorije zavarovancev ali oseb iz 44. člena zakona — iz svojih sredstev;
4. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti same zase plačevati prispevek — iz svojih sredstev;

5. drugi zavezanci — ki jih določajo zakoniti predpisi — iz sredstev, določenih v teh predpisih.

6. člen

Prispevek iz 2. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije — iz dohodka;
2. zasebni delodajalci — iz svojih sredstev;
3. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti same zase plačevati prispevek — iz svojih sredstev.

7. člen

Prispevek iz 3. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. delovne in druge organizacije — za delavce, ki o pri njih zaposleni — iz svojega dohodka;
2. zasebni delodajalci — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev;
3. osebe — ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost — iz svojih sredstev;
4. zavarovanci iz 15. člena zakona — iz svojih sredstev;
5. invalidsko-pokojninski sklad — za uživalce pokojnin, oskrbnin in invalidnin — iz sredstev sklada;
6. drugi zavezanci — iz svojih sredstev.

8. člen

Prispevek iz 4. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. družbeno-politične skupnosti za osebe iz 1. in 4. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz proračunskih sredstev;
2. organizacije za osebe iz 2., 3., 5. in 6. točke prvega odstavka 29. člena zakona — v breme dohodka;
3. organizator akcije za osebe iz 7. do 10. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz svojih sredstev;
4. skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja za osebe iz 11. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz sredstev invalidsko pokojninskega sklada.

9. člen

Prispevek iz 5. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. zavodi za zaposlovanje delavcev za osebe iz 1. točke 30. člena zakona — iz sredstev skladov skupnosti za zaposlovanje;
2. organizacije za osebe iz 2. točke 30. člena zakona — v breme dohodka;
3. organizator akcije za osebe iz 3. do 6. točke 30. člena zakona — iz svojih sredstev.

10. člen

Za zavarovance — tuje državljane iz 3. odstavka 1. člena zakona se uporabljajo določbe iz prejšnjih členov tega pravilnika.

Tuji državljani zaposleni na podlagi mednarodnih pogodb pri tujih organizacijah v Jugoslaviji, ki uživajo diplomatsko imuniteto, in tujci, ki prejemajo osebni dohodek neposredno iz tujine — plačujejo prispevek sami.

Osebe iz prejšnjega odstavka ne plačujejo prispevka po 2. točki 4. člena pravilnika.

Za osebe, ki uživajo varstvo po zakonu o zdravstvenem varstvu tujcev v Jugoslaviji (Uradni list SFRJ, št. 23-347/67), se uporabljajo določila navedenega zakona.

II. OSNOVE ZA OBRAČUNAVANJE IN PLAČEVANJE PRISPEVKOV

11. člen

1. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov pri zavarovancih, ki prejemajo osebni dohodek iz delovnega razmerja pri delovnih in drugih organizacijah, je njihov celoten kosmati osebni dohodek, ki so ga dobili za delovne uspehe, dosežene z delom na svojem delovnem mestu, po osnovah in merilih, ki jih je zavezanec določil v splošnem aktu o delitvi osebnih dohodkov delavcev.

2. Kadar se osebni dohodek ugotavlja skupaj s potnimi in drugimi stroški in se uporabljajo skupna merila za isto osnovo (provizija trgovskih potnikov in zavarovalnih agentov in podobno), se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za obračun prispevkov, le tisti del tako ugotovljenega osebnega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Če tako izračunani ostanek celotnega zneska skupaj z osebnim dohodkom, ki ga delavec doseže po drugih osnovah iz splošnega akta delovne organizacije, presega najvišji osebni dohodek v delovni enoti delovne organizacije, se vzame za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje znesek, ki je enak najvišjemu osebnemu dohodku v delovni enoti.

3. V osebni dohodek za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje se vštevata tudi dodatek za borca, ki ga po posebnih predpisih dobivajo osebe v delovnem razmerju.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane predstavniških teles in drugih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene osebe v družbenih, zadržnih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo, je stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za delo.

5. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane obrtnih in ribiških zadrug je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

6. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila za območje zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov določita sporazumno zavod za zaposlovanje in skupnost.

7. Za upokojence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je osnova za obračunavanje prispevka izplačana pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

8. Za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. in 18. člena zakona), je osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje določena s sklepom skupnosti.

9. Če določi skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje za zavarovance posameznih kategorij s svojim sklepom stalne zneske prispevkov, se plačujejo za njihovo zdravstveno zavarovanje ti zneski.

12. člen

Osnova za obračun prispevkov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, je čisti osebni dohodek iz

delovnega razmerja, ki pa ne sme biti manjši od prijavljenega osebnega dohodka oziroma od osebnega dohodka, ki ga je za enako ali podobno delo ugotovil oziroma določil pristojni organ občinske skupščine po zakonu o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih. Če je tako ugotovljeni osebni dohodek manjši od minimalnega osebnega dohodka, je osnova za obračun prispevka predpisani minimalni osebni dohodek.

Če je dogovorjeno plačilo v denarju in v naravi, ne sme biti del osebnega dohodka, ki se izplačuje v denarju, manjši od minimalnega osebnega dohodka.

13. člen

Za jugoslovanske državljane — delavce, osebe na strokovnem izpopolnjevanju, v uku ali na praksi v tujini sta osnova in način obračunavanja prispevkov določena s sklepom skupnosti.

Strokovna izobrazba in kvalifikacija oseb iz prvega odstavka se presojata po predpisih, ki veljajo v SR Sloveniji.

14. člen

Če se osebni dohodki in drugi prejemki izjemoma obračunavajo in izplačujejo v čistih zneskih, se prispevek za zdravstveno zavarovanje obračunava in izplačuje po stopnjah, preračunanih na čisti osebni dohodek oziroma prejemek. Stopnja se preračunava po tejli formuli:

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje na čisti osebni dohodek oziroma prejemek

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje
× 100

100 — (seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja + seštevek stopenj prispevka za izobraževanje + stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje + stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje + stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo + stopnja prispevka za otroški dodatek + stopnja prispevka za zaposlovanje).

Po formuli iz prvega odstavka tega člena se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi tedaj, kadar osebni dohodek ne vsebuje vseh prispevkov iz osebnega dohodka ali se ti plačujejo po nižji stopnji.

Na način, določen v prvem in drugem odstavku tega člena, se obračunavajo prispevki za zdravstveno zavarovanje tudi od pavšalnih osnov, če ni v zakonu oziroma v sklepu skupnosti drugače določeno.

15. člen

Posebni prispevek za zdravstveno zavarovanje se obračunava od osnov, od katerih se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje.

III. OBRAČUNAVANJE PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA ZAVAROVANCE DRUGIH KATEGORIJ

16. člen

1. Za gospodinjke pomočnice se prispevek obračunava in plačuje po določenih stopnjah od dogovorjenega osebnega dohodka iz 12. člena pravilnika, če ni skupščina skupnosti določila zanje stalne osnove.

2. Jugoslovanski ali tuji državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji ali v pavšalnem znesku, ki ga določi skupnost.

3. Za osebe na prostovoljni praksi, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol (6. in 7. točka prvega odstavka 14. člena zakona) ter za družinske članke, ki jih morajo posebej zavarovati jugoslovanski državljani zaposleni v tujini (3. in 4. odstavek 15. člena zakona), se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini, ki ga skupnost določi s sklepom.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za neplačane izostanke z dela je osebni dohodek, ki ga je delavec prejel za prejšnji mesec.

5. Za osebe iz 29. in 30. člena zakona se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih določi skupnost.

17. člen

Iz osebnega dohodka delavcev in upokojenecv v delovnem razmerju pri enem ali več zavezancih, vendar skupaj z manj kot polovico delovnega časa, se plačuje prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo po sklepu skupnosti.

IV. ROKI, KRAJ IN NAČIN PLAČEVANJA PRISPEVKOV

18. člen

1. Vsi prispevki, ki jih obravnava ta pravilnik, se vplačujejo pri službi družbenega knjigovodstva (v nadaljnjem besedilu: družbeno knjigovodstvo) na žiro račun ali pri blagajni skupnosti.

2. Če je jugoslovanska delovna organizacija zaposlila pri delu v tujini delavce iz druge jugoslovanske delovne organizacije, je zavezanec za plačevanje prispevka še nadalje delovna organizacija, katere delavci so pritegnjeni k takemu delu.

19. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevek po 74. členu zakona — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja s prvim dnevom izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;

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

20. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje

delavcev, ter zavarovanci — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. člen zakona), ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 % na dan od zneska neplačanega ali nepravočasno vplačanega prispevka.

21. 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.

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

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

22. člen

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

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

23. člen

Za delavce, ki delajo v tujini v delovnem razmerju z jugoslovanskimi delovnimi organizacijami, morajo le-te plačevati najmanj polovico prispevka v valuti, v kateri izplačujejo osebne dohodke; če dobivajo devizna sredstva po posebnih predpisih iz republiške kvote za plačevanje v neblagovnem prometu s tujino, plačujejo prispevke v dinarjih.

Jugoslovanski državljani — ki so stopili v tujini v delovno razmerje (15. člen zakona) in so zavarovani po zakonu, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v valuti, v kateri prejemajo osebni dohodek, po najbližjem konrespondentu Narodne banke Jugoslavije v zadevni državi; če tam ni takega konrespondenta, pa tako, kot to določi Narodna banka Jugoslavije.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejemajo osebni dohodek, ali v dinarjih.

Prispevek za jugoslovanske državljane, ki so zaposleni pri gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov v tujini, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejemajo sami osebni dohodek.

Prispevki iz tega člena se vplačujejo na žiro račun sklada skupnosti.

24. člen

Zavezanec mora prispevke vplačevati ločeno za: — zdravstveno zavarovanje delavcev;

- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo;
- zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol;
- zdravstveno varstvo oseb po 29. členu zakona;
- zdravstveno varstvo oseb po 30. členu zakona;
- zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v tujini;
- posebni prispevek;
- kazenske obresti in stroški.

Zavezanec lahko nakaže vse prispevke za zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo z enim virmanskim nalogom ali položnico, vendar mora nakazani znesek specificirati po vrstah prispevkov.

Na prenosnem nalogu ali položnici mora biti označena doba, na katero se nanaša vplačilo prispevka, osnovno, stopnjo in znesek prispevka.

Če zavezanec ne izpolni naloga — položnice po določilih tega člena, mu družbeno knjigovodstvo ali pošta zavrne vplačilo po 38. in 60. členu zakona o službi družbenega knjigovodstva.

25. člen

Zavezanec lahko refundira preveč ali napačno vplačane prispevke samo ob pismenem soglasju pooblaščenega organa skupnosti, če ni s predpisi drugače določeno.

V. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

26. člen

1. Prispevki za zdravstveno zavarovanje po tem pravilniku se bodo obračunavali in plačevali od 1. januarja 1971 kot dneva, ko se začeta izvajati zakon in statut.

2. Izjemoma morajo zavezanci svoje prispevke plačevati po predpisih in stopnjah za financiranje zdravstvenega zavarovanja delavcev, ki veljajo na dan 31. decembra 1970, od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se izplačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970 in na zavarovance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem delavcev. Vplačila opravijo zavezanci v korist skupnosti.

27. člen

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

St. 06-42/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

**Predsednik
Mirko Kocjan l. r.**

584.

Po 117. in 140. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s tretjim odstavkom 31. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam

1. člen

Kadar gre do stroški za zdravstveno varstvo na račun sklada zdravstvenega zavarovanja, se predpisujejo, izdajajo in zaračunavajo zdravila zavarovanim osebam tako, kot določa ta pravilnik.

2. člen

Zdravila se predpisujejo na obrazcu recepta za zavarovane osebe, v katerega se vpisujejo tile podatki:

1. skupnost zdravstvenega zavarovanja, ki je plačnik izdanega zdravila;
2. oblika zdravstvenega varstva;
3. registrska številka;
4. naziv države, če je oseba zavarovana po konvenciji;
5. priimek in ime zavarovanca;
6. ime družinskega člana; starost bolnika v letih, do dveh let v mesecih;
7. naslov bolnika;
8. vrsta zavarovanja.

Podatki iz prvega odstavka tega člena se vpisujejo v ustrezne rubrike obrazca recepta iz zdravstvene izkaznice zavarovane osebe oziroma iz njenega vložka.

3. člen

Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept podpisati in pritisniti pod podpisom štampiljko s svojim imenom.

Izročanje podpisanih biano receptnih obrazcev drugemu zdravniku ni dovoljeno; za posledice, ki iz tega nastanejo, odgovarjata po splošnih predpisih oba prizadeta zdravnika.

4. člen

Na receptu mora biti tudi pečat zdravstvenega zavoda.

S pečati in obrazci za recepte oskrbuje zdravnike zdravstvena delovna organizacija, v kateri delajo, pooblaščenec zdravnik pa pristojna služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

Recept mora biti napisan čitljivo.

Imena zdravil se smejo skrajševati samo toliko, da se s tem farmacevta ne more spraviti v zmotu.

Na posameznem receptu sme biti predpisano zdravilo samo za eno osebo.

Za sestavni del zdravila se šteje tudi pomožni material, ki je namenjen za uporabo predpisanega zdravila (npr. kapalka, steklena paličica, redestilirana voda za raztopino in drugo).

Na hrbtni strani recepta se ne smejo predpisovati zdravila.

6. člen

Zdravnik je dolžan vsako predpisano zdravilo vpisati v zdravstveni karton zavarovane osebe in pri tem navesti skrajšano ime, količino in moč zdravila ter navodilo, dano za uporabo.

7. člen

Na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika ni mogoče predpisovati zavarovanim osebam:

1. zdravil, za katere v smislu zakona o prometu zdravil (Uradni list SFRJ, št. 15/65) ni dano dovoljenje, da smejo biti v prometu v Jugoslaviji (neregistrirana zdravila); izjema naj bi bila tista neregistrirana zdravila, ki jih dobijo bolniki ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na podlagi utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvene delovne organizacije, ki se ukvarja z znanstveno-raziskovalnim delom, če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno;

2. zdravil, za katere je dano dovoljenje, da smejo biti v prometu, vendar samo za uporabo v ustreznih zavodih (Viocin, Cyclosterin ipd.);

3. zdravil, katere se lahko uporabljajo samo pod stalnim nadzorom zdravnika v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (Bykomycin, Kanamycin ipd.);

4. kemičnih sredstev, ki se uporabljajo za diagnoze (kontrastna sredstva in podobno);

5. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo ali dajejo neposredno pri nujni zdravniški pomoči izven bolnišnice;

6. material, ki se uporablja v zdravstveni delovni delovni organizaciji za obvezovanje ran ali za trdno obvezo; izjemoma pa se sme predpisovati obvezilni material zavarovanim osebam na recepte v primerih nadaljevanega kirurškega zdravljenja na domu, če bolnik ne more sam k zdravniku in če gre za večjo porabo obvezilnega materiala (postoperativna zdravljenja, razpadajoči karcinomi, fistulacije, anus praeter, naturalis decubitus itd.); v teh primerih je treba pripisati diagnozo;

7. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo v zdravstvenih delovnih organizacijah s specialnimi napravami (inhalatorji, aerosol aparati ipd.);

8. cepiv, serumov in drugih zdravil, pri katerih je nujna zdravnikova kontrola in zanje potrebna neposredna intervencija zdravnika.

9. zdravil, ki jih dobivajo zavarovane osebe tisti čas, ko se zdravijo v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

8. člen

Zdravila, ki so naštet v 2. do 9. točki 7. člena tega pravilnika, preskrbuje zdravstvena delovna organizacija, razen v 6. točki 7. člena navedenih izjem.

Kadar gre za nujen primer, pa zdravstvena delovna organizacija ne more preskrbeti zdravila iz 8. točke 7. člena tega pravilnika, ga predpiše zdravnik na posebnem obrazcu zdravstvene delovne organizacije. Na takem obrazcu mora biti označeno, da je zdravilo nujno, kar je prejemniku zagotovilo, da ga dobi, poleg tega pa mora biti na njem zapisano, da naroča zdravilo zdravstvena delovna organizacija, in z zdravnikovim podpisom potrjeno da ga bo plačala zdravstvena delovna organizacija in da ga ni treba prejemniku zaračunati.

Vzajemne obveznosti, ki izvirajo iz izvajanja določb tega člena, posebno pa tiste, ki so v zvezi z olajšavami zavarovanim osebam za uporabo zdravil, uređijo natančneje skupnost zdravstvenega zavarovanja in zdravstvene delovne organizacije z medsebojnimi pogodbami.

9. člen

Na posamezen recept se sme predpisati tolikšna količina zdravila, da glede na bolnikovo stanje in naravo obolenja zadošča do naslednjega napovedanega zdravniškega pregleda. Ta količina:

1. pri akutnih obolenjih ali stanjih praviloma ne sme presegati količine, ki zadošča za 10 dni;

2. pri kroničnih obolenjih ali stanjih, ko gre za stalno uporabo posameznega zdravila, ne sme presegati količine, ki zadošča za en mesec, največ pa za dva meseca (diabetes, tbc, kronični kardiopati, kronične hepatopatije, kronična vnetna revmatična obolenja, krvna obolenja, nevropsihiatrična obolenja, preventivno jemanje penicilina pri streptokoknih infekcijah, trajna terapija z urikozuricnimi sredstvi ipd.).

Če predpiše zdravnik večjo količino zdravila od količine, ki zadošča za 10 dni, mora zapisati v zdravstveni karton zavarovane osebe na kratko, zakaj je predpisal tolikšno količino zdravila. Na takšen recept mora zdravnik pripisati klavzulo: »Necesse est«. Klavzula »Necesse est« ne sme biti tiskana in jo mora izpisati zdravnik lastnoročno.

Navodilo za uporabo zdravila mora biti popolno (npr.: »3-krat 2 tableti na dan« ipd.). Skupna količina predpisanega zdravila mora biti enaka količini po navodilu in napisana v njegovih enotah. V izjemnih primerih, kadar je količina potrebnega zdravila približno enaka njegovi količini v izvornem ovitku, se sme predpisati toliko zdravila, kolikor ga vsebuje izvorni ovitek (npr.: če je po navodilu za uporabo zdravila potrebno 10 tablet, izvorni ovitek pa vsebuje 20 tablet; ali če je potrebnih 150 g raztopine, izvorni ovitek pa vsebuje 180 g ipd.).

10. člen

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam morajo zdravniki:

1. predpisovati zdravila le s svojega delovnega področja;

2. predpisovati, kadar gre za enakovredna zdravila, cenejše zdravilo;

3. pri predpisovanju antibiotikov označiti diagnozo bolezni ali v posebnih primerih šifro (090 — 099);

4. pripisati tudi diagnozo pri dietnih preparatih, ki se v smislu zakona štejejo kot zdravila.

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam smejo zdravniki:

1. predpisati zdravilo s toksikomanogenim učinkom le, če je njegova uporaba medicinsko upravičena in nujna;

2. predpisati na receptu eno samo zdravilo, ki vsebuje eno samo sredstvo z narkotičnim učinkom.

Zdravnik ne sme predpisovati sebi in članom svoje družine zdravil s toksikomanogenim učinkom, razen v primerih prve pomoči. Farmacevt v nasprotnem primeru odkloni izdajo zdravila in smatra tak recept kot nepravilen.

11. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravila na receptu, ki ni pravilno izpolnjen, in sicer:

1. če vsebinsko ni jasen;
2. če je navodilo o uporabi zdravila nepopolno;
3. če manjkajo potrebne oznake;
4. če so predpisane sestavine inkompatibilne;
5. če je pri zdravlju močnega učinka prekoračena dovoljena doza, ali če ta doza ni izpisana tudi z besedo oziroma ni postavljen klicaj in pripisan podpis zdravnika.

Farmacevt ne sme izdati zdravila s toksikomanogenim učinkom:

1. na popravljen recept ali na recept, čigar enkratna dovoljena količina je prekoračena;
2. če je preteklo več kakor 5 dni od dneva, ko je bilo tovrstno zdravilo predpisano.

12. člen

Lekarna obvezno zadrži zaradi evidence recepte, predpisane na obrazcu zdravstvenega zavarovanja, čeprav je njegova vrednosta izpod zneska zavarovančevega obveznega prispevka.

13. člen

Ob izdaji zdravila, predpisanega na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika, zaračuna lekarna za vsako izdano zdravilo znesek, ki je določen v sklepu skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja, da ga morajo plačevati zavarovane osebe k stroškom za izdano zdravila.

Zaračunane zneske iz 1. odstavka tega člena obračunavajo lekarne oziroma zdravstvene delovne organizacije s skupnostjo zdravstvenega zavarovanja tako, kot je to določeno v medsebojnih pogodbah.

14. člen

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

St. 022-33/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

**Predsednik
Mirko Kocjan l. r.**

585.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s četrtim odstavkom 31. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za očesne pripomočke, ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene tele vrste očesnih pripomočkov:

1. očala:

- s stekli v dioptrijah;
- z mlečnimi stekli;
- s temnimi stekli brez dioptrij;
- s temnimi stekli v dioptrijah;
- s temnimi stekli iz plastične mase;
- z bifokalnimi stekli;
- s specialnim sistemom leč (teleskopska očala);
- s temnimi stekli brez dioptrij, s stenopeično režo in ščitniki s strani (očala z luknjico);

2. kontaktna stekla;

3. očesne proteze.

3. člen

(1) Očala s stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba za korekcijo ostrine vida na daljavo in bližino pri ametropiji ali prezbiopiji.

(2) Očala z mlečnimi stekli dobi zavarovana oseba, ki ima diplopijo in monokularno afakijo, v primeru anizokorije.

(3) Očala s temnimi stekli brez dioptrij dobi zavarovana oseba v primerih:

1. spačenosti zunanjih delov očesa;
2. kroničnih recidivnih keratokonjunktivitisov;
3. obolenja srednjega segmenta očesa, zaradi skleritisa, karatitisa, iritisa ali iridociklitisa;
4. obolenje očesnega ozadja ali očesnega živca zaradi horioditisa, horioretinitisa, retinitisa, nevrinitisa, nevroretinitisa, atrofije očesnega živca in odstopa mrežnice;

5. po introkularnih operacijah (mrene, glaukoma, odstranitvi tujka iz očesa ipd.), če je nastala po operaciji komplikacija — iritis, krvavitev v steklovini očesa ipd.

(4) Očala s temnimi stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba, pri kateri je poleg obolenja iz prvega odstavka tega člena hkrati podano tudi kakšno obolenje, ki je navedeno v tretjem in osmem odstavku tega člena.

(5) Očala s temnimi stekli iz plastične mase dobi zavarovana oseba, ki je slepa.

(6) Očala z bifokalnimi stekli namesto dveh očal s stekli v dioptrijah za korekcijo vida na bližino in daljavo dobi zavarovana oseba pri ametropiji ali prezbiopiji, če je podana zaradi poklica in vrste dela, ki ga opravlja, potreba po sočasni korekciji ostrine vida na bližino in daljavo.

(7) Očala s specialnim sistemom leč (teleskopska očala) dobi zavarovana oseba z visoko stopnjo slabovidnosti pri kateri se ostrina vida na obeh očesih ne da zboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in pri kateri se po mnenju očesne klinike z nošenjem takih očal dosega polovica normalne ostrine vida in omogoča opravljanje poklica.

(8) Očala s temnimi stekli brez dioptrij in s ščitniki s strani, s stenopeično režo ali brez reže, dobi zavarovana oseba v primerih:

1. odstopa mrežnice;
2. krvavitve v steklovini očesa;
3. kroničnega pomladanskega katarja veznic (Conjunctivitis vernalis).

4. člen

(1) Kontaktna stekla dobi zavarovana oseba v primerih:

1. keratokonusa;
2. monokularne (unilateralne) afakije (Aphakia unilaterialis), kadar je leča na drugem očesu prozorna;
3. anizometrije, ki presega 3 dioptrije in potrebe stereoskopskega vida v zvezi s poklicem;
4. ametropij, ki presegajo 5 dioptrij, kombiniranih z astigmatizmom, ki presega 3 dioptrije, pri katerih se s stekli v dioptrijah ne da doseči ostrina vida, večja kot 0,5 dioptrije;

5. obojestranskih afakij.

(2) Kontaktna stekla dobi v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovana oseba, če očesna klinika ugotovi, da zavarovana oseba prenaša taka stekla in ji je uporaba takih stekel nujno potrebna za šolanje ali za opravljanje dela.

5. člen

Očesno protezo dobi zavarovana oseba:

1. polno pri anoftalmusu;
2. luskinasto pri delni odstranitvi ali atrofiji očesnega zrkla;
3. orbitalno, kadar so poleg atrofije očesnega zrkla skazani tudi zunanji deli očesa.

6. člen

Očesne pripomočke predpisuje zdravnik specialist-okuлист, v kolikor ni v tem pravilniku drugače določeno.

7. člen

(1) Okviri za očala, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam, se delajo iz plastične mase, pri čemer morajo biti krilca ojačena s kovinsko armaturo.

(2) Očesne proteze se delajo iz plastične mase, stekla, porcelana ali kakšne druge snovi, ki je primerna za to vrsto pripomočkov.

(3) Če standardna oblika in velikost očesne proteze ne ustreza obliki in velikosti konjunktivalne vrečice, se izdelata očesna proteza po meri.

8. člen

(1) Očesni pripomočki morajo trajati najmanj:

1. okviri očal:
 - za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;
2. stekla in temna stekla v dioptrijah ter brez dioptrij:
 - za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let starosti — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;
3. mlečna stekla, bifokalna stekla, teleskopska očala in kontaktna stekla — 30 mesecev;
4. očesne proteze:
 - za zavarovane osebe do dopolnjenih 18 let starosti — 18 mesecev;
 - za druge zavarovane osebe — 30 mesecev.

(2) Zavarovane osebe, ki imajo pravico do očesne proteze, imajo enkrat na leto tudi pravico do poliranja očesne proteze.

9. člen

(1) Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nove očesne pripomočke in sicer:

1. stekla v dioptrijah, če se spremeni razlika v sferni korekciji za 0,5 ali v cilindrični korekciji za 0,25 dioptrije;

2. teleskopska očala in kontaktna stekla, kadar je to potrebno po mnenju okulistične klinike.

(2) Pred pretekom rokov trajanja iz osmega člena tega pravilnika dobi nov očesni pripomoček zavarovana oseba, tudi če postane pripomoček neuporaben zaradi poškodbe zavarovane osebe, ki ga nosi, pri delu ali zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, kar ugotovi zdravnik specialist-okuлист oziroma okulistična klinika.

10. člen

(1) Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam očesne pripomočke pri organizacijah:

1. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

(2) Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred potekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja in organizacija, ki dobavlja pripomočke, s pogodbo.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do očesnih pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

12. člen

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

St. 022-30/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

586.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in v zvezi s četrtem odstavkom 31. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor na zasedanju dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah zobnih protetičnih sredstev, indikacijah za zobno protetično pomoč, standardih za material in rokih trajanja zobnih protetičnih sredstev

1. člen

(1) Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč iz sredstva, ki so zagotovljena zavarovanim osebam iz sklada za zdravstveno zavarovanje.

(2) Nova zobna protetična sredstva se smejo pred pretekom roka njihovega trajanja izdelovati samo ob pogojih, ki jih določa ta pravilnik.

2. člen

Zobno protetična pomoč in zobna protetična sredstva obsegajo v smislu tega pravilnika:

- 1) prevleke vseh vrst, všteti tudi vilite plombe;
- 2) snemne in fiksne proteze;
- 3) obturatorji;
- 4) opornice pri paradontopatiji;
- 5) ortopedski in ortodontski pripomočki.

3. člen

Prevleke (krone) se izdelajo:

- 1) če je destruirana zobna krona in ne bi zadoščevalo samo plombranje;
- 2) na zobeh nosilcih fiksne proteze;
- 3) na zobeh nosilcih zapon (po potrebi);
- 4) če to zahteva lega zob;
- 5) kadar je treba urediti višino vgriza.

4. člen

Snemne in fiksne proteze (mostovi) se izdelujejo v vseh primerih, kadar manjkajo zobje, razen:

- 1) fiksne proteze — kadar manjka po en zob med molarji (kočniki) ali premolarji (ličniki), če ne gre za prvi premolar;
- 2) snemne proteze — kadar manjkata zadnja dva molarja (na eni ali obeh straneh čeljusti) ali kadar manjka po en zob med molarji in premolarji;
- 3) privesek z vgrizno ploskvijo, privesek kot nadomestilo molarja ali privesek nazaj — če ne gre za manjkajoči stranski sekalec.

5. člen

(1) Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji izdelata praviloma snemna proteza.

(2) Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji sme izdelati fiksna proteza, če to dovoljujejo razdalja med nosilnimi zobmi, okluzija in artikulacija ter če so nosilci mosta dovolj trdni in stabilni.

(3) Fiksna proteza se sme pritrditi tudi na modrostni zob, če je dovolj trden in stabilen in je s tem zagotovljena določena trajnost proteze.

6. člen

(1) Začasna in imediatna proteza se izdelata zavarovani osebi, če ji je ta potrebna za opravljanje njenega poklica in zato, da se prepreči poslabšanje njenega splošnega zdravstvenega stanja v primerih, kadar manjkajo v zgornji ali spodnji čeljusti najmanj štiri zobje drug ob drugem, od katerih pa sta najmanj dva sprednja zoba.

(2) Če so dani pogoji in indikacije za izdelavo trajne proteze, se zavarovani osebi ne izdelata začasna ali imediatna proteza.

7. člen

Za standardne materiale, iz katerih se smejo izdelovati zobna protetična sredstva, se štejejo:

- 1) za prevleke in fiksne proteze — polplemenite zlitine (auropal, palador in pod.) in akrilat;
- 2) za zobne fasete — akrilat in porcelan;
- 3) za proteze — akrilat, kavčuk, zlitina krom-kobalt, molibden ipd.;
- 4) za skeletirane proteze — zlitine kroma, kobalta in molibdena in pod.

8. člen

(1) Zobna protetična sredstva morajo trajati:

- 1) prevleke in fiksne proteze iz polplemenitih zlitin — najmanj štiri leta;
- 2) prevleke na zobeh, ki nosijo parcialne proteze — najmanj tri leta;
- 3) prevleke iz akrilata — najmanj dve leti;
- 4) parcialne proteze iz akrilata — najmanj tri leta;
- 5) totalne proteze iz akrilata — najmanj pet let;
- 6) proteze s kovinsko ploščo — najmanj pet let;
- 7) začasne in imediatne parcialne proteze — najmanj šest mesecev;
- 8) začasne in imediatne totalne proteze — najmanj eno leto.

(2) Upravičenost do novega protetičnega sredstva iz 3. in 4. točke 2. člena tega pravilnika, za katero ni določen rok trajanja, presoja zdravniška komisija skupnosti zdravstvenega zavarovanja na predlog posameznega zdravnika.

(3) Rok trajanja, ki so navedeni v tem členu, tečejo od dneva, ko je zavarovani osebi nameščeno ustrezno zobno protetično sredstvo.

(4) Zobna protetična sredstva, ki so navedena v tem členu, dobi zavarovana oseba po preteku predpisanega roka trajanja le, če ugotovi posamezni zdravnik, da je postalo dotedanje zobno protetično sredstvo neuporabno.

(5) Pred pretekom roka trajanja iz tega člena se sme izdelati zavarovani osebi novo protetično sredstvo le, če je dotedanje zaradi anatomske-patoloških in funkcionalnih sprememb postalo neuporabno. Upravičenost do novega protetičnega sredstva presoja zdravniška komisija.

(6) V primerih, ko gre pred potekom roka trajanja samo za reparaturo proteze, je potrebna obrazložitev zobnega terapevta le v kartoteki in na obračunskem listu.

9. člen

Če izdelata zdravstvena delovna organizacija zobno protetično sredstvo iz plemenite kovine, ji mora zavarovana oseba nadomestiti razliko med vrednostjo standardnega materiala, ki ji je zagotovljen po tem pravilniku, in plemenito kovino, pri čemer se računa do 1,80 grama paladorja na zob oziroma krono.

10. člen

Postopek za uveljavljanje pravic v zvezi z uveljavljanjem zobne protetične pomoči in izdelavo zobnih protetičnih sredstev zavarovanim osebam določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

11. člen

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

St. 022-29/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

587.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s četrtilim odstavkom 31. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

**za protetična in ortotična sredstva in sanitarne
priprave**

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za protetična in ortotična sredstva ter druge pripomočke in priprave (v nadaljnjem besedilu: »pripomočki«), ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

(1) Pripomočke iz tega pravilnika predpisuje zdravnik ustrezne specialnosti — ortoped, kirurg, nevrokirurg, ginekolog ter zdravnik specialist za fizikalno medicino in rehabilitacijo.

(2) Zdravnikov predpis za pripomoček mora vsebovati medicinske in tehnične elemente, ki so potrebni za njegovo izdelavo.

(3) Pripomoček, ki se izdelava po meri, se sme izročiti zavarovani osebi šele, ko se s strokovno kontrolo ugotovi, da je dobre kakovosti in da je uporaben v svoj namen.

3. člen

(1) Protetična sredstva (proteze) so namenjena za funkcionalno in estetsko nadomestitev izgubljenih delov okončin.

(2) Ustrezajočo protezo dobi zavarovana oseba, če ji manjka vsa zgornja ali spodnja okončina ali njen del.

(3) Skuraj s protezo za zgornjo okončino dobi zavarovana oseba funkcionalno kljuko in umetno roko. Poleg umetne roke na protezi dobi nepodložene usnjene rokavice za obe roki ali estetsko rokavico za protezo.

(4) Skupaj s protezo za zgornjo ali spodnjo okončino dobi zavarovana oseba navleko za krn.

4. člen

Ortotična sredstva (ortopedski aparati in stezniki) dobi zavarovana oseba, ki jih potrebuje, da se pre-

prečijo ali korigirajo deformacije, kontrolirajo nehoteni gibi in doseže stabilizacija ali razbremenitev okončin ali hrbtenice.

5. člen

Elektronsko protetično in ortotično sredstvo dobi zavarovana oseba le izjemoma, če ji ga odobri izvršni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja po predhodno pribavljenem in utemeljenem mnenju strokovnega kolegija Ortopedske klinike v Ljubljani in če se z njim omogoči polna zaposlitev.

6. člen

(1) Ortopedsko obutev dobi zavarovana oseba, če ji je potrebna zato:

1) ker ima več kot 2,5 cm krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska);

2) ker ima zaradi izpaha ali preloma, ali zaradi večjih kostnih izrastkov močno deformiran gleženj ali stopalo — izvzemši deformacijo nožnih palcev (halux valgus) in če se mora obutev izdelati po mavčevem odlitku;

3) ker ima močnejše dvignjeno stopalo (pes excavatus);

4) ker ima petno stopalo (pes calcaneus);

5) ker ima konjsko stopalo (pes equinus);

6) ker ima navznoter obrnjeno stopalo tipa pes equinovarus ali pes varus adductus, ali pes calcaneo-
valgus;

7) ker ima izrazite trofične spremembe z ulceracijami na stopalih;

8) ker ima paralitično ali skoraj paralitično stopalo (močna pareza);

9) ker ima močno deformirane prste stopal tako, da posamezni prsti jahajo na drugih prstih;

10) ker boleha za elefantiazo;

11) ker ji manjkajo na enem ali na obeh stopalih več kot dva prsta.

(2) Otroci do dopolnjenega 14. leta dobijo ortopedsko obutev tudi, če imajo za 1,5 cm ali več krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska).

(3) Šteje se, da je obutev sestavni del pripomočka, če zavarovana oseba:

1) potrebuje ortopedski aparat v zvezi z obutvijo;

2) potrebuje ortopedsko sandalo ali ortotično sredstvo z ortopedsko sandalo;

3) ne nosi ortotičnega sredstva, a ji je amputiran del narta ali petnice.

7. člen

(1) Invalidski voziček dobi zavarovana oseba:

1. če sta ji amputirani obe nogi nad kolenom;

2. če sta ji amputirani obe nogi pod kolenom, proteze pa so iz medicinskih vzrokov kontraindicirane ali jih ni mogoče aplicirati;

3. če ji je amputirana ena noga, pa se ji zaradi progresivne bolezni druge noge ne more omogočiti hoja s protezo, ker se pričakuje poslabšanje njenega stanja;

4. če ima popolnoma ohromele spodnje okončine in mora kljub aparatom večji del časa prebiti v vozičku;

5. če ima težke deformativne procese velikih sklepov spodnjih okončin in zaradi tega sploh ne more hoditi;

6. če ima hemiplegijo, medicinska rehabilitacija pa ni možna ali medicinsko ni indicirana zaradi drugih medicinskih vzrokov (srčne bolezni itd.).

(2) V primerih iz prvega odstavka tega člena dobi zavarovana oseba v uporabo standardni sobni tip ali kombinirani tip invalidskega vozička po lastni odločitvi.

(3) Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju ali opravlja dejavnost, na podlagi katere je zavarovana ali je na poklicni rehabilitaciji oziroma habilitaciji, dobi poleg invalidskega vozička sobnega tipa še v uporabo terenski invalidski voziček na ročni ali nožni pogon.

(4) Zavarovanim osebam iz tretjega odstavka tega člena lahko izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja odobri terenski invalidski voziček na motorni pogon.

8. člen

Zavarovana oseba dobi pomožne pripomočke, če so ji potrebni iz medicinskih vzrokov, in sicer:

1. aparat za ekstenzijo v uporabo pri stanjih po prelomu hrbtenice, pri kompresivnem sindromu hrbtnege mozga in drugih stanjih, če je tak aparat nujen za medicinsko rehabilitacijo doma;

2. kilni pas, če ima inoperabilno umbilikalno, inguinalno ali femoralno kilo;

3. bergli ali berglo, če se ji omogoči s tem hoja in staja ali je medicinsko indicirana razbremenitev spodnjih okončin.

9. člen

Druge pripomočke in sanitarne priprave dobi zavarovana oseba:

1. umetno dojko, če je bila zavarovani osebi — ženski amputirana dojka;

2. lasuljo, če je pri zavarovani osebi — ženski močnejše izražena trajna plešavost traumatske ali bolezenske geneze;

3. brizgalko za injekcije 2 cm³ z 12 iglami, če boleha za sladkorno boleznijo in je indicirano vbrižgavanje insulina;

4. dve endotrahealni kanili, če ima prerezan sapnik;

5. stalni kateter, če ne more prazniti mehurja s prosto drenažo;

6. vrečico z vodo (receptor urina), če ji ni mogoče s sodobnimi zdravilnimi metodami urediti hotene izpraznitve sečnega mehurja;

7. pas z vrečico za blato ali sterilni kolostom za tri mesece, če se črevesje prazni skozi umetno odprtino na trebušni strani.

10. člen

Proteze se izdelujejo iz standardnih materialov, in sicer ležišča iz plastične mase, lesa ali usnja, sestavni deli pa iz plastične mase, lesa, kovine, usnja, klobučevine in gumija.

(2) Ležišča protez se izdelujejo praviloma iz plastične mase, le izjemoma se zaradi stanja krna ležišče izdeluje iz lesa ali usnja.

(3) Navleka za krn se izdeluje iz materiala, ki ustreza tehničnim in medicinskim pogojem (volna, bombaž ali sintetična vlakna).

(4) Ortotična sredstva se izdelujejo iz standardnih materialov: kovine, plastične mase, usnja, gumija ali iz tkanin.

(5) Ortopedska obutev se izdeluje iz standardnega usnja; njena oblika je odvisna od oblike obremenjenega stopala.

(6) Usnjene rokavice se izdelujejo iz standardnega usnja.

11. člen

Trajnostne dobe pripomočkov so odvisne od starosti, telesne konstitucije in poklica zavarovane osebe ter se določajo po skupinah oseb in sicer:

- I. skupina — osebe do dopolnjenega 7. leta starosti;
- II. skupina — osebe nad 7 do dopolnjenih 18 let starosti;
- III. skupina — osebe, stare nad 18 let;
- IV. skupina — osebe posameznih poklicev, pri katerih so zaradi delovnih pogojev in načina dela, telesne konstitucije in konfiguracije terena pripomočki redno izpostavljeni intenzivnejši obrabi (stoja, hoja, prekomerna telesna teža, neraven teren in podobno).

12. člen

Pripomočki morajo glede na skupine iz 11. člena tega pravilnika trajati najmanj:

1. proteza:

a) za zgornjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	8 mesecev	8 mesecev
II. skupina	18 mesecev	18 mesecev
III. skupina	48 mesecev	36 mesecev
IV. skupina	36 mesecev	24 mesecev

b) za spodnjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z lesenim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	6 mesecev	6 mesecev	6 mesecev
II. skupina	10 mesecev	10 mesecev	10 mesecev
III. skupina	36 mesecev	24 mesecev	24 mesecev
IV. skupina	30 mesecev	24 mesecev	18 mesecev

2. navleka za krn 2 meseca;

3. estetska rokavica 6 mesecev;

4. nepodložene usnjene rokavice za I. in II. skupino 12 mesecev, za III. in IV. skupino 24 mesecev;

5. ortotična sredstva:

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	12 mesecev
III. skupina	24 mesecev
IV. skupina	18 mesecev

6. ortopedska obutev:

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	8 mesecev
III. skupina	12 mesecev
IV. skupina	8 mesecev

7. invalidski voziček 60 mesecev;

8. kilni pas:

I. skupina	3 mesece
II. skupina	8 mesecev
III. in IV. skupina	12 mesecev

9. bergle:

I. skupina	12 mesecev
II. skupina	18 mesecev
III. in IV. skupina	36 mesecev

10. umetna dojka 12 mesecev;

11. lasulja:

I. skupina	18 mesecev
II. skupina	24 mesecev
III. in IV. skupina	24 mesecev

12. brizgalka in injekcije 18 mesecev;

13. endotrahealna kanila:

- kovinska 12 mesecev,
- gumijasta ali plastična 6 mesecev;

14. stalni kateter 3 mesece;

15. vrečica za vodo 8 mesecev;

16. pas z vrečico za blato 8 mesecev;

17. kolostom 100 komadov za 3 mesece.

13. člen

Nove pripomočke dobi po tem pravilniku zavarovana oseba po preteku rokov trajanja iz 12. člena tega pravilnika le, če se dotodanji obrabijo ali funkcionalno več ne ustrezajo ali postanejo zaradi okvare neuporabni, a se ne dajo popraviti oziroma bi bili stroški za njihovo popravilo večji kot cena novih pripomočkov.

14. člen

Pred potekom rokov trajanja pripomočkov iz 12. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov pripomoček oziroma se ji popravi stari, če je postal neuporaben zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb organov.

15. člen

(1) Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam izdelavo pripomočkov po meri pri organizacijah:

1. ki izdelujejo oziroma dobavljajo pripomočke v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

(2) Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred pretekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja in organizacija, ki izdeluje oziroma dobavlja pripomočke, s pogodbo.

16. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

17. člen

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

Št. 022-31/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor**

Predsednik

Mirko Kocjan l. r.

588.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s četrim odstavkom 31. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste pripomočkov:

1. slušni aparat (amplifikator);
2. aparat za omogočanje glasnega govora (umetno grlo na podlagi električnega vibratorja — megafon).

3. člen

(1) Slušni aparat dobi zavarovana oseba, pri kateri je podana obojestranska izguba sluha, če se ga z zdravljenjem ne da izboljšati in je s tonalno in vokalno avdiometrično preiskavo ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da se da doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

(2) Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba, ki je trajno izgubila možnost govora zaradi bolezni, poškodbe ali operativnega posega na grlu, če se s testiranjem ugotovi, da se da s takim aparatom doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek in če učenje ezofagealnega govora ni prineslo zadovoljivega uspeha.

4. člen

(1) Zavarovane osebe iz 1. odstavka 3. člena tega pravilnika dobijo slušni aparat:

1. predšolski otroci, če se glede na njihovo mentalno stanje in stopnjo okvare sluha pričakuje razvoj govora ob izvedbi strokovnega rehabilitacijskega postopka s slušnim aparatom;

2. šolski otroci, če jim je s slušnim aparatom omogočeno spremljanje pouka;

3. gluhonemi otroci, če se jim z uporabo slušnega aparata olajša spremljanje pouka v specialnih oddelkih ali zavodih;

4. druge zavarovane osebe, ki so izgubile sluh na obeh ušesih za več kot 40 decibelov in ga ni mogoče zboljšati z zdravljenjem, če se jim s slušnim aparatom omogoči ugoden rehabilitacijski učinek, tj. karšnokoli sporazumevanje z govorom.

(2) Slušni aparat se ne daje popolnoma gluhim.

5. člen

(1) Slušni aparat dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja avdiološkega centra, ki ima možnost, da z vokalnimi in tonalnimi avdiološkimi preiskavami ter s strokovnim testiranjem karakteristik amplifikatorja določi rehabilitacijski učinek in zagotovi rehabilitacijski postopek ter na podlagi tega ugotovi potrebo po dodelitvi aparata določenih elektroakustičnih karakteristik, ki bo v danem primeru najboljše ustrezal okvari sluha.

(2) Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja klinike za bolezni ušes, nosa in grla, ki predpisuje to vrsto pripomočkov.

6. člen

(1) Zavarovana oseba ima ob pogojih 1. odstavka 5. člena tega pravilnika pravico do standardnega žepnega slušnega aparata z vrvico, ki ji po elektroakustičnih karakteristikah ustreza.

(2) Če zahteva zavarovana oseba slušni aparat drugačne oblike (aurikulete, aparat vdelan v očala in podobno), prevzema sklad zdravstvenega zavarovanja stroške do cene standardnega aparata iz 1. odstavka tega člena ob pogojih iz 1. odstavka 5. člena tega pravilnika.

7. člen

(1) Rok trajanja slušnega aparata znaša:

1. za otroke do dopolnjenih 7 let — 24 mesecev;
2. za otroke in mladino od dopolnjenih 7 let do dopolnjenih 18 let — 36 mesecev;

3. za druge zavarovane osebe — 48 mesecev.

(2) Rok trajanja aparata za omogočanje glasnega govora znaša 48 mesecev.

(3) Po preteku rokov trajanja iz prvega in drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do novega slušnega aparata oziroma aparata za omogočanje glasnega govora le, če se ugotovi, da je postal prejšnji neuporaben in da se ne da popraviti za nadaljnjo uporabo oziroma bi znesli stroški popravila več kot bi stal nov aparat.

8. člen

(1) Pred pretekom rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov slušni aparat le, če je postal prejšnji neuporaben zaradi poškodbe zavarovanca pri delu, ali če se sluh spremeni v tolikšni meri, da se s prejšnjim aparatom ne dosega zadovoljivega zboljšanja, a se ga da doseči z novim aparatom.

(2) Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja smiselno tudi za zavarovano osebo, ki ima aparat za omogočanje glasnega govora.

9. člen

(1) Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora pri organizacijah:

1. ki dajejo glede kakovosti izdelave in možnosti popraviljanja oziroma nadomeščanja delov aparata ter

glede na elektroakustične karakteristike in trajnosti materialov, iz katerega so taki aparati izdelani, največ garancije, da bo normalna uporaba aparata trajala najmanj polovico rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika;

2. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.
(2) Garancijski rok iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije, če bi se aparat brez krivde zavarovane osebe pred pretekom garancijskega roka pokvaril oziroma postal neuporaben, morajo biti dogovorjeni v pogodbi z organizacijo, ki nabavlja in dobavlja aparate.

10. člen

(1) Po preteku garancijskega roka iz 9. člena tega pravilnika zagotovi in prevzame stroške sklad zdravstvenega zavarovanja za dele aparata, ki so zaradi uporabe doslužili, oziroma popravilo aparata, ki se je pokvaril, ne da bi bila to zakrivila zavarovana oseba s svojim nepravilnim ravnanjem.

(2) Določilo prejšnjega odstavka tega člena ne velja za zavarovane osebe iz drugega odstavka 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

12. člen

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

Št. 022-32/70

Maribor, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik
Mirko Kocjan l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV MURSKA SOBOTA

589.

Na podlagi 5. tč. 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o finančnem načrtu za leto 1971

I

Sprejme se finančni načrt sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota za leto 1971, ki izkazuje 41.390.000 din čistih dohodkov in prav toliko izdatkov.

II

V skladu z 72. členom zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva se med letom odvaja v obvezno rezervo 1% od skupnih dohodkov sklada.

III

Dohodki od prispevka po skupni bruto stopnji 6,6% se delijo v razmerju 45% na prispevek za obvezne in 55% na prispevek za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti.

IV

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

St. 01/1-1626/70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

590.

Na podlagi 135. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) in 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na zasedanju dne 20. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko se zaposleni delavci nahajajo na neplačanem dopustu

1

Zavezanci prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev so dolžni plačevati za svoje delavce katerim se odobri koriščenje neplačanega dopusta ali ko ti upravičeno ali neupravičeno izostanejo z dela brez pravice do nadomestila, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela v višini 6,6% od bruto osnove.

2

Osnova za obračun prispevka za zdravstveno zavarovanje je povprečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil neplačani dopust ali, ko je nastopila kaka druga okolnost iz 1. točke tega sklepa.

3

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

St. 01/1-1607/2-70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

591.

Na podlagi 135. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) in 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev

I

Za kategorije zavarovancev iz 5., 6. in 7. tč. 14. člena in iz 15. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Prispevek za obv. in razš. obl. zdrav. var.	Prispevek za nesreče pri delu
1.	Jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja dokler prebivajo na območju skupnosti če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno — 5. tč. 1. odst. 14. čl. ZZZ	71	—
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas — 6. tč. 1. odst. 14. čl. ZZZ	51	9
3.	Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, šoli ali pri zasebnem delodajalcu — 7. točka 1. odst. 14. čl. ZZZ	20	2
4.	Osebe iz 15. čl. ZZZ, ki morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo pri tujem nosilcu zavarovanja, kjer so same zavarovane	71	—

Osebe iz te točke sklepa so zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva ter za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti, osebe iz 2. in 3. tč. pa so zavarovane tudi za primer nesreče pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

II

Za kategorije zavarovancev iz 29. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek	Tek. št.	Kategorija	Mesečni pavšalni prispevek
1.	Uživalci stalnih priznavalnin, oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih — 1. točka 1. odst. 29. čl. ZZZ	din 69	1.	Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje — 1. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	40
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji) ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa — 2. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	51	2.	Učenci strokovnih šol in gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom — 2. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10
3.	Učenci strokovnih šol, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev — 3. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20	3.	Osebe — pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ko opravljajo določene naloge iz te dejavnosti — 3. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10
4.	Otroci, ki jih je zavarovavec vzel k sebi in jih preživlja, vnuki, brati, sestre in drugi k sebi vzeti otroci pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev — delavcev — 4. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20	4.	Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje — 4. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10
5.	Osebe na šolanju, strokovnem izpopolnjevanju ali na podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta — 5. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	71	5.	Osebe, ki se udeležujejo javnih organiziranih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi — 5. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10
6.	Osebe, ki jih pošlje delovna ali druga organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste v drugo organizacijo, da se strokovno osposobijo — 6. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	51	6.	Osebe na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu — 6. tč. 1. odst. 30. čl. ZZZ	10
7.	Osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj 6 ur na dan — 7. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20			
8.	Osebe, ki opravljajo dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali so kot pripadniki gasilskih enot na strokovnem izobraževanju ali izpopolnjevanju — 8. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20			
9.	Osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot in pripadniki civilne zaščite pri izvajanju določenih nalog iz te dejavnosti — 9. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	20			
10.	Osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju — 10. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	11			
11.	Uživalci invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi ZZZ zavarovani za vse zavarovalne primere, taki uživalci so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro zaradi katere imajo pravico do invalidnine — 11. tč. 1. odst. 29. čl. ZZZ	69			

Osebe iz te točke sklepa so zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

III

Za kategorije zavarovancev iz 30. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo v mesečnih pavšalnih zneskih.

Zavarovanci iz te točke sklepa so zavarovani le za nesrečo pri delu in poklicno obolenje, zavarovanci pod št. I te točke pa tudi za obvezne oblike zdravstvenega varstva.

IV

Sklad invalidsko-pokojninskega zavarovanja plačuje za upokojence in uživalce pravice do rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki so zavarovani pri skupnosti (5. tč. 1. odst. 14. čl. ZZZ) prispevek za zdravstveno varstvo — zavarovanje po stopnji 8,28% od izplačanih pokojnin, oz. invalidnin in oskrbnin.

V

Zavodi za zaposlovanje plačujejo za vse osebe dokler so redno prijavljene pri zavodu (4. tč. 1. odst. 14. čl.) prispevek za zdravstveno zavarovanje po bruto prispevni stopnji 6,60% oz. po preračunani neto prispevni stopnji.

Osnova za obračun prispevka je povprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemaajo denarno nadomestilo med začasno nezaposlenostjo.

VI

Za zavarovane osebe iz 15. čl. ZZZ se plačuje prispevek po bruto stopnji 7,40% oziroma po preračunani neto prispevni stopnji od čistega povprečnega mesečnega osebnega dohodka, ki so ga imele te osebe na svojem delovnem mestu v Jugoslaviji v letu pred odhodom v katerem so se zaposlile v tujini.

Osebe, ki so bile pred odhodom v tujino nezaposlene in osebe iz 1. odstavka te točke katerih čisti znesek osebnega dohodka ne dosega pavšalnih osnov, ki so navedene v nadaljevanju pa plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje od mesečnih pavšalnih zneskov — osnov:

	din
1. za osebe z visoko strokovno izobrazbo	5.000
2. za visoko kvalificirane delavce in osebe z višjo izobrazbo	3.800
3. za kvalificirane delavce in osebe s srednjo izobrazbo	3.100
4. za priučene delavce in osebe z nižjo strokovno izobrazbo	2.600
5. za nekvalificirane delavce in osebe brez strokovne izobrazbe	2.100

Zneski mesečnih osnov se letno valorizirajo s količnikom porasta povprečnih mesečnih osebnih dohodkov zaposlenih na območju skupnosti.

Zavezanci plačujejo najmanj polovico obračunane prispevka v valuti v kateri so jim izplačevani oziroma v kateri so dobili izplačane osebne dohodke.

Izjemoma plačujejo in obračunavajo delovne organizacije, ki dobijo devizna sredstva po odloku o plačevanju delovnih organizacij negospodarskih dejavnosti v tujini (Uradni list SFRJ, št. 52-627/66) celotni znesek v dinarjih.

VII

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep prenehajo veljati vsi predpisi, ki se nanašajo na plačevanje pavšalnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in predpisi, ki se nanašajo na plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, zaposlenih v tujini.

VIII

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

Št. 01/1-1607/3-70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milán Klemenčič l. r.

592.

Na podlagi 135. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) in 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti in prispevek za nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo

1

Stopnja prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja ki so določene s statutom skupnosti se določi od bruto osebnega dohodka na 6,6% od vseh oblik delovnega razmerja.

2

Prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se določa 0,8% in se obračunava od osnov iz 1. tč. tega sklepa.

3

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

Št. 01/1-1607/1-70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milán Klemenčič l. r.

593.

Na podlagi 135. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) ter 68. in 97. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota sprejela na zasedanju dne 29. decembra 1970

SKLEP

o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede in osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti

1

S tem sklepom se določajo zavarovalni razredi in zavarovalne osnove od katerih se plačujejo prispevki za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost in so po veljavnih predpisih vpisane v register oz. ustrezno evidenco, ter samostojne gostince, ki opravljajo po določenih predpisih o zasebnem gostinstvu gostinsko dejavnost in so vpisane v register oziroma ustrezno evidenco;
2. odvetnike, ki so vpisani v register pri odvetniški zbornici;
3. katoliške duhovnike in duhovnike evang. seniorata;
4. športnike — amaterje;
5. športnike — nogometaše s statusom neamaterja;
6. kolporterje tiska;
7. druge osebe, ki opravljajo ter jo po predpisih opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2

Za osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost in samostojne gostince, se glede na letno davčno osnovo določijo naslednji zavarovalni razredi in osnove od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna davčna osnova din	Mesečna osnova za obračun prispevka
do 10.000	800
od 10.001 do 20.000	1.200
od 20.001 do 30.000	1.700
od 30.001 do 45.000	2.200
od 45.001 do 60.000	2.800
nađ 60.000	3.400

Zavarovane osebe iz 1. odstavka te točke se razvrščajo v zavarovalne razrede in se jim določa osnova za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ko so jo te osebe dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 31. 5. tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz 1. odstavka te točke tega sklepa v 8 dneh po vpisu v register oz. ustrezno evidenco se razvrsti v VI. zavarovalni razred z osnovo 800 din. Zavarovanečev družinski član, ki izpolnjuje pogoje za zdravstveno zavarovanje se razvrsti v isti zavarovalni razred kot nosilec obrti oziroma obrtne ali gostinske dejavnosti.

3

Odvetniki so glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in osnove od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna osnova osebnega dohodka od intelektualnih storitev din	Mesečna osnova za obračun prispevka
do 30.000	1.700
od 30.001 do 45.000	2.200
od 45.001 do 60.000	2.800
nađ 60.000	3.400

4

Katoliški duhovniki in dukovniki evang. seniorata se glede na pokojninsko dobo razvrstijo v naslednje zavarovalne osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

- Katoliški duhovniki neglede na pokojninsko dobo in starost v mesečno osnovo 1.100 din;
- Duhovniki evang. seniorata neglede na pokojninsko dobo in starost v mesečno osnovo 1.600 din.

5

Sportnikom — amaterjem, ki prejemaó hranarino neglede na športno dejavnost se določi mesečna osnova od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje 900 din.

6

Sportnikom — nogometašem s statusom neamaterjev neglede na starost in pokojninsko dobo se določi mesečna osnova od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje 2.000 din.

7

Kolporterjem tiska se določi mesečna osnova od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje neglede na pokojninsko dobo oziroma starost 900 din.

8

Drugim osebam, ki opravljajo ter jih po predpisih opredeljujemo kot samostojno poklicno dejavnost se

določi mesečna osnova od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Po izobrazbi neglede na pokojninsko dobo	Mesečna osnova din
z nižjo in srednjo izobrazbo	900
z višjo in visoko izobrazbo	1.500

Osnove za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v 2. do 8. točki tega sklepa so neto zavarovalne osnove na katere se uporabljajo neto prispevne stopnje.

Zavezanci iz 2. in 3. tč. tega sklepa se razvrščajo v zavarovalne razrede na podlagi odločb o davčnih osnovah vsakega 1. 7. v letu.

Zavarovalne osnove iz 2. do 8. tč. tega sklepa se valorizirajo vsakega 1. 7. v letu z valorizacijskim količnikom, ki ga ugotovi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev s posebnim sklepom na podlagi gibanja povprečnih osebnih dohodkov.

Zavarovalne osnove določene s tem sklepom se uporabljajo do 30. junija 1972.

9

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

St. 01/1-1607/4-70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

594.

Na podlagi 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o podaljšanju veljavnosti sklepov skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Murska Sobota o lastni udeležbi zavarovanih oseb pri stroških zdravstvenega varstva

I

Dokler ne bodo izdani predpisi po 35. členu statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota se uporabljajo tovrstni predpisi, ki jih je sprejela skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Murska Sobota in sicer:

1. sklep o prispevku zavarovalnih oseb pri posameznih vrstah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 43-207/67);

2. sklep o prispevku zavarovanih oseb k stroškom za izdava zdravila, stroškom za zobozdravstveno pomoč in zobno protetična sredstva, za ortopedske čevlje in posamezne druge vrste ortopedskih in drugih pripomočkov, sanitarnih pripravn in sanitetnega materiala (Uradni list SRS št. 44-250/69).

II

Za medicinsko intervencijo ob prekinitvi nosečnosti (splav) plača zavarovana oseba sama stroške v višini 100 din.

Za neobvezna cepljenja prispeva skupnost iz svojih sredstev 50 % stroškov takega cepljenja.

III

Ce se ugotovi, da katera od vprašanj s področja zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev M. Sobota niso urejena s posebnimi predpisi, se do izdaje tozadevnih predpisov s strani skupnosti, uporabljajo dosednji predpisi kot pravno pravilo.

IV

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS. Do uveljavitve tega sklepa se uporabljajo dosednji predpisi.

Št. 01/1-1644/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

595.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/1970) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik natančneje določa postopek, pogoje in način, kako zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so jim zagotovljene z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in v statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: statut skupnosti).

Določbe tega pravilnika so obvezne za vse organe in organizacije, ki sodelujejo pri izvajanju in nudenju zdravstvenega varstva in za vse osebe, ki so po zakonu in statutu skupnosti zavarovane pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: skupnost).

2. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravico do zdravstvenega varstva po zakonu, statutu skupnosti in po določbah tega pravilnika.

3. člen

Po določbah tega pravilnika uveljavljajo zavarovane osebe:

1. osnovno zdravstveno varstvo, v zdravstvenem domu in njegovih enotah skladno z 51. in 52. členom zakona o zdravstvu in pri zdravniku, ki so ga izbrale skladno z veljavnimi predpisi in po določbah tega pravilnika;

2. specialistično zdravstveno varstvo, v smislu 54. in 55. čl. zakona o zdravstvu v enotah in pri zdravnikih, kamor jih je napotil izbrani zdravnik, po tem, ko je ugotovil, da je tako varstvo potrebno;

3. hospitalno zdravstveno varstvo v smislu 54. in 55. čl. zakona o zdravstvenem varstvu v enotah in pri zdravnikih tistih bolnišnic, kamor jih je napotil izbrani zdravnik po tem, ko je ugotovil, da je tako zdravstveno varstvo potrebno;

4. medicinsko rehabilitacijo kot nadaljevano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje — v zavodih za rehabilitacijo ali v naravnih zdraviliščih, kadar jih v tako ustanovo napoti zdravniška komisija skupnosti po predlogu zdravnika specialista skladno s pravilnikom o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje;

5. pravico do zdravlil, do zobne protetike, protetičnih in ortotičnih sredstev in sanitarnih priprav skladno z določbami statuta skupnosti, tega pravilnika in drugih pravilnikov ali sklepov, ki jih sprejme skupščina skupnosti za realizacijo posameznih pravic.

Zavarovane osebe smejo brez napotnice uveljaviti zdravstveno varstvo pri zobnih terapevtih, pri specialistu ginekologu, venerologu, pediatri, ftiziologu, okulistu — zaradi predpisa očal in pri internistu v primeru diabetičnega obolenja.

Brez napotnice uveljavljajo zavarovane osebe zdravstveno varstvo tudi v primeru življenju nevarnih bolezni in poškodb, da dobijo prvo pomoč, če zakon tako določa in samo v mejah pooblastil, ki so določene v zakonu o zdravstvu.

4. člen

Spore, ki nastanejo pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega varstva rešuje komisija skupnosti za odločanje o pravicah zavarovanih oseb, zdravniška komisija ali komisija zdravnikov izvedencev.

5. člen

Pravico do zdravstvenega varstva uveljavljajo zavarovane osebe s predpisano in pravilno potrjeno zdravstveno izkaznico ali s potrdilom o pravici do zdravstvenega varstva in z listino o istovetnosti (osebno izkaznico), upokojeanci in druge osebe iz 6. tč. 12. čl. statuta skupnosti, pa še s priloženim čekovnim odrezkom o izplačilu pokojnine ali drugega stalnega prejema za tekoči ali pretekli mesec.

Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz zdravstvenega varstva brez pravilno potrjene zdravstvene izkaznice, plača sama stroške pregleda in zdravljenja, razen ko gre za nujne primere zdravniške pomoči skladno z zakonom o zdravstvu.

II. IZBIRA ZDRAVSTVENEGA ZAVODA
IN ZDRAVSTVENEGA DELAVCA

6. člen

Zavarovana oseba ima pravico do proste izbire zdravnika in zdravstvenega zavoda, ki je najbližji po

kraju zaposlitve oziroma prebivališča zavarovane osebe.

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravstveno storitev tudi od drugega zdravnika in pri drugih zdravstvenih zavodih, vendar v tem primeru prevzame skupnost le tisti del stroškov, ki bi nastali, če bi bila zdravstvena storitev opravljena pri zdravniku oziroma v zdravstvenem zavodu, ki bi si ga zavarovana oseba morala izbrati skladno z določbami 1. odstavka tega člena.

Zdravnik, ki si ga je izbrala zavarovana oseba, je izbrani zdravnik, na katerega se ta obrača za zdravstveno varstvo.

Pri izbranem zdravniku uveljavlja zavarovana oseba osnovno zdravstveno varstvo, zlasti ambulantno pomoč, dispanzersko zdravstveno pomoč v ambulantah in dispanzerjih (zdravstveno varstvo žena, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok, mladine, zdravstveno varstvo delavcev pri delu), zdravniško pomoč na bolnikovem domu in zobozdravstveno varstvo.

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba praviloma pri specialistu ustrezne specialnosti h kateremu jo je napotil izbrani zdravnik, ko je presodil potrebo za specialistično zdravstveno varstvo.

Zdravljenje v bolnišnici uveljavlja zavarovana oseba praviloma v tisti bolnišnici, v katero jo je napotil izbrani zdravnik, to pa je najbližja bolnišnica izbrana po kraju zaposlitve ali stalnega prebivališča, usposobljena, da zagotovi zdravljenje določene bolezni.

Zavarovana oseba, ki uveljavlja pravico iz zdravstvenega varstva pri zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti, plača del stroškov (participacija) po predpisih iste skupnosti na območju katere uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva, razen tistih pripomočkov, ki se morajo odobriti vnaprej.

7. člen

Izbrani zdravnik, ki si ga je zavarovana oseba izbrala v skladu s 1. točko 6. člena tega pravilnika, se vpiše v zdravstveno izkaznico in ga zavarovana oseba praviloma v istem koledarskem letu ne more menjati, razen iz opravičljivih razlogov.

Opravičljivi razlogi so: sprememba bivališča zavarovane osebe oziroma zdravnika, sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa zavarovanca ali izbranega zdravnika.

Kadar zavarovana oseba ni zadovoljna z načinom zdravljenja pri izbranem zdravniku ali z njegovim odnosom do bolnika, ali nastopijo drugi razlogi in se ne more sporazumeti z izbranim zdravnikom, ureja to s predstojnikom zdravstvenega zavoda, ki zadevo uredi, v spornem primeru, zadevo reši zdravniška komisija, kateri zavarovanec vloži pritožbo v roku tri dni.

8. člen

Kadar zavarovana oseba po preteku koledarskega leta ali po sporazumu izbere drug zdravstveni zavod oziroma drugega zdravnika, ima pravico pri prejšnjem zdravstvenem zavodu oziroma prejšnjem zdravniku zahtevati, naj njeno dotedanjo medicinsko dokumentacijo pošlje novemu izbranemu zdravstvenemu zavodu oziroma zdravniku.

III. UVELJAVLJANJE OSNOVNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IN AMBULANTNO SPECIALISTIČNEGA ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

9. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo v celoti v breme skupnosti vse obvezne oblike zdravstvenega varstva, kot so zagotovljene v zakonu in statutu, pri svojem izbranem zdravniku, ki dela v javni zdravstveni službi in ki so si ga izbrale v skladu s 3. točko 6. člena tega pravilnika.

Izbrani zdravnik opravlja osnovno zdravstveno varstvo ter zdravljenje v obsegu in na način, ki je predviden v zakonu, v statutu, v pravilniku, v zakonitih predpisih o zdravstveni službi in zdravstvenem varstvu ter v statutu, oziroma pravilnikih zdravstvenega zavoda, v katerem izbrani zdravnik dela.

10. člen

Pri izbranem zdravniku uveljavlja zavarovana oseba tudi ostale oblike osnovnega zdravstvenega varstva, ki so potrebne v zvezi z njegovim obolenjem. Pri posameznih oblikah zavarovana oseba prispeva del stroškov, če tako določi skupščina skupnosti, ki s posebnim sklepom navede oblike zdravstvenega varstva, pri katerih zavarovanec participira in določi višino prispevka, oziroma določi kolikšen del stroškov gre v breme skladov skupnosti.

11. člen

Zavarovana oseba lahko zahteva zdravniško pomoč v svojem bivališču:

- kadar je to nujno potrebno;
- kadar ni sposobna, da bi prišla k izbranemu zdravniku.

Zdravniški obisk v bivališču bolne zavarovane osebe opravi zdravnik najbližjega zdravstvenega doma, ki opravlja hišne obiske. Če ima zdravstvena ustanova uvedeno dežurno službo, potem je to dežurni zdravnik.

Kolikor zdravnik, ki opravi hišni obisk ugotovi, da isti ni bil nujno in neobhodno potreben, plača stroške hišnega obiska zavarovana oseba sama.

12. člen

Specialistično zdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba v specialističnih ambulantah bolnišnic ali specialističnih ambulantah drugih zdravstvenih delovnih organizacijah, na podlagi napotnice, ki jo izda izbrani zdravnik.

Specialisti na katere se zavarovana oseba lahko obrača neposredno so naštetih v drugem odstavku 3. člena tega pravilnika.

13. člen

Zdravnik specialist opravi v breme sklada tiste preiskave in preglede, za katere je zaprosen, pa tudi tiste, za katere smatra, da so nujno potrebni.

Zdravnik specialist sme napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno ustanovo, če ugotovi, da je to nujno potrebno.

Potni stroški grede zavarovani osebi le do specialista h kateremu jo je napotil izbrani zdravnik, ali dalje zdravnik specialist. Kolikor si zavarovana oseba sama izbere oddaljenejšega specialista, trpi razliko v potnih stroških sama.

14. člen

Zobozdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe po istih načelih, kot osnovno zdravstveno varstvo (po 1. točki 3. člena tega pravilnika).

Pravico do zoboprotetičnih del uveljavljajo zavarovane osebe po določbah pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetičnih sredstvih.

Skladno s sklepi skupščine o soudeležbi (participaciji) za zobno nego in zobno protetična dela je zavarovana oseba dolžna sama kriti del stroškov zobozdravstvenega varstva, ki ga poravnava neposredno z obnambulantni, ostali del stroškov gre na račun sklada.

15. člen

Osnovne evidence in dokumentacijo o zdravstvenem stanju zavarovanih oseb, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo, mora imeti in voditi izbrani zdravnik v obsegu in na način, ki je predviden z ustreznimi predpisi.

Izbrani zdravnik, ki pošilja zavarovano osebo z napotnico drugemu zdravniku, mora napotnici priložiti ustrezno medicinsko dokumentacijo, ki jo ima zbrano in ki je za naprošeni pregled potrebna.

Zdravnik specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil, obvestiti zdravnika, ki je zavarovano osebo napotil na pregled, o izvidih in načinu zdravljenja ter ga obveščati o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu poslati dokumentacijo.

IV. UVELJAVLJANJE HOSPITALNEGA ZDRAVLJENJA**a) Zdravljenje v bolnišnicah****16. člen**

Pravico do zdravljenja v bolnišnicah in drugih, stacionarnih zavodih uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico načeloma v najbližji bolnišnici, izbrano po kraju zaposlitve ali po kraju stalnega prebivališča in ki lahko zagotovi zdravljenje določene bolezni.

Kadar zavarovana oseba izbere bolnišnico, ki je bolj oddaljena od bolnišnice, v katero jo je napotil pristojni zdravnik, plača sama razliko v ceni bolniško-oskrbnega dne in razliko pri potnih stroških. Ta obveza zavarovane osebe mora biti razvidna iz napotnice.

17. člen

Nastale stroške za nudeno zdravljenje v hospitalnih ustanovah plača skupnost v celoti in neposredno zdravstveni ustanovi, ki je zdravljenje nudila. V primerih iz 2. odstavka 16. člena se izterja razlika v stroških neposredno od zavarovane osebe, oziroma od osebe, ki je na napotnici podpisala izjavo, da želi zdravljenje v drugi ustanovi, ne pa v tisti, ki jo je določil izbrani zdravnik.

b) Zdravljenje v naravnih zdraviliščih**18. člen**

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo je možno le, če gre za medicinsko rehabilitacijo, za nadaljevanje bolničnega zdravljenja ali nadomestitev bolničnega zdravljenja.

Zavarovana oseba se lahko napoti samo v tisto naravno zdravilišče, ki ima priznan status zavoda

usposobljenega za medicinsko rehabilitacijo ter za nadaljevano, oziroma nadomestno bolnišnično zdravljenje zavarovanih oseb.

19. člen

Za zdravljenje v naravnem zdravilišču izda napotnico izbrani zdravnik na podlagi izvida specialista, ko je ta ugotovil, da je tako zdravljenje nujno potrebno in jo odpošlje z vso medicinsko dokumentacijo zdravniški komisiji.

Zdravniška komisija pri odločanju upošteva načelo, da gre za medicinsko rehabilitacijo ter pravilnik o indikacijah in kontraindikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih, in ko ugotovi, da je zdravljenje nujno potrebno, potrjeno napotnico pošlje zdravilišču.

20. člen

Zavarovana oseba ne more uveljavljati pravice do spremstva za čas bivanja v naravnem zdravilišču.

21. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo gre v celoti v breme sklada, kolikor skupščina skupnosti s posebnim sklepom ne določi, koliko mora prispevati zavarovana oseba sama, oziroma koliko stroškov gre v breme sklada.

V. UVELJAVLJANJE POSAMEZNIH OBLIK ZDRAVSTVENEGA VARSTVA**22. člen**

Pravico do preventivnega zdravstvenega varstva v smislu zakona in statuta skupnosti uveljavljajo zavarovane osebe po določbah tega pravilnika pri izbranem zdravniku v ustreznih dispanzerjih in enotah zdravstvenih organizacij, ki delajo na dispanzerski način.

23. člen

Pregled pred vstopom na delo v delovno organizacijo opravi za to določeni zdravnik. Skupnost delavcev in zdravstveni dom se dogovorita, kateri zdravnik bodo za posamezna območja vršili preglede pred vstopom na delo.

Delovna organizacija, ki zaposli delavca brez poprejšnjega pregleda, ali upošteva zdravniško spričevalo, izdano mimo določil 1. odstavka tega člena, plačuje sama vse stroške zdravstvenega varstva nastale zaradi kasnejše odkritih bolezni, ki bi jih bilo mogoče ugotoviti pri pregledu pred vstopom na delo. Delovna organizacija je dolžna povrniti skladu stroške zdravstvenega varstva če bi jih sklad plačal, ker niso bila upoštevana določila tega člena.

Skupnost delavcev in zdravstvena služba določita minimalni obseg pregleda pred vstopom na delo za območje skupnosti, če minimalni obseg pregleda ni določen z drugimi predpisi.

Delovne organizacije s svojimi predpisi lahko določijo razširjeni obseg pregleda za posamezna delovna mesta, kjer smatrajo, da je to potrebno.

Prvi pregled pred vstopom na delo plača delavec sam, razširjeni obseg pregleda pa delovna organizacija, ki je tak pregled zahtevala.

24. člen

Stroški za zdravstvene preglede, ki se morajo opraviti po zveznih, republiških ali občinskih predpisih

in niso oblika zdravstvenega varstva, ki ga predvidevata zakon in statut skupnosti, ne gredo v breme skupnosti, čeprav gre za osebe, ki sicer uživajo zdravstveno varstvo po statutu.

25. člen

Za cepljenja, ki jih izvaja zdravstvena služba iz epidemioloških razlogov, plačajo zavarovane osebe del stroškov, neposredno zdravstvenemu zavodu.

Skupščina skupnosti določi v posebnim sklepom, koliko zavarovana oseba prispeva (participira) za neobvezna cepljenja, ali pa določi kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti.

Za cepljenja, ki jih opravijo zdravstveni zavodi zaradi posebnih predpisov na zahtevo zavarovane osebe ali delovne organizacije, plača naročnik vse stroške sam, neposredno zdravstvenemu zavodu.

26. člen

Način po katerem uveljavljajo zavarovane osebe svoje pravice do zoboprotetičnih del je urejen v 2. in 3. odstavku 14. člena tega pravilnika.

Zavarovani osebi se smejo na njeno željo napraviti zobotehnična in zoboprotetična dela iz boljšega materiala in v večjem obsegu, kot so določena v ustreznem pravilniku, vendar plača zavarovana oseba sama neposredno zobni ambulanti razliko v ceni materiala in v stroških za storitve, ki so zagotovljene s pravilnikom in tistimi, ki so dejansko opravljene.

Zavarovana oseba lahko zahteva izdelavo zobotehničnih del iz plemenite kovine, če jo zdravstveni zavod ima na razpolago. V tem primeru sama plača razliko med ceno izdelka iz standardnega materiala in iz plemenite kovine.

Zavarovani osebi, ki prinese sama plemenito kovino, povrne zobna ambulanta vrednost standardnega materiala po ceni, po kateri ga plačuje sklad zobni ambulanti v času opravljene storitve.

Zavarovana oseba lahko zahteva, da se ji izdelajo nove oziroma popravijo stare zobne proteze ali opravi zobna protetična dela, tudi pred pretekom predpisane trajnostne dobe, če je do okvare, oziroma nerabnosti prišlo zaradi anatomske-fizioloških sprememb ali iz drugih opravičljivih razlogov. Mnenje o upravičenosti te izdelave na račun sklada da zdravniška komisija.

27. člen

Pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe po določilih:

1. Pravilnika o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;

2. Pravilnika o indikacijah, standardih za material in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora;

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah standardih za material in rokih trajanja očesnih pripomočkov.

Skupščina s posebnim sklepom določi koliko zavarovana oseba prispevka k nabavi v 1. odstavku naštetih pripomočkov kar poravnava zavarovana oseba neposredno dobavitelju pripomočka ob prevzemu istega.

Pred nabavo protetičnega ali ortotičnega sredstva ali sanitarne priprave je zavarovana oseba dolžna predložiti potrdilo o potrebi ortopedskega pripomočka komunalnemu zavodu, da recept registrira in izda naročilnico, razen za nabavo očal, katere nabavi

neposredno pri podjetju, s katerim je skupnost sklenila pogodbo o dobavi očesnih pripomočkov.

Potrdilo o potrebi ortopedskega pripomočka izda praviloma zdravnik — specialist ustrezne specialnosti.

Za težje invalide ugotavlja prvo in nadaljnjo potrebo po ortopedskem pripomočku ustreznih zdravstveni zavod, ki tudi kontrolira izvedbo izdelanega pripomočka (zavod za rehabilitacijo invalidov v Ljubljani).

Nabavo pripomočkov, ki niso naštetih v pravilnikih in zamenjavo dotrajanih slušnih aparatov in drugih pripomočkov, odobrava na predlog zdravnika — specialista po prosti presoji komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb pri skupščini skupnosti.

Zavarovana oseba, ki zahteva izdelavo protetičnih in ortotičnih sredstev ter sanitarnih priprav iz boljšega materiala in po višjem standardu kot je določen v ustreznem pravilniku, plača sama razliko v ceni.

Zavarovana oseba je dolžna skrbno ravnati in pazljivo uporabljati protetična in ortotična sredstva ter sanitarne priprave.

Zavarovana oseba nima pravice do popravila ali nabave novega pripomočka na račun sklada, če je isti postal neuporaben pred potekom trajnostne dobe, po njeni krivdi.

28. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravlil, pomožnega in sanitetnega materiala po določilih pravilnika o načinu predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravlil, pomožnega in sanitetnega materiala.

Zavarovana oseba je dolžna plačati lekarni ob prevzemu zdravila, pomožnega in sanitetnega materiala znesek, ki ga s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti.

Če zavarovana oseba nabavi v tujini zdravilo, ki je v naši državi registrirano in se sme predpisovati zavarovanim osebam, pa ga začasno ni v prodaji, je upravičena do povračila stroškov v višini prodajne cene, izkazane z receptom, na katere lekarna, ki je izdala zdravilo, s svojo stampiljko in označbo cene potrdi realizacijo recepta.

V primeru iz prejšnjega odstavka ima zavarovana oseba pravico do povračila stroškov za nabavljeno zdravilo po prodajni ceni zdravila, preračunani v jugoslovansko valuto po uradnem tečaju na dan izdaje zdravila.

Zavarovana oseba ima pravico do povrnitve stroškov za neregistrirana zdravila, nabavljena v tujini, le v izjemnih in življenjsko važnih primerih, če so bila registrirana domača ali uvožena zdravila brezuspešna. O povrnitvi stroškov za taka zdravila, presoja komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb pri skupščini skupnosti, na podlagi strokovnega mnenja ustrezne klinike.

Zavarovana oseba uveljavlja povračilo stroškov pri komunalnem zavodu, znesek povračila se zniža za obvezni prispevek.

29. člen

Predpisane zdravniške preglede oseb, ki odhajajo v tujino opravi zdravnik ki ga je za take preglede pooblastila zdravstvena organizacija.

Predpisane zdravniške preglede zavarovanih oseb pred njihovim odhodom v tujino opravi zdravnik, ki je pristojen, po določilih tega pravilnika za ugotavljanje nezmožnosti za delo pri aktivnih zavarovancih, pri drugih zavarovanih oseb pa izbrani zdravnik.

Na podlagi mnenja zdravnika iz prejšnjega odstavka, opravi zdravniški pregled še zdravniška komi-

sija, ki da dokončno mnenje o zdravstvenem stanju zavarovane osebe pred odhodom v tujino.

Oseba in zavarovana oseba, ki zahteva, da se opravi pregled pred odhodom v tujino, mora sama plačati stroške, ki nastanejo v zvezi s tem pregledom.

30. člen

Glede na to, da je zdravstveno stanje borcev NOV v splošnem slabše kot pri ostalih zavarovanih osebah, smejo zahtevati zavarovane osebe — borci NOV sistematični pregled svojega zdravstvenega stanja, katerega opravlja posebna zdravniška komisija.

VI. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA IZVEN OBMOČJA KOMUNALNE SKUPNOSTI

31. člen

Zavarovana oseba, ki začasno biva izven območja skupnosti delavcev, uveljavlja nujno zdravstveno varstvo v najbližjem zdravstvenem zavodu ali pri zdravniku javne zdravstvene službe na območju, kjer začasno biva.

Zavarovana oseba, ki je sama plačala stroške zdravstvenega varstva v primerih iz prejšnjega odstavka na izrecno zahtevo zdravstvenega zavoda, uveljavlja povračilo stroškov pri komunalnem zavodu.

Komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb pri skupščini skupnosti odloča o povračilu stroškov iz prejšnjega odstavka.

32. člen

Med začasno nezmožnostjo za delo je zavarovanec dolžan ostati in se zdraviti v kraju, kjer je bival ob nastanku nezmožnosti za delo.

Spremembo bivališča med nezmožnostjo za delo za čas do 30 dni sme odobriti zavarovancu izbrani zdravnik, če smatra, da so v kraju novega bivališča boljše in ugodnejše razmere, ki pripomorejo do hitrejšega ozdravljenja, oziroma usposobitve za delo. Potne stroške v tem primeru plača zavarovanec sam.

Ce je potrebna sprememba bivališča za čas nad 30 dni, napoti izbrani zdravnik zavarovanca na zdravniško komisijo, ki odloči o kraju novega bivališča, o trajanju bivanja in o povrnitvi potnih stroškov.

33. člen

Zavarovanec, ki mu je odobrena sprememba bivališča med boleznijo, nadaljuje zdravljenje v najbližjem ustreznem zdravstvenem zavodu.

Lečečemu zdravniku, izbranemu po kraju novega bivališča predloži zavarovanec potrebno medicinsko dokumentacijo, ki jo ob povratku vrne svojemu izbranemu zdravniku.

Zavarovanec se mora javiti po vrnitvi pristojnemu zdravniku na dan, ki ga je ta določil, oziroma na ponovni pregled pred zdravniško komisijo na dan, ki ga je določila zdravniška komisija.

34. člen

Ce zavarovanec med zdravljenjem samovoljno odide iz kraja bivališča, se šteje da se med boleznijo brez opravičenega razloga ni držal določenega zdravljenja oziroma da namenoma preprečuje zdravljenje

in usposobitev za delo; pri tem praviloma izgubi pravico do nadomestila osebnega dohodka.

35. člen

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo v tujini mimo predpisov skupnosti delavcev glede primerov, načina in pogojev za nاپotitev zavarovanih oseb na zdravljenje v tujino, lahko zahtevajo povrnitev stroškov takšnega zdravljenja, če je bilo zdravljenje v tujini nujno potrebno zaradi obolenja, ki je nastalo med bivanjem v tujini in se pri obveznem pregledu pred odhodom v tujino ni moglo ugotoviti.

Skład povrne stroške zdravljenja iz prejšnjega odstavka v dinarski vrednosti in v višini, kolikor bi zdravljenje stalo v zdravstvenem zavodu, ki je zavarovani osebi krajevno najbližji.

O povrnitvi stroškov za tako zdravljenje presoja komisija za odločanje o pravicah zavarovanih oseb pri skupščini skupnosti na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

VII. OCENJEVANJE ZADRŽANOSTI OD DELA

36. člen

Zavarovanec uveljavlja presojo delovne zmožnosti, ki ga upravičuje do nadomestila osebnega dohodka

a) Pri zdravniku, ki ga pooblasti skupnost s pogodbo z zdravstvenim zavodom;

b) Pri zdravniku svoje obratne ambulante, ali pri zdravniku, ki ga je delovna organizacija s pogodbo določila, da je pristojen za presojo delovne zmožnosti zavarovancev, ki so v tej organizaciji v delovnem razmerju;

c) Pri ginekologu, ki dela v dispanzerjih za žene, ki ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico odločanja o pričetku porodniškega dopusta in o negi žene ob porodu doma;

č) Pri ftziologu, ki dela v protituberkuloznem dispanzerju, ki ima poleg pravice zdravljenja tudi pravico o odločanju o delovni zmožnosti zavarovancev, kadar gre za tuberkulozna obolenja;

d) Pri pediatru, ki dela v šolskem dispanzerju ali dispanzerju za otroke, ki ima pravico odločati o izostanku pri delu zavarovanca, kadar gre za nego bolnega otroka.

37. člen

Zavarovanec je nezmožen za delo, ki ga opravlja, od tistega dne, ko zdravnik pri pregledu ugotovi nezmožnost za delo in vpiše pričetek v zdravstveno izkaznico.

Izjemoma sme zavarovanec uveljavljati, ugotovitev nezmožnosti za delo za nazaj v utemeljenih primerih, na podlagi dokumentacije bolnice, kjer se je neposredno prej zdravil.

Zavarovanec sme uveljavljati pri pristojnem zdravniku ugotovitev nezmožnosti za delo, največ za tri dni nazaj od dneva pregleda, če zdravnik pri pregledu še lahko ugotovi znake obolenja in ne gre za poprejšnje zdravljenje v bolnišnici po prejšnjem odstavku.

V vseh drugih primerih presoja utemeljenost pričetka nezmožnosti za delo za nazaj zdravniška komisija skupnosti delavcev.

38. člen

V postopku za ocenjevanje zavarovančeve zadržanosti od dela sodelujeta tudi zdravniška komisija in komisija zdravniških izvedencev v primerih, ki jih določata zakon in statut skupnosti.

VIII. POVRAČILO POTNIH STROŠKOV

39. člen

Povračilo potnih stroškov, ki gre zavarovani osebi po določitih tega pravilnika, obsega:

- Povračilo prevoznih stroškov;
- Povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnevnica).

40. člen

Do povračila prevoznih stroškov je zavarovana oseba opravičena, kadar potuje:

1. Do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda, če v kraju bivališča ali zaposlitve ni ustreznega zdravnika in če je razdalja do najbližjega zdravnika najmanj 15 km.

2. Do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda radi istega obolenja najmanj 5-krat v mesecu na razdalji izpod 15 km.

3. Do bolj oddaljenega zdravnika, če je najbližji zdravnik odsoten, zdravniška pomoč pa je nujna, če zdravnik potrdi nujnost in če je relacija daljša od 15 kilometrov.

4. V bolnico v katero jo je napotil izbrani zdravnik, če si izbere bolj oddaljeno hospitalno ustanovo, trpi razliko v potnih stroških sama.

5. K specialistu, h kateremu jo je napotil izbrani zdravnik, sicer se je ravnati po določbah 3. odstavka 13 člena tega pravilnika.

6. V naravno zdravilišče v katero je bila poslana na nadaljevanje ali nadomestno zdravljenje po mnenju zdravniške komisije.

7. V naročilu posameznega zdravnika, zdravniške komisije ali pristojnega organa skupnosti v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu o zdravstvenem zavarovanju.

41. člen

V primerih, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji ali pri drugem zdravniku, ne pa pri tistem, kamor je bila napotena ji gredo potni stroški le do zdravnika, kamor je bila napotena, razliko trpi sama.

Enako pravico imajo zavarovane osebe tudi, kadar jih zdravstvena organizacija, kjer so uveljavile zdravstveno varstvo, naroči na kontrolne ali ponovne preglede.

V primeru spremembe bivališča med obolenjem glej določbe o potnih stroških v drugem in tretjem odstavku 31. člena tega pravilnika.

Če si zavarovana oseba izbere zdravstveno ustanovo po določbah 2. odstavka 6. člena tega pravilnika ji potni stroški ne pripadajo.

42. člen

Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do potnih stroškov skladno s tem pravilnikom, ji praviloma pripada povračilo prevoznih stroškov za potovanje z vlakom II. razreda, z avtobusom ali ladjo v turističnem razredu.

Če potuje na relaciji daljši od 200 km se ji povrnejo potni stroški za II. razred brzozlaka ali drugo hitrejše prevozno sredstvo.

Izjemoma lahko zdravstvena delovna organizacija, posamezni zdravnik, zdravniška komisija ali skupnost odredi drugačen način potovanja, če je to z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe utemeljeno. V tem primeru gredo zavarovani osebi prevozniki za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno na potnem nalogu.

43. člen

Prevozi zavarovanih oseb rešilnim avtomobilom gredo v breme skupnosti le v primeru, ko je zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe tak način prevoza nujno potreben in prevoz z drugačnim vozilom ni mogoč.

Prevoz z rešilnim avtom odredi in presodi nujnost takega prevoza:

1. Posamezni zdravnik, če je prevoz potreben iz kraja bivališča ali zaposlitve;

2. Predstojnik ustreznega oddelka, kadar je nujno potreben prevoz z bolnice in terja to zdravstveno stanje bolnika;

3. V očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilni avtomobil zavarovano osebo v bolnico, pa tak prevoz ni bil predhodno odrejen, zdravnik oddelka, ki je sprejel zavarovano osebo na zdravljenje.

Zavarovana oseba prispeva k prevozu del stroškov po posebnem sklepu skupščine skupnosti, ki določi tudi primere ko gredo stroški v celoti v breme skupnosti.

44. člen

Izjemoma se lahko povrnejo stroški prevoza zavarovane osebe v bolnico, če gre za zdravstveno nujni primer in je bil prevoz opravljen z drugim vozilom (avtom, vozom) ne pa z rešilnim avtomobilom, ker ta ni bil dosegljiv.

Skupnost plača stroške prevoza z zasebnim prevoznim sredstvom v višini, ki ga s posebnim sklepom določi skupščina.

Zahtevi za povračilo prevoznih stroškov je dolžna zavarovana oseba priložiti račun in ustrezno medicinsko dokumentacijo.

45. člen

Pravico do povračila potnih stroškov ima tudi spremljevalec zavarovane osebe, če je po mnenju zdravnika spremstvo nujno potrebno z ozirom na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Zavarovana oseba ima pravico le do enega spremljevalca. Za otroke do dopolnjenega desetega leta starosti se predpostavlja, da jim je spremljevalec potreben.

46. člen

Zavarovani osebi pripada povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (dnevnica) v znesku, ki ga s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti, ki tudi določi, koliko časa je zavarovana oseba morala biti na potovanju, da ji dnevnic pripada.

Zahtevke za povračilo dnevnic mora zavarovana oseba dokumentirati tako, da zdravstvena ustanova na potnem nalogu potrdi zamudo časa, povračilo pa se odredi upoštevajoč prometna sredstva in zveze na tisti relaciji.

IX. PODALJŠANJE NEGOVANJA OBOLELEGA OZJEGA DRUŽINSKEGA ČLANA

47. člen

Po določbah točke c in d 35. člena tega pravilnika in 41. člena statuta skupnosti gre zavarovancu nadomestilo osebnega dohodka za čas negovanja ožjega družinskega člana.

Preko določb naštetih v 1. odstavku tega člena se določeni čas lahko podaljša največ do 60 dni. O takem podaljšanju odloča zdravniška komisija, na predlog lečečega zdravnika.

Lečeči zdravnik predlaga podaljšanje pravice do nadomestila, ko zavarovanec poda izjavo, da v gospodinjstvu ni drugih odraslih članov, ki so sposobni negovati bolnika.

Pravico do nadomestila osebnega dohodka za nego žene ob porodu ima zavarovana oseba le, če žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

Pravica do nadomestila osebnega dohodka zaradi nege otroka do enega leta starosti gre praviloma njegovi materi.

X. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

48. člen

Zdravniška komisija je pooblaščenca, da rešuje po najkrajši poti vse nesporazume, ki bi nastali v zvezi z izvrševanjem tega pravilnika.

49. člen

Z dnem, ko začne veljati ta pravilnik preneha veljati pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Murska Sobota objavljen v Uradnem vestniku okraja Maribor št. 3/65 z dne 12/2—1965.

50. člen

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

Št. 01/1-1601/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

596.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/1970) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil ki se predpisujejo zavarovanim osebam

1. člen

Kadar gre do stroški za zdravstveno varstvo na račun sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja,

se predpisujejo, izdajajo in zaračunavajo zdravila zavarovanim osebam tako, kot določa ta pravilnik.

2. člen

Zdravila se predpisujejo na obrazcu recepta za zavarovane osebe, v katerega se vpisujejo tile podatki:

1. skupnost zdravstvenega zavarovanja, ki je plačnik izdanega zdravila;
2. oblika zdravstvenega varstva;
3. registrska številka;
4. naziv države, če je zavarovan po konvenciji;
5. priimek in ime zavarovanca;
6. ime družinskega člana, starost bolnika v letih, do dveh let v mesecih;
7. naslov bolnika;

Podatki iz prvega odstavka tega člena se vpisujejo v ustrezne rubrike obrazca recepta iz zdravstvene izkaznice zavarovane osebe oziroma iz njenega vložka.

3. člen

Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept podpisati in pritisniti pod podpisom pečat s svojim imenom.

Izročanje podpisanih blanco receptnih obrazcev drugemu zdravniku ni dovoljeno; za posledice, ki iz tega nastanejo, odgovarjata po splošnih predpisih oba prizadeta zdravnika.

4. člen

Na receptu mora biti tudi pečat zdravstvenega zavoda.

S pečati in obrazci za recepte oskrbuje zdravnik zdravstveni zavod, v katerem delajo, pooblaščenec zdravnik pa pristojna služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

5. člen

Recept mora biti napisan čitljivo.

Imena zdravil se smejo skrajševati samo toliko, da se s tem farmacevta ne more spraviti v zmotu.

Na posameznem receptu sme biti predpisano zdravilo samo za eno osebo.

Za sestavni del zdravila se šteje tudi pomožni material, ki je namenjen za uporabo predpisanega zdravila (npr. kapalka, steklena paličica, redestilirana voda za raztopino in drugo).

Na hrbtni strani recepta se ne smejo predpisovati zdravila.

6. člen

Zdravnik je dolžan vsako predpisano zdravilo vpisati v zdravstveni karton zavarovane osebe in pri tem navesti skrajšano ime, količino in moč zdravila ter navodilo, dano za uporabo.

7. člen

Na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika ni mogoče predpisovati zavarovanim osebam:

1. zdravil, za katera v smislu zakona o prometu zdravil (Ur. l. SFRJ 15/65) ni dano dovoljenje, da smejo biti v prometu v Jugoslaviji (neregistrirana zdravila); izjema naj bi bila tista neregistrirana zdravila, ki jih dobijo bolniki ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na podlagi utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvenega zavoda, ki se ukvarja z znanstveno-raziskovalnim delom, če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno;

2. zdravil, za katera je dano dovoljenje, da smejo biti v prometu, vendar samo za uporabo v ustreznih zavodih (Viocin, Cycloserin ipd.);

3. zdravil, katera se lahko uporabljajo samo pod stalnim nadzorstvom zdravnika v stacionarnih zdravstvenih zavodih (Bykomycin, Kanamycin ipd.);

4. kemičnih sredstev, ki se uporabljajo za diagnoze (kontrastna sredstva in pod.);

5. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo ali dajejo neposredno pri nujni zdravniški pomoči izven bolnišnice;

6. material, ki se uporablja v zdravstvenem zavodu za obvezovanje ran ali za trdno obvezo; izjemoma pa se sme predpisovati obvezilni material zavarovanim osebam na recepte v primerih, nadaljevanega kirurškega zdravljenja na domu, če bolnik ne more sam k zdravniku in če gre za večjo porabo obvezilnega materiala (postoperativna zdravljenja, razpadajoči karcinomi, fistulacije, anus praeter naturalis decubitus itd.); v teh primerih je treba pripisati diagnozo;

7. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo v zdravstvenih zavodih s specialnimi napravami (inhalatorji, aerosol aparati ipd.);

8. cepiv, serumov in drugih zdravil, pri katerih je nujna zdravnikova kontrola in zanje potrebna neposredna intervencija zdravstvenega delavca;

9. zdravil, ki jih dobivajo zavarovane osebe tisti čas, ko se zdravijo v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

8. člen

Zdravila, ki so naštetá v 2. do 9. točki 7. člena tega pravilnika, preskrbuje zdravstveni zavod razen v 6. točki 7. člena navedene izjeme.

Kadar gre za nujen primer, pa zdravstveni zavod ne more preskrbeti zdravila iz 8. točke 7. člena tega pravilnika, ga predpiše zdravnik na posebnem obrazcu zdravstvenega zavoda. Na takem obrazcu mora biti označeno, da je zdravilo nujno, kar je prejemniku zagotovilo, da ga dobi, poleg tega pa mora biti na njem zapisano, da naroča zdravilo zdravstveni zavod, in z zdravnikovim podpisom potrjeno, da ga bo plačal zdravstveni zavod in da ga ni treba prejemniku nič zaračunati.

Vzajemne obveznosti, ki izvirajo iz izvajanja določb tega člena, posebno pa tiste, ki so v zvezi z olajšavami zavarovanim osebam za uporabo zdravil, uredijo natančneje skupnost zdravstvenega zavarovanja in zdravstveni zavodi z medsebojnimi pogodbami.

9. člen

Na posamezni recept se sme predpisati tolikšna količina zdravila, da glede na bolnikovo stanje in naravo obolenja zadošča do naslednjega napovedanega zdravniškega pregleda. Ta količina:

1. pri akutnih obolenjih ali stanjih praviloma ne sme presegati količine, ki zadošča za 10 dni;

2. pri kroničnih obolenjih ali stanjih, ko gre za stalno uporabo posameznega zdravila, ne sme presegati količine, ki zadošča za en mesec, največ pa za dva meseca (diabetes, tbc, kronični kardiopati, kronične hepatopatije, kronična vnetna revmatična obolenja, krvna obolenja, nevropsihiatrična obolenja, preventivno jemanje penicilina pri streptokoknih infekcijah, trajna terapija z urikozuricnimi sredstvi ipd.).

Če predpiše zdravnik večjo količino zdravila od količine, ki zadošča za 10 dni, mora zapisati v zdravstveni karton zavarovane osebe na kratko, zakaj je

predpisal tolikšno količino zdravila. Na takšen recept mora zdravnik pripisati: »Necesse est«. Klavzula »Necesse est« ne sme biti tiskana in jo mora izpisati zdravnik lastnoročno.

Navodilo za uporabo zdravila mora biti popolno (npr.: »3-krat 2 tableti na dan« ipd.). Skupna količina predpisanega zdravila mora biti enaka količini po navodilu in napisana v njegovih enotah. V izjemnih primerih, kadar je količina potrebnega zdravila približno enaka njegovi količini v izvirnem ovitku, sme predpisati toliko zdravila, kolikor ga vsebuje izvorni ovitek (npr.: če je po navodilu za uporabo zdravila potrebno 18 tablet, izvorni ovitek pa vsebuje 20 tablet; ali če je potrebnih 150 g raztopine, izvorni ovitek pa vsebuje 180 g ipd.).

10. člen

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam morajo zdravniki:

1. predpisovati zdravila le s svojega delovnega področja;

2. predpisovati, kadar gre za enakovredna zdravila, cenejše zdravilo;

3. pri predpisovanju antibiotikov označiti diagnozo bolezni ali v posebnih primerih šifro (090—099);

4. pripisati tudi diagnozo pri dietnih preparatih, ki se v smislu zakona štejejo kot zdravila.

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam smejo zdravniki:

1. predpisati zdravilo s toksikomanogenim učinkom le, če je njegova uporaba medicinsko upravičena in nujna;

2. predpisati na receptu eno samo zdravilo, ki vsebuje eno samo sredstvo z narkotičnim učinkom.

Zdravnik ne sme predpisovati sebi in članom svoje družine zdravil s toksikomanogenim učinkom, razen v primerih prve pomoči. Farmacevt naj v nasprotnem primeru odkloni izdajo zdravila in smatra tak recept kot nepravilen.

11. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravila na receptu, ki ni pravilno izpolnjen, in sicer:

1. če vsebinsko ni jasen;

2. če je navodilo o uporabi zdravila nepopolno;

3. če manjkajo potrebne oznake;

4. če so predpisane sestavine inkompatibilne;

5. če je pri zdravilu močnega učinka prekoračena dovoljena doza, ali če ta doza ni izpisana tudi z besedo oziroma ni postavljen klicaj in pripisan podpis zdravnika.

Farmacevt ne sme izdati zdravila s toksikomanogenim učinkom:

1. na popravljen recept ali na recept, čigar enkratna dovoljena količina je prekoračena;

2. če je preteklo več kot 5 dni od dneva, ko je bilo tovrstno zdravilo predpisano.

12. člen

Lekarna obvezno zadrži zaradi evidence recepte, predpisane na obrazcu zdravstvenega zavarovanja, čeprav je njegova vrednost izpod zneska zavarovalnega obveznega prispevka.

13. člen

Ob izdaji zdravila, predpisanega na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika, zaračuna lekarna za vsako izdano zdravilo znesek, ki je določen v

sklepu skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja, ki ga morajo plačevati zavarovane osebe k stroškom za izdano zdravila.

Zaračunane zneske iz 1. odstavka tega člena obračunavajo lekarne oziroma zdravstveni zavodi s skupnostjo zdravstvenega zavarovanja tako, kot je to določeno v medsebojnih pogodbah.

14. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 01/1-1604/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

597.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/1970) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in zobno protetičnih sredstvih

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč in sredstva, ki so zagotovljena zavarovanim osebam iz sklada za zdravstveno zavarovanje.

Nova zobna protetična sredstva se smejo pred pretekom roka njihovega trajanja izdelovati samo ob pogojih, ki jih določa ta pravilnik.

2. člen

Zobna protetična pomoč in zobna protetična sredstva obsegajo v smislu tega pravilnika:

1. prevleke vseh vrst, všteti tudi lite plombe;
2. snemalne in fiksne proteze;
3. obturatorje;
4. opornice pri paradontopatiji;
5. ortopedске in ortodontske pripomočke.

3. člen

Prevleke (krone) so indicirane:

1. če je destruirana zobna krona in ne bi zadostovalo samo plomiranje;
2. na zobe, ki nosijo fiksne proteze;
3. na zobe, ki nosijo kljukice (po potrebi);
4. če to zahteva lega zob;
5. ker je treba urediti višino vgriza.

4. člen

Snemalne in fiksne proteze (mostovi) se izdelujejo v vseh primerih, kadar manjkajo zobje, razen:

1. fiksne proteze — kadar manjka po en zob med molarji (kočniki) ali premolarji (ličniki), če ne gre za prvi premolar;

2. snemalne proteze — kadar manjkata zadnja dva molarja (na eni ali obeh straneh čeljusti) ali kadar manjka po en zob med molarji in premolarji;

3. privesek z vgrizno ploskvo, privesek kot nadomestilo molarja ali privesek nazaj — če ne gre za manjkajoči stranski sekalec.

5. člen

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji izdelava praviloma snemalna proteza.

Kadar manjkajo zavarovani osebi eden poleg drugega več kot trije zobje, se ji sme izdelati fiksna proteza, če to dovoljujejo razdalja med nosilnimi zobmi, okluzija in artikulacija ter če so nosilci mosta dovolj trdni in stabilni.

Fiksna proteza se sme pritrditi tudi na modrostni zob, če je dovolj trden in stabilen in je s tem zagotovljeno določeno trajanje proteze.

6. člen

Začasna in imediatna proteza se izdelava zavarovani osebi, ki ji je ta potrebna za opravljanje njenega poklica in zato, da se prepreči poslabšanje njenega splošnega zdravja, kadar manjkajo najmanj štiri zobje v spodnji ali zgornji čeljusti drug pri drugem, od katerih sta najmanj dva sprednja.

7. člen

Za standardne materiale, iz katerih se smejo izdelovati zobna protetična sredstva, se štejejo:

1. za prevleke in fiksne proteze — polplemenite zlitine (auropal, palador in pod.) in akrilat;
2. za zobne fasete — akrilat in porcelan;
3. za proteze — akrilat, kavčuk, zlitina krom-kobalt, molibden ipd.;
4. za skeletirane proteze — zlitine kroma, kobalta in molibdena in pod.

8. člen

Zobna protetična sredstva morajo trajati:

1. prevleke in fiksne proteze iz polplemenitih zlitin — najmanj štiri leta;
2. prevleke na zobeh, ki nosijo parcialne proteze — najmanj tri leta;
3. prevleke iz akrilata — najmanj dve leti;
4. parcialne proteze iz akrilata — najmanj tri leta;
5. totalne proteze iz akrilata — najmanj pet let;
6. proteze s kovinsko ploščo — najmanj pet let;
- 7.časne in imediatne parcialne proteze — najmanj šest mesecev;
- 8.časne in imediatne totalne proteze — najmanj eno leto.

Opravičenost novega protetičnega sredstva iz 3. in 4. točke 2. člena tega pravilnika, za katero ni določen rok trajanja, presoja zdravniška komisija skupnosti zdravstvenega zavarovanja na predlog posameznega zdravnika.

Roki trajanja, ki so navedeni v tem členu, tečejo od dneva, ko je zavarovani osebi nameščeno ustrezno zobno protetično sredstvo.

Zobna protetična sredstva, ki so navedena v tem členu, dobi zavarovana oseba po preteku predpisanega roka trajanja le, če ugotovi posamezni zdravnik, da

je postalo dotedanje zobno protetično sredstvo neuporabno.

Pred pretekom roka trajanja iz tega člena se sme izdelati zavarovani osebi novo protetično sredstvo, le če je dotedanje zaradi anatomske-patoloških in funkcionalnih sprememb postalo neuporabno. Opravičenost novega protetičnega sredstva presoja zdravniška komisija.

V primerih, ko je pred potekom roka trajanja potrebna samo reparatura proteze, je potrebna obrazložitev zobnega terapevta v kartoteki in na obračunskem listu.

9. člen

Če izdela zdravstveni zavod zobno protetično sredstvo iz plemenite kovine, mu mora zavarovana oseba nadomestiti razliko med vrednostjo standardnega materiala, ki ji je zagotovljen po tem pravilniku, in plemenito kovino, pri čemer se računa dejanska poraba materiala na zob oziroma krono.

10. člen

Postopek za uveljavljanje pravic v zvezi z izkazovanjem zobne protetične pomoči in izdelavo zobnih protetičnih sredstev zavarovanim osebam določi skupščina zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

11. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 01/1-1602/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik

Milan Klemenčič l. r.

598.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za protetična in ortotična sredstva ter druge pripomočke in priprave (v nadaljnjem besedilu: »pripomočki«), ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Pripomočke iz tega pravilnika predpisuje zdravnik ustrezne specialnosti — ortoped, kirurg, nevrokirurg, ginekolog ter zdravnik specialist za fizikalno medicino in rehabilitacijo.

Zdravnikov predpis za pripomoček mora vsebovati medicinske in tehnične elemente, ki so potrebni za njegovo izdelavo.

Pripomoček, ki se izdela po meri, se sme izročiti zavarovani osebi šele, ko se s strokovno kontrolo ugotovi, da je dobre kakovosti in da je uporaben v svoj namen.

3. člen

Protetična sredstva (proteze) so namenjene za funkcionalno in estetsko nadomestitev izgubljenih delov okončin.

Ustrezaajočo protezo dobi zavarovana oseba, če ji manjka vsa zgornja ali spodnja okončina ali njen del.

Skupaj s protezo za zgornjo okončino dobi zavarovana oseba funkcionalno kljuko in umetno roko. Poleg umetne roke na protezi dobi nepodložene usnjene rokavice za obe roki ali estetsko rokavico za protezo.

Skupaj s protezo za zgornjo ali spodnjo okončino dobi zavarovana oseba navleko za krn.

4. člen

Ortotična sredstva (ortopedski aparati in steznik) dobi zavarovana oseba, ki jih potrebuje, da se prepreči ali korigirajo deformacije, kontrolirajo nehoteni gibi in doseže stabilizacija ali razbremenitev okončin ali hrbtnice.

5. člen

Elektronsko protetično in ortotično sredstvo dobi zavarovana oseba le izjemoma, če ji ga odobri izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja po predhodno pribavljenem in utemeljenem mnenju strokovnega kolegija Ortopedske klinike v Ljubljani in če se z njim omogoči polna zaposlitev.

6. člen

Ortopedsko obutev dobi zavarovana oseba, če ji je potrebna zato:

1. ker ima več kot 2,5 cm krajšo spodnjo okončino ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska);
2. ker ima zaradi izpaha ali preloma, ali zaradi večjih kostnih izrastkov močno deformiran gleženj ali stopalo izvzemši deformacijo nožnih palcev (halux valgus) in če se mora obutev izdelati po mavčevem odlitku;
3. ker ima močnejše dvignjeno stopalo (pes excavatus);
4. ker ima petno stopalo (pes calcaneus);
5. ker ima konjsko stopalo (pes equinus);
6. ker ima navznoter obrnjeno stopalo tipa pes equinovarus ali pes varus adductus, ali pes calcaneo-
valgus;
7. ker ima izrazite trofične spremembe z ulceracijami na stopalih;
8. ker ima paralitično ali skoraj paralitično stopalo (močna pareza);
9. ker ima močno deformirane prste stopal tako, da posamezni prsti jahajo na drugih prstih;
10. ker boleha za elefantiozo;
11. ker ji manjkajo na enem ali na obeh stopalih več kot dva prsta.

Otroci do dopolnjenega 14. leta dobijo ortopedsko obutev tudi, če imajo za 1,5 cm ali več krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska).

Steje se, da je obutev sestavni del pripomočka, če zavarovana oseba:

1. potrebuje ortopedski aparat v zvezi z obutvijo;
2. potrebujejo ortopedsko sandalo ali ortotično sredstvo z ortopedsko sandalo;
3. ne nosi ortotičnega sredstva, pa ji je amputiran del narta ali petnice.

7. člen

Invalidski voziček dobi zavarovana oseba:

1. če sta ji amputirani obe nogi nad kolenom;
2. če sta ji amputirani obe nogi pod kolenom, proteze pa so iz medicinskih vzrokov kontraindicirane ali jih ni mogoče amplicirati;
3. če ji je amputirana ena noga, pa se ji zaradi progresivne bolezni noge ne more omogočiti hoja s protezo, ker se pričakuje poslabšanje njenega stanja;
4. če ima popolnoma ohromele spodnje okončine in mora kljub aparatom večji del časa prebiti v vozičku;
5. če ima težke deformativne procese velikih sklepov spodnjih okončin in zaradi tega sploh ne more hoditi;
6. če ima hemiplegijo, medicinska rehabilitacija pa ni možna ali medicinsko ni indicirana zaradi drugih medicinskih vzrokov (srčne bolezni itd.).

V primerih iz prvega odstavka tega člena dobi zavarovana oseba v uporabo standardni sobni tip ali kombinirani tip invalidskega vozička po lastni odločitvi.

Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju ali opravlja dejavnost, na podlagi katere je zavarovana ali je na poklicni rehabilitaciji oziroma habilitaciji, dobi poleg invalidskega vozička sobnega tipa še v uporabo terenski invalidski voziček, na ročni ali nožni pogon.

Zavarovanim osebam iz tretjega odstavka tega člena lahko izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja odobri terenski invalidski voziček na motorni pogon.

8. člen

Zavarovana oseba dobi pomožne pripomočke, če so ji potrebni iz medicinskih vzrokov in sicer:

1. aparat za ekstenzijo v uporabo pri stanjih po prelomu hrbtenice, pri kompresivnem sindromu hrbtnege mozga in drugih stanjih, če je tak aparat nujen za medicinsko rehabilitacijo doma;
2. kilni pas, če ima inoperabilno umbilikalno, inguinalno ali femoralno kilo;
3. bergli ali berglo, če se ji omogoči s tem hoja in stoja ali je medicinsko indicirana razbremenitev spodnjih okončin.

9. člen

Druge pripomočke in sanitarne priprave dobi zavarovana oseba:

1. umetno dojko, če je bila zavarovani osebi — ženski amputirana dojka;
2. lasuljo, če je pri zavarovani osebi — ženski močnejše izražena trajna plešavost traumatske ali bolezenske geneze;
3. brizgalko za injekcijo 2 cm³ z 12 iglami, če boleha za sladkorno boleznijo in je indicirano vbrizgavanje insulina;
4. vrečico za vodo (receptor urina), če ji ni mogoče s sodobnimi zdravilnimi metodami urediti hotene izpraznitve sečnega mehurja;
5. pas z vrečico za blato ali sterilni holastom za tri mesece, če se črevesje prazni skozi umetno odprtino na trebušni strani;

6. elastične nogavice — kratke, dolge in elastični ščitnik na koleno in skočni sklep, če mu je to zaradi zdravstvenega stanja nujno potrebno.

10. člen

Proteze se izdelujejo iz standardnih materialov, in sicer ležišča iz plastične mase, lesa ali usnja, sestavni deli pa iz plastične mase, lesa, kovine, usnja, klobučevine in gumija.

Ležišča protez se izdelujejo praviloma iz plastične mase, le izjemoma se zaradi stanja krna ležišče izdeluje iz lesa ali usnja.

Navleka za krn se izdeluje iz materiala, ki ustreza tehničnim in medicinskim pogojem (volna bombaž ali sintetična vlakna).

Ortotična sredstva se izdelujejo iz standardnih materialov: kovine, plastične mase, usnja, gumija ali iz tkanin.

Ortopedska obutev se izdeluje iz standardnega usnja; njena oblika je odvisna od oblike obremenjenega stopala.

Usnjene rokavice se izdelujejo iz standardnega usnja.

11. člen

Trajnostne dobe pripomočkov so odvisne od starosti, telesne konstitucije in poklica zavarovane osebe ter se določajo po skupinah oseb in sicer:

I. skupina — osebe do dopolnjenega 7. leta starosti;

II. skupina — osebe nad 7 let do dopolnjenih 18 let starosti;

III. skupina — osebe, stare nad 18 let;

IV. skupina — osebe posameznih poklicev, pri katerih so zaradi delovnih pogojev in načina dela, telesne konstitucije in konfiguracije terena pripomočki redno izpostavljeni intenzivnejši obrabi (stoja, hoja, prekomerna telesna teža, neraven teren in podobno).

12. člen

Pripomočki morajo glede na skupino iz 10. člena tega pravilnika trajati najmanj:

1. proteza

a) za zgornjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	8 mesecev	8 mesecev
II. skupina	18 mesecev	18 mesecev
III. skupina	48 mesecev	36 mesecev
IV. skupina	36 mesecev	24 mesecev

b) za spodnjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z lesenim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	6 mesecev	6 mesecev	6 mesecev
II. skupina	10 mesecev	10 mesecev	10 mesecev
III. skupina	36 mesecev	24 mesecev	24 mesecev
IV. skupina	30 mesecev	24 mesecev	18 mesecev

2. navleke za krn 2 meseca;

3. estetska rokavica 6 mesecev;

4. nepodložene usnjene rokavice za I. in II. skupino 12 mesecev; za III. in IV. skupino 24 mesecev;

5. ortotična sredstva

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	12 mesecev
III. skupina	24 mesecev
IV. skupina	18 mesecev

6. ortopedska obutev

- I. skupina 6 mesecev
- II. skupina 8 mesecev
- III. skupina 12 mesecev
- IV. skupina 8 mesecev

7. invalidski voziček 60 mesecev;**8. kilni pas**

- I. skupina 3 mesece
- II. skupina 8 mesecev
- III. skupina 12 mesecev
- IV. skupina 12 mesecev

9. bergle:

- I. skupina 12 mesecev
- II. skupina 18 mesecev
- III. skupina 36 mesecev
- IV. skupina 36 mesecev

10. umetna dojka 12 mesecev**11. lasulja**

- I. skupina 18 mesecev
- II. skupina 24 mesecev
- III. skupina 24 mesecev
- IV. skupina 24 mesecev

12. brizgalka za injekcije 3 mesece;**13. vrečica za vodo 8 mesecev;****14. pas z vrečico za blato 8 mesecev;****15. holostom 100 komadov za 3 mesece;****16. elastične nogavice in elastični ščitnik 12 mesecev.****13. člen**

Nove pripomočke dobi po tem pravilniku zavarovana oseba po preteku rokov trajanja iz 11. člena tega pravilnika le, če se dotedanji obrabijo ali funkcionalno več ne ustrezajo ali postanejo zaradi okvare neuporabni, a se ne dajo popraviti oziroma bi bili stroški za njihovo popravilo večji kot cena novih pripomočkov.

14. člen

Pred potekom rokov trajanja pripomočkov iz 11. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov pripomoček oziroma se ji popravi stari, če je postal neuporaben zaradi anatomskih ali funkcionalnih sprememb organov.

15. člen

Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam izdelavo pripomočkov po meri pri organizacijah:

1. ki izdelujejo oziroma nabavljajo pripomočke v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancije za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred pretekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja, in organizacije, ki izdeluje oziroma dobavlja pripomočke s pogodbo.

16. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do pripomočkov določa skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

17. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 01/1-1396/70

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

599.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

**o vrstah, indikacijah, standardih za material
in rokih trajanja očesnih pripomočkov**

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za očesne pripomočke, ki jih dobivajo zavarovane osebe.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste očesnih pripomočkov:

1. očala:

- s stekli v dioptrijah,
- z mlečnimi stekli,
- s temnimi stekli brez dioptrij,
- s temnimi stekli v dioptrijah,
- s temnimi stekli iz plastične mase
- z bifokalnimi stekli,
- s specialnim sistemom leč, teleskopska očala,
- s temnimi stekli brez dioptrij, s stenopeično režo in ščitniki s strani (očala z liknjico);

2. kontaktna stekla;**3. očesne proteze.****3. člen**

Očala s stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba za korekcijo ostrine vida na daljavo in približno pri ametropiji ali prezbiopiji.

Očala z mlečnimi stekli dobi zavarovana oseba, ki ima diplopijo in monokularno afakijo, v primeru anizokorije.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij dobi zavarovana oseba v primerih:

1. spačenosti zunanjih delov očesa;
2. kroničnih recidivnih keratokonjunktivitisov;
3. obolenje sprednjega segmenta očesa, zaradi skleritisa, karatitisa, iritisa ali iridociklitis;
4. obolenj očesnega ozadja ali očesnega živca, zaradi horioditisa, horioretinitisa, retinitisa, nevriritisa, nevroretinitisa, atrofije očesnega živca in odstopa mrežnice;

5. po interakularnih operacijah (mrene, glaukoma, odstranitvi tujka iz očesa ipd.) če je nastala po operaciji komplikacija-iritis, krvavitev v steklovini očesa ipd.

Očala s temnimi stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba, pri kateri je poleg obolenja iz prvega odstavka tega člena hkrati podano tudi kakšno obolenje, ki je navedeno v tretjem in osmem odstavku tega člena.

Očala s temnimi stekli iz plastične mase dobi zavarovana oseba, ki je slepa.

Očala z bifokalnimi stekli namesto dveh očal s stekli v dioptrijah za korekcijo vida na bližino in daljavo, dobi zavarovana oseba pri ametropiji ali prezbiopiji, če je podana potreba po sočasni korekciji ostrine vida na bližino in daljavo.

Očala s specialnim sistemom leč (teleskopska očala) dobi zavarovana oseba z visoko stopnjo slabovidnosti, pri kateri se ostrina vida na obeh očesih ne da zboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in pri kateri se po mnenju očesne klinike z nošenjem takih očal dosega polovica normalne ostrine vida in omogoča opravljanje poklica.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij in s štirtniki s strani s stenopeično režo ali brez reže dobi zavarovana oseba v primerih:

1. odstopa mrežnice;
2. krvavitve v steklovini očesa;
3. kroničnega pomladanskega katarja veznice (Conjunctivitis vernalis).

4. člen

Kontaktna stekla dobi zavarovana oseba v primerih:

1. keratokonusa;
2. monokularne (unilateralne) afakije (Aphakija unilateralis), kadar je leča na drugem očesu prozorna;
3. anazimotropije, ki presega tri dioptrije, in potrebe stereoskopskega vida v zvezi s poklicem;
4. ametropij, ki presegajo 5 dioptrij, kombiniranih z astigmatizmom, ki presega 3 dioptrije, pri katerem se s stekli v dioptrijah ne da doseči ostrina vida, večja kot 0—5 dioptrije;
5. obojestranskih afakij.

Kontaktna stekla dobi v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovana oseba, če očesna klinika ugotovi, da zavarovana oseba prenaša taka stekla in ji je uporaba takih stekel nujno potrebna za šolanje ali za opravljanje dela.

5. člen

Očesno protezo dobi zavarovana oseba:

1. polno pri anoftalmusu;
2. luskinasto pri delni odstranitvi ali atrofiji očesnega zrkla;
3. orbitalno, kadar so poleg atrofije očesnega zrkla skazani tudi zunanji deli očesa.

6. člen

Očesne pripomočke predpisuje zdravnik specialista-okulist, kolikor ni v tem pravilniku drugače določeno.

7. člen

Okviri za očala, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam, se delajo iz plastične mase, pri čemer morajo biti krilca ojačena s kovinsko armaturo.

Očesne proteze se delajo iz plastične mase, stekla, porcelana ali kakšne druge snovi, ki je primerna za to vrsto pripomočkov.

Če standardna oblika v velikosti očesne proteze ne ustreza obliki in velikosti konjunktivalne vrečice, se izdela očesna proteza po meri.

8. člen

Očesni pripomočki morajo trajati najmanj:

1. okviri očal:

- do 7 let starosti otroka — 12 mesecev;
- za zavarovane osebe — otroke od 8 let starosti in mladino do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev;
- za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;

2. stekla in temna stekla v dioptrijah ter brez dioptrij:

- za otroke do 7 let starosti — 12 mesecev;
- za zavarovane osebe — otroke in mladino od 8 let do dopolnjenih 18 let starosti — 18 mesecev;
- za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;

3. mlečna stekla, bifokalna stekla, teleskopska očala in kontaktna stekla 30 mesecev;

4. očesne proteze:

- do dopolnjenih 7 let starosti — po potrebi;
- za zavarovane osebe od 8 do 21 let starosti — 18 mesecev;
- za druge zavarovane osebe — 30 mesecev.

Zavarovane osebe, ki imajo pravico do očesne proteze, imajo enkrat na leto tudi pravico do poliranja očesne proteze.

9. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nove očesne pripomočke in sicer:

1. stekla v dioptrijah, če se spremeni razlika v sferni korekciji za 0,5 ali v cilindrični korekciji za 0,25 dioptrije;

2. teleskopska očala in kontaktna stekla, kadar je to potrebno po mnenju okulistične klinike.

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi nov očesni pripomoček zavarovana oseba tudi, če postane pripomoček neuporaben, zaradi poškodbe zavarovane osebe, ki ga nosi, pri delu ali zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, kar ugotovi zdravnik specialista-okulist oziroma okulistična klinika.

10. člen

Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam očesne pripomočke pri organizacijah:

1. ki jih dobivajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;
2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred potekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja in organizacija, ki dobavlja pripomočke s pogodbo.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do očesnih pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

12. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 01/1-1603/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota

Predsednik

Milan Klemončič l. r.

600.

Na podlagi 1. točke 113. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-433/1970) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora.

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste pripomočkov:

1. slušni aparat (amplifikator);
2. aparat za omogočanje glasnega govora (umetno grlo na podlagi električnega vibratorja — megafon).

3. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba, pri kateri je podana obojestranska izguba sluha, če se ga z zdravljenjem ne da izboljšati in je s tonalno in vokalno avdiometrično preiskavo ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da se da doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba, ki je trajno izgubila možnost govora zaradi bolezni, poškodbe ali operativnega posega na grlu, če se s testiranjem ugotovi, da se da s takim aparatom doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek in če učenje ezofagealnega govora ni prineslo zadovoljivega uspeha.

4. člen

Zavarovane osebe iz 1. odstavka 3. člena tega pravilnika dobivajo slušni aparat:

1. predšolski otroci, če se glede na njihovo mentalno stanje in stopnjo okvare sluha pričakuje razvoj govora ob izvedbi strokovnega rehabilitacijskega postopka s slušnim aparatom;

2. šolski otroci, če jim je s slušnim aparatom omogočeno spremljanje pouka;

3. gluhonemi otroci, če se jim z uporabo slušnega aparata olajša spremljanje pouka v specialnih oddelkih ali zavodih;

4. druge zavarovane osebe, ki so izgubile sluh na obeh ušesih za več kot 40 decibelov in ga ni mogoče zboljšati z zdravljenjem, če se jim s slušnim aparatom omogoči ugoden rehabilitacijski učinek, tj. kakršnokoli sporazumevanje z govorom.

Slušni aparat se ne daje popolnoma gluhim.

5. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja avdiološkega centra, ki ima možnost, da z vokalnimi in tonalnimi avdiološkimi preiskavami ter s strokovnim testiranjem karakteristik amplifikatorja določi rehabilitacijski učinek in zagotovi rehabilitacijski postopek ter na podlagi tega ugotovi potrebo po dodelitvi aparata določenih elektroakustičnih karakteristik, ki bo v danem primeru najbolje ustrezal okvari sluha.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja klinike za boleznin ušes, nosa in grla, ki predpisuje to vrsto pripomočkov.

6. člen

Zavarovana oseba ima ob pogojih 1. odstavka 5. člena tega pravilnika pravico do standardnega žepnega slušnega aparata z vrstico, ki ji po elektroakustičnih karakteristikah ustreza.

Če zahteva zavarovana oseba slušni aparat drugačne oblike (aurikulete, aparat vdelan v očala in podobno), prevzema sklad zdravstvenega zavarovanja stroške do cene standardnega aparata iz 1. odstavka tega člena ob pogojih iz 1. odstavka 5. člena tega pravilnika.

7. člen

Rok trajanja slušnega aparata znaša:

1. za otroke do dopolnjenih 7 let — 24 mesecev;
2. za otroke in mladino od dopolnjenih 7 let do dopolnjenih 18 let — 36 mesecev;
3. za druge zavarovane osebe — 48 mesecev.

Rok trajanja aparata za omogočanje glasnega govora znaša 48 mesecev.

Po preteku rokov trajanja iz prvega in drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do novega slušnega aparata oziroma aparata za omogočanje glasnega govora le, če se ugotovi, da je postal prejšnji neuporaben in da se ne da popraviti za nadaljnjo uporabo oziroma bi znesli stroški popravila več kot bi stal novi aparat.

8. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov slušni aparat le, če je postal prejšnji neuporaben zaradi poškodbe zavarovanca pri delu, ali če se sluh spremeni v tolikšni meri, da se s prejšnjim aparatom ne dosega zadovoljivega zboljšanja, a se ga da doseči z novim aparatom.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja smiselno tudi za zavarovane osebe, ki imajo aparat za omogočanje glasnega govora.

9. člen

Služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja zagotovi zavarovanim osebam slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora pri organizacijah:

1. ki daje, o glede kakovosti izdelave in možnosti popraviljanja oziroma nadomeščanja delov aparata ter glede na elektroakustične karakteristike in trajnosti

materialov, iz katerega so taki aparati izdelani, največ garancije, da bo normalna uporaba aparata trajala najmanj polovico rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika;

2. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijski rok iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije, če bi se aparat brez krivde zavarovane osebe pred pretekom garancijskega roka pokvaril, postal neuporaben, morajo biti dogovorjeni v pogodbi z organizacijo, ki nabavlja in dobavlja aparate.

10. člen

Po preteku garancijskega roka iz 9. člena tega pravilnika zagotovi in prevzame stroške sklad zdravstvenega zavarovanja za dele aparata, ki so zaradi uporabe doslužili, oziroma popravilo aparata, ki se je pokvaril, ne da bi bila to zakrivila zavarovana oseba s svojim nepravilnim ravnanjem.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena ne velja za zavarovane osebe iz drugega odstavka 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju zdravstvenega varstva.

12. člen

Ta pravilnik velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

Št. 01/1-1605/1-1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota**

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

601.

Na podlagi 68. in 115. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) ter 110. in 136. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na svojem rednem zasedanju dne 29. decembra 1970 sprejela

PRAVILNIK

o ugotavljanju osnov ter o obračunavanju in plačevanju prispevkov za zdravstveno zavarovanje

I. TEMELJNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik ureja način ugotavljanja osnov ter obračunavanja in plačevanja prispevkov za zdravstveno zavarovanje delavcev in drugih oseb, ki so zavarovane pri skupnosti po zakonu o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) ter oseb, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

2. člen

Zavezanci za prispevke za zdravstveno zavarovanje so: zavarovanci — delavci, ki dobivajo osebni dohodek iz delovnega razmerja, osebe katerih prejemki so izenačeni z osebnim dohodkom iz delovnega razmerja, osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke, in drugi v zakonu določeni zavarovanci.

Zavarovanci za prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo so državni organi, delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci — za zavarovance, ki so pri njih zaposleni, osebe, ki morajo po zakonu zase same plačevati prispevke in drugi v zakonu določeni zavezanci.

3. člen

Zavezanci za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oziroma zdravstveno varstvo po 66., 82. in 83. členu zakona so: družbeno-politične skupnosti, državni organi, delovne in druge organizacije, zasebni delodajalci ter osebe, ki morajo zase same plačevati prispevek (v nadaljnjem besedilu: zavezanci za prispevke).

4. člen

Zavezanci za prispevke plačujejo te prispevke:

1. prispevek za obvezne oblike zdravstvenega varstva in za pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki so določene s statutom skupnosti (prispevki za zdravstveno zavarovanje — 66. in 97. člen zakona),

2. prispevek za zdravstveno zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (69. člen zakona) — za osebe iz 1., 2., 3., 6. in 7. točke prvega odstavka 14. člena ter 15., 17. in 18. člena zakona,

3. poseben prispevek za zdravstveno zavarovanje (71. člen zakona),

4. prispevek za zdravstveno varstvo oseb iz 29. člena zakona (82. člen zakona),

5. prispevek za zdravstveno varstvo v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo za osebe iz 30. člena zakona (83. člen zakona).

5. člen

Prispevek iz 1. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz odtegnjenega dela osebnega dohodka delavcev ali prejemka, ki ima značaj osebnega dohodka,

2. zasebni delodajalci za zavarovance, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev,

3. družbeno-politične in druge skupnosti ter organizacije, ki morajo po zakonitih predpisih ali sporazumu plačevati oziroma prispevati prispevek za zavarovanje za posamezne kategorije zavarovancev ali oseb iz 44. člena zakona — iz svojih sredstev,

4. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev,

5. drugi zavezanci — ki jih določajo zakoniti predpisi — iz sredstev, določenih v teh predpisih.

6. člen

Prispevek iz 2. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. organizacije — iz dohodka,
2. zasebni delodajalci — iz svojih sredstev,
3. osebe, ki morajo po zakonu ali statutu skupnosti zase same plačevati prispevek — iz svojih sredstev.

7. člen

Prispevek iz 3. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. delovne in druge organizacije — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojega dohodka,
2. zasebni delodajalci — za delavce, ki so pri njih zaposleni — iz svojih sredstev,
3. osebe — ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost — iz svojih sredstev,
4. zavarovanci iz 15. člena zakona — iz svojih sredstev,
5. invalidsko-pokojninski sklad — za uživalce pokojnin, oskrbnin in invalidnin — iz sredstev sklada,
6. drugi zavezanci — iz svojih sredstev.

8. člen

Prispevek iz 4. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. družbeno-politične skupnosti za osebe iz 1. in 4. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz proračunskih sredstev,
2. organizacije za osebe iz 2., 3., 5. in 6. točke prvega odstavka 29. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 7. do 10. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz svojih sredstev,
4. skupnost invalidskega in pokojninskega zavarovanja za osebe iz 11. točke prvega odstavka 29. člena zakona — iz sredstev sklada.

9. člen

Prispevek iz 5. točke 4. člena tega pravilnika plačujejo:

1. zavodi za zaposlovanje delavcev za osebe iz 1. točke 30. člena zakona — iz sredstev skladov skupnosti za zaposlovanje,
2. organizacije za osebe iz 2. točke 30. člena zakona — v breme dohodka,
3. organizator akcije za osebe iz 3. do 6. točke 30. člena zakona — iz svojih sredstev.

10. člen

Za zavarovance — tuje državljane iz 3. odstavka 1. člena zakona se uporabljajo določbe iz prejšnjih členov tega pravilnika.

Tuji državljani zaposleni na podlagi mednarodnih pogodb pri tujih organizacijah v Jugoslaviji, ki uživajo diplomatsko imuniteto in tujci, ki prejemajo osebni dohodek neposredno iz tujine — plačujejo prispevek sami.

Osebe iz prejšnjega odstavka ne plačujejo prispevka po 2. točki 4. člena pravilnika.

Za osebe, ki so zavarovane po zakonu o zdravstvenem varstvu tujcev v Jugoslaviji (Uradni list SFRJ, št. 23-347/67), se uporabljajo določila navedenega zakona.

II. OSNOVE ZA OBRAČUNAVANJE IN PLAČEVANJE PRISPEVKOV

11. člen

1. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov pri zavarovancih, ki prejemajo osebni dohodek iz delovnega razmerja pri delovnih in drugih organizacijah je njihov celoten kosmatj osebni dohodek, ki so ga dobili za delovne uspehe, dosežene z delom na svojem delovnem mestu, po osnovah in merilih, ki jih je zavezanec določil v splošnem aktu o delitvi osebnih dohodkov delavcev.

2. Kadar se osebni dohodek ugotavlja skupaj s potnimi in drugimi stroški in se uporabljajo skupna merila za isto osnovo (provizija trgovskih potnikov in zavarovalnih agentov in podobno), se upošteva kot osebni dohodek, ki je podlaga za obračun prispevkov, le tisti del tako ugotovljenega osebnega zneska, ki ostane po odbitku potnih in drugih stroškov po določbah splošnega akta delovne organizacije.

Če tako izračunani ostanek celotnega zneska skupaj z osebnim dohodkom, ki ga delavec doseže po drugih osnovah iz splošnega akta delovne organizacije, presega najvišji osebni dohodek v delovni enoti delovne organizacije se vzame za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje znesek, ki je enak najvišjemu osebnemu dohodku v delovni enoti.

3. V osebni dohodek za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje se vštevata tudi dodatek za borca, ki ga po posebnih predpisih dobivajo osebe v delovnem razmerju.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane predstavniških teles in drugih organov s stalno funkcijo ter za izvoljene osebe v družbenih, združenjih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo, je stalno mesečno povračilo, ki ga prejemajo za delo.

5. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za člane obrtnih in ribiških zadrug je delež (dohodek), ki ga dobijo za delo v zadrugi.

6. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevkov za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje, je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila za območje zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Način obračunavanja in plačevanja prispevkov določita sporazumno pristojni zavod za zaposlovanje in skupnost.

7. Za upokojence in uživalce pravic iz invalidskega in pokojninskega zavarovanja je osnova za obračunavanje prispevka izplačana pokojnina, oskrbnina oziroma invalidnina.

8. Za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. in 18. člen zakona), je osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje določena s sklepom skupnosti.

9. Če določi skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje za zavarovance posameznih kategorij s svojim sklepom stalne zneske prispevkov, se plačujejo za njihovo zdravstveno zavarovanje ti zneski.

12. člen

Osnova za obračun prispevkov za delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, je čisti osebni dohodek.

dek iz delovnega razmerja, ki pa ne sme biti manjši od prijavljenega osebnega dohodka oziroma od osebnega dohodka, ki ga je za enako ali podobno delo ugotovil oziroma določil pristojni organ občinske skupščine po zakonu o delovnih razmerjih delavcev, ki delajo pri zasebnih delodajalcih. Če je tako ugotovljeni osebni dohodek manjši od minimalnega osebnega dohodka, je osnova za obračun prispevka predpisani minimalni osebni dohodek.

Če je dogovorjeno plačilo v denarju in v naravi, ne sme biti del osebnega dohodka, ki se izplačuje v denarju, manjši od minimalnega osebnega dohodka.

13. člen

Za jugoslovanske državljane-delavce, osebe na strokovnem izpopolnjevanju, v uku ali na praksi v tujini sta osnova in način obračunavanja prispevkov določena s sklepom skupnosti.

Strokovna izobrazba in kvalifikacija oseb iz prvega odstavka se presojata po predpisih, ki veljajo v SR Sloveniji.

14. člen

Če se osebni dohodki in drugi prejemki izjemoma obračunavajo in izplačujejo v čistih zneskih, se prispevek za zdravstveno zavarovanje obračunava in plačuje na stopnjah, preračunanih na čisti osebni dohodek oziroma prejemek. Stopnja se preračunava po teje formuli:

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje na čisti osebni dohodek oziroma prejemek

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje
× 100

$$= \frac{100 - (\text{seštevek stopenj prispevka iz osebnega dohodka iz delovnega razmerja} + \text{seštevek stopenj prispevka za izobraževanje} + \text{stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje} + \text{stopnja osnovnega prispevka za invalidsko in pokojninsko zavarovanje} + \text{stopnja prispevka za neposredno otroško varstvo} + \text{stopnja prispevka za otroški dodatek} + \text{stopnja prispevka za zaposlovanje})}{100} \times 100$$

Po formuli iz prvega odstavka tega člena se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje tudi tedaj, kadar osebni dohodek ne vsebuje vseh prispevkov iz osebnega dohodka ali se ti plačujejo po nižji stopnji.

Na način, določen v prvem in drugem odstavku tega člena se obračunavajo prispevki za zdravstveno zavarovanje tudi od pavšalnih osnov, če ni v zakonu oziroma v sklepu skupnosti drugače določeno.

15. člen

Posebni prispevek za zdravstveno zavarovanje se obračunava od osnov, od katerih se obračunava prispevek za zdravstveno zavarovanje.

III. OBRAČUNAVANJE PRISPEVKOV ZA ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE ZA ZAVAROVANCE DRUGIH KATEGORIJ

16. člen

1. Za gospodinjke pomočnice se prispevek obračunava in plačuje po določenih stopnjah od dogovorjenega osebnega dohodka iz 12. člena pravilnika, če ni skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev določila zanje stalne osnove.

2. Jugoslovanski in tuji državljani, ki dobivajo pokojnino ali invalidnino od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje po stopnji ali v pavšalnem znesku, ki ga določi skupnost.

3. Za osebe na prostovoljni praksi, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol (6. in 7. točka prvega odstavka 14. člena zakona) ter za družinske člane, ki jih morajo posebej zavarovati jugoslovanski državljani zaposleni v tujini (3. in 4. odstavek 15. člena zakona), se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini, ki ga skupnost določi s sklepom.

4. Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje za neplačane izostanke z dela je osebni dohodek, ki ga je delavec prejel za prejšnji mesec.

5. Za osebe iz 29. in 30. člena zakona, se plačujejo prispevki v pavšalnih zneskih, ki jih določi skupnost.

17. člen

Iz osebnega dohodka delavcev in upokojencev v delovnem razmerju pri enem ali več zavezancih, vendar skupaj manj kot polovico delovnega časa, se plačuje prispevek za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo po sklepu skupnosti.

IV. ROKI, KRAJ IN NAČIN PLAČEVANJA PRISPEVKOV

18. člen

1. Vsi prispevki, ki jih obravnava ta pravilnik, se vplačujejo pri službi družbenega knjigovodstva (v nadaljnjem besedilu: družbeno knjigovodstvo) na žiro račun ali pri blagajni skupnosti.

2. Če je jugoslovanska delovna organizacija zaposlila pri delu v tujini delavce iz druge jugoslovanske delovne organizacije, je zavezanec za plačevanje prispevka še nadalje delovna organizacija, katere delavci so pritegnjeni k takemu delu.

19. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere organizacije obračunavajo prispevek po 74. členu zakona — na dan, ko se dvignejo sredstva za osebne dohodke;

2. za sklad invalidskega in pokojninskega zavarovanja s prvim dnevom izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;

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

20. člen

Izplačevalci osebnega dohodka, iz katerega se obračunava in plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev ter zavarovanci-osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (17. člen zakona), ki ne obračunavajo, ne vplačajo ali ne vplačajo pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 %

na dan od zneska nevpłačanega ali nepravočasno vpłačanega prispevka.

21. 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.

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

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

22. člen

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

Če 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 pravih izvršilnega postopka.

23. člen

Za delavce, ki delajo v tujini v delovnem razmerju z jugoslovanskimi delovnimi organizacijami, morajo te plačevati najmanj polovico prispevkov v valuti, v kateri izplačujejo osebne dohodke; če dobivajo devizna sredstva po posebnih predpisih iz republiške kvote za plačevanje v neblagovnem prometu s tujino, plačujejo prispevke v dinarjih.

Jugoslovanski državljani — ki so stopili v tujini v delovno razmerje (15. člen zakona) in so zavarovani po zakonu o zdravstvenem zavarovanju, plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, po najbližjem korespondentu Narodne banke Jugoslavije v zadevni državi; če tam ni takega korespondenta, pa tako, kot to določi Narodna banka Jugoslavije.

Prispevek za zdravstveno zavarovanje družinskih članov, ki živijo v Jugoslaviji in jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo od tujega nosilca zavarovanja, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema osebni dohodek, ali v dinarjih.

Prispevek za jugoslovanske državljane, ki so zaposleni pri gospodinjstvih jugoslovanskih državljanov v tujini, plačujejo zavezanci v valuti, v kateri prejema sami osebni dohodek.

Prispevki iz tega člena se vplačujejo na poseben račun sklada skupnosti, pri kateri je zavarovana oseba prijavljena v zavarovanje.

24. člen

Zavezanec mora prispevke vplačevati ločeno za:

- zdravstveno zavarovanje delavcev,
- zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo,
- zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 29. členu zakona,
- zdravstveno zavarovanje oseb po 30. členu zakona,

— zdravstveno zavarovanje oseb zaposlenih v tujini,

- posebni prispevek,
- kazenske obresti in stroški.

Zavezanec lahko nakaže vse prispevke za zdravstveno zavarovanje in nesrečo pri delu ter obolenje za poklicno boleznijo z enim virmanskim nalogom ali položnico, vendar mora specificirati po vrstah prispevkov.

Na prenosnem nalogu ali položnici mora biti označena doba, na katero se nanaša vplačilo prispevka, osnova, stopnja in znesek prispevka.

Če zavezanec za vplačilo prispevka ne izpolni naloga — položnice po določilih tega člena, mu družbeno knjigovodstvo ali pošta zavrne vplačilo po 38. in 60. členu zakona o službi družbenega knjigovodstva.

25. člen

Zavezanec lahko refundira preveč ali napačno vplačane prispevke samo ob pismenem soglasju pooblaščenega organa skupnosti, če ni s predpisi drugače določeno.

V. PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

26. člen

1. Prispevki za zdravstveno zavarovanje po tem pravilniku se bodo obračunavali in plačevali od 1. januarja 1971 kot dneva, ko se začne izvajati zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

2. Izjemoma morajo zavezanci obračunati prispevke od osebnih dohodkov, ki jih izplačujejo v letu 1971 za nazaj za leto 1970 po veljavnih stopnjah in predpisih, ki veljajo na dan 31. XII. 1970.

27. člen

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

St. 01/1-1606/1970

Murska Sobota, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Murska Sobota

Predsednik
Milan Klemenčič l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV NOVA GORICA

602.

Na podlagi 40. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na seji dne 25. decembra 1970

SKLEP

o prispevku zavarovanih oseb k stroškom
za posamezne oblike zdravstvenih storitev

I

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo posamezne oblike zdravstvenega varstva, morajo prispevati k stroškom:

a) 5,00 dinarjev za vsako zdravilo, ki ga prejme zavarovana oseba na recept,

b) 10,00 dinarjev za prvi obisk zdravnika na bolniškem domu pri isti bolezni (diagnozi), kadar se ta opravi na zahtevo zavarovane osebe,

c) 150,00 dinarjev za medicinsko intervencijo ob prekinitvi nosečnosti,

d) 20,00 dinarjev za prevoz z rešilnim vozilom v zdravstveno delovno organizacijo in iz zdravstvene delovne organizacije,

— zavarovane osebe prispevka ne plačajo za prevoz iz ene zdravstvene delovne organizacije v drugo zdravstveno delovno organizacijo,

e) 10,00 dinarjev za prvi pregled ob isti bolezni (diagnozi) pri zdravniku specialistu zaradi ugotavljanja zdravstvenega stanja.

Prispevek se ne plača:

— za obiske brez zdravniškega pregleda zgolj zaradi administrativnih storitev,

— za nadaljnje specialistične preglede, kadar zdravnik-specialist ob prvem pregledu zaradi ugotovitve zdravstvenega stanja pošlje zavarovano osebo na takšne preglede k drugim specialistom,

— za preglede v specialističnih ambulantah, ki delajo na dispanzerski način,

— za preglede v izvajanju medicinske rehabilitacije,

— za preglede hospitaliziranih oseb,

f) 3,00 dinarjev za dajanje injekcij na domu bolnika,

g) 60 % stroškov za neobvezna cepljenja,

h) 20 % vseh stroškov za nadaljevano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih,

i) 20 % stroškov gorske reševalne službe in prenos oziroma prevoz do reševalnega vozila.

II

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do nege in zdravljenja zob, zobno tehnično pomoč in zobna protetična sredstva prispevajo k stroškom 25 odstotkov.

III

Zavarovane osebe, ki uveljavljajo pravico do ortopedskih čevljev ali do posamezne druge vrste ortopedskih in drugih pripomočkov, sanitarnih priprav in sanitetnega materiala, prispevajo k stroškom:

a) 60,00 dinarjev: za protezo, ortopedski aparat za zgornje oziroma spodnje ude (razen za terminalni podaljšek in umetno pest), elektronsko protetično in ortotično sredstvo, kovinsko sandalo, usnjene rokavice, kilni pas, steznik, nadomestno dojko z nedrcem, usnjeno kapo in lasuljo.

b) 10 % od vrednosti invalidskega vozička,

c) 50,00 oziroma 85,00 dinarjev: za navadne čevlje k protezi ali za ortopedske čevlje in sicer 50,00 dinarjev od velikosti 35. številke, za večje pa 85,00 dinarjev. — 20,00 dinarjev. za bergli ali berglo in za ortopedske vložke, ki niso vdeleni v ortopedske čevlje,

d) 15,00 dinarjev: za navleke za krn po amputaciji, brizgalko za injekcijo,

e) 25,00 dinarjev za vse vrste očesnih pripomočkov: za očala z bifokalnimi stekli 50,00 dinarjev.

f) 60,00 dinarjev za slušni aparat in aparat za omogočanje glasnega govora.

Od prispevka k stroškom za sredstva in pripomočke pod a) in b) te točke so izuzete zavarovane osebe po dvojni ali večstranski amputaciji udov nad zapestjem ali nad gležnjem in osebe, ki imajo paraplegijo, triplegijo ali tetraplegijo.

IV

Zavarovane osebe ne plačajo prispevka po I. II. in III. točki tega sklepa za vse oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon ter za storitve in pripomočke potrebne v zvezi z nesrečo pri delu ali poklicno boleznijo.

V

Kadar je prispevek določen po tem sklepu višji od cene storitve oziroma pripomočka, plača zavarovana oseba dejanske stroške storitve oziroma nabavne cene pripomočka.

VI

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

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik

Franc Dragan, ing. l. r.

603.

Na podlagi 68. in 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 131. in 132. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev v Novi Gorici na svoji seji dne 25. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o stopnji prispevka za zdravstveno zavarovanje in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva ter nesrečo pri delu od 1. januarja 1971 dalje

I

Stopnja prispevka za zdravstveno zavarovanje in za obvezne oblike zdravstvenega varstva se določi v višini 6,45 % iz bruto osebnih dohodkov.

II

Stopnja prispevka za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se določi v višini 0,75 % od izplačanega bruto osebnega dohodka.

III

Prispevek za zdravstveno zavarovanje in za obvezne oblike zdravstvenega varstva iz I. točke tega sklepa plačujejo zavarovanci iz bruto osebnega dohodka iz delovnega razmerja, obračunava pa jih delovna organizacija; prispevek iz II. točke tega sklepa za nesrečo pri delu in obolenja za poklicno boleznijo obračunava in plačuje iz svojih sredstev delovna organizacija od bruto osebnega dohodka.

IV

Sklad pokojninskega in invalidskega zavarovanja plačuje za upokojene in uživalce pravice do poklicne

rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki prebivajo na območju skupnosti — 5. točka 1. odstavka 14. člena zakona, prispevek za zdravstveno zavarovanje določen po tem sklepu preračunan na neto od izplačane pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine.

Zavodi za zaposlovanje plačujejo za osebe, začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje — 4. točka 1. odstavka 14. člena zakona prispevek za zdravstveno zavarovanje določen po tem sklepu preračunan na neto. Osnova za plačilo prispevka je povprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda za zaposlovanje tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

V

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

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik

Franc Dragan, inž. l. r.

604.

Na podlagi 97. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Ur. list SRS, št. 26/70) ter 135. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev sprejela na seji dne 25. decembra 1970 naslednji

SKLEP

o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede oziroma osnovah za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost

I

S tem sklepom se določajo zavarovalni razredi oziroma osnove, od katerih se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in so po veljavnih predpisih vpisane ali evidentirane v ustrejni register, ter samostojne gostince, ki opravljajo po predpisih o zasebnem gostinstvu gostinsko dejavnost in so vpisane v ustrejni register;

2. odvetnike, ki so vpisani v register pri odvetniški zbornici;

3. umetnike, književnike, skladatelje ter prevajalce znanstvenih in književnih del, ki jim je po zakonitih predpisih priznana ta lastnost;

4. duhovnike;

5. športnike, artiste, kolporterje tiska in prtlačne nosače;

6. druge osebe, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

II

Osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost ali prevozniško dejavnost in samostojni gostinci,

se glede na letno davčno osnovo razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in se jim določi osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje.

Ce znaša letna davčna osnova din	Zavarov. razred	Znaša mesečna osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarov. din
7.000	IX.	800
od 7.001 do 10.000	VIII.	900
od 10.001 do 14.000	VII.	1200
od 14.001 do 20.000	VI.	1600
od 20.001 do 28.000	V.	2000
od 28.001 do 40.000	IV.	2500
od 40.001 do 60.000	III.	3100
od 60.001 do 80.000	II.	3500
nad 80.000	I.	4000

Osebe, navedene v tej točki se razvrščajo v zavarovalne razrede in se jim določi osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje, na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki so jo dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 30. 6. tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti taka oseba skupnosti v osmih dneh po vpisu v ustrejni register oziroma evidenco, se razvrsti v IX. zavarovalni razred, če nima davčne osnove za preteklo leto.

III

Odvetniki se glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in se jim določi osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ce znaša letna osnova osebnega dohodka od intelektualnih storitev din	Zavarovalni razred	Znaša osnova za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje din
do 20.000	VI.	1600
od 20.001 do 28.000	V.	2000
od 28.001 do 40.000	IV.	2500
od 40.001 do 60.000	III.	3100
od 60.001 do 80.000	II.	3500
nad 80.000	I.	4000

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti taka oseba skupnosti v osmih dneh po vpisu v ustrejni register oziroma evidenco, se razvrsti v VI. zavarovalni razred, če nima davčne osnove za preteklo leto.

IV

Za umetnike, književnike, skladatelje ter prevajalce znanstvenih in književnih del, je pavšalna osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje, povprečni osebni dohodek na območju skupnosti v letu 1970, povečan za odstotek kolikor se bodo predvidoma povečali osebni dohodki v skupnosti v letu 1971.

V

Duhovnikom se določi pavšalna osnova v višini 1100 din, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje.

VI

Športnikom, artistom, kolporterjem tiska in prtlačnim nosačem se določi naslednja pavšalna osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

1. športniki in artisti 1500 din
2. kolporterji tiska in prtljažni nosači 900 din

VII

Drugim osebam, ki opravljajo dejavnost, ki jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost, se določi mesečna pavšalna osnova v višini 1000 din, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje.

VIII

Osnove za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene v točkah II—VI tega sklepa so neto osnove in se uporabljajo za predpis prispevka za zdravstveno zavarovanje neto prispevne stopnje.

Vse v tem sklepu navedene zavarovalne osnove veljajo v letu 1971 in se za vsako naslednje leto valorizirajo s količnikom, ki se na območju skupnosti ugotovi za preračun osebnih dohodkov za preteklo leto.

IX

Konec vsakega prvega polletja opravi skupnost revizijo razvrstitve oseb iz II. in III. točke tega sklepa za naslednje enoletno obdobje — od 1. 7. do 30. 6. — naslednjega leta — na podlagi davčne osnove za preteklo leto.

X

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

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

**Predsednik
Franc Dragan, inž. 1. r.**

605.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 131. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica sprejela na svoji seji dne 25. decembra 1970 naslednji

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije oseb

I

Za kategorije oseb iz 5., 6. in 7. točke 14. člena, 15., 29. in 30. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon), se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje ter za nesrečo pri delu in poklicno obolenje v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

Tek. št.	Kategorije	Za zdravstveno zavarovanje din	Za nesrečo pri delu in poklicno obolenje din
----------	------------	--------------------------------	--

1. Jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino

Tek. št.	Kategorije	Za zdravstveno zavarovanje din	Za nesrečo pri delu in poklicno obolenje din
	izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno — 5. toč. 1. odst. 14. člena zakona	69,00	
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo poln delovni čas — 6. toč. 1. odst. 14. člena zakona	65,00	10,00
3.	Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu — 7. toč. 1. odst. 14. člena zakona	20,00	3,00
4.	Osebe iz 15. člena zakona, ki 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	71,00	
5.	Uživalci stalnih priznavalnin oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih — 1. toč. 1. odst. 29. člena zakona	65,00	
6.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa — 2. toč. 1. odst. 29. člena zakona	65,00	
7.	Učenci strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev — 3. toč. 1. odst. 29. člena zakona	20,00	
8.	Otroci, ki jih je zavarovavec vzel k sebi in jih preživlja, vnuki, bratje, sestre in drugi k sebi vzeti otroci, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev — 4. toč. 1. odst. 29. člena zakona	50,00	
9.	Osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta — 5. toč. 1. odst. 29. člena zakona	65,00	

Tek. št.	Kategorije	Za zdravstveno zavarovanje zava- dan	Za nesrečo pri delu in poklicno obolenje dan	Tek. št.	Kategorije	Za zdravstveno zavarovanje dan	Za nesrečo pri delu in poklicno obolenje dan
10.	Osebe, ki jih pošlje organizacija pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo, ali izpopolnijo — 6. toč. 1. odst. 29. člena zakona	65,00		20.	Osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi — 5. toč. 1. odst. 30. člena zakona		10,00
11.	Osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj šest ur na dan — 7. toč. 1. odst. 29. člena zakona	20,00		21.	Osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovani za invalidnost kot posledico nesreče pri delu		10,00
12.	Osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo ali zaradi te dejavnosti ali v zvezi s to dejavnostjo zbolijo — 8. toč. 1. odst. 29. člena zakona	20,00		Osebe iz I/1 in od 4. do 15. točke tega sklepa so zdravstveno zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva po zakonu in za oblike zdravstvenega varstva po statutu skupnosti.			
13.	Osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo — 9. toč. 1. odst. 29. člena zakona	20,00		Osebe iz I/2 in 3. točke tega sklepa so zdravstveno zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva po zakonu, za nesrečo pri delu in poklicno obolenje ter za oblike zdravstvenega varstva po statutu skupnosti.			
14.	Osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju — 10. toč. 1. odst. 29. člena zakona	12,00		Osebe iz I/16 do 21. točke tega sklepa so zavarovane za oblike zdravstvenega varstva po zakonu in za nesreče pri delu in poklicno obolenje.			
15.	Uživalci invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po tem zakonu zavarovani za vse zavarovane primere; taki uživalci so zavarovani samo za primere, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine — 11. toč. 1. odst. 29. člena zakona	40,00		II			
16.	Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jih organizira zavod za zaposlovanje — 1. toč. 1. odst. 30. člena zakona	10,00		Zavezanci za prispevek za osebe iz I. točke tega sklepa so:			
17.	Učenci strokovnih šol in gimnazij ter študentje višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom — 2. točka 1. odst. 30. člena zakona	3,00		— za osebe iz I/1 točke	— sam upokojenec,		
18.	Pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite — 3. toč. 1. odst. 30. člena zakona	10,00		— za osebe iz I/2 točke	— organizacija pri kateri taka oseba dela,		
19.	Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje — 4. toč. 1. odst. 30. člena zakona	5,00		— za osebe iz I/3 točke	— organizacija ali zasebni delodajalec, ki izplačuje učencu nagrado oziroma štipendijo; če učenec ne prejema nagrade in štipendije, plačuje zanj prispevek šola,		
				— za osebe iz I/4 točke	— delavec zaposlen v tujini,		
				— za osebe iz I/5 točke in I/8 točke	— družbeno-politična skupnost,		
				— za osebe iz I/6, I/9 in I/10 točke	— organizacija pri kateri so te osebe zaposlene oziroma na praksi ali jih organizacija štipendira,		
				— za osebe iz I/7 točke	— šola,		
				— za osebe iz I/11—I/14 in I/18—I/21 točke	— organizator akcije,		
				— za osebe iz I/15 točke	— sklad invalidsko-pokojninskega zavarovanja,		
				— za osebe iz I/16 točke	— zavodi za zaposlovanje,		
				— za osebe iz I/17 točke	— organizacija oziroma šola pri kateri te osebe opravljajo praktično delo.		
				III			
				Za kategorije oseb iz 15. člena zakona se plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini 12% od čistega poprečnega mesečnega osebnega dohodka,			

ki so ga imele na svojem delovnem mestu v Jugoslaviji v letu pred letom, v katerem so se zaposlile v tujini.

Osebe, ki so bile pred odhodom v tujino, nezaposlene in osebe iz 1. odstavka te točke, katerih čisti znesek osebnega dohodka ne dosega zneskov pavšalne osnove, ki so v nadaljevanju navedeni, pa plačujejo prispevek za zdravstveno varstvo od določenega čistega mesečnega zneska pavšalne osnove in sicer:

	din
1. za osebe z visoko strokovno izobrazbo	2000
2. za visokokvalificirane delavce in osebe z višjo strokovno izobrazbo	1500
3. za kvalificirane delavce in osebe s srednjo strokovno izobrazbo	1200
4. za priučene delavce in osebe z nižjo strokovno izobrazbo	1000
5. za nekvalificirane delavce in osebe brez strokovne izobrazbe	800

IV

Kategorije oseb iz 15. člena zakona plačujejo, oziroma plačujejo zanje delovne in druge organizacije poleg prispevka za zdravstveno zavarovanje iz III. točke tega sklepa še 15% prispevek za večje stroške zdravstvenega varstva v tujini.

Osnove za plačevanje prispevka iz prejšnjega odstavka so iste, kot so navedene v III. točki tega sklepa. Ta prispevek plačujejo zavarovanci v valuti, v kateri so jim izplačani oziroma v kateri so prejeli osebne dohodke.

Izjemoma plačujejo delovne organizacije, ki dobivajo devizna sredstva po odloku o plačevanju delovnih organizacij negospodarskih dejavnosti v tujini (Ur. list SFRJ, št. 52/66), prispevek za večje stroške zdravstvenega varstva v tujini v dinarjih.

V

Delovna organizacije in zasebni delodajalec sta dolžna plačevati za svoje delavce, katerim se odobri koriščenje neplačanega dopusta, ali ki opravičeno ali neopravičeno izostanejo z dela brez pravice do nadomestila, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela po tej točki v višini 7,20% od bruto osnove.

Osnova za obračun prispevka za zdravstveno zavarovanje je osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil oziroma izkoristil neplačani dopust, ali je nastopila kaka druga okolnost iz I. točke tega sklepa.

VI

Ta sklep začne veljati naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se s 1. januarjem 1971.

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, inž. I. r.

606.

Na podlagi 70. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica sprejela na seji dne 25. decembra 1970

SKLEP

o povračilu stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju

I

Povračilo stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem zavarovane osebe v drugem kraju, v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva, se določi:

	din
a) zavarovani osebi, ki potuje ali biva v drugem kraju in če potovanje traja nad 15 ur, dnevna v znesku	20,00
b) zavarovani osebi, ki med potovanjem prenočuje izven stacionarnega zavoda, dnevna v znesku	40,00

II

Potni stroški zapadejo v plačilo z dnem opravičenega potovanja.

III

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

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, ing. I. r.

607.

Na podlagi 32. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica sprejela na seji dne 25. decembra 1970

SKLEP

o začasnemu uporabi sklepa o listi zdravil, ki se smejo predpisovati na račun sklad zdravstvenega zavarovanja in o začasnemu uporabi indikacij za nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih

I

Za predpisovanje zdravil zavarovanim osebam skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica se začasno uporablja -lista gotovih zdravil, ki se smejo predpisovati na račun sklada zdravstvenega zavarovanja- (Uradni list SFRJ, št. 32/67) z vsemi po-
znejšimi spremembami.

II

Za nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje zavarovanih oseb v naravnih zdraviliščih, se začasno uporablja sedaj veljavne indikacije in kontra indikacije po boleznih za nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

III

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

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik

Franc Dragan, ing. l. r.

608.

Na podlagi 75. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica sprejela na seji dne 25. decembra 1970

SKLEP

o znesku pogrebneine za zavarovane osebe

1

Znesek pogrebneine za zavarovane osebe znaša:

- a) stare do 1 leta 200 din
- b) stare nad 1 leto do 7 let 350 din
- c) stare od 7 do 15 let 450 din
- č) stare nad 15 let 600 din.

2

V primeru smrti zavarovane osebe izven stalnega bivališča, pokop pa se izvrši v kraju stalnega bivališča, povrne sklad upravičencu 50 % stroškov prevoza umrle osebe na razdalji od 15 do 150 km.

Za razdalje daljše od 150 km pa določi v vsakem primeru višino povračila izvršilni odbor skupščine.

Pri določanju stroškov za prevoz se upoštevajo stroški za prevoz z mrliškim vozilom, če tega ni pa z najcenejšim prevoznim sredstvom.

3

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, preneha veljati sklep o znesku povračila pogrebnih stroškov (Uradni list SRS, št. 44/69)

4

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

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik

Franc Dragan, ing. l. r.

609.

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 Nova Gorica na seji dne 26. novembra 1970

STATUT

**skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost) so ustanovili delavci na območju naslednjih občin: Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin.

Delavci na območju občin iz prvega odstavka so ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Nova Gorica.

2. člen

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

3. člen

V tej skupnosti so zdravstveno zavarovani zavarovanci, ki imajo sedež svoje dejavnosti na območju te skupnosti. Drugi zavarovanci so zavarovani pri tej skupnosti, če imajo na njenem območju stalno prebivališče.

Družinski člani so zavarovani pri tej skupnosti, če so zavarovani zavarovanci, po katerih imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja.

4. člen

Delovne in druge organizacije ter zasebni delodajalci na območju skupnosti, so dolžni v njej zavarovati za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno bolezen svoje delavce, učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki imajo tudi praktičen pouk, a od njih dobivajo nagrado ali štipendijo, kakor tudi šole, ki imajo tudi praktičen pouk, tiste učence, ki ne dobivajo nagrade ali štipendije.

5. člen

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

6. člen

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

7. člen

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

8. člen

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

9. člen

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

10. člen

Pravice, ki so zavarovanim osebam zagotovljene s tem statutom, prenehajo samo v primerih, ki jih določa statut ali na njegovi podlagi izdani splošni akti skupnosti, ki urejajo prenehanje ali spremembo obsega pravic.

11. člen

Zaradi zagotovitve najbolj smotrne uporabe sredstev za financiranje zdravstvenega zavarovanja ima vsak zavarovaneec te skupnosti pravico:

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

Pristojni organi skupnosti so dolžni obravnavati vprašanja in predloge, ki jim jih zastavljajo zavarovanci. Sklepi in stališča o takšnih vprašanjih se morajo sporočiti zavarovancem.

12. člen

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

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

13. člen

Kot delavci so zavarovani v tej skupnosti:

1. osebe v delovnem razmerju;
2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združnih 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, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;

4. osebe, ki so začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno priglase pri zavodu za zaposlovanje po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja in izpolnjujejo pogoje po tem statutu;

5. upokojeanci in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;

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

7. učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, za katere se poleg šolskega pouka izvaja tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, šoli ali pri zasebnem delodajalca;

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

Osebe od 1. do 3. in iz 6. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti, organa ali delodajalca, pri katerih so zaposlene ali izvoljeni člani ali v praksi; osebe iz 4. točke so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež ali izpostava zavoda za zaposlovanje, pri katerem so prijavljene; osebe pod 7. točko so zavarovane v skupnosti, če je na njenem območju sedež dejavnosti ali delodajalca, pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo oziroma šola, če ne dobivajo nagrade ali štipendije; osebe pod 5. in 8. točko so zavarovane pri skupnosti, če stalno prebivajo na njenem območju.

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

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

a) ko jim preneha delovno razmerje ali druga dejavnost, oziroma ko ne bodo dobivati nadomestilo osebnega dohodka iz zdravstvenega zavarovanja po prekinjenem delovnem razmerju ali drugi dejavnosti,

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

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

Osebe iz 1. točke tega odstavka so zavarovane, če so bile neposredno prej, preden so nastale omenjene okoliščine, zavarovane brez presledka najmanj 3 mesece, ali s presledki v zadnjih dvanajstih mesecih najmanj 6 mesecev.

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.

Osebe iz 2. točke tega odstavka, ki so uspešno končale strokovno šolo in se v 30 dneh zaposlile za manj kot 3 mesece ali, ki so se po uspešno končanem strokov-

nem šolanju v 60 dneh prigrasile pristojnemu zavodu za zaposlovanje, pa so se kasneje zaposlile za manj kot 3 mesece, obdržijo svojstvo zavarovanca po tej točki tudi po prenehanju delovnega razmerja, če se v roku 30 dni po prenehanju dela prigrasijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

3. Izeljenci — povratniki, če se prigrasijo zavodu za zaposlovanje v 30 dneh od vrnitve v Jugoslavijo.

4. Delovni invalidi, ki se prigrasijo zavodu za zaposlovanje v 60 dneh po zaključni rehabilitaciji.

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

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

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

14. člen

Za zavarovance — delavce te skupnosti se štejejo tudi jugoslovanski državljani, ki so bili zavarovani v tej skupnosti oziroma so — če niso bili zavarovani — prebivali na območju skupnosti, pa so stopili v tujini v delovno razmerje:

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

2. pri tujih organizacijah oziroma delodajalcih — po posebnem sporazumu — če obdržijo lastnost oseb, ki so v delovnem razmerju v tej 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 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 te skupnosti, ki stopijo v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja zavoda za zaposlovanje ali brez prejšnje 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 sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

15. člen

Za zavarovance — osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, se pod pogojem, da opravljajo svojo dejavnost kot glavni ali edini poklic, štejejo:

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

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

3. književniki, skladatelji, umetniki ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost;

4. odvetniki, športniki, artisti, duhovniki, kolporterji tiska, prtljažni nosači in druge osebe, glede kate-

rih 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.

16. člen

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

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

17. člen

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

18. člen

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

19. člen

Tuji državljani so kot delavci zavarovani v tej skupnosti, če so na območju skupnosti zaposleni pri jugoslovanskih organizacijah oziroma zasebnih delodajalcih ali po mednarodnih sporazumih.

2. Družinski člani zavarovancev

20. člen

Za družinske člane zavarovancev od 13. do 19. člena statuta 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. vzdrževani zavarovančevi starši, stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in posvojiteljica (v nadaljnem besedilu: zavarovančevi starši), če izpolnjujejo po tem statutu določene pogoje.

Osebe iz 2. do 4. točke prvega odstavka 14. člena tega statuta, ki so zdravstveno zavarovane pri tujem nosilcu zdravstvenega zavarovanja, morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju te skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi njihovim ožjim družinskim članom.

Osebe iz drugega odstavka 14. člena tega statuta morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju te skupnosti, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini tudi njim zagotovljeno zdravstveno varstvo v tej skupnosti. V takem primeru se sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

Z obveznim zdravstvenim zavarovanjem so zajeti družinski člani zavarovancev — tujih državljanov iz 19. člena tega statuta pod enakimi pogoji, kot zavarovanci te skupnosti, dokler živijo na območju skupnosti, kolikor ni z mednarodnimi pogodbami določeno drugače.

21. člen

Zavarovančev zakonec ima pravice iz zdravstvenega zavarovanja dokler je z njim v veljavnem zakonu, razen če ni delavec ali oseba, ki se preživlja s samostojno poklicno dejavnostjo in je kot tak sam obvezno zdravstveno zavarovan.

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja obdrži:

1. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovančevi smrti star nad 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena). Če zakonec še ni star 55 oziroma 40 let, se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglašen pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se priglasil zavodu v devetdesetih dneh od zavarovančeve smrti;

2. razvezani zakonec, ki mu je s sodno odločbo priznana preživnina, če je bil ob razvezi zakona star nad 60 let (mož) oziroma 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.

22. člen

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

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

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja taka nezmožnost, če jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov; kdaj nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov se ugotavlja po 23. členu tega statuta.

Zavarovančevi otroci, ki so dopolnili 15 let starosti in se ne šolajo več, niso pa se mogli zaposliti ali postati učenci v gospodarstvu, so do dopoljenega 18. leta starosti zdravstveno zavarovani kot ožji družinski člani, če se priglasijo v 60 dneh po končanem šolskem letu pri zavodu za zaposlovanje zaradi zaposlitve ali sklenitve učne pogodbe, se redno javljajo pri tem zavodu in neupravičeno ne odklanjajo ponudene zaposlitve ali sklenitve pogodbe za učence v gospodarstvu, kolikor niso samostojno zdravstveno zavarovani kot osebe začasno izven delovnega razmerja.

23. člen

Zavarovančevi starši, ki jih zavarovanec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov, so zavarovani:

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

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

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

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov;

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

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

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

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

3. Osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu

24. člen

Za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu in tem statutu, se štejejo osebe iz 27., 28., 29., 30. in 44. člena zakona in osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po posebnih predpisih v smislu 152. člena zakona.

4. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

25. 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, ko preneha ta okoliščina.

Lastnost zavarovanca po 15. členu tega statuta pridobi:

a) oseba iz 1., 2. in 5. točke prvega odstavka 15. člena z dnem vpisa samostojne poklicne dejavnosti v register oziroma evidenco, preneha pa biti zavarovanec z dnem črtanja iz tega registra oziroma evidence;

b) književnik, skladatelj, umetnik 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;

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

č) druge osebe pridobijo lastnost zavarovanca z dnem, ko so evidentirane pri ustrezni organizaciji, prenehajo pa biti zavarovanci z dnem izbrisa iz evidence.

Tretji del

PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

A. Splošne določbe o pravicah

26. člen

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

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

27. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja pripadajo 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, pripada 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 zavarovanim primerom zdravstveno zavarovana brez presledka najmanj 9 ali s presledki v zadnjih 2 letih najmanj 18 mesecev (predhodno zavarovanje).

28. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja obveznega zavarovanja po 13., 14., 15. in 19. členu tega statuta.

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

Šteje se, da zavarovanje ni prekinjeno, če je zavarovanje prenehalo zaradi odslužitve 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 zavarovanec zaposli v inozemstvu, po vrnitvi pa do ponovnega zavarovanja oziroma do prijavitve pristojnemu 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 dela v tujini in do pridobitve svojstva zavarovanca pri skupnosti oziroma do prijave zavodu za zaposlovanje, ni preteklo več kot 90 dni.

29. člen

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

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

B. Zdravstveno varstvo

30. člen

V tej skupnosti zavarovanim osebam so zagotovljene naslednje 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 ali 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 šolrke 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 družbenim dogovorom se s pogodbami o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva natančneje določi izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva po prvem odstavku tega člena.

31. člen

Poleg oblik zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon in so našteje v 30. členu, obsega zdravstveno varstvo, ki je zagotovljeno s tem statutom, tudi:

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

Zavarovancem in osebam, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo, so zagotovljene, v primeru nesreče pri delu in obolenje za poklicno boleznijo, vse oblike zdravstvenega varstva iz tega člena v celoti na račun skupnosti.

32. člen

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

Skupščina skupnosti določa način predpisovanja in izdajanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala s posebnim pravilnikom.

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

Indikacije za zobotehnično pomoč in zobno protečna sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave, standarde in življenjsko dobo določa skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

33. člen

Zobotehnična pomoč, protetična sredstva, proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave so zavarovanim osebam zagotovljene le, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja iz 27. člena tega statuta.

34. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo se zagotavlja kot nadaljevanje ali nadomestilo bolnišničnega zdravljenja zavarovanim osebam, če izpolnjujejo pogoj predhodnega zavarovanja (27. člen).

Na zdravljenje v naravna zdravilišča in zavode za rehabilitacijo nepoti zavarovano osebo zdravniška komisija v primerih, ko so bili uporabljeni že vsi drugi načini zdravljenja, ti pa niso bili uspešni in je verjetnost, da bo uporaba naravnih zdravilnih faktorjev prispevala k ozdravitvi ali medicinski rehabilitaciji.

Indikacije za zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, trajanje takšnega zdravljenja in postopek o napotitvi na zdravljenje, določa skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

35. člen

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

Vzdrževanim družinskim članom zavarovanja je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob istih pogojih kot članom ožje družine, pravico do zobotehnične pomoči in zoboprotetičnih sredstev in za pravico do protez, ortopedskih in drugih pripomočkov, pomožnih in sanitarnih priprav pa imajo ob pogoju, da izpolnjujejo najmanj 24 mesecev neprekinjenega zavarovanja pred zavarovanim primerom oziroma najmanj 36 mesecev v zadnjih 4 letih. Takšna doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo.

36. člen

Osebam iz 24. člena tega statuta je zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu in ob pogojih, ki jih določa zakon in ta statut.

37. člen

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

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na odslužitvi vojaškega roka.

Družinskim članom zavarovanca, ki prestaja kazen zapora ali se izvaja vzgojni, varnostni ali varstveni ukrep, je zagotovljeno zdravstveno varstvo, če zavarovancu med prestajanjem kazni ali izvajanjem ukrepa ni prenehalo delo.

38. člen

Zavarovancem, ki so v tujini na delu in njihovim ožjim družinskim članom, ki so z njimi v tujini, in zavarovancem, ki so v tujini na strokovnem izpopolnjevanju, je za prvih 6 mesecev bivanja v tujini zagotovljena v breme skupnosti samo nujna zdravniška pomoč, po šestih mesecih bivanja v tujini, pa jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v obsegu, ki je po tem statutu zagotovljeno drugim zavarovancem-delavcem.

Zavarovanim osebam, ki so v tujini po zasebnih opravkih, se za prve 3 mesece bivanja v tujini zagotavlja samo nujna zdravniška pomoč.

Če je osebam v 1. in 2. odstavka tega člena potrebno zdravljenje v bolnišnici, trpi vse stroške takega zdravljenja do 3 mesecev skupnosti. Če traja zdravljenje v bolnišnici dalj kot 3 mesece, trpi skupnost od 1 dne 4 mesece samo toliko stroškov, kolikor bi stalo tako zdravljenje v najbližji bolnišnici, ki lahko nudi tako zdravljenje v Jugoslaviji.

Če je preemistitev bolnika na zdravljenje v domačo bolnišnico zaradi njegovega zdravstvenega stanja nemogoče, oziroma zaradi prevelike oddaljenosti neprimerna, grede stroški v breme skupnosti tudi po 3 mesecih zdravljenja.

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

Zavarovanim osebam, ki jim je med prebivanjem v tujini zagotovljena samo nujna zdravniška pomoč, ki pa izkoristijo v tujini zdravstveno varstvo v širšem obsegu ali prek določenega roka, povrne skupnost stroške za takšno zdravstveno varstvo v dinarjih in sicer v višini, kolikor bi stalo takšno zdravljenje po predpisih skupnosti v Jugoslaviji.

Osebu na ladjah in njihovim družinskim članom, ki so z njimi v tujini, je zagotovljeno zdravstveno varstvo po prejšnjih odstavkih samo, če se morajo zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnišnico.

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

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

Določbe iz tega člena se uporabljajo, če mednarodni sporazumi, ki jih je sklenila Jugoslavija ne določajo drugače.

39. člen

Skupnost sme, upoštevajoč svoja sredstva, napotiti zavarovano osebo na pregled ali zdravljenje v tujino, če strokovni kolegij ustrezne klinike ugotovi, da uspešno zdravljenje v državi ni mogoče, v tujini pa je utemeljeno pričakovati uspeh. V tem primeru plača skupnost celotne stroške takšnega zdravstvenega varstva v tujini.

Za zdravljenje po prvem odstavku zagotavlja skupnost praviloma devizna sredstva v mejah zakonitih predpisov, če pa to ni mogoče, povrne stroške v dinarjih.

40. člen

Skupščina skupnosti lahko predpiše prispevek zavarovanih oseb k stroškom zdravstvenega varstva za tele oblike:

1. za zdravila, pomožni in sanitetni material,
2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo,
3. za intervencijo ob prekinitvi nosečnosti,
4. za prevoz z rešilnim avtom,
5. za proteze, ortopedske in druge pripomočke, pomožne in sanitarne naprave,
6. za zobozdravstveno nego, zobotehnično pomoč in zobna protetična sredstva,
7. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom oziroma zaradi pijanosti,
8. za neobvezna cepljenja,
9. za dajanje injekcij na domu,
10. za vsak prvi specialistični pregled, če ne gre za pregled v dispanzerju,
11. za zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo po določilu 34. člena tega statuta,

12. za pomoč gorske reševalne službe.

Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstvenega varstva iz prvega odstavka tega člena določijo skupščina skupnosti.

Zavarovana oseba ne prispeva k stroškom za oblike zdravstvenega varstva, ki jih zakon določa kot obvezne.

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 četrtem odstavku 32. člena tega statuta.

41. člen

Skupnost ne plača pregledov in cepljenj, ki so obvezni zaradi odhoda zavarovane osebe v tujino.

C. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

1. Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela

42. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela pripada zavarovancu:

1. če je zaradi bližnji ali poškodbe izven dela začasno nezmožen za delo ali je na zdravljenju v stacionarnem zdravstvenem zavodu;
2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven zavarovančevega delovnega časa, ne more delati;
3. če je na nujnem zdravljenju po predpisih o vojaških vojnih invalidih;
4. če je določen za negovanje otroka, starega do treh let;
5. če je določen za negovanje ožjega družinskega člana oziroma žene na porodu, kolikor ne gre za nego otroka, starega do treh let;
6. če je izoliran kot bacilonosec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici;
7. če je določen za spremljevalca bolniku, ko je poslan na zdravljenje ali na zdravniški pregled v drug kraj.

43. člen

Izplačilo nadomestila osebnega dohodka bremeni skupnost od prvega dnečasne zadržanosti v prime-

rih iz 4., 5., 6. in 7. točke 42. člena, v drugih primerih pa od 31. dnevačasne zadržanosti.

Skupnost povrne delovni organizaciji od prvega dnečasne zadržanosti tisti del nadomestila, ki ga ta izplača delovnemu invalidu za prvih 30 dni zadržanosti od dela na račun nadomestila zaradi zaposlitve s skrajšanim delovnim časom ali na račun nadomestila zaradi manjšega osebnega dohodka na drugem delu.

44. člen

Do nadomestila osebnega dohodka po 42. členu tega statuta so upravičeni pod pogoji, ki jih določa ta statut, zavarovanci iz 1. do 3. in 7. točke (učenci — če prejema nagrado) 13. člena, zavarovanci iz 14. člena pod pogoji, ki jih določa ta statut v 61. in 62. členu, ter zavarovanci iz 15., 16. in 19. člena tega statuta.

Zaposlenim upokojemcem pripada nadomestilo osebnega dohodka le v primeru, če v času zaposlitve po predpisih o pokojninskem zavarovanju prejema zmanjšano pokojnino.

45. člen

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

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

46. člen

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

V primerih iz 4., 5., 6. in 7. točke 42. člena tega statuta pripada nadomestilo osebnega dohodka ne glede na dobo predhodnega zavarovanja. Predhodno zavarovanje se ne zahteva za zavarovance, ki so bili neposredno, preden so postali zavarovanci, družinski člani zavarovancev in so kot takšni imeli pravico do zdravstvenega zavarovanja ali jim je bilo zagotovljeno zdravstveno varstvo po 27. členu in po 1., 2., 4., 5., 6. in 7. točki prvega odstavka 29. člena zakona v katerikoli skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Predhodno zavarovanje po 1. odstavku tega člena se upošteva samo pri odločanju o pravici do nadomestila osebnega dohodka.

47. člen

Nadomestilo osebnega dohodka pripada upravičencu ves čas, dokler traja začasna zadržanost od dela, v kolikor 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 z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

48. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka do starosti treh let pripada upravičencu

največ za 15 dni in se izjemoma lahko podaljša po mnenju zdravniške komisije do 30 dni, v drugih primerih nege obolelega ožjega družinskega člana pa največ 7 dni.

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

49. člen

Če zdravnik med zdravljenjem zavarovanca, ki dobiva nadomestilo osebne dohodka, ugotovi, da se je zavarovančevo zdravstveno stanje zboljšalo 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 najdlje eno leto.

Organizacija, v kateri je zavarovanec v delovnem razmerju, mora v primeru iz prvega odstavka zavarovancu poskrbeti 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.

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

50. člen

Zavarovanec, ki išče zdravniško pomoč v delovnem času, ima pravico do nadomestila osebne dohodka za izgubljeni čas zaradi iskanja zdravniške pomoči le, če je bila zdravniška pomoč nujna in neodložljiva ali je to zahteval način dela zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije.

51. člen

Osebe iz 1., 2. in 3. točke 13. člena tega statuta imajo, v primeru iz 1. točke prvega odstavka 42. člena tega statuta, pravico do nadomestila osebne dohodka tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastopi v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja, če se v 30 dneh prijavijo po pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo neposredno pred prenehanjem delovnega razmerja dobo predhodnega zavarovanja po 27. členu tega statuta.

52. člen

Zavarovanec nima pravico do nadomestila osebne dohodka med začasno zadržanostjo od dela:

1. če si nalašč povzroči nezmožnost za delo;
2. če se ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja delo, ki nasprotuje zdravnikovemu navodilu.

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 kakšno okoliščino iz drugega odstavka tega člena, pa vse dotlej, dokler

traja posledica takega ravnanja, v primerih iz prvega odstavka tega člena pa za čas, ko je obstajala taka okoliščina.

53. člen

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

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

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

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

Če je zavarovancu ves ali del dohodka določen v odstotku — provizij, se od celotnega dohodka v ustreznem času odbijejo vsi materialni stroški, ki jih ima tak zavarovanec pri opravljanju svojega dela.

54. člen

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

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

55. člen

Osnova za nadomestilo se izračuna iz povprečnega osebne dohodka (urnega, dnevnega ali mesečnega), 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 povprečni znesek osebne 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 povprečni znesek seštevka prejetega osebne dohodka, ugotovljenega pri delitvi po zaključnih računih vseh organizacij, pri katerih je delal v preteklem letu.

Po prvem in drugem odstavku tega člena se izračuna osnova za nadomestilo, če je dobil zavarovanec v preteklem letu osebni dohodek najmanj za tri cele koledarske mesece. Če pa je dobil zavarovanec v preteklem letu osebni dohodek manj kot za tri cele koledarske mesece ali če ga sploh ni dobil, se vzame kot osnova za nadomestilo povprečni znesek-mesečne akontacije osebne dohodka, ki ga je dobil v tekočem letu, dokler ni nastopila pri njem zadržanost od dela. Če zavarovanec niti v tekočem letu ni dobil akontacije osebne dohodka za en cel koledarski mesec, se

vzame kot osnova za nadomestilo poprečni znesek prejete akontacije osebnega dohodka, obračunan na uro v tekočem letu, dokler ni pri njem nastopila zadržanost od dela.

Obračun nadomestila osebnega dohodka po prejšnjih odstavkih je dokončen.

Zavarovancem, katerim se osnova za nadomestilo ugotavlja po prvem in drugem odstavku tega člena, se v primerih zadržanosti od dela, ki nastanejo od začetka leta do sprejetja zaključnega računa za preteklo leto, izplačuje do ugotovitve osnove za nadomestilo akontacija na nadomestilo osebnega dohodka. Za izračun te akontacije se vzame kot osnova za nadomestilo poprečni znesek akontacij osebnega dohodka, ki jih je zavarovanec prejel v prejšnjem letu.

56. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kot eno leto se preračuna osnova za nadomestilo na ustrežajoči višji znesek, če se je v poslovnem letu, v katerem je zbolel, splošno poprečje osebnih dohodkov v delovni organizaciji, v kateri je zaposlen, v primerjavi s prejšnjim poslovnim letom, povečalo najmanj za 5%. V tem primeru se mu prej izračunana osnova za nadomestilo poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je po zaključnem računu za leto, v katerem je odšel na bolezenski dopust, in za leto pred tem letom povečalo splošno poprečje osebnih dohodkov. Od tako povečane osnove se nato odmeri pripadajoče nadomestilo osebnega dohodka.

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

Povečanje mora izvesti pristojna služba brez posebne zahteve zavarovanca.

Osnova za nadomestilo po tem členu se poveča zavarovancu, ki po preteku enega leta bolezenskega dopusta nima več služstva, na podlagi katerega je bil obvezno zavarovan in zaposlenim pri zasebnih delodajalcih v smislu prejšnjih odstavkov za toliko odstotkov, kolikor znaša poprečno povečanje osebnih dohodkov v skupnosti, če znaša to povečanje najmanj 5%.

57. člen

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih zadržanosti od dela, ko bremeni skupnost in za čas, ko bremeni zasebnega delodajalca, znaša:

1. za zavarovance, ki izpolnjujejo dobo predhodnega zavarovanja iz 27. člena tega 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 predhodnega zavarovanja iz 27. člena tega statuta:

- 60% od osnove za prvih sedem dni,
- 70% od osnove od osmega do šestdesetega dne,
- 80% od osnove od enainšestdesetega dne dalje.

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

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prvem odstavku tega člena, ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol ter za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

58. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradičasne zadržanosti od dela, se zmanjša nadomestilo od 31. dne neprekinjenega zdravljenja v stacionarnem zdravstvenem zavodu, v katerem ima nastanitev in hrano, za 20%, če nima družinskih članov, ki bi bili po njem zdravstveno zavarovani.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjem odstavku, ne more biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol ter osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

Kot družinski člani zavarovanca v smislu prvega odstavka tega člena se upoštevajo tudi otroci, katerim je zagotovljeno zdravstveno varstvo iz zavarovanja njegovega zakonca.

59. člen

Zavarovancu, ki je med zadržanostjo od dela po 42. členu tega statuta odstranjen z 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.

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

60. člen

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

61. člen

Zavarovanci po 1. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta nimajo pravice do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti, izjemoma imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka zaposleni kot hišna pomoč v gospodinjstvih zavarovancev.

Zavarovanci po 2. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta 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 po 3. in 4. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta imajo, kadar ne morejo delati, pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti samo, dokler so v Jugoslaviji.

Kadar imajo zavarovanci iz prvega in 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.

62. člen

Osebe na ladjah ima v smislu 58. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju, kadar se mora zaradi narave bolezni izkrcati v tujem pristanišču in oditi v bolnišnico, pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti za čas, ko pripada po določbah tega statuta nadomestilo osebnega dohodka v breme skupnosti.

2. Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

63. 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 po posebnih predpisih do 8. meseca otrokove starosti.

Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke prvega odstavka tega člena 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 tega člena tudi, če v varstveni dobi izrabi letni dopust.

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po tem členu ne glede na določbo 46. člena tega statuta.

64. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi od prenehanja dela oziroma druge dejavnosti, če pada začetek varstvene dobe po predpisih o delovnih razmerjih zaradi nosečnosti in poroda:

1. v čas po sporočitvi svojega namena, da bo izstopila iz delovne skupnosti oziroma po sklepu delovne skupnosti, da ji preneha delo v delovni organizaciji, toda pred pretekom časa, kolikor mora po splošnem aktu delovne organizacije še ostati na delu;
2. v tridesetdnevni rok od prenehanja dela oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku prikladi pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

65. člen

Nadomestilo po 1. in 2. točki prvega odstavka 63. člena znaša 100 % od osnove in se ne zmanjša, če je zavarovanka v tem času v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

66. člen

Zavarovanka po 1. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta in zavarovanka, ki odide v tujino, da tam opravlja določene zadeve ali naloge, ali odide na strokovno izpopolnitev, nima med porodniškim dopustom pravice do nadomestila osebnega dohodka. Izjemoma ima zavarovanka, ki je zaposlena v gospodinjstvu zavarovanca iz 1. točke 14. člena tega statuta pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti od 31. dne dalje.

Zavarovanka po 2. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta ima med porodniškim dopustom pravico

do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas ko je v tujini, če ji ni za ta čas po sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

Zavarovanka po 3. in 4. točki prvega odstavka 14. člena tega statuta 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.

67. člen

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka med porodniškim dopustom posebej določeno od 63. do 66. člena tega statuta, se smiselno uporabljajo določbe o nadomestilu osebnega dohodka ob začasni zadržanosti od dela.

3. Povračila potnih stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

68. 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 prejšnjem odstavku pripada zavarovani osebi, če znaša razdalja od njene prebivališča oziroma zaposlitve do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvenega zavoda najmanj 15 kilometrov.

69. člen

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

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

70. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

Višino povračila po 2. točki prvega odstavka tega člena določi skupščina skupnosti s sklepom.

71. člen

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

V nujnih primerih, upoštevajoč zdravstveno stanje zavarovane osebe in dolžino poti, sme pristojni zdravnik, zdravstveni zavod oziroma pristojna komisija določiti tudi drugačen način prevoza.

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

Za pomoč po gorski reševalni službi se ~~povrnejo~~ stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližje zdravstvene delovne organizacije.

72. člen

Kot prevozní stroški se smatrajo samo dejanski stroški prevoza.

Višino pavšalnega povračila za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju določa skupščina skupnosti upoštevajoč koliko časa je zavarovana oseba morala prebiti na potovanju in starost zavarovane osebe.

73. člen

Stroški za vrnitev obolelega zavarovanca, ki je vkrcan na ladji, gredo v breme sklada te skupnosti šele od izkrcanja v domačem pristanišču.

74. člen

Povračilo prevoznih stroškov bremeni skupnost 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 zaradi njenega zdravstvenega stanja.

Prevoz zavarovane osebe, ki zboli v času bivanja v tujini, se opravi na račun skupnosti do stalnega prebivališča ali do zdravstvene delovne organizacije v domovini samo takrat, kadar je zaradi njenega zdravstvenega stanja potreben prevoz s posebnim vozilom.

4. Povračilo in denarne datjave ob smrti zavarovane osebe

75. člen

Ob smrti zavarovane osebe ima pravico do povračila stroškov pogreba (pogrebnina) tisti, ki je oskrbel pogreb.

Znesek pogrebnine določa skupščina skupnosti s sklepom.

76. člen

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

Posmrtnina je enaka enomesečni osnovi nadomestila osebnega dohodka, pri starostnih ali invalidskih upokojencih pa enomesečni zadnji pokojnini oziroma oskrbnini ali začasnemu nadomestilu; pri tem se upošteva pri pokojnini še varstveni dodatek oziroma dodatek na invalidnost.

Za zavarovance na prostovoljni praksi (volonterji) določí posmrtnino skupščina skupnosti s sklepom.

Četrty del

PRAVICE DELAVCEV IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NESREČE PRI DELU IN POKLICNEGA OBOLJENJA

77. člen

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

1. zdravstveno varstvo, zlasti preventivno varstvo, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrtaajo in pre-

prečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

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

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 potni stroški v zvezi z zdravstvenim varstvom in rehabilitacijo.

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

78. 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. V programu dejavnosti skupnost konkretnije določí ukrepe za odvrtaanje in preprečevanje obolenj za poklicno boleznijo in nesrečo pri delu.

Da bi se preprečevale in odvrtaale nesreče pri delu in obolenje za poklicno boleznijo sodeluje skupnost z delovnimi organizacijami in se z njimi dogovarja o potrebnih preventivnih ukrepih. Skupnost podpira to sodelovanje s finančnimi sredstvi v višini, ki jo določí dogovor.

79. člen

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

80. člen

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

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

Nadomestilo iz prejšnjega odstavka ne more biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo predpisi, razen za učence v gospodarstvu, učence poklicnih šol ter osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

81. člen

Pri zavarovancih, ki jim pripada nadomestilo samo, če postanejo začasno nezmožni za delo v zvezi s poškodbami zaradi nesreče pri delu ali v zvezi z obolenjem za poklicno boleznijo, se vzame kot osnova za nadomestilo:

1. za zavarovance v delovnem razmerju — povprečni znesek osebnega dohodka po 53. členu tega statuta,

2. za zavarovance, ki niso v delovnem razmerju, določí osnovo za nadomestilo skupščina skupnosti s posebnim sklepom.

Peti del

ZDRAVSTVENO ZAVAROVANJE OSEB.
KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO
DEJAVNOST

82. člen

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

83. člen

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

84. člen

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

Šesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

85. člen

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

86. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico oziroma z ustreznim potrdilom.

Obrazec zdravstvene izkaznice in način njenega izdajanja in uporabe ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

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., 6. in 7. točke prvega odstavka 13. člena tega statuta potrjuje lastnost zavarovane osebe ustrezna organizacija oziroma zasebni delodajalec. Potrdilo ne sme biti starejše od enega meseca; osebe iz 5. in 8. točke prvega odstavka 13. člena dokazujejo pa z zdravstveno izkaznico in odrezkom nakaznice za pokojnino. Odrezek ne sme biti starejši od treh mesecev.

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

87. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotovi skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, ki je vložena po predpisih o evidencah zdravstvenega zavarovanja.

O lastnosti zavarovane osebe se odloča na način in po postopku, ki je določen v zakonu.

88. člen

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

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

89. člen

Za delavca, ki stopi na delo prvič ali po presledku, daljšem od 6 mesecev ali, ki preboli hujšo bolezen, ali preide na drugo delo, mora biti prijavi v zavarovanje priložen izvid opravljenega zdravniškega pregleda in strokovno mnenje zdravnika, da delavec izpolnjuje potrebne zdravstvene pogoje za varno opravljanje določenega dela.

Zdravniški pregled in strokovno mnenje da praviloma zdravnik za medicinska dela, oziroma zdravnik, ki je pristojen za ocenjevanje začasne nezmožnosti za delo glede na kraj zaposlitve. Obseg pregleda določi republiški sekretar za zdravstvo in socialno varstvo.

Ne glede na določbo v 2. odstavku si delovne organizacije lahko same izberejo pristojnega zdravnika.

90. člen

Prijavi v zavarovanje za druge zavarovane osebe mora biti priloženo dokazilo o svojstvu, na podlagi katerega so zavarovane.

91. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določajo zakon, ta statut, pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega zavarovanja in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstvenimi in drugimi organizacijami.

92. člen

Pravice, ki se uveljavljajo po 91. členu tega statuta, ni mogoče omejiti, zmanjšati ali odvzeti.

Pravice prenehajo, kadar prenehajo pogoji, po katerih so bile uveljavljene in v primerih, ki jih določa zakon, ta statut ali splošni akt skupnosti.

93. člen

Pravico iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavlja, kadar 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).

94. člen

Denarne dajatve in denarna povračila stroškov se uveljavljajo samo pred pretekom zastaralnega roka.

95. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločbo, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo na prvi stopnji izda kot poedinec pooblaščen organ, ki ga pooblasti skupščina skupnosti. Zoper odločbo ima zavarovana oseba pravico do pritožbe v 15 dneh po njenem prejemu. O pritožbi zoper prvostopno odločbo odloča komisija za pritožbe skupščine skupnosti. Odločba komisije za pritožbe je dokončna.

Zoper dokončno odločbo ima zavarovana oseba pravico vložiti v 30 dneh od njenega prejema tožbo pri občinskem sodišču, pristojnem po sedežu skupnosti ali po njenem stalnem prebivališču.

96. člen

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

97. člen

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

98. člen

Zdravniška komisija:

1. presoja delovno zmožnost zavarovancev na bolniškem dopustu, ki jih pošiljajo posamezni zdravniki;

2. presoja delovno zmožnost, kadar to zahteva skupnost zdravstvenega zavarovanja ali organizacija oziroma delodajalec;

3. daje mnenje v zvezi z ugovorom, ki ga vloži zavarovana oseba zoper mnenje posameznega zdravnika oziroma zoper dejansko stanje, ki ga je ta ugotovil;

4. presoja opravičenost zahteve za nove zobne in druge proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitetne naprave pred pretekom dobe, ki je določena za njihovo trajanje;

5. daje mnenje o zahtevah zavarovanih oseb za povračilo stroškov zdravljenja in potnih stroškov;

6. presoja, ali je mogoče oziroma primerno premestiti bolnika iz tujine na zdravljenje v domačo bolnišnico;

7. presoja opravičenost zdravljenja v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo.

99. člen

Komisija zdravniških izvedencev:

1. daje mnenje v zvezi z ugovorom zavarovanca zoper mnenje zdravniške komisije oziroma dejansko stanje, ki ga je ugotovila pod 1., 2. ter 4.—7. točke 98. člena statuta;

2. preizkuša ob reviziji pravilnost dokončnega mnenja zdravniške komisije in da o njem svoje mnenje.

Revizijo iz 2. točke prvega odstavka tega člena mora komisija zdravniških izvedencev opraviti, kadar zavarovanec oziroma skupnost zdravstvenega zavarovanja izkaže verjetnost, da je dala zdravniška komisija nepravilno mnenje. Če poda komisija mnenje, da zavarovanec ni zmožen za delo, velja to samo za naprej.

100. člen

Zdravnik, ki je pregledal oziroma zdravil zavarovanca, ne more biti član zdravniške komisije oziroma komisije zdravniških izvedencev, ki obravnava njegovo mnenje o zavarovancu.

101. člen

Če zavarovana oseba ni zadovoljna z mnenjem posameznega zdravnika, sme podati ugovor pri zdravniški komisiji te skupnosti v 48 urah od sporočila mnenja. Ugovor se da ustno ali pismeno zdravniku, ki je mnenje dal ali neposredno zdravniški komisiji. Če zdravnik ne spremeni svojega mnenja, mora ugovor takoj poslati zdravniški komisiji.

Ugovor zaradi presoje nezmožnosti za delo ne upravičuje zavarovanca, da ostane na bolniškem dopustu; če zdravniška komisija ne spremeni zdravnikove presoje, vloženi ugovor ne more biti podlaga za uveljavitev nadomestila osebnega dohodka.

102. člen

Zdravniška komisija vzame ugovor v postopek čim ga prejme in da svoje pismeno mnenje.

Mnenje zdravniške komisije se sporoči zavarovani osebi, posameznemu zdravniku, skupnosti zdravstvenega zavarovanja in delovni organizaciji, pri kateri je zavarovanec zaposlen, in je dokončno.

103. člen

Zoper mnenje zdravniške komisije, ki ga je dala brez poprejšnjega mnenja zdravnika, sme zavarovana oseba dati ugovor v treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev. Ugovor se da ustno ali pismeno pri zdravniški komisiji, ki je dala mnenje ali neposredno komisiji zdravniških izvedencev.

Zdravniška komisija mora ugovor s celotnim spisom takoj poslati komisiji zdravniških izvedencev.

Ugovor zoper mnenje zdravniške komisije glede nezmožnosti za delo ne upravičuje zavarovanca, da ostane na bolniškem dopustu in nima pravice do nadomestila osebnega dohodka, če z ugovorom ne uspe.

104. člen

Komisija zdravniških izvedencev vzame ugovor v postopek, čim ga prejme, in da svoje pismeno mnenje.

Mnenje komisije zdravniških izvedencev se sporoči zavarovani osebi, zdravniški komisiji, posameznemu zdravniku, skupnosti zdravstvenega zavarovanja in delovni organizaciji, v kateri je zavarovanec zaposlen, in je dokončno.

105. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja in organizacija oziroma delodajalec lahko zahteva, naj zavarovanca, čigar delovno zmožnost je presodil posamezni zdravnik, pregleda zdravniška komisija in znova presodi njegovo delovno zmožnost.

Zavarovanec se mora zgledati pri zdravniški komisiji za pregled v roku, ki mu ga ta določi. Če neupravičeno ne pride na pregled, se mu preneha izplačevati nadomestilo osebnega dohodka in nima pravice do njega, dokler ne pride na pregled.

106. člen

Pravice do zdravstvenega varstva v breme skupnosti pripadajo zavarovani osebi z dnem, ko nastane

okolščina na podlagi katere je zavarovana, in izpolnjuje druge pogoje, ki jih predpisuje zakon in ta statut.

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

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

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

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

107. člen

V zdravstvenem varstvu so zagotovljene zavarovanim osebam vse oblike, ki jih določa ta statut, po sodobnih medicinskih metodah.

108. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji pri predstojniku te organizacije ali pri zdravniški komisiji te skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva od zdravstvene delovne organizacije 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 zdravstvene delovne organizacije. Če se zaradi kršitve teh navodil in pravil po njeni krivdi zdravljenje ne more nadaljevati, trpi sama dodatne stroške, ki so nastali po njeni krivdi. O tem odloči skupnost z odločbo na podlagi strokovnega mnenja zdravniške komisije.

109. člen

Zavarovana oseba si lahko izbira zdravstveno delovno organizacijo in zdravstvenega delavca, na katerega se obrača za zdravstveno varstvo.

Skupščina skupnosti določi s pravilnikom o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva.

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način, kot to določa pravilnik iz 2. odstavka tega člena, plača 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 o nudenju zdravstvenega varstva.

110. člen

Splošni zdravnik v kraju zaposlitve ali prebivališča zavarovane osebe, na katerega se je le-ta obrnila, je dolžan spremljati zdravljenje te osebe v vseh njegovih fazah (izbrani zdravnik). Izbranega zdravnika sme zavarovana oseba menjati v istem koledarskem letu samo iz tehničnih razlogov, če jih sprejme izbrani zdravnik ali predstojnik zdravstvene delovne organizacije.

111. člen

Osnovno zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih domovih. Hospitalno in specialistično zdravstveno varstvo uveljavljajo zavarovane osebe pri zdravnikih v bolnišnicah na podlagi napotila pristojnega splošnega zdravnika, s katerim le-ta ugotovi, da je tako varstvo potrebno.

Zavarovane osebe se lahko neposredno obračajo na zobne terapevte, ginekologe, venerologe, pediatre, okulistice zaradi predpisa očal, interniste zaradi diabetesnega obolenja in na zdravnike v dispanzerjih in zdravstveni delovni organizaciji ali njihove enote, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravnik specialist iz 2. odstavka tega člena sme napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

112. člen

Zavarovana oseba se sme obrniti v nujnih primerih za zdravniško pomoč na vsako zdravstveno delovno organizacijo in na vsakega zdravnika. Ta mora na zahtevo skupnosti predložiti dokumentacijo o nudeni zdravstveni pomoči.

113. člen

Pravico do zobozdravstvenega varstva, zobotehničnih pripomočkov in zobnoprostetičnih del uveljavljajo zavarovane osebe v zdravstvenih delovnih organizacijah pri zobozdravstvenih delavcih kot osnovno zdravstveno varstvo pod pogoji, ki jih določa skupnost s pravilnikom.

Pravico do zdravil, ortopedskih, ortotičnih in drugih pripomočkov ter sanitarnih priprav uveljavljajo zavarovane osebe na podlagi recepta (naloga) in pod pogoji, ki jih določa skupnost s pravilnikom o pravici zavarovanih oseb do teh pripomočkov.

114. člen

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

Pravico do zdravljenja v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravniške komisije.

115. člen

Zdravstveno stanje in primere, ki upravičujejo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja zdravnik, ki ga pooblasti skupnost.

Delavci zaposleni pri organizacijah, ki imajo svoje obratne ambulante ali pa so sklenile pogodbo z zdravstveno delovno organizacijo ali zdravnikom, uveljavljajo pravico do bolezenskega dopusta pri teh ambulantah oziroma zdravnikih.

V dispanzerjih za žene v kraju prebivališča ali zaposlitve zavarovanke — delavke ugotavljajo začasno nezmožnost za delo tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih, v primerih bolezni, ki je v zvezi z nosečnostjo in otročnosti. Prav tako odloča o pričetku porodniškega dopusta.

116. člen

Odobreni bolezenski dopust se vpiše v zdravstveno izkaznico.

117. člen

Začasno zadržanost od dela zaradi negovanja obolelega otroka, obolelega ožjega družinskega člana ozi-

roma žene na porodu odredi zavarovancu pod pogoji tega statuta zdravnik, pristojen za odreditev zadržanosti od dela zavarovanca. Pri tem mora upoštevati vse možnosti za nego v zavarovančevi družini zlasti, če ni v družini članov, sposobnih za nego, kar mora potrditi zavarovanec z pisмено izjavo.

118. člen

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

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

Zavarovanca, pri katerem traja začasna nezmožnost za delo zaradi iste bolezni ali poškodbe brez presledka 2 leti ali s presledki 2 leti v razdobju 3 let, mora skupnost poslati z ustrežno medicinsko dokumentacijo invalidski komisiji, da da mnenje, ali so pri njem podani pogoji za invalidnost v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

Mnenje invalidske komisije je obvezno.

119. člen

Zavarovanec, ki mu je dovoljena začasna zadržanost od dela, se mora zdraviti v kraju dotedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov. V tem primeru mora poskrbeti za zdravljenje zavarovanca v kraju njegovega novega bivališča. Spremembo bivališča nad 30 dni odredi zdravniška komisija. Če odredi spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejše usposobitve za delo, se morajo zavarovancu povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določi dan in kraj ponovnega pregleda zavarovanca, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrežno zdravljenje zavarovanca v kraju bivališča.

120. člen

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

121. člen

Zavarovanec, ki mu je pristojni zdravnik ali komisija odredila začasno zadržanost od dela, uveljavlja pravico do nadomestila osebnega dohodka pri skupnosti, dokler gre nadomestilo v njeno breme.

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

122. člen

O pravici do nadomestila osebnega dohodka se praviloma ne izda odločba. Na zahtevo zavarovanca pa je skupnost dolžna izdati pisμένο odločbo.

123. člen

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

124. člen

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

125. člen

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

126. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja se lahko dogovori z organizacijo, da uveljavljajo zavarovanci nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne dajatve in pomoči po zakonu in tem statutu, neposredno pri organizaciji tudi takrat, kadar grede te dajatve v breme skupnosti.

127. člen

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

128. 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 take 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.

129. 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 ta skupnost.

Osebe iz prvega odstavka lahko uveljavijo zdravstveno varstvo v breme skupnosti z ustrežno listino, ki jim jo izda skupnost potem, ko jih prijavi pri skupnosti zavezanec prispevka za njihovo zdravstveno varstvo oziroma nosilec financiranja obveznih oblik zdravstvenega varstva.

Zdravstveno varstvo je v obsegu, ki je zagotovljeno z zakonom in tem statutom zavarovancem-delavcem v primeru bolezni in nesreče izven dela, zagotov-

ljeno pri skupnosti v breme SR Slovenije tudi osebam (borci NOV in španski borci) iz prvega odstavka 28. člena zakona. Osebe iz drugega odstavka 28. člena zakona pa imajo zase, poleg pravic po tem odstavku, zagotovljeno pri skupnosti v breme SR Slovenije še pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih.

Sedmi del FINANCIRANJE

130. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja — obveznih oblik zdravstvenega varstva ter zavarovanja za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom zavarovancev, delovnih in drugih organizacij ter drugih z zakonom določenih zavarovancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki.

131. 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 nevarnosti in v okviru teh nevarnosti še, ali samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne pravice.

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

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

132. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesreče pri delu in obolenje 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 poprečnih 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 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, ki pa ne more biti več kot 50 odstotkov 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.

133. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejema osebni dohodek, njihov bruto osebni dohodek;

2. za upokojence 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, če jim je to edini ali glavni poklic in če prejema za to delo stalno mesečno povračilo — stalno mesečno povračilo, ki ga prejema;

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

5. za osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje — poprečna osnova, po kateri prejema denarno nadomestilo začasno nezaposlene osebe pri zavodu za zaposlovanje.

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

134. člen

Za zavarovance iz 14. člena tega statuta določi osnovo za obračunavanje in plačevanje prispevkov skupščina s posebnim sklepom, če osnova ni predpisana z zveznim ali republiškim predpisom.

135. člen

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

136. člen

Za zavarovance — tuje državljanke, ki imajo svojstvo na podlagi katerega so zavarovani jugoslovanski državljanji, je osnova za obračunavanje prispevka bruto osebni dohodek oziroma drugi osebni prejemki.

137. člen

Pri določanju stopnje prispevka in prispevka v pavšalnem znesku skupščina skupnosti upošteva poleg kriterijev iz 131. člena tega statuta še, ako imajo po zavarovancu pravico do zdravstvenega varstva tudi družinski člani ali ne oziroma, ali so zavarovani samo družinski člani.

138. člen

Skupnost predpiše prispevke v pavšalnem znesku za posamezne zavarovane primere in sicer:

— za zavarovance iz 7. točke prvega odstavka 14. člena zakona za obseg pravic, kot so zagotovljene zavarovancem-delavcem;

— za zavarovance iz 6. točke prvega odstavka 14. člena, in osebe iz 29. člena zakona za obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva zavarovancem-delavcem;

— za zavarovance iz drugega odstavka 14. člena zakona, ki delajo manj kot polovico delovnega časa in

za osebe iz 30. člena zakona za obseg zagotovljenega zdravstvenega varstva zavarovancem-delavcem v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

— za osebe iz 44. člena zakona za obseg, ki je zagotovljen za obvezne oblike zdravstvenega varstva.

139. člen

Prispevki za zdravstveno zavarovanje so:

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

Prispevek za zdravstveno zavarovanje se predpiše posebej:

1. za nesrečo pri delu,
2. za predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva,
3. za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,
4. za druge po zakonu in tem statutu predvidene primere, ako se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb, ali v pavšalnem znesku.

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

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

140. člen

Prispevek za zavarovanje za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev:

1. delovne in druge organizacije, državni organi (v nadaljnjem besedilu: organizacije) in zasebni delodajalci za zavarovanje za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno pogodbo;
2. šole za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne pogodbe, in učence drugih šol, ki so zavarovani, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom;
3. zavod za zaposlovanje za osebe na strokovni usposobitvi in prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod;
4. organizator predvojaške vzgoje, javnih del in mladinskih delovnih akcij oziroma drugih javnih akcij za osebe, ki so na takšni vzgoji ali delih;
5. drugi zavezanci, ki jih določajo predpisi.

141. člen

Organizacije in skupnosti, ki so dolžne plačevati prispevke za zavarovane osebe, obračunavajo in odvajajo prispevke skupnosti zdravstvenega zavarovanja na tekoči račun pri službi družbenega knjigovodstva.

Drugi zavezanci prispevka plačujejo prispevek skupnosti zdravstvenega zavarovanja pri banki ali neposredno na blagajni skupnosti.

142. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije z dnem, ko dvignejo sredstva za osebne dohodke;
2. za skupnost invalidsko-pokojninskega zavarovanja s prvim dnem izplačila pokojnine, oskrbnine oziroma invalidnine;
3. za druge zavezance zadnji dan v mesecu za nazaj.

143. člen

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

144. 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, v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev. Ugovor se kolkuje.

Na podlagi pravočasno vložene ugovora skupnost ne more izdati novega plačilnega naloga temveč uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri pristojnem sodišču.

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

145. člen

Na podlagi izvršljivega plačilnega naloga skupnost ali sodišče oziroma na podlagi izvršljive sodbe sodišča izterja služba družbenega knjigovodstva oziroma banka na zahtevo skupnosti neplačane prispevke in obresti tako, da prenese znesek z računa zavezanca na račun skupnosti.

Če 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.

146. člen

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

147. člen

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

1. dohodki za zagotavljanje pravic iz nesreč pri delu in poklicnih boleznih;
2. dohodki za zagotavljanje pravic iz predpisanih obveznih oblik zdravstvenega varstva;
3. dohodki za zagotavljanje pravic iz po tem statutu določenih pravic iz zdravstvenega zavarovanja;
4. dohodki za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja za nekatere kategorije zavarovanih oseb ali za zavarovance, ki se jim prispevek predpiše v pavšalnem znesku.

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

148. 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.

149. člen

Obvezna rezerva mora znašati najmanj enome-
sečni poprečni znesek planiranih izdatkov sklada v
tekočem letu.

Obvezno višino rezervnega sklada mora skupnost
zagotoviti v 5 letih od uveljavitve zakona.

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

150. člen

Sredstva rezervnega sklada se lahko uporabljajo
kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obvez-
nosti skupnosti in za kritje primanjkljaja po zaključ-
nem računu.

Če se sredstva rezervnega sklada uporabijo za
kritje primanjkljaja po zaključnem računu, se mora
v ta namen uporabljeni znesek do višine obvezne re-
zerve vrniti v naslednjem letu v rezervni sklad.

Za kritje po zaključnem računu ugotovljenega pri-
manjkljaja oziroma za vrnitev iz obvezne rezerve upo-
rabljenega zneska predpiše skupnost poseben prispevek.

151. člen

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

152. člen

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

153. člen

Sredstva iz prejšnjega člena se vodijo ločeno od
drugih sredstev skupnosti, z njimi pa se plačujejo
stroški zdravstvenega varstva oseb, ki jim je z zako-
nom zagotovljeno zdravstveno varstvo, čeprav niso
zavarovane, in pa del stroškov za opravljanje službe.

154. člen

Višino oziroma stopnjo prispevkov določa skup-
ščina skupnosti tako, da sredstva krijejo obveznosti
skupnosti iz zavarovanih pravic in se zagotovi ustvar-
janje rezerv, pozavarovanje težjih nevarnosti, stroške
v zvezi z izvajanjem zavarovanja in del sredstev, ki
jih prispeva k razvoju zdravstvene službe.

155. člen

Za določitev stopnje prispevka po 154. členu tega
statuta izoblikujejo skupnost, občinske skupščine, ob-
činski sindikalni sveti ter gospodarske in zdravstvene
delovne organizacije na območju skupnosti, temeljna
izhodišča o načelih družbenega dogovarjanja.

Postopek začne izvršilni odbor skupščine tako, da
pripravi pismeni predlog o temeljnih izhodiščih za do-
ločitev višine oziroma stopnje prispevkov, pri čemer
upošteva gibanje mase osebnih dohodkov, povečane iz-
datke za posamezne namene, zlasti za zdravstveno
varstvo, upoštevajoč dogovorjene programe in načrte
zdravstvenih delovnih organizacij o uresničevanju in
pospeševanju tega varstva. stopnjo funkcionalne amor-
tizacije, višino skladov, raven osebnih dohodkov v
zdravstvenih delovnih organizacijah, stopnje rezerv

skupnosti itd. Pismeni predlog dostavi predlagatelj
vsem zainteresiranim udeležencem družbenega dogo-
varjanja, ki se morajo izreči o predlogu v roku, ki ga
določi predlagatelj.

Smatra se, da je dogovarjanje veljavno, če soglaša
z njim večina gospodarskih in zdravstvenih delovnih
organizacij, ki predstavljajo vsaj polovico zaposlenih
delavcev zavarovancev skupnosti.

Če organizacije po tretjem odstavku tega člena
ne sporočijo svojih stališč do določenega roka, se sma-
tra, da soglašajo s predlogom.

156. člen

Skupščina skupnosti nato določi višino oziroma
stopnjo prispevka tako, da je odraz izoblikovanih te-
meljnih izhodišč.

157. člen

Skupni dohodki skupnosti so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:
 - nesrečo pri delu in poklicno bolezen,
 - predpisane obvezne oblike zdravstvenega var-
stva,
 - po tem statutu določene pravice iz zdravstve-
nega zavarovanja,
 - druge po zakonu in tem statutu predvidene pri-
mere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategori-
jam oseb, ki v pavšalnem znesku,
 - drugi prispevki;
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.

158. člen

Iz skupnih dohodkov, ugotovljenih po prejšnjem
členu tega statuta, se izloča v rezervni sklad del do-
hodka, ki ga vsako leto s finančnim načrtom ali s po-
sebnim sklepom določijo skupščina skupnosti.

Preostali del skupnih dohodkov je čisti dohodek.

159. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki za pri skup-
nosti zavarovane osebe:

1. za zdravstveno varstvo:
 - za nesreče pri delu in poklicno bolezen,
 - za predpisane obvezne oblike zdravstvenega
varstva,
 - za po tem statutu določene pravice iz zdrav-
stvenega varstva,
 - za druge po zakonu in tem statutu predvidene
primere zdravstvenega varstva,
 - za zdravstveno varstvo po mednarodnih spo-
razumih;
2. za denarna nadomestila in druge denarne daja-
tve, ki jih predvideva zakon in ta statut;
3. za obveznosti iz 78. člena zakona (zdravstveno
varstvo rednih študentov);
4. za druge obveznosti in izdatke skupnosti:
 - za pozavarovanje,
 - za stroške strokovne službe,
 - za študijska in znanstvena raziskovalna dela
za napredek zdravstvenega zavarovanja,
 - za stroške denarnega in plačilnega prometa,
 - za poštno stroške,
 - za obveznosti do zveze skupnosti zdravstvene-
ga zavarovanja,

- za stroške samouprave,
- za obresti in provizije,
- za druge izdatke (komisije itd.).

160. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti za vsako poslovno leto se določijo:

- skupni dohodki,
- obvezna rezerva,
- čisti dohodki,
- skupni izdatki.

Razčlenitev skupnih dohodkov in skupnih izdatkov po vrstah je sestavni del finančnega načrta.

Finančni načrt mora biti sprejet pred začetkom poslovnega leta in hkrati z določitvijo prispevkov za naslednje leto.

161. člen

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina vsako leto v predpisanem roku, se ugotovijo za preteklo leto:

- skupni dohodki,
- obvezna rezerva,
- čisti dohodki,
- skupni izdatki,
- presežek dohodkov-izdatkov (finančni rezultat).

Presežek čistih dohodkov nad skupnimi izdatki po zaključnem računu, se izloči v rezervni sklad skupnosti.

Presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki (primanjkljaj) se krije iz rezervnega sklada skupnosti po 150. členu tega statuta.

162. člen

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

Osmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. Splošne določbe o organizaciji

163. člen

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

164. člen

Skupnost ureja vprašanja s področja zdravstvenega zavarovanja s statutom, pravilniki, sklepi in programi, kakor tudi s smernicami in priporočili.

Statut, pravilniki, sklepi, ki imajo značaj splošnega akta, začnejo veljati osem dni po objavi, v kolikor ni v posebnem splošnem aktu določen krajši rok.

Splošni akti skupščine se objavljajo v Uradnem listu SRS.

165. člen

Skupnost je pravna oseba, ki jo predstavlja in zastopa predsednik skupščine.

Predsednik skupščine lahko pooblasti za zastopanje v posameznih primerih tudi druge osebe.

Sedež skupnosti je v Novi Gorici.

166. člen

Skupnost ima svoj pečät in stampiljko.

Pečät je okrogle oblike. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica. Sedež je naveden v sredini.

Stampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti

167. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje pritožb zoper odločbe prve stopnje ima skupščina skupnosti komisijo za reševanje pritožb.

Za reševanje zadev iz zdravstvenega varstva ima skupščina strokovni komisiji:

1. zdravniško komisijo,
2. komisijo zdravniških izvedencev.

Za reševanje problematike iz zdravstvenega zavarovanja in njegovega financiranja ter problematike varstva pri delu ima skupščina stalni komisiji:

1. komisijo za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja,
2. komisijo za varstvo pri delu.

Za reševanje posameznih vprašanj ima lahko skupščina tudi druge komisije.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti se v občinah ustanovijo sveti zavarovancev, v delovnih organizacijah pa lahko odbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

168. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema statut in druge splošne akte ter smernice in priporočila;
2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja, sprejema ukrepe zaboljšanje varstva zavarovancev in politiko uporabe skladov;
3. sklepa sporazum z zavodom za izvajanje zdravstvenega zavarovanja;
4. zagotavlja sredstva za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnje prispevkov za to zavarovanje;
5. sklepa o finančnem načrtu in zaključnem računu skladov skupnosti in obravnava periodične obračune;
6. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov in sprejema potrebne ukrepe, ki jih je treba sprejeti s tem v zvezi;
7. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja v skupnosti;
8. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami o zadevah, ki so skupnega pomena in sklepa z njimi družbene dogovore;
9. sklepa o razpisu referendumu;
10. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji;
11. odloča o sodelovanju z organizacijami pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

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

13. opravlja druge zadeve, za katere je pristojna skupnost po zakonih in tem statutu.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega zavarovanja.

169. člen

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

170. člen

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

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

171. člen

Skupščina skupnosti šteje 43 članov.

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

Delavci strokovne službe skupnosti ne morejo biti člani skupščine skupnosti.

172. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja štiri leta.

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

173. člen

Skupščina skupnosti izvoli na svoji prvi seji predsednika in namestnika predsednika za dobo štirih let.

174. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat še pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo,
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti;
3. če je s pravnomočno sodbo sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od 3 mesecev ali mu je izrečen varnostni, vzgojni ali varstveni ukrep, ki traja več kot tri mesece;
4. če postane delavec strokovne službe skupnosti;
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.

175. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat z odpoklicem:

1. če neopravičeno več kot trikrat ne pride na sejo skupščine skupnosti;

2. če njegova ravnanja očitno niso v skladu z interesi skupnosti.

O odpoklicu odločajo zavarovanci volilne enote oziroma njihovi predstavniki po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

Pobudo za uvedbo postopka za odpoklic da skupščina skupnosti ali 1/10 zavarovancev volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršilni odbor in komisije

176. člen

Izvršilni odbor ima 9 članov. Voli ga skupščina izmed zavarovancev skupnosti s tem, da je najmanjš polovica članov izvršilnega odbora članov skupščine skupnosti.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta.

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

177. člen

Izvršilni odbor ima predsednika in namestnika predsednika.

Predsednika in namestnika predsednika izvoli izvršilni odbor izmed tistih članov izvršilnega odbora, ki so člani skupščine.

178. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančne načrte, periodična obračuna in zaključni račun skladov;
3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklenje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja in sklepa pogodbe, v kolikor ga skupščina pooblasti;
4. predlaga skupščini skupnosti predlog statuta in splošnih aktov;
5. obravnava pripombe, mnenja in priporočila svetov in odborov zavarovancev in jih predloži skupščini skupnosti s pripombo zakaj jih oziroma zakaj jih ne predlaga za sprejem;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov, za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev skladov in njihovih rezerv;
7. obravnava program dela zavoda, ki mu je poverjeno izvajanje zdravstvenega zavarovanja, daje pripombe nanj in ga predlaga v odobritev skupščini skupnosti;
8. skrbi za pripravo gradiva in za sklicevanje seji skupščine skupnosti;
9. imenuje zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev;
10. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut, drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

179. člen

Komisija za pritožbe ima 3 člane in potrebno število namestnikov, ki jih voli skupščina skupnosti izmed zavarovancev za dobo dveh let, pri čemer določi predsednika in njegove namestnike.

Komisija veljavno odloča samo v sestavi treh članov.

180. člen

Komisija za pritožbe rešuje ugovore zavarovancev zoper prvostopne odločbe o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu najmanj enkrat na leto.

181. člen

Zdravniška komisija ima 3 člane in potrebno število namestnikov. Komisijo imenuje skupščina skupnosti izmed zdravnikov ali zdravnikov specialistov za dobo dveh let, pri čemer določi predsednika in njegovega namestnika.

Komisija veljavno posluje samo v sestavi treh članov.

182. člen

Komisija zdravniških izvedencev ima 3 člane in potrebno število namestnikov. Komisijo imenuje skupščina skupnosti iz vrst zdravnikov specialistov za dobo dveh let, pri čemer določi predsednika in njegovega namestnika.

Komisija veljavno posluje samo v sestavi treh članov.

183. člen

Obseg nalog zdravniške komisije zdravniških izvedencev je urejen v VI. delu tega statuta.

184. člen

Komisija za izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja in komisija za varstvo pri delu imata po 5 članov, ki jih voli skupščina izmed svojih članov, lahko pa tudi izmed drugih zavarovancev, vendar morata biti predsednika komisij člana skupščine.

Člani komisij iz prejšnjega odstavka se imenujejo za dobo dveh let.

185. člen

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

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

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

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

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

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

186. člen

Komisija za varstvo pri delu:

1. analizira pojave in probleme o varstvu pri delu ter predlaga ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev;

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

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

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

c) Sveti in odbori

187. člen

V občinah se ustanovijo sveti zavarovancev. V svet zavarovancev volijo predstavnike delovne organizacije, društva upokojencev in druge organizacije, ki predstavljajo zavarovance. Če delovna organizacija ustanovi odbor zavarovancev delegirajo člane delavski sveti in sindikalna organizacija, vsaka polovico članov. Število članov odbora določi delavski svet s sklepom o ustanovitvi odbora. Število članov sveta zavarovancev določi skupščina skupnosti glede na število zavarovancev v občini.

188. člen

Sveti in odbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;

2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;

3. obravnavajo letno poročilo skupnosti;

4. dajejo iniciativo za urejanje posameznih vprašanj iz zdravstvenega zavarovanja.

Izvršilni odbor mora obravnavati mnenja, predloge in pripombe svetov in odborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

189. 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 ali:

— na posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah;

— na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah;

— z dostavo osnutka akta večjim delovnim organizacijam;

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

— na posvetovanjih s sveti in odbori zavarovancev;

— z anketiranjem zavarovancev.

190. člen

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o združitvi, ukinitvi in o združitvi skupnosti.

Referendum o vprašanih iz 1. odstavka tega člena se lahko razpiše tudi samo za območje ene ali več občin.

191. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem.

Glasovnica mora vsebovati jasno oblikovano vprašanje, na katerega se lahko odgovori samo z »za« ali »proti«.

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

Odločitev, sprejeta na referendumu, je takoj obvezna. Če referendum ne uspe, se ne more ponoviti pred potekom enega leta.

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

192. člen

Skupnost sodeluje po svojih organih z družbeno-političnimi skupnostmi, 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, varstvo pri delu in dr.), za katere so nosilci programov, sredstev in organiziranja organi in organizacije iz prvega odstavka tega člena.

Za sodelovanje po prvem in drugem odstavku tega člena se sklene družbeni dogovor v pisni obliki.

Pripravo in sprejetje programa zdravstvenega varstva v smislu tega člena lahko sproži tudi skupnost.

193. 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.

194. člen

Skupnost je soustanovitelj zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

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

Pobudo za sodelovanje daje katerikoli predlagatelj s tem, da pripravi pisni predlog o vsebini in oblikah sodelovanja, o finančnih in drugih obveznostih posameznih soudeležencev in drugih vprašanjih, ki so pomembna za to sodelovanje. Predlagatelj pošlje predlog vsem zainteresiranim skupnostim.

195. člen

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

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

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

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali združenjem v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in po postopku določenem v pogodbi.

196. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami praviloma za eno leto ali za daljše obdobje, kar mora biti določeno v pogodbi.

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

197. člen

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

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

Sporazum se sklepa najmanj za eno leto, če ni drugače določeno.

V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanja spornih vprašanj.

Denarne terjatve, izvirajoče iz sporazuma, uveljavljajo pogodbeni stranke s tožbo pri pristojnem sodišču, ako ni s sporazumom določeno razsodišče.

Deveti del

IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

198. člen

Strokovne, finančne in administrativne naloge v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja po zakonu in tem statutu opravlja v imenu in na račun skupnosti Komunálni zavod za socialno zavarovanje Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: zavod).

Prvostopne odločbe podpisujejo pooblaščen delavci zavoda.

199. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom:

S sporazumom iz prvega odstavka tega člena se določijo zlasti:

1. temeljne naloge, ki jih zavod opravlja za skupnosti;
2. pogoji za izvrševanje teh nalog;
3. način določanja povračila za delo zavoda;
4. način izvrševanja nadzora nad opravljenim delom;
5. druga medsebojna razmerja.

200. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 199. člena tega statuta, je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

Deseti del

POSTOPEK ZA SPREMEMBO STATUTA

201. člen

Predlog za spremembo ali dopolnitev statuta lahko da izvršilni odbor, skupščina ali najmanj 10 članov skupščine.

Če skupščina sprejme predlog za spremembo ali dopolnitev statuta v obravnavo, imenuje komisijo za pripravo osnutka sprememb in dopolnitev.

Skupščina da osnutek sprememb in dopolnitev v javno razpravo, ki mora trajati najmanj 30 dni.

Po končani javni razpravi, oblikuje komisija, na podlagi danih pripomb in mnenj, končni predlog in ga predloži skupščini v sprejem.

Enajsti del
PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

202. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prevzame začasno komunalna skupnost socialnega zavarovanja delavcev Nova Gorica s svojimi organi pristojnosti in naloge skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica po tem statutu.

203. člen

Zavezanci prispevka morajo plačevati svoje prispevke od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po uveljavitvi tega statuta, po dosedanjih predpisih, če se plačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970. Ta vplačila se opravijo v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica.

204. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne uporabljati zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, ta statut in drugi splošni akti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, po tem statutu in splošnih aktih te skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dospele pravice, ki še niso bile uresničene.

Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, 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 z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, tem statutom in s splošnimi akti te skupnosti.

205. člen

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

206. člen

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

Z dnem, ko je po določbah tega statuta dokončno določeno, 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.

Za mladino od 15. do 18. leta starosti iz 5. odstavka 22. člena tega statuta, ki ob začetku uporabe tega statuta, kljub zmožnosti za delo ni zaposlena ali v učnem razmerju, začne teči 60 dnevni rok za prijavo pri zavodu za zaposlovanje od 1. 1. 1971.

207. člen

O pritožbah zavarovanih oseb, vloženi in nerešeni do 31. decembra 1970 odloča na drugi stopnji o

pravicah iz zdravstvenega zavarovanja komisija za ugovore zavarovanih oseb določena v tem statutu.

208. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

1. statut Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Nova Gorica (št. 06-30/65 z dne 23. 12. 1965),

2. poslovnik skupščine Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Nova Gorica (št. 06-31/66 z dne 31. 1. 1966),

3. pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva (Uradno glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin št. 6/67 in 2/68),

4. sklep o prispevku zavarovanih oseb k stroškom za izdana zdravila (Ur. list SRS, št. 44/69),

5. sklep o prispevku zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev, za nego in zdravljenje zob, zobno tehnično pomoč ter zobna protetična sredstva, za ortopedske čevlje in posamezne druge vrste ortopedskih pripomočkov, sanitarnih priprav in sanitetnega materiala (Ur. list SRS, št. 44/69),

6. sklep o znesku pogrebnine za zavarovane osebe (Ur. list SRS, št. 44/69),

7. sklep o znesku povračila stroškov prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (Uradno glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, št. 2/67),

8. sklep o določitvi zneska podpore za opremo otroka (Uradno glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica, Tolmin, št. 2/67),

9. sklep o višini nadomestila osebnega dohodka od zadržanosti od dela (Uradno glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, št. 11/67).

209. člen

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

Št. 02-5/70

Nova Gorica, dne 26. novembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, inž. I. r.

610.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva, 109. in 168. člena statuta skupnosti, je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na svoji seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Ta pravilnik natančneje določa pogoje in način za uveljavljanje posameznih pravic ter postopek za odločanje o vseh pravicah iz zdravstvenega zavarovanja, ki ga zagotavlja zavarovanim osebam skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v

nadaljnem besedilu: skupnost) po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnem besedilu: zakon) in po statutu skupnosti (v nadaljnem besedilu: statut) na račun sklada zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnem besedilu: sklad).

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

Zavarovane osebe iz 13. do 21. člena statuta in iz 27. do 30. člena zakona ter osebe iz 44. člena zakona za obvezne oblike zdravstvenega varstva, uveljavljajo pri skupnosti pravico do zdravstvenega varstva in do drugih oblik zdravstvenega zavarovanja na podlagi zakona, statuta in tega pravilnika ter na podlagi statuta izdanih drugih splošnih aktov.

2. člen

Lastnost zavarovane osebe in osebe, ki jim skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo, se pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico ali ustreznim potrdilom v smislu 86. člena statuta.

Kdor uveljavlja zdravstveno varstvo brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma osebe, ki ji je zagotovljeno zdravstveno varstvo, mora plačati stroške zdravljenja, razen če gre za nujne primere zdravniške pomoči v smislu zakona o zdravstvu. Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba oziroma oseba, ki ji je zagotovljeno zdravstveno varstvo, lahko zahteva od skupnosti povračilo stroškov ob primerni uporabi 109. člena statuta in 40. člena tega pravilnika.

Nujna zdravniška pomoč (prva pomoč) se lahko uveljavlja tudi brez listin iz prvega odstavka tega člena.

3. člen

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

Sklad je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, ki nastanejo v zvezi z uveljavljanjem pravic na podlagi zakona, statuta in tega pravilnika, razen obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev, za katere je prispevek predpisan.

4. člen

O vseh spornih zadevah ob izvajanju tega pravilnika odloča na prvi stopnji organ iz 95. člena statuta, ki mora glede na naravo zadeve upoštevati tudi strokovna mnenja zdravniške komisije.

Če zavarovana oseba zahteva, mora organ iz prvega odstavka izdati pismeno odločbo, zoper katero je možna pritožba.

Za uveljavljanje pravic, ki niso podrobneje urejene s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določbe zakona in statuta.

5. člen

Pravilnik vsebuje določbe o postopku, po katerem se uveljavijo:

1. Prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca,
2. ambulantno zdravljenje,
3. stacionarno zdravljenje,
4. zdravljenje zobnih bolezni, zobotehnična pomoč in zobna protetična sredstva,
5. proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave,
6. zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti,
7. povračila stroškov zdravstvenega varstva uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika.

Pravilnik vsebuje tudi določbe, ki urejajo:

1. pristojnost za presojo delovne zmožnosti zavarovancev in ugotovitev zadržanosti od dela,
2. poznejše oziroma kontrolne presoje zavarovancev delovne zmožnosti ali zadržanosti od dela,
3. izjemno podaljšanje časa, za katerega gre upravičencu nadomestilo osebnega dohodka zaradi negovanja otroka starega do 3 let,
4. način uporabe prevoznih sredstev ter natančnejše pogoje in način uveljavljanja povračila potnih stroškov,
5. spremembo prebivališča med začasno zadržanostjo od dela zavarovanca,
6. način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino.

II. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. Prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca

6. člen

Zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo po prosti izbiri v zdravstvenih delovnih organizacijah, s katerimi je skupnost sklenila pogodbe o izvajanju zdravstvenega varstva.

Kadar zdravstvene delovne organizacije iz prvega odstavka tega člena ne morejo nuditi ustrezne zdravstvene pomoči, sme uveljavljati zavarovana oseba pravico proste izbire zdravstvene delovne organizacije med najbližjimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki lahko nudijo takšno zdravstveno varstvo.

Če zavarovana oseba uveljavlja zdravstveno varstvo v nasprot s 1. in 2. odstavkom tega člena, plača 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 o nudenju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zavarovana oseba ima pravico, da si v ustrezni delovni organizaciji, ki si jo je izbrala, neposredno izbere zdravnika ustrezne specialnosti med splošnimi zdravniki, zobni terapevti, dispanzerskimi zdravniki, zdravniki-specialisti, če gre za tako zdravljenje, ki ga sme po drugem odstavku 10. člena tega pravilnika uveljavljati neposredno; druge zdravnike-specialiste izbira med zdravniki-specialisti ustrezne specialnosti z natančno izbranim zdravnikom.

Zdravnik sme odkloniti izbor zavarovane osebe, kadar je njegova zmožljivost v celoti izkoriščena. To ugotovi predstojnik zdravstvene delovne organizacije.

8. člen

Na način iz 7. člena tega pravilnika izbrani splošni zdravnik je izbrani zdravnik po določbah 110. člena statuta.

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

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

Ker zaradi organizacije dela zdravstvenih delovnih organizacij zavarovane osebe nimajo vselej možnosti, da se obrnejo samo na izbranega zdravnika, jih mora v takem primeru sprejeti drugi zdravnik iste zdravstvene delovne organizacije, ki je dolžan izvide in način zdravljenja zabeležiti v medicinskem gradivu zavarovane osebe pri izbranem zdravniku.

Ker velja opredelitev izbranega zdravnika po 110. členu statuta praviloma za eno koledarsko leto, ne more zavarovana oseba med istim koledarskim letom, še posebej pa ne med zdravljenjem, menjati izbranega zdravnika razen v primerih iz 9. člena tega pravilnika.

9. člen

Kot tehtni razlog, zaradi katerega sme zavarovana oseba spremeniti izbranega zdravnika v istem koledarskem letu, šteje:

1. sprememba prebivališča zavarovane osebe,
2. sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa zavarovanca ali izbranega zdravnika,
3. spor ali težji nesporazum med zavarovano osebo in izbranim zdravnikom, zaradi katerega je omajano zaupanje zavarovane osebe v zdravnika.

Izbrani zdravnik lahko, s pristankom predstojnika zdravstvene delovne organizacije, v primeru spora ali težjih nesporazumov odkloni zavarovano osebo, če meni, da ne more prevzeti odgovornosti za uspešno zdravljenje.

Upravičenost spremembe izbranega zdravnika presoja predstojnik zdravstvene delovne organizacije, pri kateri je uveljavljala zavarovana oseba zdravstveno varstvo do nastanka vzroka za spremembo.

Če med zavarovano osebo in predstojnikom zdravstvene delovne organizacije ne pride do sporazuma glede upravičenosti spremembe izbranega zdravnika, presoja o upravičenosti spremembe zdravniška komisija skupnosti.

2. Ambulantno zdravljenje

a) V zdravstveni delovni organizaciji

10. člen

Osnovno ambulantno zdravljenje uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (splošni ambulantni, obratni ambulantni, dispanzerju itd.) oziroma pri zdravniku, ki si ga je izbrala po določbah 8. člena tega pravilnika.

Zavarovano oseba sme neposredno uveljaviti tudi specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih iz drugega odstavka 11. člena statuta (pri ginekologu, venerologu, pediatri, okulistu, zaradi predpisa očal in internistu, zaradi diabetesnega obolenja), ki si jih je izbrala po določbah tega pravilnika.

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

Po prvem in drugem odstavku tega člena izbrani zdravnik ima po določbah tega pravilnika pristojnosti posameznega zdravnika.

11. člen

Specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih, na katere se zavarovano oseba ne sme neposredno obračati, se uveljavi samo z napotnico izbranega zdravnika. Napotnica se ne zahteva za ponovne preglede pri istem zdravniku-specialistu, če ta sam napoti zavarovano osebo zaradi nadaljevanja zdravljenja, ali jo pošlje k njemu izbrani zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen.

Napotnica velja za posamezni pregled in tiste dodatne preglede, ki so po mnenju zdravnika-specialista, h kateremu je zavarovana oseba napotena, nujni za popolno diagnostično obdelavo. Če je za dodatni pregled potrebna napotnica, jo lahko izda zdravnik-specialist, h kateremu je zavarovana oseba napotena.

Po napotnici izbranega zdravnika sprejme zdravnik-specialist zavarovano osebo tudi na zdravljenje, če je to nujno potrebno glede na značaj bolezni.

Zavarovana oseba, ki je sama zahtevala pregled pri zdravniku-specialistu, ta pregled pa iz medicinskih razlogov ni bil potreben, je sama plačnik takšnega specialističnega pregleda.

12. člen

Zdravnik-specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil na prošnjo izbranega zdravnika, ali na lastno pobudo, pismeno obvestiti izbranega zdravnika o izidih pregleda oziroma način zdravljenja, ga obvestiti o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu poslati tozadevno dokumentacijo.

13. člen

Na pobudo zdravstvene delovne organizacije izven območja skupnosti v kateri je zavarovana oseba uveljavila zdravljenje, ker ji zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti niso mogle nuditi ustrezne zdravstvene pomoči, izda izbrani zdravnik po lastnem preudarku napotnico za tri kontrolne preglede zavarovane osebe. Za take kontrolne preglede štejejo zlasti pregledi po daljšem bolnišničnem zdravljenju, pregledi v zvezi z operacijami itd., ne pa tudi specialističnimi pregledi.

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

b) Obisk zdravnika na domu

14. člen

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

1. v primeru nujne zdravniške pomoči,
2. kadar je njeno zdravstveno stanje takšno, da sama ni zmožna priti v zdravstveno delovno organizacijo.

Hišni zdravniški obisk mora zavarovana oseba naročiti pri pristojni zdravniški dežurni službi ali pri zdravniku najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

Če zavarovana oseba kliče na dom izbranega zdravnika, čeprav je na razpolago dežurni zdravnik ali

če izbrani zdravnik ni zdravnik najbližje zdravstvene delovne organizacije oziroma njegove enote, plača sama morebitno razliko v višini potnih stroškov, če izbrani zdravnik ni istočasno tudi dežurni zdravnik.

Zdravnik, ki je opravil hišni obisk ali zdravljenje v bivališču bolnika, je dolžan poslati izbranemu zdravniku poročilo o opravljenem obisku, o zdravstvenem stanju bolnika ter o odrejenih medicinskih ukrepih, kadar je to potrebno.

15. člen

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben. O tem odloči skupnost, na podlagi prijave zdravnika, ki je opravil obisk.

c) Zdravljenje na domu

16. člen

Na pobudo izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista, se izvaja, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, zdravljenje tudi na domu.

Pri pobudi iz prvega odstavka je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primernost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji pa ni nujno ali ni na voljo potrebnega prostora.

17. člen

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

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

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

18. člen

Zavarovani osebi so zagotovljena na račun sklada zdravila, pomožni in sanitetni material, ki so registrirana v državi ter se dobijo samo na zdravniški recept in niso na seznamu zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena.

Pravico do zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, uveljavljajo zavarovane osebe po pravilniku skupnosti o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam.

19. člen

Če so na voljo zdravila domače proizvodnje in uvožena zdravila, je zavarovana oseba prvenstveno upravičena do domačih zdravil.

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

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

3. Stacionarno zdravljenje

a) Bolnišnično zdravljenje

20. člen

Bolnišnično zdravljenje uveljavlja zavarovana oseba praviloma z napotnico izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista, ki je sprejel zavarovano osebo v zdravljenje.

Zavarovana oseba sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. Oceno o nujni zdravstveni pomoči poda zdravnik bolnišnice.

21. člen

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

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

22. člen

Zavarovana oseba uveljavlja bolnišnično zdravljenje praviloma v splošni bolnišnici na območju skupnosti.

V specialnih bolnišnicah ali kliničnih bolnišnicah uveljavlja zavarovana oseba bolnišnično zdravljenje praviloma le, kadar gre za zdravljenje, ki ga bolnišnica iz prvega odstavka tega člena ne more nuditi.

23. člen

Napotnico za zdravljenje v specialnih bolnišnicah ali kliničnih bolnišnicah, izda zavarovani osebi izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist potem, ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz drugega odstavka 22. člena tega pravilnika.

Splošne bolnišnice smejo izdati zavarovani osebi tudi same napotnico, predvideno v prvem odstavku tega člena.

b) Nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje

24. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, v katerih so na voljo kapacitete, ki se lahko uporabijo kot bolnišnice, za nadaljevano ali nadomestno zdravljenje ter rehabilitacijo, uveljavlja zavarovana oseba, kadar obstaja nujnost za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo glede na veljavne indikacije, če ugotovi zanj potrebo zdravniška komisija skupnosti.

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

25. člen

Kadar da pobudo za nadaljevano ali nadomestno zdravljenje izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist ali ustrezní oddelek bolnišnice, odpošlje ustrezno medicinsko gradivo zdravniški komisiji skupnosti. Zavarovana oseba se mora odzvati pozivu zdravniške komisije, ki je pristojna ugotavljati potrebo za nadaljno ali

nadomestno zdravljenje. Zdravniška komisija mora pri izdaji napotnice za tako zdravljenje upoštevati pravilnik skupnosti o indikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, trajanje takšnega zdravljenja in postopek o napotitvi na zdravljenje.

Zdravljenje po prvem odstavku tega člena traja največ 21 dni. V izjemnih nujnih primerih, na predlog zdravnika zdravilišča oziroma zavoda za rehabilitacijo, pa tudi več, s predhodno odobritvijo zdravniške komisije.

Ce zdravniška komisija skupnosti odkloni napotitev na zdravljenje po prvem odstavku, ima zavarovana oseba v treh dneh od sporočila pravico ugovora na komisijo zdravniških izvedencev skupnosti. Mnenje komisije zdravniških izvedencev je glede strokovne presoje zdravstvenega stanja zavarovane osebe, dokončno.

26. člen

Zavarovana oseba nastopi nadaljevano ali nadomestno zdravljenje, ko prejme vpoklic za zdravljenje.

Zavarovana oseba mora sporočiti vpoklic za nadaljevano ali nadomestno zdravljenje zdravniku, ki je predlagal zdravljenje.

Ce zavarovana oseba ne more nastopiti zdravljenja v roku, ki ga navaja vpoklic, mora to sporočiti naravnemu zdravilišču vsaj 3 dni pred navedenim rokom, s tem pa seznaniti tudi zdravnika, ki je predlagal zdravljenje.

4. Zdravljenje zobnih bolezni, zobotehnična pomoč in zobna protetična sredstva

27. člen

Zobozdravstveno varstvo uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (zobni ambulanti) oziroma pri zobnem terapevtu, ki si ga je izbrala po določbah 8. člena tega pravilnika.

28. člen

Zobotehnično pomoč in zobna protetična sredstva uveljavlja zavarovana oseba, kadar ugotovi zobozdravstveni terapevt, potrebo po ustreznih zobotehničnih delih po pravilniku skupnosti o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetičnih sredstvih.

Zavarovani osebi se zagotovijo zobna protetična sredstva iz standardnega materiala po pravilniku iz prvega odstavka tega člena.

Do skeletirane proteze je zavarovana oseba upravičena, kadar obstoja medicinska nujnost za takšno izvedbo zobnega protetičnega sredstva.

29. člen

Upravičenost do zobotehničnih del glede na predpisane indikacije in potrebno dobo predhodnega zavarovanja ugotavlja praviloma zobozdravstveni terapevt samostojno.

Kadar zobozdravstveni terapevt ne razpolaga z razvidi, po katerih bi ugotovil okoliščine iz prvega odstavka tega člena, vroči zavarovani osebi potrdilo o potrebi zobotehničnih del, da si preskrbi pri strokovni službi skupnosti ali njenih krajevnih enotah dovoljenje za zobotehnična dela.

30. člen

Kolikor izdelava zobna ambulanta, na željo zavarovane osebe, zobna protetična sredstva iz dražjega mate-

riala (zlato, platina itd.), ki ni standarden po pravilniku, zaračuna zavarovani osebi poleg obveznega prispevka tudi razliko v ceni iz 1. odstavka 28. člena tega pravilnika.

Določbe prvega odstavka se smiselno uporabijo tudi v primeru, ko izdelava zobna ambulanta, na željo zavarovane osebe, skeletirano protezo, za katero ne obstaja medicinska nujnost iz tretjega odstavka 28. člena tega pravilnika. Steje se, da je ta medicinska nujnost izkazana, kadar predloži zavarovana oseba, glede na svoje splošno zdravstveno stanje, ustrezno mnenje izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista. Pri oceni upravičenosti do skeletirane proteze mora zobni terapevt zlasti presoditi primernost predloženega mnenja glede na zobozdravstveno stanje zavarovane osebe, in podati ustrezno strokovno utemeljitev.

31. člen

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

32. člen

Zaradi kontrole pravilne izdelave zobotehničnih del in zaradi ugotovitve materiala, iz katerega so izdelana zobna protetična sredstva, se mora zavarovana oseba odzvati pozivu na pregled pri zdravniški komisiji skupnosti oziroma pri posebni strokovni komisiji, ki jo v ta namen imenuje skupnost.

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

33. člen

Proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitetne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki) uveljavlja zavarovana oseba z ustreznim potrdilom, kadar zdravnik ugotovi, da sta potrebna nakup ali popravilo ustreznega pripomočka po pravilnikih skupnosti:

— o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortopedna sredstva in sanitetne priprave,

— o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora,

— o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov.

Zavarovani osebi se zagotovi izdelava pripomočkov v standardni izvedbi.

34. člen

Zavarovana oseba ima pravico do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada pred pretekom trajnostne dobe, ki jo določa ustreznj pravilnik iz prvega odstavka 33. člena tega pravilnika, zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb organov ali zaradi netrpežnosti materiala, iz katerega je izdelan pripomoček.

Ce postane pripomoček neuporaben po krivdi zavarovane osebe same, ta nima pravice do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada. Ali je nastala neuporabnost pripomočka po krivdi zavarovane osebe, ugotavlja zdravniška komisija.

35. člen

Potrdilo o potrebi pripomočka izda praviloma zdravnik ustrezne specialnosti.

Pomožne in druge pripomočke ter sanitarne priprave po pravilniku iz 33. člena tega pravilnika sme predpisati zavarovani osebi tudi splošni zdravnik.

36. člen

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

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

37. člen

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

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

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

38. člen

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

6. Zdravstveno varstvo med prebivanjem izven območja skupnosti

39. člen

Zavarovane osebe, ki bivajo izven območja skupnosti (stalno, začasno, šolanje, dopust, službeno potovanje itd.), uveljavljajo zdravstveno varstvo pri ustrezni zdravstveni delovni organizaciji na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev, pristojne po kraju bivanja. Če te zdravstvene delovne organizacije ne morejo nuditi ustrezno zdravniško pomoč, smejo zavarovane osebe uveljaviti pravico proste izbire zdravstvene delovne organizacije med najbližjimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki lahko nudijo takšno zdravstveno varstvo.

V primeru iz prejšnjega odstavka prispevajo zavarovane osebe k stroškom za zdravstvene storitve toliko, kolikor je predpisano za območje skupnosti v kateri uveljavljajo zdravstveno varstvo, razen za zdravstvene storitve, za katere je potrebna predhodna potrditev (proteze, ortopedski in drugi pripomočki, pomožne in sanitarne priprave, zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo in pod.).

Zavarovane osebe iz prvega odstavka tega člena uveljavljajo pravice iz zdravstvenega varstva v obsegu, ki ga določa statut skupnosti in po postopku določenem s tem pravilnikom.

7. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika

40. člen

Kadar uveljavi zavarovana oseba zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik, sme zahtevati povračilo stroškov. O zahtevi odloči skupnost v postopku po 95. členu statuta po predhodnem mnenju zdravniške komisije.

Povračilo zdravstvenih stroškov zahteva zavarovana oseba z dokazili o plačilu teh stroškov. Povračilo zdravstvenih stroškov in povračilo potnih stroškov se prizna največ do višine, ki bi šla na račun sklada v smislu tretjega odstavka 109. člena statuta.

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

41. člen

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

III. UVELJAVLJANJE DRUGIH PRAVIC IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

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

42. člen

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

1. zdravniki splošnih ambulant za zavarovance iz delovnih organizacij, v katerih ni zdravstveni dom organiziral obratne ambulante, in za vse zavarovance, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ki jih zato pooblasti skupnost v pogodbi z zdravstveno delovno organizacijo;

2. zdravniki obratnih ambulant v okviru zdravstvenih domov — za zavarovance iz delovnih organizacij, za katere je organizirana obratna ambulanta;

3. pooblaščen zdravnik na podlagi pogodbe med delovno organizacijo in zdravstvenim domom za zavarovance zaposlene v teh delovnih organizacijah.

V dispanzerjih za žene v kraju bivališča ali zaposlitve zavarovanke — delavke ugotavljajo začasno zadržanost od dela zaradi bolezni, ki je v zvezi z nosečnostjo in otroštvom, tudi zdravniki, ki delajo v teh dispanzerjih. Prav tako odločajo o začetku porodniškega dopusta.

43. člen

Če izbrani zdravnik ali zdravnik — specialist ugotovi pri zaposlenem zavarovancu začasno nezmožnost za delo, ga napoti s svojim mnenjem k pristojnemu zdravniku zaradi uveljavitve pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela.

Kolikor postopek za uveljavitev pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, po določbah prvega odstavka tega člena, glede na zdravstveno stanje zavarovanca ni primeren, pošlje izbrani zdravnik ali zdravnik — specialist svoje mnenje pristojnemu zdravniku sam.

44. člen

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

Kolikor postopek za uveljavitev pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, po določbah prvega odstavka tega člena, glede na zdravstveno stanje zavarovanca ni primeren, mora zdravnik, ki je opravil hišni obisk, sam poslati pristojnemu zdravniku poročilo o zdravstvenem stanju zavarovanca in o odrejenih medicinskih ukrepih.

45. člen

Zaradi uveljavitve pravic, ki izvirajo iz zadržanosti od dela, mora zaposleni zavarovanec sporočiti pristojnemu zdravniku sam, da je napoten na bolnišnično zdravljenje; če zaradi njegovega zdravstvenega stanja to ni primerno, sporoči zavarovančevo napotitev na bolnišnično zdravljenje izbrani zdravnik ali zdravnik — specialist.

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

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

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

46. člen

Zaposleni zavarovanec mora sporočiti svojemu pristojnemu zdravniku tudi vpoklic na nadaljevano ali nadomestno zdravljenje.

Zaposleni zavarovanec se mora takoj po zaključku nadaljevanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja javiti pristojnemu zdravniku, ki presoja o njegovih pravicah iz zadržanosti od dela.

47. člen

Kot tehten razlog, zaradi katerega ni mogel zavarovanec pravočasno priti do pristojnega zdravnika, da bi potrdil njegovo zadržanost od dela, se, poleg primerov iz prvega odstavka 118. člena statuta, štejejo tudi posledice elementarnih dogodkov.

2. Poznejša presoja zavarovančeve delovne zmožnosti oziroma zadržanosti od dela

48. člen

Poleg primerov, ki so izrečno določeni v drugem odstavku 118. člena statuta, mora pristojni zdravnik po vsakih 30 dneh nepretrganega bolezenskega dopusta ki traja več kot 30 dni, napotiti zaposlenega zavarovanca s potrebnim medicinskim gradivom na pregled k zdravniški komisiji skupnosti, razen, če zdravniška komisija, glede na dejansko stanje zavarovančeve bolezni, ne določi drugačnih rokov ali če se ta ne zdravi v stacionirani zdravstveni delovni organizaciji.

Zdravniška komisija skupnosti daje po ugotovljenem dejanskem stanju mnenje o potrebi poznejše presoje delovne zmožnosti zavarovanca.

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

49. člen

Za nezmožnost od dela zaradi bolezni ali poškodbe, ki traja brez presledka 2 leti ali s presledki 2 leti v razdobju 3 let, postopa skupnost po 3. odstavku 118. člena statuta.

3. Izjemno podaljšanje časa, za katerega gre upravičencu nadomestilo osebnega dohodka zaradi negovanja otroka do 3 let starosti

50. člen

Izjemno podaljšanje pravice do nadomestila osebnega dohodka zaradi negovanja obolelega otroka do starosti 3 let preko roka iz prvega odstavka 48. člena statuta (več kot 15 dni) uveljavlja zavarovanec pri pristojnem zdravniku.

Izjemno podaljšanje po prvem odstavku dovoli na predlog pristojnega zdravnika zdravniška komisija skupnosti vendar največ do 30 dni.

51. člen

Zahtevo za uveljavljanje pravice do nadomestila osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka oziroma ožjega družinskega člana iz 48. člena statuta, lahko vložijo zaposleni zavarovanec pri pristojnem zdravniku, če so izpolnjeni naslednji pogoji:

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

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

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

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

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

4. da zavarovanec nima drugih družinskih članov ali svojcev v svojem gospodinjstvu, ki bi mogli nuditi

potrebno nego obolelemu družinskemu članu; o tem poda zavarovanec pismeno izjavo;

5. Da zavarovančeva žena rodi doma, ne pa v bolnišnici.

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

52. člen

Pravico do povračila potnih stroškov po 70. členu statuta imajo zavarovane osebe v primeru:

1. kadar jih zdravstvena delovna organizacija, izbrani zdravnik, zdravniška komisija ali pristojni organ skupnosti napoti ali pokliče v drug kraj v zvezi z uveljavljanjem pravic po zakonu in statutu skupnosti; v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km;

2. kadar morajo potovati iz kraja zaposlitve oziroma prebivališča v katerem ni zdravnika, k najbližjemu zdravniku ali v najbližjo zdravstveno delovno organizacijo v kakšnem drugem kraju, na zdravniški pregled ali zdravljenje, vendar le, če zdravnik potrdi, da je bilo potovanje potrebno iz zdravstvenih razlogov, v nobenem primeru pa ne na relaciji, ki je krajša od 15 km.

53. člen

Če zavarovana oseba ne uveljavi proste izbire zdravnika pri zdravstveni delovni organizaciji s katero ima skupnost sklenjeno pogodbo, ji je zagotovljeno povračilo potnih stroškov, ob upoštevanju razdalje iz prejšnjega člena, samo v višini stroškov za potovanje do najbližjega zdravnika, oziroma zdravstvene delovne organizacije.

V primeru, ko zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji oziroma pri drugem zdravniku, ne pa pri tistem, kamor je bila napotena, ji pripada povračilo potnih stroškov le do zdravnika, kamor je bila napotena.

54. člen

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

1. potniški vlak II. razreda,
2. avtobus v medkrajevnem prometu,
3. ladje (rečne in obalne) linijske plovbe.

Izjemoma lahko zdravstvena delovna organizacija izbrani zdravnik, zdravniška komisija ali organ skupnosti, odredi uporabo brzega vlaka ali višjega razreda vlaka oziroma ladje, če je to potrebno zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe ali zaradi dolžine potovanja.

V primerih iz prejšnjega odstavka gredo zavarovani osebi prevozni stroški za tisto prevozno sredstvo, ki je označeno na napotnici oziroma potnem nalogu.

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

Povračilo prevoznih stroškov se prizna zavarovani osebi praviloma po osnovni tarifi rednih prevoznih sredstev iz 1. odstavka tega člena za najkrajšo razdaljo.

55. člen

Med potjo in bivanjem v drugem kraju se prizna zavarovani osebi pavšalno povračilo za stroške prehrane in nastanitve med potovanjem in prebivanjem v drugem kraju (v nadaljnjem besedilu: dnevnic).
Do polnega zneska dnevnic ima zavarovana oseba pravico kadar je odsotna iz kraja svojega bivališča ali zaposlitve od 15 do 24 ur. Za odsotnost, ki je krajša od 15 ur, ji dnevnic ne pripada.

Višino dnevnic določi skupščina skupnosti s sklepom.

56. člen

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

Po opravljenem potovanju mora zavarovana oseba predložiti strokovni službi skupnosti ali njenim krajevnim enotam ali pooblaščenca organizaciji potrdilo iz 57. člena tega pravilnika, zaradi povračila oziroma dokončnega obračuna potnih stroškov.

Stroški za prevoz iz četrtega odstavka 54. člena tega pravilnika se povrnejo zavarovani osebi, če prevoz ni bil opravljen na račun sklada z reševalnim vozilom ali v okviru gorske reševalne službe, ampak na drug najugodnejši način (taksi, osebni avtomobil, vprežni voz itd.). Stroški se povrnejo na podlagi predloženega računa in zdravniškega potrdila o nujnosti takega prevoza po odbitku obveznega prispevka. Če je prevoz opravljen s taksijem, se povrnejo stroški prevoza po tarifi taksista, v drugih primerih pa v višini cene za prevožen kilometer, ki jo določi skupščina skupnosti s sklepom.

57. člen

Zavarovana oseba mora ob zahtevi za povračilo potnih stroškov (prevozni stroški in dnevnic) dokazati potovanje in čas odsotnosti z ustreznim potrdilom zdravstvene delovne organizacije, v katero je bila napotena.

58. člen

Prevozi zavarovanih oseb z rešilnimi avtomobili gredo v breme sklada le v primeru, ko prevoz z rednim prevoznim sredstvom iz 1. odstavka 54. člena tega pravilnika ni mogoč zaradi zdravstvenega stanja zavarovane osebe in je tak način prevoza nujno potreben.

Način prevoza v smislu prvega odstavka tega člena presegajo in odredajo:

1. iz kraja bivališča ali zaposlitve — zdravniki,
2. iz bolnišnice — predstojnik ustreznega oddelka,
3. v očitno nujnih primerih, ko pripelje rešilno vozilo zavarovano osebo v bolnišnico pa prevoz ni bil predhodno odrejen, odobri tak prevoz v breme sklada predstojnik ustreznega oddelka, če ugotovi, da je bil

prevoz z rešilnim vozilom nujen po 1. odstavku tega člena.

V primerih prevozov iz bolnišnice po 2. točki prejšnjega odstavka, mora bolnišnica organizirati prevoze tako, da so dnevno usklajeni po posameznih relacijah.

Soudeležbo zavarovane osebe (participacijo) na stroških za prevoze z rešilnimi vozili in primere, ko gredo stroški v celoti v breme sklada, določi skupščina skupnosti s sklepom.

5. Sprememba bivališča med začasno zadržanostjo od dela zavarovanca

59. člen

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

Spremembo bivališča dovoli pristojni zdravnik, kadar sodi, da bi domača nega glede na značaj bolezni bistveno pripomogla k hitrejšemu ozdravljenju zavarovanca, če predvideva trajanje začasne zadržanosti od dela do 30 dni.

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

60. člen

Med spremembo bivališča napoti pristojni zdravnik zavarovanca v zdravstveno delovno organizacijo, ki je najbližja njegovemu prebivališču, da tam nadaljuje zdravljenje.

Zavarovanec uveljavlja v zdravstveni delovni organizaciji iz prvega odstavka zdravstveno varstvo po določbah zakona in statuta skupnosti.

Zdravljenje po določbah prvega in drugega odstavka traja ves čas, za katerega dovoli pristojni zdravnik ali zdravniška komisija skupnosti spremembo bivališča.

Po preteku časa iz tretjega odstavka tega člena se mora zavarovanec takoj javiti pristojnemu zdravniku in mu predložiti dokaze o zdravljenju med spremembo bivališča.

61. člen

Zavarovanču ne pripada povračilo potnih stroškov med spremembo bivališča do 30 dni, ki jo lahko dovoli pristojni zdravnik.

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

Kadar zavarovanec potuje v času spremembe bivališča (60. člen) zaradi uveljavljanja zdravstvenega varstva po napotnici zdravnika iz zdravstvene delovne organizacije, kjer nadaljuje zdravljenje, je upravičen do povračila potnih stroškov po določbah statuta in tega pravilnika.

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

62. člen

Zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo med bivanjem v tujini v skladu s 128. členom statuta pod

pogojem, da si je pred odhodom v tujino izposlovala medicinsko strokovno ugotovitev o svojem zdravstvenem stanju.

Strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju za bivanje do 3 mesecev v evropskih državah izda zavarovani osebi izbrani zdravnik. V primerih daljšega bivanja zavarovane osebe v tujini in ob odhodu v izvenevropske države, je pristojna izdati strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju zdravniška komisija skupnosti.

Stroški pregledov po prvem in drugem odstavku tega člena ne gredo v breme skupnosti.

IV. KONČNE DOLOČBE

63. člen

Z dnem uveljavitve tega pravilnika preneha veljati pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva (Uradno glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, št. 6/67 in 19/68).

64. člen

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

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, ing. l. r.

611.

Na podlagi 4. odstavka 32. člena in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na svoji seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za protetična in ortotična sredstva ter druge pripomočke in sanitarne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki), ki so zagotovljeni zavarovanim osebam v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost).

2. člen

Pripomočke iz tega pravilnika predpisuje praviloma zdravnik ustreznih specialnosti — ortoped, kirurg, nevrokirurg, ginekolog ter zdravnik - specialist za fizikalno medicino in rehabilitacijo. Pripomočke iz 2. in 3. točke 8. člena in 9. člena tega pravilnika lahko predpisuje tudi splošni zdravnik.

Zdravnikov predpis (predlog) za pripomočke mora vsebovati medicinske in tehnične elemente, ki so potrebni za njegovo izdelavo.

Pripomoček, ki se izdelava po meri, se sme izročiti zavarovani osebi šele, ko se s strokovno kontrolo ugotovi, da je dobre kakovosti in da je uporaben v ta namen.

3. člen

Protetična sredstva (proteze) so namenjena za funkcionalno in estetsko nadomestitev izgubljenih delov okončin.

Ustrezajočo protezo dobi zavarovana oseba, če ji manjka vsa zgornja ali spodnja okončina ali njen del.

Skupaj s protezo za zgornjo okončino dobi zavarovana oseba funkcionalno kljuko in umetno roko. Poleg umetne roke na protezi dobi nepodložene usnjene rokavice za obe roki ali estetsko rokavico za protezo.

Skupaj s protezo za zgornjo ali spodnjo okončino dobi zavarovana oseba navleko za krn.

4. člen

Ortotična sredstva (ortopedski aparati in stezniki) dobi zavarovana oseba, ki jih potrebuje, da se prepreči ali korigirajo deformacije, kontrolirajo nehoteni gibi in doseže stabilizacija ali razbremenitev okončin ali hrbtenice.

5. člen

Elektronsko protetično in ortotično sredstvo dobi zavarovana oseba le izjemoma, če ji ga odobri izvršni odbor skupščine skupnosti po predhodno pribavljemem in utemeljenem mnenju strokovnega kolegija Ortopedske klinike v Ljubljani in če se z njim omogoči polna zaposlitev.

6. člen

Ortopedsko obutev dobi zavarovana oseba, če ji je potrebna zato:

1. ker ima več kot 2,5 cm krajšo spodnjo okončino, ne glede na to ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali pa dejanska),
2. ker ima zaradi izpaha ali preloma, ali zaradi večjih kostnih izrastkov močno deformiran gleženj ali stopalo — izvzemši deformacijo nožnih palcev (hallux valgus) in če se mora obutev izdelati po mavčnem odlitku,
3. ker ima močnejše dvignjeno stopalo (pes excavatus),
4. ker ima petno stopalo (pes calcaneus),
5. ker ima konjsko stopalo (pes equinus),
6. ker ima navznoter obrnjeno stopalo tipa pes equinovarus ali pes varus adductus, ali pes calcaneo-
valgus,
7. ker ima izrazite trofične spremembe z ulceracijami na stopalih,
8. ker ima paralično ali skoraj paralično stopalo (močna pareza),
9. ker ima močno deformirane prste stopal tako, da posamezni prsti jahajo na drugih prstih,
10. ker boleha za elefantiozo,
11. ker ji manjkajo na enem ali na obeh stopalih več kot dva prsta.

Otroci do dopolnjenega 14. leta dobijo ortopedsko obutev tudi, če imajo za 1,5 cm ali več krajšo spodnjo okončino, ne glede na to, ali je prikrajšava relativna ali absolutna (navidezna ali dejanska).

Šteje se, da je obutev sestavni del pripomočka, če zavarovana oseba:

1. potrebuje ortopedski aparat v zvezi z obutvijo,
2. potrebuje ortopedsko sandalo ali ortotično sredstvo z ortopedsko sandalo,
3. ne nosi ortotičnega sredstva, a ji je amputiran del narta ali petnice.

7. člen

Invalidski voziček dobi zavarovana oseba:

1. če sta ji amputirani obe nogi nad kolenom,
 2. če sta ji amputirani obe nogi pod kolenom, proteze pa so iz medicinskih vzrokov kontraindicirane ali jih ni mogoče amplicirati,
 3. če ji je amputirana ena noga, pa se ji zaradi progresivne bolezni noge ne more omogočiti hoja s protezo, ker se pričakuje poslabšanje njenega stanja,
 4. če ima popolnoma ohromele spodnje okončine in mora kljub aparatom večji del časa prebiti v vozičku,
 5. če ima težke deformativne procese velikih sklepov spodnjih okončin in zaradi tega sploh ne more hoditi,
 6. če ima hemiplegijo, medicinska rehabilitacija pa ni možna ali medicinsko ni indicirana zaradi drugih medicinskih vzrokov (srčne bolezni itd.).
- V primerih iz prvega odstavka tega člena dobi zavarovana oseba v uporabo standardni sobni tip ali kombinirani tip invalidskega vozička po lastni odločitvi.

Zavarovana oseba, ki je v delovnem razmerju ali opravlja dejavnost, na podlagi katere je zavarovana ali je na poklicni rehabilitaciji oziroma habilitaciji, dobi poleg invalidskega vozička sobnega tipa še v uporabo terenski invalidski voziček, na ročni ali nožni pogon.

8. člen

Zavarovana oseba dobi pomožne pripomočke, če so ji potrebni iz medicinskih vzrokov in sicer:

1. aparat za ekstenzijo v uporabo pri stanjih po prelomu hrbtenice, pri kompresivnem sindromu hrbtenega mozga in drugih stanjih, če je tak aparat nujen za medicinsko rehabilitacijo doma,
2. kilni pas, če ima inoperabilno umbilikalno, inguinalno ali femoralno kilo,
3. bergli ali berglo, če se ji omogoči s tem hoja in stoja ali je medicinsko indicirana razbremenitev spodnjih okončin.

9. člen

Druge pripomočke in sanitarne priprave dobi zavarovana oseba:

1. umetno dojko, če je bila zavarovani osebi-ženski amputirana dojka,
2. lasuljo, če je pri zavarovani osebi-ženski močnejše izražena trajna plešavost traumatske ali bolezenske geneze,
3. brizgalko za injekcije 2 cm³ z 12 iglami, če boleha za sladkorno boleznijo in je indicirano vbrizgavanje insulina,
4. dve endotrahealni kanili, če je prerezan sapnik,
5. stalni kateter, če ne more prazniti mehurja s prosto drenažo,
6. vrečico za vodo (receptor urina), če ji ni mogoče s sodobnimi zdravilnimi metodami urediti hotene izpraznitve sečnega mehurja,
7. pas z vrečico za blato ali sterilen holostom za tri mesece, če se črevesje prazni skozi umetno odprtino na trebušni strani.

10. člen

Proteze se izdelujejo iz standardnih materialov, in sicer ležišča iz plastične mase, lesa ali usnja, sestavni deli pa iz plastične mase, lesa, kovine, usnja, klobučevine ali gumija.

Ležišča protez se izdelujejo praviloma iz plastične mase, le izjemoma se zaradi stanja krna ležišče izdeluje iz lesa in usnja.

Navleka za krn se izdeluje iz materiala, ki ustreza tehničnim in medicinskim pogojem (volna, bombaž ali sintetična vlakna).

Ortotična sredstva se izdelujejo iz standardnih materialov, kovine, plastične mase, usnja, gumija ali iz tkanin.

Ortopedska obutev se izdeluje iz standardnega usnja; njena oblika je odvisna od oblike obremenjenega stopala.

Usnjene rokavice se izdelujejo iz standardnega usnja.

11. člen

Trajnostne dobe pripomočkov so odvisne od starosti, telesne konstrukcije in poklica zavarovane osebe ter se določajo po skupinah oseb in sicer:

I. skupina — osebe do dopolnjenega 7. leta starosti,

II. skupina — osebe nad 7 do dopolnjenega 18. leta starosti,

III. skupina — osebe, stare nad 18 let,

IV. skupina — osebe posameznih poklicev, pri katerih so zaradi delovnih pogojev in načina dela, telesne konstrukcije in konfiguracije terena pripomočki redno izpostavljeni intenzivnejši obrabi (stoja, hoja prekomerna telesna teža, neraven teren in podobno).

12. člen

Pripomočki morajo glede na skupine iz 11. člena tega pravilnika trajati najmanj:

1. proteza

a) za zgornjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	8 mesecev	8 mesecev
II. skupina	18 mesecev	18 mesecev
III. skupina	48 mesecev	36 mesecev
IV. skupina	36 mesecev	24 mesecev

b) za spodnjo okončino:

	s plastičnim ležiščem	z lesenim ležiščem	z usnjenim ležiščem
I. skupina	6 mesecev	6 mesecev	6 mesecev
II. skupina	10 mesecev	10 mesecev	10 mesecev
III. skupina	36 mesecev	24 mesecev	24 mesecev
IV. skupina	30 mesecev	24 mesecev	18 mesecev

2. navleka za krn 2 meseca,

3. estetska rokavica 6 mesecev,

4. nepodložene usnjene rokavice za I. in II. skupino 12 mesecev, za III. in IV. skupino 24 mesecev,

5. ortotična sredstva:

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	12 mesecev
III. skupina	24 mesecev
IV. skupina	18 mesecev

6. ortopedska obutev:

I. skupina	6 mesecev
II. skupina	8 mesecev
III. skupina	12 mesecev
IV. skupina	8 mesecev

7. invalidski voziček 60 mesecev,

8. kilni pas

I. skupina	3 mesece
II. skupina	8 mesecev
III. in IV. skupina	12 mesecev

9. berгле:

I. skupina	12 mesecev
II. skupina	18 mesecev
III. in IV. skupina	36 mesecev

10. umetna dojka 12 mesecev

11. lasulja

I. skupina	18 mesecev
II. skupina	24 mesecev
III. in IV. skupina	24 mesecev

12. brizgalka za injekcije 18 mesecev,

13. endotrahealna kanila,

— kovinska 12 mesecev,
— gumijasta ali plastična 8 mesecev,

14. stalni kateter 3 mesece,

15. vrečica za vodo 8 mesecev,

16. pas z vrečico za blato 8 mesecev,

17. holostom 100 komadov za 3 mesece.

13. člen

Nové pripomočke dobi po tem pravilniku zavarovana oseba po preteku rokov trajanja iz 12. člena tega pravilnika le, če se dotedanji obrabijo ali funkcionalno več ne ustrezajo ali postanejo zaradi okvare neuporabni, a se ne dajo popraviti oziroma bi bili stroški za njihovo popravilo večji kot cena novih pripomočkov.

14. člen

Pred potekom rokov trajanja pripomočkov iz 12. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov pripomoček oziroma se ji popravi stari pod pogoji, določenimi v 34. členu pravilnika o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

15. člen

Skupnost zagotovi zavarovanim osebam izdelavo pripomočkov po meri pri organizacijah:

1. ki izdelujejo oz. dobavljajo pripomočke v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki,

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik,

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred pretekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita skupnost in organizacija, ki izdeluje oziroma dobavlja pripomočke, s pogodbo.

16. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do pripomočkov določi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

17. člen

Ta pravilnik stopi v veljavo naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se od 1. januarja 1971.

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik
Franc Dragan, ing. l. r.

612.

Na podlagi 32. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na svoji seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

**o vrstah, indikacijah, standardih za materiale
in rokih trajanja očesnih pripomočkov**

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za očesne pripomočke, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost).

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene te vrste očesnih pripomočkov:

1. očala:

- s stekli v dioptrijah,
- z mlečnimi stekli,
- s temnimi stekli brez dioptrij,
- s temnimi stekli v dioptrijah,
- s temnimi stekli iz plastične mase,
- z bifokalnimi stekli,
- s specialnim sistemom leč (teleskopska očala),
- s temnimi stekli brez dioptrij, s stenopeično režo in ščitniki s strani (očala z luknjico);

2. kontaktna stekla;

3. očesne proteze.

3. člen

Očala s stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba za korekcijo ostrine vida na daljavo in bližino pri ametropiji ali prezbiopiji.

Očala z mlečnimi stekli dobi zavarovana oseba, ki ima diplopijo in monokularno afakijo, v primeru anizokorije.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij dobi zavarovana oseba v primerih:

1. spačenosti zunanjih delov očesa;
2. kroničnih recidivnih keratokonjunktivitisov;
3. kronična obolenja sprednjega segmenta očesa, zaradi skleritisa, keratitisa, iritisa ali iridociklitis;

4. obolenja očesnega ozadja ali očesnega živca, zaradi horioditisa, horioiretinitisa, retinitisa, nevrinitisa, atrofije očesnega živca in odstopa mrežnice;

5. po intraokularnih operacijah (mrene, odstranitvi tujka iz očesa ipd.), če je nastala po operaciji komplikacija — iritis, krvavitev v steklovini očesa ipd.

Očala s temnimi stekli v dioptrijah dobi zavarovana oseba, pri kateri je poleg obolenja iz prvega odstavka tega člena hkrati podano tudi kakšno obolenje, ki je navedeno v tretjem in osmem odstavku tega člena.

Očala s temnimi stekli iz plastične mase dobi zavarovana oseba, ki je slepa.

Očala z bifokalnimi stekli namesto dveh očal s stekli v dioptrijah za korekcijo vida na bližino in daljavo dobi zavarovana oseba pri ametropiji ali prezbiopiji, če je podana zaradi poklica in vrste dela, ki ga opravlja, potreba po sočasni korekciji ostrine vida na bližino in daljavo.

Očala s specialnim sistemom leč (teleskopska očala) dobi zavarovana oseba z visoko stopnjo slabovidnosti, pri kateri se ostrina vida na obeh očesih ne da zboljšati z navadnimi stekli za korekcijo in pri kateri se po mnenju očesne klinike z nošenjem takih očal dosega polovica normalne ostrine vida in omogoča opravljanje poklica.

Očala s temnimi stekli brez dioptrij in s ščitniki s strani, s stenopeično režo ali brez reže, dobi zavarovana oseba v primerih:

1. odstopa mrežnice,
2. krvavitve v steklovini očesa,
3. kroničnega pomladanskega katarja veznic (Conjunctivitis vernalis).

4. člen

Kontaktna stekla dobi zavarovana oseba v primerih:

1. keratokonusa;
2. monokularne (unilateralne) afakije (Aphakia unilateralis), kadar je leča na drugem očesu prozorna;
3. anizometrije, ki presega 3 dioptrije, in potrebe stereoskopskega vida v zvezi s poklicem;
4. ametropij, ki presegajo 5 dioptrij, kombiniranih z astigmatizmom, ki presega 3 dioptrije, pri katerem se s stekli v dioptrijah ne da doseči ostrina vida, večja kot 0,5 dioptrije;
5. obojestranskih afakij.

Kontaktna stekla dobi v primerih iz prvega odstavka tega člena zavarovana oseba, če očesna klinika ugotovi, da prenaša taka stekla in ji je uporaba takih stekel nujno potrebna za šolanje ali za opravljanje dela.

5. člen

Očesno protezo dobi zavarovana oseba:

1. polno pri anoftalmusu;
2. luskinsto pri delni odstranitvi ali atrofiji očesnega zrkla;
3. orbitalno, kadar so poleg atrofije očesnega zrkla skaženi tudi zunanji deli očesa.

6. člen

Očesne pripomočke predpisuje zdravnik specialist-
okulist, kolikor nj v tem pravilniku drugače določeno.

7. člen

Okviri za očala, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam, se delajo iz plastične mase, pri čemer morajo biti krilca ojačena s kovinsko armaturo.

Očesne proteze se delajo iz plastične mase, stekla, porcelana ali kakšne druge snovi, ki je primerna za to vrsto pripomočkov.

Če standardna oblika in velikost očesne proteze ne ustreza obliki in velikosti konjunktivalne vrečice, se izdelata očesna proteza po meri.

8. člen

Očesni pripomočki morajo trajati najmanj:

1. okviri očal:

— za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev,

— za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;

2. stekla in temna stekla v dioptrijah ter brez dioptrij:

— za zavarovane osebe — otroke in mladino do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev,

— za druge zavarovane osebe — 30 mesecev;

3. mlečna stekla, bifokalna stekla, teleskopska očala in kontaktna stekla — 30 mesecev;

4. očesne proteze:

— za zavarovane osebe do dopolnjenih 18 let — 18 mesecev,

— za druge zavarovane osebe — 30 mesecev.

Zavarovane osebe, ki imajo pravico do očesne proteze, imajo enkrat na leto pravico tudi do poliranja očesne proteze.

9. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nove očesne pripomočke in sicer:

1. stekla v dioptrijah, če se spremeni razlika v sferni korekciji za 0,5 ali v cilindrični korekciji za 0,25 dioptrijske;

2. teleskopska očala in kontaktna stekla, kadar je to potrebno po mnenju okulistične klinike.

Pred pretekom rokov trajanja iz 8. člena tega pravilnika dobi nov očesni pripomoček zavarovana oseba tudi, če postane pripomoček neuporaben zaradi poškodbe zavarovane osebe, ki ga nosi, pri delu ali zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb, kar ugotovi zdravnik specialista-okulist oziroma okulistična klinika.

10. člen

Skupnost zagotovi zavarovanim osebam očesne pripomočke pri organizacijah:

1. ki jih dobavljajo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

2. ki dajejo glede kakovosti izdelave in vzdržljivosti materiala garancijo za normalno uporabo pripomočka najmanj polovico roka trajanja, ki ga zanj določa ta pravilnik;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni. Garancijske roke in cene iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije v primeru, če se pripomoček pred potekom garancijskega roka brez krivde zavarovane osebe pokvari ali postane neuporaben, določita skupnost in organizacija, ki dobavlja pripomočke, s pogodbo.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do očesnih pripomočkov določi skupščina skupnosti v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

12. člen

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

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik

Franc Dragan, ing. l. r.

613.

Na podlagi 32. in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na svoji seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde za materiale in roke trajanja za slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora, ki so zagotovljeni zavarovanim osebam v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost).

2. člen

Zavarovanim osebam so zagotovljene tele vrste pripomočkov:

1. slušni aparat (amplifikator);

2. aparat za omogočanje glasnega govora (umetno grlo na podlagi električnega vibratorja — megafon).

3. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba, pri kateri je podana obojestranska izguba sluha, če se ga z zdravljenjem ne da izboljšati in je s tonalno in vokalno avdiometrično preiskavo ter s testiranjem karakteristik amplifikatorja ugotovljeno, da se da doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba, ki je trajno izgubila možnost govora zaradi bolezni, poškodbe ali operativnega posega na grlu, če se s testiranjem ugotovi, da se da s takim aparatom doseči zadovoljiv rehabilitacijski učinek in če učenje ezofagealnega govora ni prineslo zadovoljivega uspeha.

4. člen

Po 1. odstavku 3. člena tega pravilnika dobijo slušni aparat:

1. predšolski otroci, če se glede na njihovo mentalno stanje in stopnjo okvare sluha pričakuje razvoj govora ob izvedbi strokovnega rehabilitacijskega postopka s slušnim aparatom,

2. šolski otroci, če jim je s slušnim aparatom omogočeno spremljanje pouka,

3. gluhonemi otroci, če se jim z uporabo slušnega aparata olajša spremljanje pouka v specialnih oddelkih ali zavodih;

4. druge zavarovane osebe, ki so izgubile sluh na obeh ušesih za več kot 40 decibelov in ga ni mogoče izboljšati z zdravljenjem, če se jim s slušnim aparatom omogoči ugoden rehabilitacijski učinek, tj. karšnokoli sporazumevanje z govorom.

Slušni aparat se ne daje popolnoma gluhim.

5. člen

Slušni aparat dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja avdiološkega centra ali zdravnika specialista za bolezni ušes, nosa in grla, ki ima možnost, da z vokalnimi in tonalnimi avdiološkimi preiskavami ter s strokovnim testiranjem karakteristik amplifikatorja določi rehabilitacijski učinek in zagotovi rehabilitacijski postopek ter na podlagi tega ugotovi potrebo po dodelitvi aparata določenih elektroakustičnih karakteristik, ki bo v danem primeru najboljše ustrežal okvari sluha.

Aparat za omogočanje glasnega govora dobi zavarovana oseba na podlagi izvida in mnenja klinike za bolezni ušes, nosa in grla, ki predpisuje to vrsto pripomočkov.

6. člen

Zavarovana oseba ima ob pogojih 5. člena tega pravilnika pravico do standardnega žepnega slušnega aparata z vrvico, ki ji po elektroakustičnih karakteristikah ustreza.

Če zahteva zavarovana oseba slušni aparat drugačne oblike (aurikulete, aparat vdelan v očala in podobno), prevzema skupnost stroške do cene standardnega aparata iz 1. odstavka tega člena ob pogojih iz 5. člena tega pravilnika.

7. člen

Rok trajanja slušnega aparata je:

1. za otroke do dopolnjenih 7 let — 24 mesecev.
2. za otroke in mladino od dopolnjenih 7 let do dopolnjenih 18 let — 36 mesecev,
3. za druge zavarovane osebe — 48 mesecev.

Rok trajanja aparata za omogočanje glasnega govora je 48 mesecev.

Po preteku rokov trajanja iz prvega in drugega odstavka tega člena ima zavarovana oseba pravico do novega slušnega aparata oziroma aparata za omogočanje glasnega govora le, če se ugotovi, da je postal prejšnji neuporaben in da se ne da popraviti za nadaljnjo uporabo oziroma bi znašali stroški popravila več kot bi stal novi aparat.

8. člen

Pred pretekom rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika dobi zavarovana oseba nov slušni aparat le, če je postal prejšnji neuporaben zaradi poškodbe zavarovanca pri delu, ali če se sluh spremeni v tolikšni meri, da se s prejšnjim aparatom ne dosega zadovoljivega izboljšanja, a se ga da doseči z novim aparatom.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja smiselno tudi za zavarovano osebo, ki ima aparat za omogočanje glasnega govora.

9. člen

Skupnost zagotovi zavarovanim osebam slušne aparate in aparate za omogočanje glasnega govora pri organizacijah:

1. ki dajejo glede kakovosti izdelave in možnosti popraviljanja oziroma nadomeščanja delov aparata ter glede na elektroakustične karakteristike in trajnosti materialov, iz katerega so taki aparati izdelani, garancijo najmanj polovico rokov trajanja iz 7. člena tega pravilnika;

2. ki jih izdelujejo v skladu s strokovnimi medicinskimi predpisi in sodobnimi tehničnimi dosežki;

3. ki nudijo kvalitetne izdelke po najnižji ceni.

Garancijski rok iz prvega odstavka tega člena ter obveznosti organizacije, če bi se aparat brez krivde zavarovane osebe pred pretekom garancijskega roka pokvaril, postal neuporaben, morajo biti dogovorjeni v pogodbi z organizacijo, ki nabavlja in dobavlja aparate.

10. člen

Po preteku garancijskega roka iz 9. člena tega pravilnika zagotovi in prevzema stroške skupnost za dele aparata, ki so zaradi uporabe doslužili, oziroma popravilo aparata, ki se je pokvaril, ne da bi bila to zakrivila zavarovana oseba s svojim nepravilnim ravnanjem.

Določilo prejšnjega odstavka tega člena velja samo za aparat standardne oblike iz 6. člena tega pravilnika.

11. člen

Postopek za uveljavljanje pravic do slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora določi skupščina skupnosti v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

12. člen

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

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, ing. l. r.

614.

Na podlagi 4. odstavka 32. člena in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

o vrstah, indikacijah standardnih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetičnih sredstvih

1. člen

Ta pravilnik določa vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč in sredstva,

ki so zagotovljena zavarovanim osebam v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost).

Nova zobna protetična sredstva se smejo pred pretekem roka njihovega trajanja izdelovati samo ob pogojih, ki jih določa ta pravilnik.

2. člen

Zobna protetična pomoč in zobna protetična sredstva obsegajo v smislu tega pravilnika:

1. prevleke vseh vrst, všteti tudi lite plombe,
2. snemalne in fiksne proteze,
3. obturatorje,
4. opornice pri paradontopatiji,
5. ortopedске in ortodontske pripomočke.

3. člen

Prevleke (krone) se devljejo:

1. če je destruirana zobna krona in ne bi zadostovalo samo plombiranje,
2. na zobe, ki nosijo fiksne proteze,
3. če to zahteva lega zob,
4. na zobe, ki nosijo kljukice (po potrebi),
5. ker je treba urediti višino vgriza.

4. člen

Snemalne in fiksne proteze (mostovi) se izdelujejo v vseh primerih, kadar manjkajo zobje, razen:

1. fiksne proteze — kadar manjka po en zob med molarji (kočniki) ali premolarji (ličniki), če ne gre za prvi premolar;
2. snemalne proteze — kadar manjkata zadnja dva molarja (na eni ali obeh straneh čeljusti) ali kadar manjka po en zob med molarji in premolarji;
3. privesek z vgrizno ploskvo, privesek kot nadomestilo molarja ali privesek nazaj — če ne gre za manjkajoči stranski sekalec.

5. člen

Kadar manjkajo zavarovani osebi več kot trije zobje, eden za drugim, se ji izdelava praviloma snemalna proteza.

Kadar manjkajo zavarovani osebi več kot trije zobje eden za drugim se ji sme izdelati fiksna proteza, če to dovoljujejo razdalja med nosilnimi zobmi, okluzija in artikulacija ter če so nosilci mosta dovolj trdni in stabilni.

Fiksna proteza se sme pritrčiti tudi na modrostni zob, če je dovolj trden in stabilen in je s tem zagotovljeno določeno trajanje proteze.

6. člen

Začasna in imediatna proteza se izdelava zavarovani osebi, ki ji je ta potrebna za opravljanje njenega poklica ali zato, da se prepreči poslabšanje njenega splošnega zdravja, kadar manjkajo najmanj štirje zobje v spodnji ali zgornji vilici drugi pri drugem, od katerih sta najmanj dva sprednja.

7. člen

Za standardne materiale, iz katerih se smejo izdelovati zobna protetična sredstva, se štejejo:

1. za prevleke in fiksne proteze — polplemenite zlitine (auropal, palador in pod.) in akrilat;
2. za zobne fasete — akrilat in porcelan;
3. za proteze — akrilat, kavčuk, zlitina krom-kobalt, molibden ipd.;

4. za skeletirane proteze — zlitine kroma, kobalta in molibdena in pod.

8. člen

Zobna protetična sredstva morajo trajati:

1. prevleke in fiksne proteze iz polplemenitih zlitin — najmanj štiri leta;
2. prevleke na zobeh, ki nosijo parcialne proteze — najmanj tri leta;
3. parcialne proteze iz akrilata — najmanj tri leta;
4. prevleke iz akrilata — najmanj dve leti;
5. totalne proteze iz akrilata — najmanj pet let;
6. proteze s kovinsko ploščo — najmanj pet let;
7. začasne in imediatne parcialne proteze — najmanj šest mesecev;
8. začasne in imediatne totalne proteze — najmanj eno leto.

Opravičenost novega protetičnega sredstva iz 3. in 4. točke 2. člena tega pravilnika, za katero ni določen rok trajanja, presoja zdravniška komisija skupnosti na predlog posameznega zdravnika.

Roki trajanja, ki so navedeni v tem členu, tečejo od dneva, ko je zavarovani osebi nameščeno ustrezno zobno protetično sredstvo.

Zobna protetična sredstva, ki so navedena v tem členu, dobi zavarovana oseba po preteku predpisane roka trajanja le, če ugotovi posamezni zdravnik, da je postalo dotedanje zobno protetično sredstvo neuporabno.

Pred pretekom roka trajanja iz tega člena se sme izdelati zavarovani osebi novo protetično sredstvo le, če je dotedanje zaradi anatomske-patoloških in funkcionalnih sprememb postalo neuporabno. Opravičenost novega protetičnega sredstva presoja zdravniška komisija skupnosti.

V primerih, ko je pred potekom roka trajanja potrebna samo reparatura proteze, je potrebna obrazložitev zobnega terapevta v kartoteki in na obračunskem listu.

9. člen

Če izdelava zdravstvena delovna organizacija zobno protetično sredstvo iz plemenite kovine, ji mora zavarovana oseba nadomestiti razliko med vrednostjo standardnega materiala, ki ji je zagotovljen po tem pravilniku, in plemenito kovino, pri čemer se računa do 1,80 grama paladorja na zob oziroma krono.

10. člen

Postopek za uveljavljanje pravic v zvezi z izkazovanjem zobne protetične pomoči in izdelavo zobnih protetičnih sredstev zavarovanim osebam določa skupščina skupnosti v pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

11. člen

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

St. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica

Predsednik
Franc Dragan, inž. I. r.

615.

Na podlagi 2. odstavka 32. člena in 168. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica na seji dne 25. decembra 1970

PRAVILNIK

o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam

1. člen

Kadar gre do stroški za zdravstveno varstvo na račun skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: skupnost), se predpisujejo, izdajajo in zaračunavajo zdravila zavarovanim osebam tako, kot določa ta pravilnik.

2. člen

Zdravila se predpisujejo na obrazcu recepta za zavarovane osebe, v katerega se vpisujejo tile podatki:

1. skupnost zdravstvenega zavarovanja, ki je plačnik izdanega zdravila;
2. oblika zdravstvenega varstva;
3. registrska številka;
4. naziv države, če je zavarovan po konvenciji;
5. priimek in ime zavarovanca;
6. ime družinskega člana, starost bolnika v letih, če je star do dveh let pa v mesecih;
7. naslov bolnika;
8. vrsta zavarovanca (delavec, samostojna dejavnost itd.).

Podatki iz prvega odstavka tega člena se vpisujejo v ustrezne rubrike obrazca recepta iz zdravstvene izkaznice zavarovane osebe oziroma iz njenega vložka.

3. člen

Zdravnik, ki predpiše zdravilo, mora recept podpisati in pritisniti pod podpisom pečat s svojim imenom.

Izročanje podpisanih blanco receptnih obrazcev drugemu zdravniku ni dovoljeno; za posledice, ki iz tega nastanejo, odgovarjata po splošnih predpisih oba prizadeta zdravnika.

4. člen

Na receptu mora biti pečat zdravstvenega zavoda.

S pečati in obrazci za recepte oskrbuje zdravnik zdravstvena delovna organizacija, v kateri delajo, pooblaščenec zdravnik pa pristojna služba skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

5. člen

Recept mora biti napisan čitljivo.

Imena zdravil se smejo skrajševati samo toliko, da se s tem farmacevta ne more spraviti v zmotu.

Na posameznem receptu sme biti predpisano zdravilo samo za eno osebo.

Za sestavni del zdravila se šteje tudi pomožni material, ki je namenjen za uporabo predpisanega zdravila (kapalka, steklena paličica, redestilirana voda za raztopino in drugo).

Na hrbtni strani recepta se zdravila ne smejo predpisovati.

6. člen

Zdravnik je dolžan vsako predpisano zdravilo vpisati v zdravstveni karton zavarovane osebe in pri tem navesti skrajšano ime, količino in moč zdravila ter navodilo, dano za uporabo.

7. člen

Na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika ni mogoče predpisovati zavarovanim osebam:

1. zdravil, za katere v smislu zakona o prometu zdravil (Ur. l. SFRJ, št. 15/65) ni dano dovoljenje, da smejo biti v prometu v Jugoslaviji (neregistrirana zdravila); izjema so tista neregistrirana zdravila, ki jih dobijo bolniki ambulantno kot nadaljevanje hospitalnega zdravljenja, vendar samo na podlagi utemeljenega mnenja predstojnika ustrezne klinike ali ustreznega oddelka zdravstvene delovne organizacije, ki se ukvarja z znanstveno-raziskovalnim delom, če zdravljenje z registriranimi zdravili ni bilo uspešno;

2. zdravil, za katere je dano dovoljenje, da smejo biti v prometu, vendar samo za uporabo v ustreznih zavodih (Viocin, Cycloserin ipd.);

3. zdravil, katera se lahko uporabljajo samo pod stalnim nadzorom zdravnika v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah (Bykomycin, Kanamycin ipd.);

4. kemičnih sredstev, ki se uporabljajo za diagnoze (kontrastna sredstva ipd.);

5. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo ali dajejo neposredno pri nujni zdravniški pomoči izven bolnišnice;

6. material, ki se uporablja v zdravstveni delovni organizaciji za obvezovanje ran ali za trdno obvezo; izjemoma se sme predpisovati obvezilni material zavarovanim osebam na recepte v primerih, nadaljevanega kirurškega zdravljenja na domu, če bolnik ne more sam k zdravniku in če gre za večjo porabo obvezilnega materiala (postoperativna zdravljenja, razpadajoči karcinomi, fistulacije, anus praeter naturalis, decubitus itd.); v teh primerih je treba pripisati diagnozo;

7. zdravil in zdravilnih sredstev, ki se uporabljajo v zdravstvenih delovnih organizacijah s specialnimi napravami (inhalatorji, aerosol aparati itd.);

8. cepiv, serumov in drugih zdravil, pri katerih je nujna zdravnikova kontrola in zanje potrebna neposredna intervencija zdravstvenega delavca;

9. zdravil, ki jih dobivajo zavarovane osebe tisti čas, ko se zdravijo v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji.

8. člen

Zdravila, ki so našeta v 2. do 9. točki 7. člena tega pravilnika, preskrbuje zdravstvena delovna organizacija, razen v 6. točki navedene izjeme.

Kadar gre za nujen primer, pa zdravstvena delovna organizacija ne more preskrbeti zdravila iz 8. točke 7. člena tega pravilnika, ga predpiše zdravnik na posebnem obrazcu zdravstvene delovne organizacije. Na takem obrazcu mora biti označeno, da je zdravilo nujno, kar je prejemniku zagotovilo, da ga dobi, poleg tega pa mora biti na njem zapisano, da naroča zdravila zdravstvena delovna organizacija in z zdravnikovim podpisom potrjeno, da ga bo plačala zdravstvena delovna organizacija in da ni treba prejemniku nič zaračunati.

Vzajemne obveznosti, ki izvirajo iz izvajanja določb tega člena, posebno pa tiste, ki so v zvezi z olajšavami zavarovanim osebam za uporabo zdravil, uredijo natančneje skupnost in zdravstvene delovne organizacije z medsebojnimi pogodbami.

9. člen

Na posamezen recept se sme predpisati tolikšna količina zdravila, da glede na bolnikovo stanje in naravo obolenja zadošča do naslednjega napovedanega zdravniškega pregleda. Ta količina:

1. pri akutnih obolenjih ali stanjih praviloma ne sme presegati količine, ki zadošča za 10 dni;

2. pri kroničnih obolenjih ali stanjih, ko gre za stalno uporabo posameznega zdravila, ne sme presegati količine, ki zadošča za en mesec, največ pa za dva meseca (diabetes, tbc, kronični kardiopati, kronične hepatopatije, kronična vnetna revmatična obolenja, krvna obolenja, nevropsihiatrična obolenja, preventivno jemanje penicilina pri streptokoknih infekcijah, trajna terapija z urikozuricnimi sredstvi ipd.).

Če predpiše zdravnik večjo količino zdravila od količine, ki zadošča za 10 dni, mora zapisati v zdravstveni karton zavarovane osebe na kratko, zakaj je predpisal tolikšno količino zdravila. Na takšen recept mora zdravnik pripisati: »Necesse est«. Klavzula »Necesse est« ne sme biti tiskana in jo mora izpisati zdravnik lastnoročno.

Navodilo za uporabo zdravila mora biti popolno (npr.: »3-krat 2 tableti na dan« ipd.). Skupna količina predpisanega zdravila mora biti enaka količini po navodilu in napisana v njegovih enotah. V izjemnih primerih, kadar je količina potrebnega zdravila približno enaka njegovi količini v izvornem ovitku, sme predpisati toliko zdravila, kolikor ga vsebuje izvorni ovitek (npr.: če je po navodilu za uporabo zdravila potrebno 18 tablet, izvorni ovitek pa vsebuje 20 tablet; ali če je potrebnih 150 g raztopine, izvorni ovitek pa vsebuje 180 g ipd.).

10. člen

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam morajo zdravniki:

1. predpisovati zdravila le s svojega delovnega področja;

2. predpisovati, kadar gre za enakovredna zdravila, prvenstveno zdravila domače proizvodnje oziroma cenejše zdravilo;

3. pripisati tudi diagnozo pri dietnih preparatih, ki se v smislu zakona štejejo kot zdravila.

Pri predpisovanju zdravil zavarovanim osebam smejo zdravniki:

1. predpisati zdravilo s toksikomanogenim učinkom le, če je njegova uporaba medicinsko upravičena in nujna;

2. predpisati na receptu eno samo zdravilo, ki vsebuje eno samo sredstvo z narkotičnim učinkom.

Zdravnik ne sme predpisovati sebi in članom svoje družine zdravil s toksikomanogenim učinkom, razen v primerih prve pomoči. Farmacevt v nasprotnem primeru odkloni izdajo zdravila in smatra recept kot nepravilen.

11. člen

Farmacevt ne sme izdati zdravilo predpisano na receptu, ki ni pravilno izpolnjen in sicer:

1. če vsebinsko ni jasen,
2. če je navodilo o uporabi zdravila nepopolno;
3. če manjkajo potrebne oznake;
4. če so predpisane sestavine inkompatibilne;
5. če je pri zdravilu močnega učinka prekoračena dovoljena doza, ali če ta doza ni izpisana tudi z besedo oziroma ni postavljen klicaj in pripisan podpis zdravnika.

Farmacevt ne sme izdati zdravila s toksikomanogenim učinkom:

1. na popravljen recept ali na recept, čigar enkratna dovoljena količina je prekoračena;
2. če je preteklo več kot 5 dni od dneva, ko je bilo tovrstno zdravilo predpisano.

12. člen

Lekarna obvezno zadrži, zaradi evidence, recepte, predpisane na obrazcu zdravstvenega zavarovanja, čeprav je njegova vrednost izpod zneska zavarovanevega obveznega prispevka.

13. člen

Ob izdaji zdravila, predpisanega na obrazcu recepta iz 2. člena tega pravilnika, zaračuna lekarna prispevek za tista zdravila, za katera je skupščina skupnosti predpisala prispevek zavarovanih oseb.

Zaračunane zneske iz prvega odstavka tega člena obračunavajo lekarne oziroma zdravstvene delovne organizacije s skupnostjo tako, kot je to določeno v medsebojnih pogodbah.

14. člen

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

Št. 06-73/70

Nova Gorica, dne 25. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Nova Gorica**

Predsednik
Franc Dragan, inž. l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV RAVNE NA KOROŠKEM

616.

Na podlagi 68. in prvega odstavka 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 130. in 152. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem sprejela na seji dne 30. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za obvezne oblike zdravstvenega varstva, razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja in prispevek za nesreče pri delu ter obolenja za poklicno boleznijo

1

Stopnja prispevka za obvezne in razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja od vseh oblik delovnega razmerja se določi 6,30 % od bruto osebnega dohodka.

2

Stopnja prispevka za nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se določi na 1,00 % od osnov iz prve točke tega sklepa.

3

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

St. 01-1085/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem**

Predsednik
Rudi Delopst l. r.

617.

Na podlagi 68. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 130. in 152. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem sprejela na seji dne 30. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za čas, ko so zaposleni delavci na neplačanem dopustu

1

Zavežanci prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev so dolžni plačevati za svoje delavce, katerim se odobri koriščenje neplačanega dopusta ali ko ti upravičeno ali neupravičeno izostanejo z dela brez pravice do nadomestila, prispevek za zdravstveno zavarovanje za ves čas odsotnosti z dela v višini 6,30 % od bruto osnove.

2

Osnova za obračun prispevka za zdravstveno zavarovanje je poprečni osebni dohodek, ki ga je delavec dosegel v zadnjem mesecu pred mesecem, ko je nastopil neplačani dopust, ali ko je nastopila kakšna druga okolnost iz 1. točke tega sklepa.

3

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

St. 01-1086/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem**

Predsednik
Rudi Delopst l. r.

618.

Na podlagi 68. in prvega odstavka 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 130. in 152. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem sprejela na svoji seji dne 30. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje za določene kategorije zavarovancev

I

Za kategorije zavarovancev iz 5., 6. in 7. točke 14. člena, 15. člena in 29. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih:

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
1.	Jugoslovanski državljani, ki prejemajo pokojnino ali invalidnino izključno od tujih nosilcev zavarovanja, dokler prebivajo na območju skupnosti, če ni z mednarodno pogodbo drugače določeno — 5. točka prvega odstavka 14. člena ZZZ	71
2.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo polni delovni čas — 6. točka prvega odstavka 14. člena ZZZ	60
3.	Učenci v gospodarstvu in učenci poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu — 7. točka 1. odstavka 14. člena ZZZ	22
4.	Osebe iz 15. člena ZZZ, ki morajo zdravstveno zavarovati svoje družinske člane, ki živijo na območju skupnosti, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo pri tujem nosilcu zavarovanja, kjer so sami zavarovani	71
5.	Uživalci stalnih priznavalnin, oziroma stalne družbene denarne pomoči, ki jim jih dodeli družbeno-politična skupnost, če jim ni zagotovljeno zdravstveno varstvo na drugi podlagi ali po drugih predpisih — 1. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	69
6.	Osebe na prostovoljni praksi (volonterji), ki ne dobivajo osebnega dohodka, če delajo najmanj polovico polnega delovnega časa — 2. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	51
7.	Učenci strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev — 3. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	20
8.	Otroci, ki jih je zavarovanec vzel k sebi in jih preživlja, vnuki, brati, sestre in drugi k sebi vzeti otroci, pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancev-delavcev — 4. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	20
9.	Osebe na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta — 5. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	71

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
10.	Osebe, ki jih pošlje delovna organizacija ali ustanova pred sklenitvijo delovnega razmerja kot svoje štipendiste na praktično delo v drugo organizacijo, da se tam strokovno usposobijo ali izpopolnijo — 6. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	51
11.	Osebe, ki se udeležujejo mladinskih delovnih akcij ali organiziranih javnih del, če delajo na takih delih najmanj 6 ur na dan — 7. točka 1. odstavka 29. člena ZZZ	20
12.	Osebe, ki se pri opravljanju dolžnosti po predpisih o varstvu pred požarom ali kot pripadniki gasilskih enot med strokovnim izobraževanjem ali izpopolnjevanjem poškodujejo in zaradi te dejavnosti ali v zvezi prvega odstavka 29. člena ZZZ	20
13.	Osebe, ki kot pripadniki teritorialnih enot pri izvajanju nalog teritorialne enote ali kot pripadniki civilne zaščite zaradi te dejavnosti oziroma v zvezi z njo zbolijo — 9. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	20
14.	Osebe, ki so na predvojaškem pouku — taborjenju — 10. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	11
15.	Uživalci invalidnine po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki niso na kakšni drugi podlagi po tem zakonu zavarovani za vse zavarovane primere, taki uživalci invalidnine so zavarovani samo za primer, če jim je potrebno zdravljenje v zvezi s poškodbo ali boleznijo, ki je povzročila telesno okvaro, zaradi katere imajo pravico do invalidnine — 11. točka prvega odstavka 29. člena ZZZ	69

Zavarovane osebe iz 1. točke tega sklepa so zdravstveno zavarovane za obvezne oblike zdravstvenega varstva ter za razširjene oblike zdravstvenega zavarovanja po statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Osebe iz točke I/2 in I/3 pa so zavarovane tudi za nesrečo pri delu in obolenja za poklicno boleznijo.

II

Za kategorije zavarovancev iz 30. člena ZZZ se določijo prispevki za zdravstveno zavarovanje v mesečnih pavšalnih zneskih, in sicer:

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
1.	Osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod za zaposlovanje — 1. točka prvega odstavka 30. člena ZZZ	40
2.	Učenci strokovnih šol in gimnazij ter študenti višjih in visokih šol, fakultet in umetniških akademij, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom — 2. točka prvega odstavka 30. člena ZZZ	10
3.	Pripadniki teritorialnih enot in civilne zaščite, ki se poškodujejo pri izvajanju nalog teritorialne enote oziroma civilne zaščite — 3. točka prvega odstavka 30. člena ZZZ	10
4.	Osebe, ki so na pouku v oddelkih predvojaške vzgoje — 4. točka prvega odstavka 30. člena ZZZ	10
5.	Osebe, ki se udeležujejo organiziranih javnih del ali mladinskih delovnih akcij, če jim ni za-	

Tek. št.	Kategorija	Pavšalni znesek prispevka din
10	gotovljeno zdravstveno varstvo na kakšni drugi podlagi — 5. točka prvega odstavka 30. člena ZZZ	10
6.	Osebe, ki pretrpijo poškodbo na določenih javnih akcijah ali pri opravljanju določenih javnih funkcij ali dolžnosti, če so po predpisih o invalidskem zavarovanju med tako aktivnostjo zavarovane za invalidnost kot posledico nesreče pri delu — 6. točka 1. odstavka 30. člena ZZZ	10

Zavarovanci prvega odstavka II. točke tega sklepa so zavarovani le za obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki jih kot take določa zakon ter za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo.

III

Sklad invalidsko-pokojninskega zavarovanja plačuje za upokojence in uživalce pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju, ki so zavarovani pri skupnosti — 5. točka prvega odstavka 14. člena ZZZ — prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini 5,10% bruto, oziroma po preračunani neto stopnji od izplačanih pokojnin oziroma invalidnin in oskrbnin.

IV

Zavodi za zaposlovanje plačujejo za vse osebe dokler so redno prijavljene pri zavodu — 4. točka prvega odstavka 14. člena ZZZ — prispevek za zdravstveno zavarovanje v višini 5,10% bruto, oziroma po preračunani neto stopnji.

Osnova za obračun prispevka je poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejemajo denarno nadomestilo med začasno nezaposlenostjo.

V

Za zavarovane osebe iz 15. člena ZZZ se plačuje prispevek od čistega poprečnega mesečnega osebnega dohodka, ki so ga imele te osebe na svojem delovnem mestu v Jugoslaviji pred odhodom oziroma v letu pred odhodom, v katerem so se zaposlile v tujini.

Osebe, ki so bile pred odhodom v tujino nezaposlene in osebe, iz prvega odstavka te točke sklepa, katerih čisti znesek osebnega dohodka ne dosega zneska pavšalnih osnov, ki so v nadaljevanju navedene, pa plačujejo prispevek za zdravstveno varstvo od tehle mesečnih pavšalnih zneskov — osnov:

	din
1. za osebe z visoko strokovno izobrazbo	5.000
2. za visoko kvalificirane delavce in osebe z višjo strokovno izobrazbo	3.800
3. za kvalificirane delavce in osebe s srednjo strokovno izobrazbo	3.100
4. za priučene delavce in osebe z nižjo strokovno izobrazbo	2.600
5. za nekvalificirane delavce in osebe brez strokovne izobrazbe	2.100

Prispevki se obračunavajo in plačujejo za zdravstveno zavarovanje po 6,30% bruto stopnji za obvezne in razširjene oblike ter 1,00% bruto stopnji za nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo, preračunanih na neto prispevne stopnje.

Zavezanci plačujejo najmanj polovico obračunane prispevka v valuti, v kateri so jim bili izplačani oziroma v kateri so prejeli osebne dohodke.

VI

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, prenehajo veljati vsi predpisi, ki se nanašajo na plačevanje pavšalnih prispevkov za zdravstveno zavarovanje in predpisi, ki se nanašajo na plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje v tujini zaposlenih oseb.

VII

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

Št. 01-1087/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem

Predsednik

Rudi Delopst l. r.

619.

Na podlagi 68. in prvega odstavka 69. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 130. in 152. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem sprejela na svoji seji dne 30. decembra 1970

SKLEP

o merilih za razvrščanje v zavarovalne razrede — osnove za plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojne poklicne dejavnosti

1

S tem sklepom se določajo zavarovalni razredi in zavarovalne osnove, od katerih se plačujejo prispevki za zdravstveno zavarovanje oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, in sicer za:

1. osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost in so po veljavnih predpisih vpisane v register oziroma ustrezno evidenco, ter samostojne gostince, ki opravljajo po predpisih o zasebnem gostinstvu gostinsko dejavnost in so vpisane v register oziroma ustrezno evidenco;

2. odvetnike, ki so vpisani v register pri odvetniški zbornici,

3. katoliške duhovnike,

4. športnike — amaterje,

5. kolporterje tiska in

6. druge osebe, ki opravljajo ter jo predpisi opredeljujejo za samostojno poklicno dejavnost.

2

Za osebe, ki opravljajo obrt ali obrti podobno dejavnost, prevozniško dejavnost in samostojne gostince, ne glede na letno davčno osnovo se določijo naslednji zavarovalni razredi in osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Letna davčna osnova din	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevka din
od 6.001 do 6.000	VII	600
od 10.001 do 10.000	VI	800
od 20.001 do 20.000	V	1.200
od 30.001 do 30.000	IV	1.700
od 45.001 do 45.000	III	2.200
od 60.001 do 60.000	II	2.800
nad 60.000	I	3.400

Zavarovane osebe iz prvega odstavka te točke se razvrščajo v zavarovalne razrede in se jim določa osnova za obračunavanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje na podlagi odločbe o davčni osnovi za preteklo leto, ki so jo te osebe dolžne predložiti skupnosti najpozneje do 31. maja tekočega leta za preteklo leto.

Ob prvi prijavi v zavarovanje, ki jo mora predložiti oseba iz prvega odstavka te točke tega sklepa v osmih dneh po vpisu v register oziroma ustrezno evidenco se razvrsti v VI. zavarovalni razred z osnovo 800.— din. Zavarovančev družinski član, ki izpolnjuje pogoje za zdravstveno zavarovanje — 18. člen ZZZ, se razvrsti v isti zavarovalni razred kot nosilec obrti oziroma obrtne ali gostinske dejavnosti.

3

Odvetniki se glede na letno osnovo osebnega dohodka od intelektualnih storitev razvrstijo v naslednje zavarovalne razrede in osnove, od katerih plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Letna osnova osebnega dohodka / od intelektualnih storitev din	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevkov din
od 30.001 do 30.000	IV	1.700
od 45.001 do 45.000	III	2.200
od 60.001 do 60.000	II	2.800
nad 60.000	I	3.400

4

Katoliški duhovniki se ne glede na pokojninsko dobo in starost razvrstijo v enotni razred in se jim določa osnova od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ne glede na pokojninsko dobo in starost	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevka din
Katoliški duhovniki	I	1.100

5

Sportnikom — amaterjem, ki prejemajo hranarino se določa mesečna osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje:

ne glede na športno dejavnost
osnova 900

6

Kolporterjem tiska se določa mesečna osnova, od katere plačujejo prispevek za zdravstveno zavarovanje: ne glede na pokojninsko dobo in starost

Pavšalna osnova 900

7

Drugim osebam, ki opravljajo dejavnost in jo po predpisih opredeljujemo kot samostojno poklicno dejavnost, se določa mesečna osnova, od katere plačuje prispevek za zdravstveno zavarovanje:

Ne glede na pokojninsko dobo in starost	Zavarovalni razred	Mesečna osnova za obračun prispevka din
nižja srednješolska izobrazba	II	900
višja in visokošolska izobrazba	I	1.500

8

Osnove za obračunavanje in plačevanje prispevkov za zdravstveno zavarovanje, ki so navedene od 2. do 7. točke tega sklepa so neto zavarovalne osnove na katere se uporabljajo neto prispevne stopnje.

Zavarovanci iz 2. in 3. točke sklepa se razvrščajo v zavarovalne razrede na podlagi odločb o davčnih osnovah vsakega 1. julija v letu.

Zavarovalne osnove iz 2. do 7. točke sklepa se valorizirajo vsakega 1. julija v letu z valorizacijskim koeficientom, ki ga ugotovi skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja s posebnim sklepom na podlagi gibanja povprečnih osebnih dohodkov na območju skupnosti.

9

Zavarovalne osnove, določene s tem sklepom, se uporabljajo do 30. junija 1972.

10

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

Št. 01-1088/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem**

**Predsednik
Rudi Delopst l. r.**

620.

Na podlagi drugega odstavka 74. in 130. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem na seji dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

**o višini povračila stroškov nastanitve in prehrane
zavarovanih oseb**

1

Povračilo stroškov nastanitve in prehrane med potovanjem in bivanjem v drugem kraju (v nadaljnjem besedilu »dnevnic«) se določi v pavšalnem znesku in sicer:

- 40 din, če zavarovana oseba prenočuje v drugem kraju.
- 30 din, če zavarovana oseba ne prenočuje v drugem kraju.

Zavarovanim osebam starim do 7 let pripada polovico dnevnice iz a) in b) podtočke prejšnjega odstavka.

2

Zavarovani osebi, ki potuje oziroma biva v drugem kraju pripada dnevnic iz prejšnjega odstavka:

— če traja potovanje oziroma bivanje nad 12 ur, cela dnevnic,

— če traja potovanje oziroma bivanje nad 8 do 12 ur, polovica dnevnice,

— če traja potovanje oziroma bivanje do 8 ur, ne pripada dnevnic.

Za potovanje oziroma bivanje, ki traja neprekinjeno nad 24 ur pripada ena cela dnevnic, za ostanek časa nad 24 ur pa v skladu s prvim odstavkom te točke.

3

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za potovanja po 1. januarju 1971.

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, preneha veljati sklep št. 01-617/65, ki ga je sprejela skupščina komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem na seji dne 4. junija 1966.

Št. 01-1131/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem**

**Predsednik
Rudi Delopst l. r.**

621.

Na podlagi 78. in 130. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Ravne na Koroškem na seji dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o zneskih pogrebne za zavarovane osebe

1

Znesek pogrebne se določi v pavšalnem znesku in znaša glede na starost umrle zavarovane osebe:

- | | |
|--|-----|
| | din |
| — za zavarovano osebo staro nad 15 let . . . | 850 |
| — za zavarovano osebo staro od 7 do 15 let . . . | 550 |
| — za zavarovano osebo staro od 1 do 7 let . . . | 460 |
| — za zavarovano osebo staro do 1 leta . . . | 420 |

2

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za umrle zavarovane osebe po 1. januarju 1971.

Z dnem, ko se začne uporabljati ta sklep, preneha veljati sklep o zneskih pogrebne za zavarovane osebe (Uradni list SRS, št. 40/69).

Št. 01-1132/1-70

Ravne na Koroškem, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Ravne na Koroškem**

**Predsednik
Rudi Delopst l. r.**

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
CELJE**

622.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in 77. člena statuta skupnosti je sprejela skupščina na svoji seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov skupnosti za zdravstveno zavarovanje kmetov Celje za leto 1971

1. člen

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic, ki so določene z zakonom in statutom skupnosti.

2. člen

Finančni načrt za leto 1971 izkazuje:

	din
— skupnih dohodkov	17.078.000
— obvezna rezerva	416.000
— čistih dohodkov	16.662.000
— skupnih izdatkov	16.662.000

3. člen

Skupni dohodki za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja se zagotavljajo:

- s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
- s prispevkom za osebe po 31. členu zakona;
- s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;

- s prispevkom družbeno-političnih skupnosti;
- drugimi dohodki, ki jih določa statut.

Zbrana sredstva iz prejšnjega odstavka se med letom delijo po planu v razmerju 80 % za obvezne oblike in 40 % za druge po statutu določene pravice in oblike zdravstvenega varstva ter ostale izdatke zdravstvenega zavarovanja.

4. člen

Rezerva znaša 2,5 % od vsakega v letu 1971 na žiro račun plačanega prispevka.

5. člen

Od skupnih izdatkov za zdravstveno zavarovanje odpade na:

	din
— izdatke zdravstvenega varstva	15.162.000
— druge izdatke	1.500.000

6. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo so namenjena za kritje izdatkov:

- zdravniške preglede in druge vrste medicinske pomoči v splošnih in specialističnih ambulantah, zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih zavodih, zdravila, pregledi in nega in zdravljenje bolezni zob in ust, zobotehnična in protetična sredstva, prevozi z reševalnimi avtomobili, preventiva in drugi izdatki.

Drugi izdatki zajemajo:

- povračila službi za izvajanje zdravstvenega zavarovanja, povračila občinskim skupščinam za odmero, evidentiranje in izterjevanje prispevkov, stroške samouprave in ostale izdatke.

7. člen

Od sredstev po finančnem načrtu iz drugega člena tega sklepa odpade za osebe iz 31. člena zakona:

	din
— skupnih dohodkov	612.000
— obvezna rezerva	12.000
— skupnih izdatkov	600.000

8. člen

Razdelitev sredstev za zdravstveno varstvo izvrši med posamezne zdravstvene zavode izvršilni odbor skupnosti po sprejetih izhodiščih družbenega dogovora.

Izvršilni odbor spremlja izvajanje finančnega načrta in v primeru večjih odstopanj predlaga skupščini ukrepe za uskladitev potrošnje.

9. člen

Dohodki in izdatki se zajemajo in izkazujejo za poslovno leto po predpisanem kontnem načrtu in pravilniku o organizaciji in načinu vodenja knjigovodstva skupnosti in drugimi predpisi, ki veljajo za skupnost.

10. člen

Podrobna razdelitev dohodkov in izdatkov po posameznih vrstah in temeljna izhodišča družbenega dogovora ter sklepi skupščine, ki se nanašajo na izvajanje in financiranje zdravstvenega zavarovanja, so sestavni del tega sklepa.

11. člen

Ta sklep velja naslednji dan po objavi v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za leto 1971.

Št. 022-3/70-2/4-S/12

Celje, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje**

Predsednik
Alojz Senica l. r.

623.

Na podlagi 93. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) in 77. člena statuta je sprejela skupščina skupnosti za zdravstveno zavarovanje kmetov Celje na svoji seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov za leto 1971 za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovancem-kmetom po zakonu in statutu skupnosti

1. člen

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic, ki so določene z zakonom in statutom skupnosti za osebe iz 31. člena zakona:

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. ali 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.

2. člen

Potrošnja, predvidena s finančnim načrtom se mora v letu 1971 gibati v okviru dohodkov, upoštevajoč pri izdatkih izhodišča družbenega dogovora o financiranju zdravstvenega zavarovanja v naslednjem letu.

3. člen

Finančni načrt izkazuje:

	dn
— skupnih dohodkov	612.000
— rezerva	12.000
— skupnih izdatkov za zdravstveno varstvo	600.000

4. člen

Dohodki se zagotavljajo s prispevkom, določenim s posebnim sklepom.

5. člen

Rezerva znaša 2,5 % od skupnih dohodkov.

6. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo so namenjena za kritje izdatkov:

— zdravniške preglede in druge vrste medicinske pomoči v splošnih in specialističnih ambulantah, zdravljenje v stacionarnih zdravstvenih zavodih, zdravlila, pregled, nega in zdravljenje bolezni zob in ust, prevozi z reševalnimi avtomobili, zobotehnična in protetična sredstva, preventiva in drugi izdatki.

7. člen

Dohodki in izdatki za zdravstveno varstvo se zajemajo in izkazujejo za poslovno leto po kontnem načrtu in pravilniku o organizaciji in načinu vodenja knjigovodstva skupnosti in drugimi predpisi, ki veljajo za skupnost.

8. člen

Način razdelitve izdatkov na posamezne vrste ter ostale odredbe o izvajanju tega sklepa se smiselno uporabljajo določila sklepa o finančnem načrtu dohodkov in izdatkov skupnosti za zdravstveno zavarovanje kmetov Celje za leto 1971.

9. člen

Ta sklep velja od dneva objave v Uradnem listu SRS, uporablja pa se za leto 1971 in se daje v smislu 94. člena zakona v izjavo po posebnem pooblastilu skupščini občine Celje.

Št. 022-3/70-2/4-S/13

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

624.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 37. ter 40. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o postopku, pogojih in načinu uveljavljanja zdravstvenega varstva in o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil

1. člen

Kadar uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje zavarovane osebe svoje pravice do zdravstvenega varstva, se analogno uporabijo določila pravilnika o postopku, pogojih in načinu kako uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Celje zavarovane osebe svoje pravice do zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 46/70).

2. člen

Kadar uveljavijo pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje zavarovane osebe svoje pravice do zdravil, se analogno uporabijo določila pravilnika o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Uradni list SRS, št. 46/70).

3. člen

V primerih iz 1. in 2. člena tega sklepa pa prispevajo zavarovane osebe k stroškom (plačajo participacijo) kot to predpisuje sklep o višini prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 46/70).

4. člen

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

Št. 022-3/70-2/4-S/11

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

625.

Na podlagi 117. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 35. člena statuta Skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o višini prispevka zavarovanih oseb (participacija) k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva

I

Vse, pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje zavarovane osebe plačajo, kadar uveljavijo pri katerikoli zdravstveni delovni organizaciji na območju tuk. skupnosti pravico do katere od oblik zdravstvenega varstva, pravico do zdravil in kontracepcijskih sredstev in pravico do izdiranja zob; ki so jim zagotovljene s statutom skupnosti k stroškom prispevek (participacija) v višini, ki je določena s tem sklepom.

Kadar javijo pravico do katere od oblik zdravstvenega varstva ali pravico do zdravil v zdravstveni delovni organizaciji izven območja skupnosti, pa prevzame skupnost za uveljavljeno pravico toliko stroškov, da plačajo prispevek k stroškom (participacija) v višini, ki jo določa sklep skupnosti kmetov na območju, na katerem je pravica uveljavljena.

II

Prispevek plača zavarovana oseba pri zdravstveni delovni organizaciji, ki je zdravstveno varstvo oziroma uslugo nudila, v gotovini.

III

Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravstvenega varstva, prispeva k stroškom (participacija) naslednje zneske za tele storitve:

— 50 % od cene obiska za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu ob isti bolezni (diagnozi), kadar se opravi na zahtevo zavarovane osebe.

Prispevek se plača samo za en obisk, ne glede na število članov gospodinjstva, ki jih je treba pri istem obisku pregledati;

— 50 % od cene storitev za zdravniške preglede (splošne in specialistične — ambulantno zdravljenje).

Prispevka ne plačajo hospitalizirane zavarovane osebe;

— 25 % za bolnišnično zdravljenje v splošni in specialnih bolnišnicah do 30. dneva zdravljenja.

IV

Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do zdravila ali do kontracepcijskega sredstva, ki ga predpiše zdravnik na obrazcu recepta za zdravstveno zavarovane osebe na račun skupnosti, plača zavarovana oseba za vsako izdano zdravilo ali kontracepcijsko sredstvo, ne glede na njegovo ceno, ob izdaji v lekarni ali kakoli drugi zdravstveni delovni organizaciji:

— 50 % od cene za vsako izdano zdravilo ali kontracepcijsko sredstvo.

V

Kadar zavarovana oseba uveljavlja pravico do izdiranja zob (34. člen statuta) prispeva k stroškom:

— 50 % od cene po enotnem ceniku.

VI

Prispevki k stroškom (participacija) predpisani s tem sklepom, se ne plačajo:

1. Kadar zavarovana oseba uveljavlja po 32. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in obveznih oblikah zdravstvenega varstva predpisane obvezne oblike zdravstvenega varstva v obsegu in po merilih, kot je to določeno v členih 33 do 40 zakona in sicer:

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

— 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;

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

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

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

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

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

2. Kadar gre za najni prevoz duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico ali hudo poškodovanih ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnišnici.

3. Kadar gre za ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti in mladine — zavarovanih oseb iz 5. odstavka 22. člena statuta.

4. Kadar gre za zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah od 31. dneva zdravljenja dalje.

5. Kadar dobi zavarovana oseba kri, krvno plazmo in krvne derivate.

VII

Z dnem, ko začne veljati ta sklep, preneha veljati sklep o zagotovitvi in določitvi pravic iz zdravstvenega zavarovanja pri Komunalni skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje zavarovanim osebam (Uradni list SRS, št. 8/68 in št. 34/68).

VIII

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

St. 022-3/70-2/4-S/10

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

626.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 55. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za po zakonu zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in za po statutu določene pravice zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo zavarovanci — kmetje

1. člen

S tem sklepom se določi prispevek za po zakonu zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in za po statutu določene pravice zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo zavarovanci skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje, ki jih določa 16. člen zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70).

2. člen

Prispevek, ki ga plačujejo zavarovanci, se določi: 21 % od katastrskega čistega dohodka, dohodka iz gozda in drugih dohodkov kmetijskega gospodarstva; 123,80 din na člana zavarovančevega gospodinjstva, ki znese primerjalno izražen na vse družinske člane istega gospodinjstva; 404,80 din, upoštevajoč stanje na dan 31. decembra 1970.

3. člen

Prispevke po tem sklepu evidentirajo, odmerjajo, pobirajo in izterjujejo za finance pristojni organi občinskih skupščin.

4. člen

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

Št. 022-3/70-2/4-S/13

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

627.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 55. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov

1. člen

S tem sklepom se določi prispevek, ki ga plačajo lastniki in zakupniki kmetijskih zemljišč ter delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo zunaj delovnega razmerja zavarovanca — kmeta ali člana njegovega gospodinjstva, zavarovanega pri skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje.

2. člen

Stopnja prispevka po tem sklepu se določi v višini 2 % od bruto izplačanega kosmatega zaslužka v primerih iz 1. člena tega sklepa.

3. člen

Zavezanci prispevka iz prvega člena tega sklepa morajo vsako tako zaposlitev prijaviti najkasneje do 1. novembra vsakega leta skupnosti oziroma organu, ki evidentira, odmerja, pobira in izterjuje prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

4. člen

Prispevke po tem sklepu evidentirajo, odmerjajo, pobirajo in izterjujejo za finance pristojni organi občinskih skupščin.

5. člen

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

Št. 022-3/70-2/4-S/14

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

628.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 55. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje nekaterih kategorij zavarovanih oseb — kmetov (31. člen zakona)

1. člen

S tem sklepom se določi prispevek, ki se plačuje za:

1. preužitkarje in njihove zakonce, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

2. uživalce stalnih preživalin, ki jih prejema od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij in njihove ožje družinske člane;

3. člane družinske in gospodinske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. ali 17. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70), ki se na zavarovančevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in tudi ne spadajo med družinske člane zavarovance

2. člen

Prispevek po tem sklepu se določi v pavšalnem mesečnem znesku 50 din (600 din letno) za vsako osebo iz 1. člena tega sklepa.

3. člen

Prispevek po tem sklepu plačujejo:

1. za osebe iz 1. člena tega sklepa — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
2. za osebe iz 2. točke 1. člena tega sklepa — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
3. za osebe iz 3. točke 1. člena tega sklepa — lastnik zemljišča.

4. člen

Prispevke iz tega sklepa evidentira, odmerja in pobira skupnost oziroma delovna organizacija, ki jo skupnost pooblasti, da zanjo opravlja strokovne, finančne in administrativne zadeve.

5. člen

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

Št. 022-3/70-2/4-S/15

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

629.

Na podlagi tretjega odstavka 91. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in drugega odstavka 61. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Celje na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o odmerjanju in pobiranju prispevkov za zdravstveno zavarovanje kmetov

1. člen

Prispevke, ki jih določata:

1. sklep o določitvi prispevka za po zakonu zagotovljene obvezne oblike zdravstvenega varstva in za po statutu določene pravice zdravstvenega zavarovanja, ki ga plačujejo zavarovanci — kmetje (Uradni list SRS, št. 46/70) in

2. sklep o določitvi prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov (Uradni list SRS, št. 46/70) evidentirajo, odmerjajo, pobirajo in izterjujejo za leto 1971 za finance pristojni organi občinskih skupščin (davčne uprave).

2. člen

Prispevke, ki jih določa sklep o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje nekaterih kategorij za-

varovanih oseb — kmetov (31. člen zakona) evidentira, odmerja in pobira za leto 1971 komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje.

3. člen

Komunalni zavod za socialno zavarovanje Celje je pooblaščen, da sklene v soglasju z izvršilnim odborom z davčnimi upravami dogovor v smislu tretje-ga odstavka 91. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

4. člen

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

Št. 022-3/70-2/4-S/16

Celje, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Celje

Predsednik
Alojz Senica l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
KOPER

630.

Na podlagi 55., 56., 57., 58., 59. in 61. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Koper na seji dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971

1

Prispevki za zdravstveno zavarovanje kmetov se za leto 1971 določajo v pavšalnem znesku na zavarovane družinske člane in v odstotku od katastrskega dohodka, od osebnega dohodka iz gozda in drugih dohodkov.

2

Pavšalni prispevek za družinske člane se določi v višini 80 din letno, stopnja prispevka od katastrskega dohodka pa v višini 25 %.

Osební dohodek iz gozda ter dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti se pri odmeri prispevka prišteva-jo katastrskemu dohodku, če tega ni, pa se prispevek samostojno odmeri po stopnji iz prejšnjega odstavka.

3

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

4

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci. Stopnja prispevka se določi na 1 % od kosmatega zaslužka, ki ga prejema zavarovanec tega zavarovanja za delo sam ali s svojimi delovnimi sredstvi pri drugi delovni organizaciji ali tretji osebi.

5

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

St. 402-78/70-5/IV

Koper, dne 30. decembra 1970

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Koper**

Predsednik
Doran Dolgan l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
LJUBLJANA**

631.

Na podlagi 66. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana za 1971. leto

1

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja skladno z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in statutom skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana ter sredstva za kritje primanjkljajev, nastalih v 1970. letu.

2

Sredstva sklada se morajo uporabljati namensko in racionalno.

3

Finančni načrt izkazuje:

	din
— skupnih dohodkov	22,404.820
— obvezno rezervo	367.292
— čistih dohodkov	22,037.528
— skupnih izdatkov	22,037.528

4

V skupne dohodke skupnosti se stekajo sredstva iz naslednjih virov:

— prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov od katastrskega dohodka, dohodka od gozda in drugih dohodkov kmetijskih gospodarstev;

— prispevek v obliki letnega pavšala na zavarovano osebo;

— prispevek, 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;

— prispevek Socialistične republike Slovenije z odstopom republiškega prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti;

— prispevek občinskih skupščin za socialno ogrožene zavarovance;

— povračilo iz sklada obveznega pozavarovanja;

— povračila regresnih zahtevkov in drugi dohodki.

5

Cisti dohodek skupnosti se bo uporabil za:

	din
— zdravstveno varstvo	17,497.816
— ostale stroške	1,747.900
— za kritje primanjkljaja, nastalega v 1970. letu	2,791.812

6

Sredstva za zdravstveno varstvo se bodo uporabljala za izvajanje zdravstvenega varstva na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov za 1971. leto, na podlagi sklenjenih pogodb z zdravstvenimi delovnimi in drugimi organizacijami.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana se pooblašča, da lahko rebalansira posamezne postavke sredstev določenih s finančnim načrtom za zdravstveno varstvo.

Skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana lahko spremeni elemente finančnega načrta med letom, če se spremenijo instrumenti formiranja dohodka in predpisi, ki regulirajo potrošnjo sredstev skupnosti.

7

Dohodki in izdatki skupnosti se izkazujejo za poslovno leto po veljavnem kontnem načrtu.

8

V rezervo skupnosti se vlaga 1/60 ustvarjenih dohodkov tekom 1971. leta.

9

Izvršilni odbor je dolžan spremljati izvrševanje finančnega načrta, v primeru večjega odstopanja pa predlagati skupščini ukrepe za uskladitev potrošnje.

10

Izvršilni odbor razporeja sredstva za operativne izdatke skupnosti.

11

Podrobnejša razčlenitev dohodkov in izdatkov z obrazložitvijo je sestavni del tega sklepa.

12

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

St. 190/E-21/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana**

Predsednik
Alojz Jakopič l. r.

632.

Na osnovi 66. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana na svoji seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o finančnem načrtu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov za zavarovane osebe na osnovi 31. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva za 1971. leto

1

S finančnim načrtom se zagotavljajo sredstva za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja skladno z zakonom o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) (v nadaljnjem besedilu: zakon) in statutom skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (v nadaljnjem besedilu: statut) ter sredstva za pokritje primanjkljaja nastalega v 1970. letu.

Sredstva sklada se morajo uporabljati namensko in racionalno.

2

Finančni načrt izkazuje:

	din
— skupnih dohodkov	1.342.630
— obvezno rezervo	22.010
— čistih dohodkov	1.320.620
— skupnih izdatkov	1.320.620

3

V skupne dohodke skupnosti se stekajo sredstva iz naslednjih virov:

— pavšalni prispevek, ki ga plačuje tisti, ki je obremenjen s prevžitkom: za prevžitkarje in njihove zakonce, ki jim je kmečki prevžitek glavni vir za preživljanje in niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

— pavšalni prispevek, ki ga plačujejo občine oziroma delovne organizacije, ki so preživnino priznale: za užitvalce stalnih preživnin;

→ pavšalni prispevek, ki ga plačuje lastnik zemljišča: za člane svoje družinske in gospodinjске skupnosti, ki se na njegovem zemljišču ukvarjajo kmetijsko dejavnostjo kot z edinim in glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in na osnovi 20. člena zakona ne spadajo med njegove družinske člane

4

Čisti dohodek sklada se bo uporabil za:

	din
— zdravstveno varstvo	1.085.850
— upravno materialne stroške	90.400
— za kritje primanjkljaja, nastalega v 1970. letu	144.370

5

Sredstva za zdravstveno varstvo se bodo uporabljala za izvajanje zdravstvenega varstva na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov za 1971. leto, na podlagi sklenjenih pogodb z zdravstvenimi in delovnimi organizacijami.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana se pooblašča, da lahko rebalansira posamezne postavke sredstev določenih s finančnim načrtom za zdravstveno varstvo.

Skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana lahko spremeni elemente finančnega načrta med letom, če se spremenijo instrumenti formiranja dohodka in predpisi, ki regulirajo potrošnjo sredstev skupnosti.

6

Dohodki in izdatki skupnosti se izkazujejo za poslovno leto po veljavnem kontnem načrtu.

7

V rezervo skupnosti se vlaga 1/60 ustvarjenih dohodkov tekom 1971. leta.

8

Izvršilni odbor je dolžan spremljati izvrševanje finančnega načrta, v primeru večjega odstopanja pa predlagati skupščini ukrepe za uskladitev potrošnje.

9

Izvršilni odbor razporeja sredstva za operativne izdatke sklada.

10

Podrobnejša razčlenitev dohodkov in izdatkov z obrazložitvijo je sestavni del tega sklepa.

11

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

Št. 190/E-21/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana

Predsednik
Alojz Jakopič l r.

633.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 48. člena statuta Skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

o stopnji prispevka in višini pavšalnega prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov ter prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci

1

Prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov po 1. točki, prvega odstavka 89. člena zakona o zdrav-

stvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) se določita v odstotku od katastrskega dohodka, dohodka od gozda in drugih dohodkov kmetijskih gospodarstev in v pavšalnem znesku na zavarovano osebo.

2

Stopnja prispevka od katastrskega dohodka, dohodka od gozda in drugih dohodkov kmetijskih gospodarstev znaša 34%, pavšalni znesek na zavarovano osebo znaša letno 178 din.

3

Stopnja prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov iz 2. točke, prvega odstavka 89. člena zakona, znaša 2% od kosmatega zaslužka.

Delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci obračunajo in plačajo prispevek iz 1. odstavka skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov ob izplačilu zaslužka.

4

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

Št 190/E-17/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana**

Predsednik
Alojz Jakopič 1 r.

634.

Na podlagi 93. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) ter 53. člena statuta Skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

**o pavšalnem znesku prispevka za zdravstveno
zavarovanje kmetov**

1

Pavšalni znesek prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za osebe iz 31. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) znaša 729 din letno.

2

Pavšalni prispevek iz 1. točke plačujejo:

— tisti, ki je obremenjen s preužitkom za: preužitkarje in njihove zakonce, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje in niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

— občine oziroma organizacije, ki so priznale preživnino za: uživalce stalnih preživnin in njihovim ožjim družinskim članom;

— lastnik zemljišča za: člane svoje družinske in gospodinjske skupnosti, ki se na njegovem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo, kot z edinim ali glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in po 20. členu zakona ne spadajo med njegove družinske člane.

3

Pavšalni prispevek iz 1. točke sklepa plačujejo zavezanci tromesečno skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov.

4

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

Št. 190/E-17/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana**

Predsednik
Alojz Jakopič 1 r.

635.

Na podlagi 87. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 30., 31. ter 32. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana (Uradni list SRS, št. 43/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ljubljana na seji dne 29. decembra 1970

SKLEP

**o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za oblike
zdravstvenega varstva, navedene v 31. in 32. členu
statuta skupnosti**

1

Zavarovane osebe prispevajo k stroškom zdravstvenega varstva:

1. 10% stroškov za zdravljenje v bolnišnicah za prvih 30 dni;

2. 50% stroškov za:

- a) splošno in specialno ambulantno zdravljenje;
- b) preglede in zdravljenje na bolnikovem domu in za potne stroške zdravnika;
- c) zdravila, pomožni material namenjen za uporabo zdravil in sanitetni material, če niso vračunane v ceni posamezne zdravstvene storitve.

2

Kmetje-zavarovanci iz 88. člena zakona in kmetje-borci za severno mejo (Uradni list SRS, št. 37/68) ter njihovi ožji družinski člani imajo ne glede na 1. točko tega sklepa pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu in pod enakimi pogoji, kakršno je zagotovljeno zavarovancem-delavcem.

3

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

St. 190/E-17/70

Ljubljana, dne 29. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ljubljana**

Predsednik

Alojz Jakopič l. r.

5

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

St. 022-36/70

Maribor, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik

Martin Slodnjak l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
MARIBOR**

636.

Po prvem odstavku 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s prvim odstavkom 56. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor sprejela na rednem zasedanju dne 30. decembra 1970

SKLEP

o določitvi stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971

1

Stopnja prispevka, ki ga plačujejo zavarovanci — kmetje, se določi na 20% od katastrskega dohodka in na pavšalni znesek 100 din na zavarovano osebo.

2

Stopnja prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov, se določi na 2%.

3

Osnova za odmerjanje in plačevanje prispevka od katastrskega dohodka je katastrski dohodek od negozd-nih površin in dohodek iz gozda.

Osnova za odmerjanje in plačevanje pavšalnega zneska je število zavarovanih oseb gospodarstva na dan 31. decembra 1970.

4

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka iz 2. točke tega sklepa je izplačani kosmati zaslužek.

637.

Na podlagi 93. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 60. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na zasedanju dne 30. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačene v pravicah z zavarovanimi osebami v zdravstvenem zavarovanju kmetov

I

Za osebe iz 3. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (v nadaljnjem besedilu: statut) se določijo prispevki za zdravstveno varstvo v mesečnih pavšalnih zneskih:

Zap. št.	Kategorija izenačenih oseb	Mesečni pavšalni prispevek v dinarjih
1.	Preužitkarji in njihovi zakonci, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem (1. točka 61. člena statuta)	30
2.	Uživalci stalnih preživnin, ki jih prejema od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij, in njihovi ožji družinski člani (2. točka 61. člena statuta)	30
3.	Člani družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. ali 17. členu zakona, ki se na zavarovancevem zemljišču ukvarja s kmetijsko dejavnostjo kot z edinim ali glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in tudi ne spadajo med družinske člane zavarovanca po 20. členu zakona (3. točka 61. člena statuta)	30

II

Zavezanci za plačevanje prispevkov pod I. tega sklepa so:

1. za osebe iz 1. točke — oseba, ki je obremenjena s prežitkom;
2. za osebe iz 2. točke — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživitino;
3. za osebe iz 3. točke — lastnik zemljišča.

III

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu za nazaj.

IV

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

St. 022-35/70

Maribor, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik

Martin Slodnjak l. r.

638.

Po drugem in tretjem odstavku 49. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s 35. členom statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na rednem zasedanju dne 30. decembra 1970

SKLEP

o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom za nekatere oblike zdravstvenega varstva

I

Zavarovane osebe prispevajo del stroškov za naslednje oblike zdravstvenega varstva:

1. 20 % stroškov:
 - za zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah za prvih 30 dni;
2. 50 % stroškov:
 - a) za ambulantno zdravljenje (splošno in specialno);
 - b) za zdravljenje na bolnikovem domu;
 - c) za zdravila, kolikor niso zagotovljena v celoti na račun skupnosti kot obvezne oblike zdravstvenega varstva;
3. 20 din
 - za potne stroške zdravniškega obiska na domu.

II

Prispevka ne plačajo zavarovane osebe, kadar gre za uveljavljanje oblik zdravstvenega varstva, ki jih kot obvezne določa zakon.

III

Prispevek zavarovanih oseb k stroškom posameznih oblik zdravstvenega varstva je dohodek ustrezne zdravstvene delovne organizacije, ki zagotovi zdravstveno varstvo, oziroma ki dobavlja zdravila. Za znesek prispevkov po tem sklepu se zmanjša račun zdravstvene delovne organizacije, katerega plačnik je sklad zdravstvenega zavarovanja kmetov.

IV

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

St. 022-34/70

Maribor, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik

Martin Slodnjak l. r.

639.

Po četrtem in petem odstavku 37. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na zasedanju dne 30. decembra 1970

SKLEP

o uporabi ustreznih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor glede določitve načina predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega ter sanitetnega materiala, indikacij za zobno protetično zdravljenje, zobna protetična sredstva, proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave njihove standarde in trajnostno dobo za pravice zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju kmetov

I

Za pravice zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju kmetov se uporabljajo naslednji splošni akti skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor:

1. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam (Uradni list SRS, št. 46-584/70);
2. Pravilnik o vrstah zobnih protetičnih sredstev, indikacijah za zobno protetično pomoč, standardih za material in rokih trajanja zobnih protetičnih sredstev (Uradni list SRS, št. 46-586/70);
3. Pravilnik za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave (Uradni list SRS, št. 46-587/70);
4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov (Uradni list SRS, št. 46-585/70);
5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora (Uradni list SRS, št. 46-588/70);

II

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

St. 022-37/70

Maribor, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik
Martin Slodnjak l. r.

640.

Po drugem odstavku 90. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor na XVIII. rednem zasedanju dne 30. decembra 1970

SKLEP

o pooblastilu zdravniške komisije skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor za naloge o pravicah zavarovanih oseb v zdravstvenem zavarovanju kmetov

I

Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju pritožb zoper odločbe skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor in za posredovanje ob ugovorih zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih delovnih organizacijah in pri zdravnikih se pooblasti zdravniška komisija skupnosti zdravstvenega zavarovanja-delavcev Maribor.

II

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

St. 022-38/70

Maribor, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor**

Predsednik
Martin Slodnjak l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
MURSKA SOBOTA**

641.

Na podlagi 5. tč. 72. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-437/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov na svojem rednem zasedanju dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o finančnem načrtu za leto 1971

I

Sprejme se finančni načrt sklada skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota za leto 1971, ki izkazuje 13.882.000 din čistih dohodkov in prav toliko izdatkov.

II

V skladu z 72. členom zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva se med letom odvaja v obvezno rezervo 1,5 % od skupnih dohodkov sklada.

III

Dohodki od prispevkov za zdravstveno zavarovanje kmetov se delijo 55 % na obvezne oblike zdravstvenega varstva in 45 % za pravice iz zdravstvenega zavarovanja kmetov, ki so določene s statutom skupnosti.

IV

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

St. 01/1-1625/70

Murska Sobota, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota**

Predsednik
Franc Sagaj l. r.

642.

Na podlagi 50., 51., in 53. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42-437/70) in 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota na svojem zasedanju dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o določitvi prispevkov za obvezne in druge oblike zdravstvenega zavarovanja kmetov

I

Prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota znaša:

1. 15% od katastrskega dohodka negozdnih površin in dohodka iz gozda, od drugih dohodkov kmetijske dejavnosti in drugih dohodkov zavarovancev in njihovih družinskih članov, ki so zavarovani po določbah zakona skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov;

2. 150 din pavšalnega prispevka za zavarovano gošpodarstvo;

3. 2% od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki ga opravijo zavarovane osebe v zdravstvenem zavarovanju kmetov;

4. 30 din pavšalnega mesečnega prispevka za prevžitkarje in uživalce stalnih preživnin (1. in 2. tč. 31. in 39. čl. zakona).

I

Prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov se plačuje tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

Za zavarovance iz 3. tč. 31. oz. 93. člena zakona, če lastnik zemljišča ni zavarovan po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju kmetov, se predpisujejo prispevki po 1. in 2. tč. tega sklepa.

Če je kmetijsko zemljišče dano v najem kmetijski organizaciji se prispevek odmeri od najemnine, kmetijska organizacija pa plačuje razliko prispevka obračunanega od katastrskega dohodka v najem vzetega zemljišča.

III

Prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja, evidentira in izterjuje pristojni občinski upravni organ po predpisih, ki veljajo za prispevke in davke občanov.

IV

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

Št. 01/1-1624/70

Murska Sobota, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota**

Predsednik
Franc Sagaj l. r.

643.

Na podlagi prvega odstavka 72. člena v zvezi s 30. členom statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o udeležbi zavarovanih oseb skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota pri stroških za posamezne oblike zdravstvenega varstva

I

Kadar zavarovane osebe skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: skupnosti kmetov) uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva določene v 29. čl. statuta skupnosti kmetov, prispevajo same k stroškom:

10% za zdravljenje v splošnih in kliničnih bolnišnicah od 31. dneva dalje;

— za invalidski voziček, kadar je le ta zavarovani osebi glede na njeno zdravstveno stanje nujno potreben;

20% za zdravljenje v splošnih in kliničnih bolnišnicah za prvih 30 dni zdravljenja;

50% za ambulantno zdravljenje (splošno in specialistično) in zdravljenje na bolnikovem domu, če to nujno zahteva zdravstveno stanje zavarovane osebe;

— nadomestno ali nadaljevanje bolnišničnega zdravljenja v zdraviliščih ali zavodih za rehabilitacijo;

— za zdravila in drugi pomožni material, če je potreben za zdravljenje;

— za zdravljenje zobnih bolezni ter za izdiranje in plombiranje zob;

— za proteze in nujne ortopedске pripomočke.

II

Ta sklep začne veljati osmi dan po objavi v Uradnem listu SRS. Do uveljavitve tega sklepa se uporabljajo dosednji predpisi.

Št. 01/1-1637/1-1970

Murska Sobota, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota**

Predsednik
Franc Sagaj l. r.

644.

Na podlagi prvega odstavka 72. člena v zvezi z 32. in 35. členom statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (Uradni list SRS, št. 42/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota na svojem rednem zasedanju dne 30. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o začasni uporabi nekaterih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota

I

Dokler skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Murska Sobota (v nadaljnjem besedilu: skupnost kmetov) ne sprejme svojih splošnih aktov predvidenih v 32. in 35. čl. statuta skupnosti kmetov, se tudi za področje zdravstvenega zavarovanja kmetov smiselno uporabljajo pravilniki, ki jih je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Murska Sobota.

II

Začasno se uporabljajo naslednji pravilniki:

1. Pravilnik o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja;

2. Pravilnik o predpisovanju, izdajanju in izračunavanju zdravil;

3. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;

4. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobnoprotenično pomoč in zobnoproteničnih sredstvih;

5. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja slušnih pripomočkov za omogočanje glasnega govora;

6. Pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in rokih trajanja očesnih pripomočkov.

III

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

Št. 01-1/1629/1-1970

Murska Sobota, dne 30. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Murska Sobota**

Predsednik
Franc Sagaj l. r.

**SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
NOVA GORICA**

645.

Na podlagi 58. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) ter 56. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica sprejela na svoji seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o določitvi stopnje prispevka oziroma višine prispevkov za zdravstveno zavarovanje in obvezne oblike zdravstvenega varstva kmetov od 1. januarja 1971 dalje

I

Prispevek za zdravstveno zavarovanje in obvezne oblike zdravstvenega varstva kmetov se določi v odstotku od katastrskega dohodka negozdnih površin in drugih dohodkov iz 57. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov ter v pavšalnem znesku na člana zavarovančevega gospodinjstva.

II

Prispevek od katastrskega dohodka negozdnih površin in drugih dohodkov iz 57. člena statuta se določi po 32% stopnji.

Prispevek v pavšalnem znesku od zavarovane osebe se določi v višini 100 dinarjev na člana zavarovančevega gospodinjstva.

III

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

Št. 06-94/70

Nova Gorica, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica**

Predsednik
Boris Martinuč l. r.

646.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) ter 59. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica sprejela na svoji seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov

I

Delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci, ki zaposlijo za občasno delo zunaj delovnega razmerja zavarovanca-kmeta ali člana njegovega gospodinjstva, zavarovanega v zdravstvenem zavarovanju kmetov so dolžne plačevati prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov po tem sklepu.

Prispevek iz prejšnjega odstavka znaša:

— 2% od izplačanega kosmatega zaslužka, pri tem se ne odšteje v zaslužku všteto povračilo za lastna delovna sredstva;

— 1% od izplačanega kosmatega zaslužka, če gre za občasno delo samo z ročnim orodjem.

II

Prispevek iz prejšnje točke se nakazuje na žiro račun skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov ob izplačilu zaslužkov.

III

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

Št. 06-94/70

Nova Gorica, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica**

Predsednik
Boris Martinuč l. r.

647.

Na podlagi 34. in 80. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica na svoji seji dne 28. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o udeležbi zavarovanih oseb k stroškom za posamezne oblike zdravstvenega varstva

I

Zavarovane osebe, ki so zdravstveno zavarovane v skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica, prispevajo del stroškov za naslednje oblike zdravstvenega varstva; kolikor ne gredo v celoti v breme skupnosti po 31. in 32. členu statuta:

	%
1. za ambulantno zdravljenje (splošno in specialistično) in zdravljenje na bolnikovem domu	50
2. za zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah za prvih trideset dni	20
3. za zdravila in pomožni sanitetni material, če je potreben za zdravljenje	50
4. za zdravljenje zobnih bolezni	50

2

Zavarovana oseba plača del stroškov po 1. točki tega sklepa zdravstveni delovni organizaciji, v kateri je uveljavila zdravstveno varstvo.

3

Zavarovanci-kmetje borci NOV in španski borci ter njihovi ožji družinski člani iz 37. člena statuta, ki uživajo zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovanci-delavci, prispevajo k stroškom za posamezne oblike zdravstvenih storitev v enaki višini kot je določeno za zavarovance-delavce.

4

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

Št. 06-94/70

Nova Gorica, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica**

Predsednik
Boris Martinuč l. r.

648.

Na podlagi 1. točke 80. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica, je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica sprejela na svoji 17. seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

1

V skladu z določbami statuta in pravilnika o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja kmetov se za uveljavljanje pravic do zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, ortopedskih pripomočkov, zobotehnične pomoči in zobnoproteničnih sredstev ter drugih pripomočkov primerno uporabljajo za zavarovane osebe v skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica ustrezni pravilniki skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica in sicer:

1. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za protetična in ortotična sredstva in sanitarne priprave;

2. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja očesnih pripomočkov;

3. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za materiale in rokih trajanja slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora;

4. pravilnik o vrstah, indikacijah, standardih za material in o rokih trajanja za zobno protetično pomoč in protetičnih sredstvih;

5. pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam;

6. pravilnik o izdajanju in uporabi zdravstvene izkaznice in drugih obrazcev v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja.

2

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

Št. 06-94/70

Nova Gorica, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica**

Predsednik
Boris Martinuč l. r.

649.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica na 16. seji dne 27. novembra 1970

STATUT

skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica so ustanovili kmetje z območja občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu: zakon) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodbe in poroda.

Skupnost so ustanovili kmetje po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica.

2. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance-kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno prebivališče na območju občin iz prejšnjega člena in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V tej skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot uživalci prevžitka, preživitnine ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjjski člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnikov zavarovanega po drugih predpisih.

4. člen

Skupnost zagotavlja tudi drugim osebam tiste oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon kot obvezne za vse občane, če stalno prebivajo na območju katere izmed občin iz 1. člena tega statuta in če ji je to nalogo poverila tista občina s sporazumom, s katerim je urejeno 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 in pri tem samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih določijo zavarovanci zase in za člane svojih gospodinjstev, veljajo tudi za osebe, ki jim zagotavlja zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom in, ki jim varstvo zagotavlja ta skupnost.

8. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 22. 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 delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti in poškodb in izboljševanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb, sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in delovnimi ter drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne upora-

be sredstev, sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem sredstev za skupne ukrepe in akcije.

Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti. Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja.

12. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa zakon oziroma, ki jih določijo skupnosti na območju republike, se ta skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon in ta 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 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 zdravstveno delovno organizacijo.

Ce uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa ta statut.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva, zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah zakona in tega statuta.

15. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, z udeležbo družbeno-političnih skupnosti in z drugimi dohodki, kot to določa zakon. Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanja, 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 smotrne porabe sredstev in neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovaneec-kmet iz 1. odstavka 19. člena tega statuta, pravico:

- voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa ta statut,
- izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta,
- predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut,
- sodelovati v svojem zboru zavarovancev,
- sodelovati v razpravah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut,

— postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

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

17. člen

Zavarovancu v skupnosti preneha svojstvo zavarovanca, ko prenehajo pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane zavarovanec druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 22. člena tega statuta z dnem, ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

18. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo zdravstvenega zavarovanja kmetov ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določata zakon in ta statut.

Drugi del

ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

19. člen

Za zavarovance-kmete nosilce zavarovanja se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic.

Šteje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic oseba:

— ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz 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 razmerju;

— 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.

Za zavarovance-kmete se štejejo tudi člani gospodinjstva oseb iz 2. odstavka tega člena, če jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo.

Za zavarovance-kmete po tem členu se ne štejejo tisti, ki se sicer ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo pa imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja iz drugega naslova, in tudi ne njihovi družinski in gospodinjstveni člani.

20. člen

Če opravljajo osebe iz 19. člena tega statuta tudi samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če imajo iz kmetijske dejavnosti pretežni del svojih dohodkov.

2. Zavarovani gospodinjstveni člani

21. člen

Kot člani gospodinjstev zavarovancev-kmetov so zavarovani naslednji družinski člani, če jim ni na kakšni drugi podlagi zagotovljeno zdravstveno varstvo:

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 in glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke in bratje, sestre in vnuki iz druge točke 1. odstavka so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo pa do konca rednega šolanja, najdalj pa do dopolnjenega 26. leta starosti.

Če postanejo otroci iz prve točke in bratje, sestre ter vnuki iz druge točke 1. odstavka pred dopolnjenjo predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo, v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih zavarovanec preživlja.

3. Osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo

22. člen

Kot osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo, se štejejo:

— prevžitkarji in njihovi zakonci, ki jim je kmečki prevžitek glavni vir za preživljanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem;

— uživalci stalnih preživnin, ki jih prejema od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij in njihovi ožji družinski člani;

— člani družinske in gospodinjstvene skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanca po 14. ali 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.

4. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Zavarovanci-kmetje in njihovi gospodinjstveni člani (v nadaljnjem besedilu: zavarovane osebe) pridobijo lastnost zavarovane osebe z dnem, ko nastanejo okolnosti, ki so pogoj za njihovo zavarovanje in preneha z dnem, ko preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico te skupnosti.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovanec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovanec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

26. člen

Če skupnost komu odreče lastnost zavarovane osebe, mora izdati o tem odločbo v dveh mesecih od dneva prijave v zavarovanje. Odločba, izdana po tem roku, ima pravne posledice samo za naprej.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

Osebam iz 22. člena tega statuta, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovancem-kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem prevžitka ali preživnine pa z dnem, ko začno pridobivati prevžitek ali preživnino.

Tretji del

PRAVICE IZ ZAVAROVANJA

29. člen

Zavarovanim osebam v tej skupnosti je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam v breme skupnosti, kolikor ni določeno v tem statutu, da za določene oblike zdravstvenega varstva same prispevajo del stroškov.

31. člen

Obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki jih zakon zagotavlja zavarovanim osebam in ki gredo v celoti v breme skupnosti, so:

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

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

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

4. polno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do 15. leta starosti.

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

6. 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 in sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje.

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Zdravstveno varstvo iz prvega odstavka tega člena je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejeti program skupnosti.

32. člen

Razen obveznih oblik zdravstvenega varstva iz 31. člena tega statuta gredo v celoti v breme skupnosti tudi naslednje oblike zdravstvenega varstva:

1. nujni prevozi duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico in hudo poškodovanih ali obolelih oseb, za katere je nujen poseg v bolnišnici.

2. ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti.

3. zdravljenje v splošnih specialnih bolnišnicah od 31. dneva dalje.

4. kri in krvna plazma za transfuzije, kadar je ta nujna za zdravljenje.

33. člen

Zavarovane osebe prispevajo del stroškov za naslednje oblike zdravstvenega varstva, kolikor ne gredo v celoti v breme skupnosti po 31. in 32. členu tega statuta:

1. za ambulatno zdravljenje (splošno in specialistično) in zdravljenje na bolnikovem domu.

2. za zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah za prvih 30 dni.

3. za zdravila in pomožni material, če je potreben za zdravljenje.

4. za zdravljenje zobnih bolezni.

34. člen

Skupščina skupnosti določi s splošnim aktom, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz 33. člena tega statuta mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba ne sme biti večji od 50 odstotkov.

35. člen

Oblike zdravstvenega varstva, ki niso zajete v 31., 32. in 33. členu tega statuta ne gredo v breme skupnosti.

36. člen

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

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

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

Skupščina skupnosti določi način predpisovanja, izdajanja in plačevanja zdravil ter pomožnega in sanitetnega materiala, lahko pa tudi sklene, da velja za to skupnost ustrezní splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica.

37. člen

Zavarovanci-kmetje, ki so bili udeleženci španske državljanske vojne in tisti, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945 ter njihovi ožji družinski člani, imajo poleg pravic, ki jim pripadajo kot zavarovancem-kmetom pri skupnosti, v breme SR Slovenije še pravico do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, ki je zagotovljen zavarovancem-delavcem in njihovim ožjim družinskim članom v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju te skupnosti.

Zavarovancem-kmetom — borcem narodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 in španskim borcem, je v skupnosti zagotovljeno, poleg zdravstvenega varstva iz prvega odstavka tega člena, v breme republike, podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnem zdravilišču.

Stroški za obseg zdravstvenega varstva po prvem in drugem odstavku tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen drugim zavarovancem-kmetom in njihovim družinskim članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

38. člen

Pravico do zdravstvenega varstva ima zavarovana oseba do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe. Začeto zdravljenje, ki ga zagotavlja ta statut, se nadaljuje po izgubi lastnosti zavarovane osebe, dokler se ne ugotovi invalidnost I. kategorije oziroma nastanek nezmožnosti za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

39. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po tem statutu, v zdravstveni delovni organizaciji in pri zdravniku, ki si ga prosto izberejo.

Skupščina skupnosti določi s pravilnikom pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva.

Če zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji, s katero skupnost nima sklenjene pogodbe o nujenju zdravstvenega varstva, prevzema 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 sklenila pogodbo o nujenju zdravstvenega varstva.

40. 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. V teh primerih se povrne stroške do zneska, kolikor bi po tem statutu bremenili skupnost za podobno zdravljenje v domovini. Skupnost povrne ali plača stroške zdravstvenega varstva v mejah zakonitih predpisov o deviznih sredstvih, če pa to ni mogoče, povrne stroške v dinarjih.

Skupnost sme, upoštevajoč svoja sredstva, napolniti 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 povrne skupnost zavarovani osebi stroške takšnega zdravljenja v tujini praviloma v deviznih sredstvih v mejah zakonitih predpisov, če pa to ni mogoče, v dinarskih sredstvih.

V primerih iz prvega in drugega odstavka tega člena mora zavarovana oseba prispevati k stroškom enak znesek, kot bi ga morala prispevati za isto obliko zdravstvenega varstva v domovini.

41. člen

Zavarovana oseba plača sama dodatne stroške, ki jih povzroči s tem, da se neupravičeno ne podredi navodilom zdravnika ali določbam hišnega reda v zdravstveni delovni organizaciji, v kateri se zdravi.

42. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebe iz 22. člena tega statuta.

Četrty del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

43. člen

Zdravstveno varstvo lahko uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico.

Obrazec zdravstvene izkaznice in način njenega izdajanja in uporabe ter druge obrazce v zvezi z uveljavljanjem pravic iz zdravstvenega zavarovanja predpiše skupščina skupnosti s posebnim pravilnikom.

44. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi skupnost vsako leto do 30. aprila, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki zapadli do konca preteklega leta.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

45. 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 gospodinjskih članov. V 8 dneh mora prijaviti tudi spremembe lastnosti zavarovane osebe in prenehanje zavarovanja.

46. člen

Skupnost lahko ob prijavi v zavarovanje zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

47. člen

Če osebi, ki je bila prijavljena v zavarovanje, skupnost odreče lastnost zavarovane osebe, ji na njeno zahtevo izda pismeno odločbo. Prijavitelj in oseba, ki se ji je odrekla ta lastnost, lahko ugovarjata zoper odločbo v 15 dneh po prejemu pri komisiji skupščine skupnosti za pritožbe. Po dokončni odločbi lahko prizadeta oseba uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

48. člen

Zdravstveno varstvo se mora nuditi zavarovanim osebam v zdravstvenih delovnih organizacijah na sodoben način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev. Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji pri predstojniku te delovne organizacije ali pri zdravniški komisiji skupnosti. Zdravniška komisija lahko zahteva za zavarovano osebo od zdravstvene delovne organizacije varstvo po tem statutu in predpisih o zdravstvu in zdravstvenem zavarovanju.

49. člen

Zavarovane osebe si lahko izbirajo zdravstveno delovno organizacijo in zdravstvenega delavca, na katerega se obračajo za zdravstveno varstvo.

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravnikih splošne prakse na območju skupnosti. Zdravstveno varstvo pri zdravnikih specialistih in v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika splošne prakse, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu. Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno na zobne terapevte, ginekologe, pediatre, venerologe, okulistice zaradi predpisa očal, in interniste zaradi diabetičnega obolenja in na zdravnike v dispanzerjih in v zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanzerski način.

Zdravstveni delavci iz drugega odstavka tega člena smejo napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

50. člen

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 49. člena tega statuta, trpi skupnost stroške do višine stroškov, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih, ako pristojni zdravnik splošne prakse potrdi, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji potrebno.

51. člen

O zahtevi zavarovane osebe, ki ji skupnost ne ugodí, izda skupnost na njeno zahtevo pismeno odločbo. Zoper odločbo se lahko zavarovana oseba pritoži v 15 dneh po prejemu pri komisiji skupščine za pritožbe. Po dokončni odločbi lahko uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

52. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo, zase ali za družinskega oziroma gospodinjskega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

53. člen

Kolikor v statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku.

Zoper dokončno odločbo skupnosti lahko zavarovana oseba v 30 dneh od njenega prejema vloží tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

54. člen

Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za druge upravičence do zdravstvenega varstva, ki ga zagotavlja skupnost.

Peti del

FINANCIRANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

55. člen

Sredstva za uveljavljanje pravic oziroma za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami,
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov,
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance,
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki se določi za obvezne oblike zdravstvenega varstva,
5. z drugimi dohodki, ki se določijo kot viri financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

56. člen

Stopnjo oziroma višino prispevka iz 1. in 2. točke 55. člena tega statuta določi skupščina skupnosti s sklepom. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člana zavarovančevega gospodinjstva.

Stopnjo oziroma višino prispevka se določi praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavlja ustvarjanje predpisane rezerve, pozavaruje večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev 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 odvrčale od uporabe zdravstvenega varstva.

57. člen

Osnova za odmero in obračunavanje prispevka je:

1. katastrski dohodek od negozdnih površin,
2. osebni dohodek iz gozda,
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne vštejajo v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevka po predpisih o prispevkih in davkih občanov,
4. drugi dohodki zavarovancev in njegovih gospodinjskih članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke.

58. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

59. člen

Prispevek od zaslužkov za občasna dela plačujejo iz svojih sredstev delovne in druge organizacije in za-

sebni delodajalci. Ta prispevek se obračunava od izplačanega kosmatega zaslužka.

60. člen

Sredstva za zdravstveno varstvo oseb, ki so izenačena v pravicah z obvezno zavarovanimi osebami v kmečkem zavarovanju (22. člen), se plačujejo v odstotku od osnove, lahko pa tudi v pavšalnem znesku. Prispevek določi skupščina skupnosti.

61. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 22. člena tega statuta 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 gospodinjstvene skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

62. člen

Sredstva po 61. členu tega statuta vodi skupnost na posebnem računu. S finančnim načrtom se predvidi tudi predpisana obvezna rezerva in ustrezni del sredstev za izvajanje zavarovanja.

Finančni načrt za ta sredstva predloži skupnost v poprejšnjo obravnavo občinskimi skupščinam na svojem območju.

Občinskimi skupščinam predloži skupnost tudi zaključni račun teh sredstev.

63. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba, ki po sklepu skupnosti izvaja zdravstveno zavarovanje kmetov ali davčne uprave, če se skupnost tako dogovori z občinskimi skupščinami na območju skupnosti.

64. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja zavarovanca-kmeta ali člana njegovega gospodinjstva, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra priložiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

65. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavezanca prispevka iz prve točke 55. člena tega statuta vsakega prvega v trimesečju, plačan pa mora biti v 45 dneh po zapadlosti;
2. za zavezanca prispevka iz druge točke 55. člena ob izplačilu zaslužka za občasna dela,
3. za zavezanca prispevka iz tretje in četrte točke 55. člena tega statuta zadnji dan v mesecu za nazaj,
4. za zavezanca prispevka iz pete točke 55. člena tega statuta kot določa predpis s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

66. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača zapadlih prispevkov v predpisanem roku ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati obresti po obrestni meri, ki je določena s predpisi o prispevkih in davkih občanov.

67. člen

Zavezanec prispevka, ki je v zaostanku s plačilom prispevka, izda skupnost plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke z obrestmi.

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov. 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.

Če zavezanec prispevkov niti na poziv ne plača sam, 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.

68. člen

Postopek izterjave po 67. členu tega statuta se uporablja, če prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba.

69. člen

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

70. člen

Dohodki in izdatki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se določajo v finančnem načrtu sklada, posebej za zavarovane osebe in posebej za osebe iz 22. člena tega statuta.

Za obe skupini oseb iz prvega odstavka se lahko vodijo ločeno stroški za obvezne oblike zdravstvenega varstva in ločeno za druge pravice iz zdravstvenega zavarovanja, ki jih določa ta statut.

71. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb in zdravstvenih delovnih organizacij 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 drugega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od uveljavitve tega statuta.

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

72. člen

Sredstva rezervnega sklada se smejo med letom uporabljati kot obratna sredstva za izpolnjevanje tekočih obveznosti sklada zdravstvenega zavarovanja. Iz sredstev rezervnega sklada se krije tudi primanjkljaj za preteklo leto, vendar se mora porabljeni znesek zagotoviti do zneska obvezne rezerve v dohodku naslednjega leta.

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

73. člen

Skupnost obvezno pozavaruje pri zvezi skupnosti zdravstvene rizike, ki so določeni z zakonom in rizike, za katere se vse skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov v republiki sporazumno dogovorijo.

Sredstva republiškega sklada za pozavarovanje se razporejajo s finančnim načrtom na podlagi premij, ki jih plačujejo skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov iz svojih dohodkov.

74. člen

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

Šesti del**ORGANIZACIJA SKUPNOSTI****1. Splošne določbe o organizaciji****75. člen**

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci-kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

76. člen

Skupnost ureja vprašanja s področja zdravstvenega zavarovanja s statutom, pravilniki, sklepi in programi, kakor tudi s smernicami in priporočili.

Statut, pravilniki in sklepi, ki imajo značaj splošnega akta, začnejo veljati osem dni po objavi, kolikor ni v posameznem splošnem aktu določen krajši rok.

Splošni akti skupščine skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRS.

77. člen

Skupnost je pravna oseba, ki jo predstavlja in zastopa predsednik skupščine.

Predsednik skupščine lahko pooblasti za zastopanje v posameznih primerih tudi druge osebe.

Sedež skupnosti je v Novi Gorici.

78. člen

Skupnost ima svoj pečat in štampiljko.

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

Štampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

2. Organi skupnosti**79. člen**

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Skupščina ima komisijo za reševanje pritožb, lahko pa imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti**80. člen**

Skupščina skupnosti opravlja zlasti tele zadeve:

1. sprejema statut in druge splošne akte ter smernice in priporočila;

2. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov;

3. sklepa sporazum z zavodom za izvajanje zdravstvenega zavarovanja;

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

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

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

7. obravnava letno poročilo strokovne službe o izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

8. obravnava pripombe in predloge zbora zavarovancev;

9. sklepa o razpisu referendumov;

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

11. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji;

12. odloča o sodelovanju z organizacijami pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;

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

14. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonu in tem statutu pristojna skupnost, za katere ni izrečno določeno, da jih opravlja kak drug organ.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

81. člen

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

82. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci-kmetje — nosilci zavarovanja, po pravilniku o volitvah.

83. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina.

V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku se določijo tudi pogoji in način odpoklica članov skupščine.

84. člen

Skupščina šteje 20 članov.

Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovane-kmet — nosilec zavarovanja te skupnosti.

85. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

86. člen

Skupščina skupnosti izvoli na svoji prvi seji predsednika in namestnika predsednika.

87. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. s smrtjo;
2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti;
3. če je s pravnomočno odločbo sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od 3 mesecev;
4. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;
5. z odpoklicem.

Če preneha mandat več kot eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve.

88. člen

Član skupščine je lahko odpoklican:

1. če neupravičeno več kot trikrat ne pride na sejo skupščine skupnosti,
2. če njegova ravnanja očitno niso v skladu z interesi skupnosti.

O odpoklicu odločajo zavarovanci-kmetje — nosilci zavarovanja po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

Pobudo za uvedbo postopka za odpoklic da skupščina skupnosti ali 1/10 zavarovancev-kmetov — nosilcev zavarovanja volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršilni odbor in komisije**89. člen**

Izvršilni odbor ima 6 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja štiri leta. Skupščina lahko zamenja izvršilni odbor ali posamezne člane tudi med trajanjem mandata.

Izvršilni odbor ima predsednika in namestnika predsednika, ki ju izvoli na prvi seji po izvolitvi.

90. člen

Izvršilni odbor opravlja zlasti tele zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun skladov ter periodične obračune;
3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami, ki sodelujejo pri izvaianju zdravstvenega zavarovanja in sklepa pogodbe, kolikor ga skupščina pooblasti;
4. predlaga skupščini predlog statuta in splošne akte;
5. obravnava pripombe in predloge zborov zavarovancev s področja zdravstvenega zavarovanja in jih predloži skupščini skupnosti s pripombo zakaj jih oziroma zakaj jih ne predlaga za sprejem;
6. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
7. obravnava program dela zavoda, ki mu je poverjeno izvajanje zdravstvenega zavarovanja, daje pripombe nanj in ga predlaga v odobritev skupščini;
8. skrbi za pripravo gradiva in za sklicevanje seji skupščine skupnosti;

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

91. člen

Komisija za reševanje pritožb ima 3 člane in potrebno število namestnikov, ki jih voli skupščina skupnosti izmed zavarovancev-kmetov — nosilcev zavarovanja za dobo dveh let, pri čemer določi predsednika in njegovega namestnika.

Komisija veljavno odloča samo v sestavi 3 članov.

92. člen

Komisija opravlja tele zadeve:

1. rešuje pritožbe zavarovanih in drugih upravičenih oseb zoper odločbe skupnosti o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja,
2. obravnava pripombe in pritožbe zavarovanih oseb in oseb, ki jim skupnost zagotavlja zdravstveno varstvo ter skupnosti in organizacij v zvezi s pravicami iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu vsaj enkrat na leto.

93. člen

Za izdajanje strokovnih mnenj pri reševanju pritožb zoper odločbe skupnosti in za posredovanje ob ugovorih zavarovanih in drugih upravičenih oseb glede obravnavanja in načina zdravljenja v zdravstvenih delovnih organizacijah, je pristojna zdravniška komisija skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Nova Gorica.

c) Zbori zavarovancev**94. člen**

Skupščina skupnosti lahko skliče za območje posameznih občin, krajevnih skupnosti oziroma volilnih enot za volitve članov skupščine skupnosti, zbere zavarovancev.

95. člen

Zbori zavarovancev lahko razpravljajo zlasti:

1. v vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstev za njegovo izvajanje;
2. o osnutkih splošnih aktov skupnosti;
3. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti. Skupščina mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti**96. člen**

Preden sprejme skupščina skupnosti statut mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev lahko dobi skupščina:

1. na posvetovanjih z zavarovanci na zbore zavarovancev;
2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku, z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
3. z anketiranjem zavarovancev.

97. člen

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

Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča o razdružitvi, ukinitvi in o združitvi skupnosti.

O vprašanju iz drugega odstavka tega člena se lahko razpiše referendum tudi samo za območje ene ali več občin.

98. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tajnim glasovanjem, kjer se na vprašanja odgovori z »za« ali »proti«.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavilo več kot polovica vseh zavarovancev-kmetov — nosilcev zavarovanja.

Odločitev sprejeta na referendumu je takoj obvezna. Če referendum ne uspe, se ne more ponoviti pred potekom enega leta.

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

99. 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 sodelujočih z ustrezno obrazložitvijo in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma, ko jih sprejme njen izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

100. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost izvršilni odbor skupščine skupnosti po smernicah in pooblastilu skupščine.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

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

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

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

101. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami za eno leto, kolikor ni izrečno določeno v pogodbi daljše obdobje.

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

102. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem

statutom, lahko s sporazumom poveri skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

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

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni ali za daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbeni stranka zahteva njegovo spremembo.

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

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

Sedmi del

IZVAJANJE ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

103. člen

Strokovne, finančne in administrativne naloge v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja po zakonu in tem statutu opravlja v imenu in na račun skupnosti komunalni zavod za socialno zavarovanje Nova Gorica (v nadaljnjem besedilu: zavod).

Prvostopne odločbe podpisujejo pooblaščenci delavci zavoda.

104. člen

Medsebojna razmerja urejata skupnost in zavod s posebnim sporazumom.

S sporazumom iz prvega odstavka tega člena, se določijo zlasti:

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

105. člen

Za pravilno in tekoče poslovanje v okviru sporazuma iz 104. člena tega statuta, je neposredno in osebno odgovoren skupščini skupnosti direktor zavoda.

Osmi del

POSTOPEK ZA SPREMEMBO STATUTA

106. člen

Predlog za spremembo ali dopolnitev statuta lahko da izvršilni odbor skupščine ali najmanj 10 članov skupščine.

Če skupščina sprejme predlog za spremembo ali dopolnitev statuta v obravnavo, imenuje komisijo za pripravo osnutka sprememb in dopolnitev.

Skupščina da osnutek sprememb in dopolnitev v javno razpravo, ki mora trajati najmanj 30 dni.

Po končani javni razpravi, oblikuje komisija, na podlagi danih pripomb in mnenj, končni predlog in ga predloži skupščini v sprejem.

Deveti del

PREHODNE IN KONČNE DOLOČBE

107. člen

Z dnem, ko začne veljati ta statut, prevzame začasno komunalna skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica s svojimi organi pristojnosti in naloge skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica po tem statutu.

108. člen

Zavezanci prispevka morajo plačevati svoje prispevke, ki se vplačujejo po uveljavitvi tega statuta, po dosedanjih predpisih, če se vplačila nanašajo na obdobje do 31. XII. 1970. Ta vplačila se opravijo v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica.

109. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne uporabljati zakon, ta statut in drugi splošni akti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne te pravice po določbah zakona, po tem statutu 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 zakona, 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 z zakonom, tem statutom in s splošnimi akti skupnosti.

110. člen

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

111. člen

Zavarovanci in njihovi gospodinjski člani, ki imajo na dan uveljavitve tega statuta po dosedanjih predpisih lastnost zavarovane osebe, 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 gospodinjskega člana.

Z dnem, ko je po določbah tega statuta dokončno ugotovljeno, da oseba iz prejšnjega odstavka nima lastnosti zavarovane osebe, oziroma, da ne izpolnjuje pogojev za priznanje lastnosti zavarovane osebe, preneha veljavnost zdravstvene izkaznice izdane tej osebi.

112. člen

O pritožbah zavarovanih oseb vloženi in nerešeni do 31. decembra 1970 odloča na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja komisija za pritožbe zavarovanih oseb določena v tem statutu.

113. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

1. Statut komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica (št. 06-36/66 z dne 6. maja 1966),

2. sklep o določitvi oblik zdravstvenega varstva, ki se v celoti ali deloma plačuje iz sklada zdravstve-

nega zavarovanja kmetov (Ur. glasilo občin Ajdovščina, Nova Gorica in Tolmin, št. 2/68 in Uradno glasilo občine Idrija, št. 2/68).

114. člen

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

Št. 02-4/70

Nova Gorica, dne 27. novembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica**

**Predsednik
Boris Martinuč l. r.**

650.

Po 117. členu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) v zvezi s 14. členom in 1. točko prvega odstavka 80. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Nova Gorica na zasedanju dne 28. decembra 1970 naslednji

PRAVILNIK

o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja

I. SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

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

Določbe tega pravilnika veljajo za vse zavarovane osebe skupnosti in za druge upravičence, ki jim zdravstveno varstvo zagotavlja skupnost v breme posebnih ločenih sredstev.

2. člen

Lastnost zavarovane osebe pri uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja se dokazuje s potrjeno zdravstveno izkaznico v smislu prvega odstavka 44. člena statuta.

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

Kdor uveljavi zdravstveno varstvo brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotovljenega zdravstvenega varstva, mora plačati stroške zdravljenja, razen, če gre za nujne primere zdravniške pomoči v smislu zakona o zdravstvu. Če kasneje dokaže, da je zavarovana oseba oziroma oseba, ki ji je zagotovljeno zdravstveno varstvo, lahko zahteva od skupnosti povračilo stro-

škov ob primerni uporabi 50. člena statuta in 26. člena tega pravilnika.

Nujna zdravstvena pomoč (prva pomoč) se sme uveljaviti tudi brez listin, s katerimi se dokazuje lastnost zavarovane osebe oziroma upravičenca do zagotavljenega zdravstvenega varstva.

3. člen

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

Sklad je plačnik vseh stroškov zdravstvenega varstva, ki nastanejo v zvezi z uveljavljanjem pravic na podlagi zakona, statuta skupnosti in tega pravilnika, razen obveznega prispevka zavarovanih oseb k stroškom za posamezne vrste zdravstvenih storitev, za katere je prispevek predpisan.

4. člen

O vseh spornih zadevah ob izvajanju tega pravilnika se odloča na prvi stopnji po določbah 51. člena statuta, pri čemer je treba glede na naravo zadeve upoštevati tudi strokovna mnenja zdravniške komisije.

Za uveljavljanje pravic, ki niso podrobneje urejene s tem pravilnikom, se neposredno uporabljajo določbe zakona in statuta.

5. člen

Pravilnik vsebuje določbe o postopku, po katerem se uveljavijo:

1. prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca;
2. ambulantno zdravljenje;
3. bolnišnično zdravljenje;
4. zdravljenje zobnih bolezni;
5. zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti;
6. povračilo stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju s določbami tega pravilnika;
7. način uporabe prevoznih sredstev;
8. način ugotovitve zdravstvenega stanja zavarovane osebe v primeru odhoda v tujino.

Nadalje vsebuje pravilnik določbe, s katerimi se ureja posebno varstvo za mladino in borce NOV:

1. proteze, ortopedski in drugi pripomočki ter pomožne in sanitarne priprave;
2. zobnoprotenično zdravljenje in zobna protetična sredstva;
3. nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje.

II. UVELJAVLJANJE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

1. Prosta izbira zdravstvene delovne organizacije in zdravstvenega delavca

6. člen

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

Kadar zdravstvene delovne organizacije iz prvega odstavka tega člena ne morejo dati ustrezne zdrav-

stvene pomoči, sme uveljaviti zavarovana oseba pravico proste izbire zdravstvene delovne organizacije med najbližjimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, ki lahko nudijo takšno zdravstveno varstvo.

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo v nasprotju s 1. in 2. odstavkom tega člena, plača 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 o nudenju zdravstvenega varstva.

7. člen

Zavarovana oseba ima pravico, da si v ustrezni delovni organizaciji, ki si jo je izbrala, neposredno izbere zdravnika ustrezne specialnosti med splošnimi zdravniki, zobnimi terapevti, dispanzerskimi zdravniki, zdravniki-specialisti, če gre za tako zdravljenje, ki ga sme po drugem odstavku 10. člena tega pravilnika uveljaviti neposredno; druge zdravnike-specialiste izbira med zdravniki-specialisti ustrezne specialnosti z napotnico izbranega zdravnika.

Zdravnik sme odkloniti izbor zavarovane osebe, kadar je njegova zmogljivost v celoti izkoriščena. To ugotovi predstojnik zdravstvene delovne organizacije.

8. člen

Na način iz 7. člena izbrani splošni zdravnik je izbrani zdravnik po določbah 39. člena statuta.

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

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

Ker zaradi organizacije dela zdravstvenih delovnih organizacij zavarovane osebe nimajo vselej možnosti obračati se samo na izbranega zdravnika, jih mora v takšnem primeru sprejeti drugi zdravnik iste zdravstvene delovne organizacije, ki pa je dolžan izvide in način zdravljenja zabeležiti v medicinskem gradivu zavarovane osebe pri izbranem zdravniku.

Ker velja opredelitev izbranega zdravnika po 39. členu statuta praviloma za eno koledarsko leto, ne more zavarovana oseba med istim koledarskim letom, še posebno pa ne med zdravljenjem, menjati izbranega zdravnika, razen v primerih iz 9. člena tega pravilnika.

9. člen

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

1. sprememba prebivališča zavarovane osebe;
2. sprememba kraja zaposlitve ali delovnega časa izbranega zdravnika;
3. spor ali težji nesporazum med zavarovano osebo in izbranim zdravnikom, zaradi katerega je omanjano zaupanje zavarovane osebe v zdravnika.

Izbrani zdravnik lahko, s pristankom predstojnika zdravstvene delovne organizacije, v primeru spora ali težjih nesporazumov odkloni zavarovano osebo, če meni, da ne more prevzeti odgovornosti za uspešno zdravljenje.

Upravičenost spremembe izbranega zdravnika presoja predstojnik zdravstvene delovne organizacije, pri kateri je uveljavljala zavarovana oseba zdravstveno varstvo do vzroka za spremembo.

Če med zavarovano osebo in predstojnikom zdravstvene delovne organizacije ne pride do sporazuma glede upravičenosti spremembe izbranega zdravnika, presoja o upravičenosti spremembe zdravniška komisija skupnosti.

2. Ambulantno zdravljenje

a) V zdravstveni delovni organizaciji

10. člen

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

Zavarovana oseba sme neposredno uveljaviti tudi specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih iz prvega odstavka 49. člena statuta (pri ginekologu, venerologu, pediatru, okulistu, zaradi predpisa očal in internistu, zaradi diabetičnega obolenja), ki si jih je izbrala po določbah tega pravilnika.

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

Po prvem in drugem odstavku izbrani zdravnik ima po določbah tega pravilnika pristojnosti izbranega zdravnika.

11. člen

Specialistično ambulantno zdravljenje pri zdravnikih-specialistih, na katere se zavarovana oseba ne sme neposredno obračati, se uveljavi samo z napotnico izbranega zdravnika. Napotnica se ne zahteva za ponovne preglede pri istem zdravniku-specialistu, če ta sam napoti zavarovano osebo zaradi nadaljevanja zdravljenja, ali jo pošlje k njemu izbrani zdravnik zaradi ponovnih izvidov za isto bolezen.

Napotnica velja za posamezni pregled in tiste dodatne preglede, ki so po mnenju zdravnika-specialista, h kateremu je zavarovana oseba napotena, nujni za popolno diagnostično obdelavo. Če je za dodatni pregled potrebna napotnica, jo lahko izda zdravnik-specialist, h kateremu je zavarovana oseba napotena.

Po napotnici izbranega zdravnika sprejme zdravnik-specialist zavarovano osebo tudi na zdravljenje, če je to nujno glede na značaj bolezni.

Zavarovana oseba, ki je sama zahtevala pregled pri zdravniku-specialistu, ta pregled pa iz medicinskih razlogov ni bil potreben, je sama plačnik takšnega specialističnega pregleda.

12. člen

Zdravnik-specialist mora ob vsakem pregledu zavarovane osebe, ki ga je opravil na prošnjo izbranega zdravnika, ali na lastno pobudo, pisмено obvestiti izbranega zdravnika o izidih pregleda oziroma načinu zdravljenja, ga obvestiti o poteku zdravljenja, po končanem zdravljenju pa mu poslati tozadevno dokumentacijo.

13. člen

Na pobudo zdravstvene delovne organizacije izven območja skupnosti v kateri je zavarovana oseba uveljavila zdravljenje, ker ji zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti niso mogle nuditi ustrezne zdravstvene pomoči, izda izbrani zdravnik po lastnem preudarku napotnico za tri kontrolne preglede zavarovane osebe.

b) Obisk zdravnika na domu

14. člen

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

1. v primeru nujne zdravniške pomoči,

2. kadar je njeno zdravstveno stanje takšno, da sama ni zmožna priti v zdravstveno delovno organizacijo.

Hišni zdravniški obisk mora zavarovana oseba naročiti pri pristojni zdravniški dežurni službi ali pri zdravniku najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki opravlja obiske bolnikov na domu.

Če zavarovana oseba kliče na dom izbranega zdravnika, čeprav je na razpolago dežurni zdravnik, ali če izbrani zdravnik ni zdravnik najbližje zdravstvene delovne organizacije oziroma njegove enote, plača sama morebitno razliko v višini potnih stroškov, če izbrani zdravnik ni istočasno tudi dežurni zdravnik.

Zdravnik, ki je opravil hišni obisk ali zdravljenje v bivališču bolnika, je dolžan poslati izbranemu zdravniku poročilo o opravljenem obisku, o zdravstvenem stanju bolnika ter o odrejenih medicinskih ukrepih, kadar je to potrebno.

15. člen

Zavarovana oseba, ki naroči zdravnika na dom, plača sama vse stroške zdravniškega obiska, če se izkaže, da hišni obisk ni bil potreben. O tem odloči skupnost, na podlagi prijave zdravnika, ki je opravil obisk.

c) Zdravljenje na domu

16. člen

Na pobudo izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista, se izvaja, glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe, zdravljenje tudi na domu.

Pri pobudi iz prvega odstavka je treba upoštevati socialne in medicinske indikacije, zlasti primernost hišnega zdravljenja, kadar ambulantno zdravljenje zavarovane osebe ni možno, v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji pa ni nujno ali ni na voljo potrebnega prostora.

17. člen

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

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

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

18. člen

Zavarovani osebi so zagotovljena na račun sklada zdravil, pomožni in sanitetni material, ki so registrirana v državi ter se dobijo samo na zdravniški recept in niso na seznamu zdravil, ki zavarovanim osebam niso zagotovljena.

Pravico do zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, uveljavljajo zavarovane osebe po pravilniku skupnosti o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki se predpisujejo zavarovanim osebam.

19. člen

Če so na voljo zdravila domače proizvodnje in uvožena zdravila, je zavarovana oseba prvenstveno upravičena do domačih zdravil.

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

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

3. Bolnišnično zdravljenje

20. člen

Bolnišnično zdravljenje uveljavlja zavarovana oseba praviloma z napotnico izbranega zdravnika ali zdravnika-specialista, ki je sprejel zavarovano osebo v zdravljenje.

Zavarovana oseba sme brez napotnice nastopiti bolnišnično zdravljenje, kadar uveljavlja nujno zdravstveno pomoč. Ocenio o nujni zdravstveni pomoči poda zdravnik bolnišnice.

21. člen

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

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

22. člen

Zavarovana oseba uveljavlja bolnišnično zdravljenje praviloma v splošnih bolnišnicah na območju skupnosti.

V specialnih bolnišnicah oziroma kliničnih bolnišnicah uveljavlja zavarovana oseba bolnišnično zdravljenje praviloma le, kadar gre za zdravljenje, ki ga bolnišnice iz prvega odstavka ne morejo nuditi.

23. člen

Napotnico za zdravljenje v specialnih bolnišnicah ali kliničnih bolnišnicah, izda zavarovani osebi izbrani zdravnik ali zdravnik-specialist potem, ko je ugotovil, da obstajajo razlogi iz drugega odstavka 22. člena tega pravilnika.

Splošne bolnišnice smejo izdati zavarovani osebi tudi same napotnico, predvideno v prvem odstavku tega člena.

4. Zdravljenje zobnih bolezni

24. člen

Zdravljenje zobnih bolezni uveljavlja zavarovana oseba v zdravstvenem domu in njegovih delovnih enotah (zobni ambulanti) oziroma pri zobnem terapevtu, ki si ga je izbrala po določbah 7. člena tega pravilnika.

5. Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti

25. člen

Zdravstveno varstvo med začasnim prebivanjem izven območja skupnosti (potovanja, dopusti, šolanje itd.) uveljavlja zavarovana oseba pri ustrezni zdravstveni delovni organizaciji na območju skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov, pristojne po začasnem prebivališču, v obsegu pravic, ki jih določa statut skupnosti v kateri je zavarovana.

6. Povračilo stroškov zdravstvenega varstva, uveljavljenega v nasprotju z določbami tega pravilnika

26. člen

Kadar uveljavlja zavarovana oseba zdravstveno varstvo v nasprotju s postopkom, ki ga predpisuje ta pravilnik, sme zahtevati povračilo stroškov. O zahtevi odloči skupnost v postopku po 51. členu statuta.

Povračilo zdravstvenih stroškov zahteva zavarovana oseba z dokazili o plačilu teh stroškov. Povračilo zdravstvenih stroškov se prizna največ do višine, ki bi šla na račun sklada v smislu 50. člena statuta.

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

27. člen

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

7. Način uporabe prevoznih sredstev

28. člen

V zvezi z nujno zdravstveno pomočjo in v drugih zdravstveno utemeljenih primerih iz 1. točke 32. člena statuta lahko dovoli zdravnik, zdravstvena delovna organizacija, zdravniška komisija in strokovna služba skupnosti oziroma njene krajevne enote, uporabo posebnega prevoznega sredstva (reševalnega vozila, gorskega reševalnega čolna, osebne avtomobila itd.) ali kakšnega drugega primerne načina prenosa oziroma prevoza (v okviru gorske reševalne službe, vprežni voz itd.) do najbližje stacionarne zdravstvene delovne organizacije.

29. člen

Stroški za prevoz iz 28. člena se povrnejo zavarovani osebi, če prevoz ni bil opravljen na račun sklada z reševalnim vozilom oziroma v okviru gorske reševalne službe, ampak na drug najugodnejši način (osebni avtomobil, vprežni voz itd.). Stroški se povrnejo na podlagi predloženega računa in zdravniškega potrđila o nujnosti takega prevoza glede na določbe 1. točke 32. člena statuta, vendar največ v višini, ki jo določijo izvršilni odbor skupščine.

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

30. člen

Zavarovana oseba uživa zdravstveno varstvo med prebivanjem v tujini v skladu s prvim odstavkom 40. člena statuta pod pogojem, da si je pred odhodom v tujino izposlovala medicinsko strokovno ugotovitev o svojem zdravstvenem stanju.

Strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju za prebivanje v evropskih državah izda zavarovani osebi posamezni zdravnik. Ob odhodu v izvenevropske države, je pristojna izdati strokovno ugotovitev o zdravstvenem stanju zdravniška komisija skupnosti.

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

III. POSEBNO VARSTVO MLADINE IN BORCEV NOV

31. člen

Glede na to, da zagotavljata zakon in statut zavarovanim osebam-mladini do 15: leta starosti (4. točka prvega odstavka 31. člena statuta) in borcem NOV (37. člen statuta) poleg pravic, ki jih imajo pri skupnosti ostale zavarovane osebe, še posebno varstvo, je v določbah tega pravilnika o uveljavljanju zdravstvenega varstva urejen tudi postopek za uveljavitev pravic teh zavarovanih oseb.

Za zdravstveno varstvo kmetov-borcev po prejšnjem odstavku se krijejo iz proračuna SR Slovenije stroški za tisti obseg zdravstvenega varstva, ki presega obseg, v kakršnem je zagotovljeno zdravstveno varstvo zavarovanim osebam v skupnosti.

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

32. člen

Proteze, ortopedske in druge pripomočke ter sanitarne priprave (v nadaljnjem besedilu: pripomočki) uveljavlja zavarovana oseba z ustreznim potrdilom, kadar zdravnik ugotovi, da sta potrebna nakup ali popravilo ustreznega pripomočka glede na pravilnike o pripomočkih.

Zavarovani osebi se zagotovi izdelava pripomočkov v standardni izvedbi.

33. člen

Zavarovana oseba ima pravico do popravila oziroma nabave novega pripomočka na račun sklada pred pretekom trajnostne dobe, ki jo določa ustreznih pravilnik iz 32. člena tega pravilnika zaradi anatomskih in funkcionalnih sprememb organov ali zaradi netrpečnosti materiala, iz katerega je izdelan pripomoček.

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

34. člen

Potrdilo o potrebi pripomočka izda praviloma zdravnik ustreznih specialnosti.

Pomožne pripomočke sme predpisati zavarovani osebi tudi splošni zdravnik.

35. člen

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

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

36. člen

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

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

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

37. člen

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

2. Zobnoprotetično zdravljenje in zobno protetična sredstva

38. člen

Zobotehnična pomoč in zobna protetična sredstva uveljavlja zavarovana oseba, kadar ugotovi zobni terapevt potrebo po ustreznih zobotehničnih delih glede na ustreznih pravilnik o zobno protetičnem zdravljenju in zobno protetičnih sredstvih.

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

Do skeletirane proteze je zavarovana oseba upravičena, kadar obstaja medicinska nujnost za takšno izvedbo zobnega protetičnega sredstva.

39. člen

Upravičenost do zobotehničnih del glede na predpisane indikacije ugotavlja zobni terapevt samostojno.

40. člen

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

Določbe prvega odstavka se smiselno uporabijo tudi v primeru, ko izdelata zobna ambulanta na željo

zavarovane osebe skeletirano protezo, za katero ne obstaja medicinska nujnost iz tretjega odstavka 38. člena.

41. člen

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

42. člen

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

3. Nadaljevano in nadomestno bolnišnično zdravljenje

43. člen

Zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, v katerih so na voljo kapacitete, ki se lahko uporabijo kot bolnišnice, za nadaljevano in nadomestno zdravljenje ter rehabilitacijo, uveljavlja zavarovana oseba, kadar obstaja nujnost za zdravljenje ali medicinsko rehabilitacijo glede na veljavne indikacije, če ugotovi zanj potrebo zdravniška komisija skupnosti.

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

44. člen

Kadar da pobudo za nadaljevano ali nadomestno zdravljenje izbrani zdravnik ali zdravnik — specialist ali ustrezní oddelek bolnišnice, odpošlje ustrezno medicinsko gradivo zdravniški komisiji skupnosti. Zavarovana oseba se mora odzvati pozivu zdravniške komisije, ki je pristojna ugotavljati potrebo za nadaljevano ali nadomestno zdravljenje. Zdravniška komisija mora pri izdaji napotnice za tako zdravljenje upoštevati pravilnik skupnosti o indikacijah za zdravljenje v naravnih zdraviliščih in zavodih za rehabilitacijo, trajanje takšnega zdravljenja in postopek o napotitvi na zdravljenje.

Zdravljenje po 1. odstavku tega člena traja največ 21 dni. V izjemnih nujnih primerih, na predlog zdravnika zdravilišča oziroma zavoda za rehabilitacijo pa tudi več, s predhodno odobritvijo zdravniške komisije.

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

45. člen

Zavarovana oseba nastopi nadaljevano ali nadomestno zdravljenje, ko prejme vpoklic za zdravljenje.

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

Če zavarovana oseba ne more nastopiti zdravljenja v roku, ki ga navaja vpoklic mora to sporočiti naravnemu zdravilišču vsaj 3 dni pred navedenim rokom, s tem pa seznaniti tudi zdravnika, ki je predlagal zdravljenje.

IV. KONČNA DOLOČBA

46. člen

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

Št. 06-74/70

Nova Gorica, dne 28. decembra 1970.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Nova Gorica

Predsednik

Boris Martinuš l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
NOVO MESTO

651.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 64. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto (Uradni list SRS, št. 43-455/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto na svoji seji dne 26. decembra 1970

SKLEP

o višini prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov
za leto 1971

I

Prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov po 1. točki 63. člena statuta skupnosti se določi:

- 30 % od katastrskega dohodka od negozdnih površin ter od osebnega dohodka iz gozda in drugih dohodkov kmetijskega gospodarstva, ki jih ugotovi davčna uprava in
- 20 din letno na člana zavarovančevega gospodinjstva — pavšalni prispevek.

Pri odmeri letnega pavšalnega prispevka se upošteva število članov zavarovančevega gospodinjstva po stanju na dan 31. decembra 1970, s tem, da se ne upošteva prirast ali odpad le-teh med letom.

II

Oseba, ki med letom pridobi ali izgubi lastnosti zavarovane osebe, prične ali preneha plačevati prispevke za zdravstveno zavarovanje v prvem naslednjem tromesečju po nastali spremembi lastnosti.

III

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

St. 420-45/70-2/4

Novo mesto, dne 26. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik

Stanko Gunčar l. r.

652.

Na podlagi drugega odstavka 49. člena, v zvezi s 95. členom zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 43. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto (Uradni list SRS, št. 43-455/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto, na seji dne 26. decembra 1970 sprejela

SKLEP

**o prispevku zavarovanih oseb k stroškom
zdravstvenega varstva**

I

K stroškom za oblike zdravstvenega varstva, ki so zavarovanim osebam zagotovljene po 42. členu statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto, (v nadaljnem besedilu »statut«) morajo zavarovane osebe prispevati:

1. 50 odstotkov stroškov zdravniških (ambulantnih) pregledov (splošnih, specialnih) in ambulantnega zdravljenja ter zdravniških pregledov in zdravljenja na bolnikovem domu z vštetim prevozom zdravnika;
2. 50 odstotkov stroškov zdravljenja v splošnih, kliničnih in specialnih bolnišnicah za prvih štirinajst dni zdravljenja in 25 odstotkov stroškov takega zdravljenja od petnajstega do tridesetega dne;
3. 30 odstotkov stroškov pripomočkov, ki se vgrajujejo v telo; ne glede na to, v katerem času bolnišničnega zdravljenja so se vgradili;
4. 50 odstotkov za stroške izdanih zdravil, pomožnega in sanitetnega materiala, razen za zdravila, pomožni in sanitetni material, uporabljen pri zdravljenju v bolnišnicah ali pri neposrednem ambulantnem zdravljenju;
5. 50 odstotkov stroškov izdiranja zob.

Glede uporabe stopenj iz druge podtočke prvega odstavka se v primeru premeščanja zavarovane osebe iz ene zdravstvene delovne organizacije v drugo, čas zdravljenja šteje za nepretrgan, četudi je med zdravljenjem nastal presledek zato, ker zdravstvena delovna organizacija, kamor naj bi bila zavarovana oseba premeščena, trenutno nima prostega mesta.

II

Za obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki so zagotovljene po zakonu, zavarovane osebe ne prispevajo k stroškom zanje.

Zavarovane osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot zavarovancem — delavcem in njihovim družinskim članom, prispevajo k stroškom tistih oblik zdravstvenega varstva in toliko, kot je to določila skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto. Skupnost plača za te osebe toliko, kolikor bi plačala, če ne bi uživale razlike do obsega zdravstvenega varstva zavarovancev-delavcev oziroma njihovih družinskih članov.

III

Osnove za izračun prispevka po I. točki tega sklepa so stroški po cenah iz pogodb, ki jih je skupnost sklenila z zdravstvenimi delovnimi organizacijami oz. pogodb, ki jih je sklenila pristojna skupnost zdravstvenega zavarovanja z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami, če je bilo zdravstveno varstvo uveljavljeno izven območja skupnosti. Za izračun prispevka za zdravila, pomožni in sanitetni material se upoštevajo cene, ki se formirajo na podlagi veljavnih predpisov.

Ce mora zavarovana oseba povrniti skupnosti razliko v stroških zdravstvenega varstva, ker je uveljavila pravico mimo določb pravilnika o postopkih pri uveljavljanju pravic, je osnova za izračun prispevka znesek, ki je plačljiv iz sklada zdravstvenega zavarovanja.

IV

Prispevek po tem sklepu je dohodek tiste zdravstvene delovne organizacije, ki je opravila storitev oziroma izdala zdravila, pomožni ali sanitetni material.

Zdravstvena delovna organizacija je dolžna na računu posebej izkazati znesek prispevka in zanj zmanjšati vrednost računa, ki je plačljiv iz sklada zdravstvenega zavarovanja.

V

Ta sklep velja tudi za osebe, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom.

VI

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

St. 401-100/70

Novo mesto, dne 26. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik

Stanko Gunčar l. r.

653.

Na podlagi prvega odstavka 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 64. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov (Uradni list SRS, št. 43-455/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto na svoji seji dne 26. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov

1

Delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci, ki zaposlijo za občasno delo zunaj delovnega razmerja zavarovanca-kmeta, zavarovanega v zdravstvenem zavarovanju kmetov so dolžne plačevati prispevek za zdravstveno zavarovanje kmetov po tem sklepu.

2

Prispevek po 1. točki tega sklepa znaša:

— 1% od izplačanega kosmatega zaslužka, pri tem pa se ne odšteje v zaslužku všteto povračilo za lastna delovna sredstva;

— 2% od izplačanega kosmatega zaslužka, če gre za občasno delo samo z ročnim orodjem.

3

Prispevek iz prejšnje točke se nakazuje na žiro račun skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov ob izplačilu zaslužkov.

4

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

St. 420-63/70

Novo mesto, dne 26. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik
Stanko Gunčar l. r.

654.

Na podlagi 93. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 64. čl. statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov (Uradni list SRS, št. 43-455/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto na svoji seji dne 26. decembra 1970

SKLEP

o določitvi prispevka za zdravstveno varstvo za osebe iz 31. člena republiškega zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva

1

Za osebe iz 31. čl. zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) se določi prispevek za zdravstveno varstvo v pavšalnih zneskih in od katastrskega dohodka in sicer:

1. Preužitkarji in njihovi zakonci, ki jim je kmečki preužitek glavni vir za preuživanje, če niso v ožjem sorodstvu z zavarovancem mesečno 40 din

2. Uživanci stalnih preživnin in njihovi ožji družinski člani, ki jih prejema od občinskih skupščin oziroma od delovnih organizacij mesečno 40 din na osebo

3. Člani družinske in gospodinjske skupnosti lastnika kmetijskega zemljišča, zavarovanci po 14. ali 17. členu republiškega zakona, ki se na zavarovancevem zemljišču ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot z edinim ali glavnim poklicem, niso pa z njim v delovnem razmerju in tudi ne spadajo med družinske člane zavarovanca po 20 čl. republiškega zakona letno 30% od katastrskega dohodka in 80 din na osebo.

2

Prispevek zapade v plačilo zadnji dan v mesecu, nakazuje pa se na žiro račun skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto.

3

Zavezanci za prispevek po 1. točki tega sklepa so:

1. za osebe iz 1/1 — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;

2. za osebe iz 1/2 — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;

3. za osebe iz 1/3 — lastnik zemljišča.

4

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

St. 420-62/70

Novo mesto, dne 26. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik
Stanko Gunčar l. r.

655.

Na podlagi 87. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) in 45. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto (Uradni list SRS, št. 43-455/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto na seji dne 26. decembra 1970 sprejela

SKLEP

o uporabi nekaterih splošnih aktov skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto za zavarovane osebe skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto

I

Kadar imajo zavarovane osebe te skupnosti ali osebe, ki jim zagotavlja zdravstveno varstvo zakon in uveljavljajo zdravstveno varstvo pri tej skupnosti, pravico do protetičnih in ortotičnih sredstev, sanitarnih priprav, do očesnih in slušnih pripomočkov in pripomočkov za omogočanje glasnega govora in do zobno-protetične pomoči in protetičnih sredstev, se zanje uporabljajo ustrezni splošni akti, ki jih je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Za osebe, ki imajo pravico do podaljšanega ali nadomestnega bolnišničnega zdravljenja v naravnih zdraviliščih, se uporabljajo indikacije, ki jih je določila oz. ki jih uporablja skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

II

Dokler ne bo izdan poseben pravilnik, se tudi za zavarovane osebe in osebe, ki jim zagotavlja zdravstveno varstvo zakon (I. točka), uporablja pravilnik o predpisovanju, izdajanju in zaračunavanju zdravil, ki ga je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

III

Kadar je treba po statutu te skupnosti plačati reševalni prevoz, pa se ta ne opravi z reševalnim vozilom, se plača iz sklada toliko, kolikor je, v skladu s svojim statutom, določila s splošnim aktom skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

IV

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

St. 190-255/70

Novo mesto, dne 26. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Novo mesto**

Predsednik

Stanko Gunčar l. r.

SKUPŠČINA SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV RAVNE NA KOROŠKEM

656.

Na podlagi 90. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26/70) in 60. člena statuta skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem (Uradni list SRS, št. 44/70) je skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Ravne na Koroškem sprejela na seji dne 28. decembra 1970

SKLEP

o prispevkih za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1971

1

Prispevki za zdravstveno zavarovanje se določijo:

- v odstotku od katastrskega dohodka od negozd-nih površin in dohodkov iz gozda;
- v pavšalnem znesku na kmetijsko gospodarstvo;
- v odstotku od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe zavarovane pri tej skupnosti.

2

Prispevek od katastrskega dohodka od negozd-nih površin in dohodkov od gozda se določi v višini 18%.

Pavšalni prispevek na kmetijsko gospodarstvo se določi letno v višini 300 din.

Prispevek od zaslužkov za občasna dela zunaj delovnega razmerja, ki jih opravljajo zavarovane osebe te skupnosti se določi v višini 1% od izplačanega kosmatega zaslužka.

3

Prispevek po prvem in drugem odstavku 2. točke tega sklepa plačujejo tudi zavarovanci, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

4

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

St. 01-1090/1-70

Ravne na Koroškem, dne 28. decembra 1970.

**Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Ravne na Koroškem**

Predsednik

Ivan Čas l. r.

POPRAVEK

V odloku o ukrepih neposredne kontrole cen, maksimiranju cen za nekatere prehrambene proizvode in storitve (Uradni list SRS, št. 43-445/70) je bilo v 8. členu pomotoma vpisano drugačno besedilo, tako da se ustrezni 8. člen pravilno glasi:

»Kršilci določb tega odloka se kaznujejo po določbah zakona o oblikovanju in družbeni kontroli cen (Uradni list SFRJ, št. 12-174/67, št. 23-343/67, št. 40-474/68, št. 11-139/69 in št. 15-170/70).«

Iz skupščinske pisarne
skupščinske občine Vrhnika

POPRAVEK

V statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-431/70 z dne 10. XII. 1970) so bile tele napake, ki jih objavljamo skupaj s popravki:

— na koncu tretjega odstavka 53. člena je treba številko »75« popraviti v »78«,

— v 5. vrsti prvega odstavka 56. člena je treba označbo točke, ki je navedena v oklepaju, »a« popraviti v »a)«,

— v 5. vrsti prvega odstavka 61. člena je treba označbo točke, ki je navedena v oklepaju, »a« popraviti v »a)«,

— na koncu 3. in v začetku 4. vrste četrtega odstavka 116. člena je treba navedbo členov v oklepaju »(..., 17. in 18. člen)« popraviti tako: »(... in 17. do 19. člen)«,

— v drugem odstavku 176. člena je treba nadomestiti številko »173.« s številko »174.«.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik

Mirko Kocjan l. r.

POPRAVEK

V pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja delavcev Maribor (Uradni list SRS, št. 42-432/70 z dne 10. XII. 1970) je v 10. vrsti drugega

odstavka 65. člena treba besedilo »... prispevanjem v skladu...« popraviti v »... prispevanjem, skladu...«, torej črtati »v«.

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja delavcev
Maribor

Predsednik

Mirko Kocjan l. r.

POPRAVEK

V statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-434/70 z dne 10. XII. 1970) so bile tele napake, ki jih objavljamo skupaj s popravki:

— napis naslova drugega dela pred besedilom 19. člena »1. Zavarovane osebe« je treba spremeniti v »Zavarovane osebe« in sicer v takšni tehniki, kakor obstaja napis »Splošne določbe« v prvem delu,

— napis nad 20. členom »2. Zavarovanci« je treba spremeniti v »Zavarovanci«,

— napis nad 22. členom »3. Zavarovani gospodinjski člani« je treba spremeniti v »2. Zavarovani gospodinjski člani«,

— napis nad 23. členom »4. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe« je treba spremeniti v »3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe«,

— besedilo v oklepaju v 1. točki 34. člena »(ambulantni, splošni, specialni...)« je treba spremeniti v »(ambulantni, splošni in specialni...)«,

— v 1. vrsti 102. člena je treba številko »100.« nadomestiti s »101.«,

— na koncu 1. vrste drugega odstavka 103. člena je treba številko »100.« nadomestiti s »101.«

Skupščina skupnosti
zdravstvenega zavarovanja kmetov
Maribor

Predsednik

Martin Slodnjak l. r.

POPRAVEK

V pravilniku o uveljavljanju pravic iz zdravstvenega zavarovanja kmetov Maribor (Uradni list SRS, št. 42-435/70 z dne 10. XII. 1970) je treba v 1. vrsti tretjega odstavka 26. člena besedo »postopka« nadomestiti z besedo »postopa«.

Uredništvo

OBVESTILO

V januarju izide prva številka Uradnega lista SRS. Kdor še ni plačal naročnine v znesku 64 din za 1971. leto, naj to stori čimprej, sicer ne prejme druge številke.

Naročnike posebej opozarjamo na to, da je letno kazalo Uradnega lista SRS za leto 1970 v sredini te številke.

Uprava