

OSNUTEK STATUTA

SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA DELAVCEV
NOVO MESTO

SPOŠTOVANI BRALCI — ZAVAROVANCI!

Komunalna skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto daje osnutek statuta v javno razpravo vsem zavarovancem te skupnosti ter delovnim in drugim organizacijam, da bi podali svoje pripombe in predloge na osnutek statuta.

Komunalna skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev pričakuje v javni razpravi kar največji odziv vseh zavarovancev, delovnih in drugih organizacij, vseh neposrednih koristnikov tega zava-

rovanja in drugih zainteresiranih dejavnikov.

Svoje predloge in pripombe v zvezi z javno razpravo osnutka statuta posredujte pisмено ali ustno Komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje Novo mesto, najpozneje do 31. 10. 1970.

**SKUPŠČINA
KOMUNALNE SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
DELAVCEV NOVO MESTO**

Novo mesto, 29. 9. 1970.

Na podlagi 105. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (Uradni list SRS, št. 26-147/70) je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto na seji dne 29. 9. 1970

OSNUTEK STATUTA

skupnosti zdravstvenega zavarovanja
delavcev Novo mesto

Prvi del

SPLOŠNE DOLOČBE

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto so ustanovili delavci in osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost (v nadaljnjem besedilu delavci) na območju občin Crnomelj, Krško, Metlika, Novo mesto in Trebnje, da bi kot zava-

vanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združenjem sredstev zagotovili sebi in svojim družinskim članom zdravstveno varstvo in druge pravice.

Delavci na območju omenjenih občin so na zasedanju dne 29. 9. 1970 ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti socialnega zavarovanja.

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev je pravna oseba.

2. člen

V skupnosti zdravstvenega zavarovanja zavarovanci v mejah zakona samostojno določajo zase in za svoje družinske člane zdravstveno varstvo in druge pravice ter obveznosti iz zdravstvenega zavarovanja, obseg in raven pravic, pogoje in način njihove uporabe ter sredstva, ki so potrebna za njihovo uveljavljanje.

3. člen

Zaradi organizacije in izvajanja zdravstvenega varstva, zaradi zagotovitve najbolj smotrne uporabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovanec skupnosti pravico:

— voliti in biti voljen ali imenovan v organe skupnosti ob pogojih, ki jih določa statut,

— izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta,

— predlagati referendum v primerih in po postopku, ki ga določa ta statut,

— sodelovati v svojem svetu oziroma odboru,

— sodelovati v razpravah zavarovancev v primerih, ki jih določa ta statut,

— postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

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

4. člen

Zaradi kar najbolj smotrne uporabe sredstev za zdravstveno zavarovanje, načrtovanje in pospeševanje zdravstvenega varstva in njegove materialne podlage ter ustvarjanja najbolj ugodnih pogojev za njegovo uveljavljanje sodeluje skupnost tudi z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njih združenji ter delovnimi in drugimi organizacijami. V tem sodelovanju sprejema z družbenim dogovarjanjem skupne programe zdravstvenega varstva, upošteva potrebe in svoje materialne možnosti in sklepa potrebne samoupravne sporazume. Dogovori in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme organ, ki ga določa ta statut.

5. člen

Uživanje pravic iz zdravstvenega varstva zagotovi skupnost s pogodbenimi z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami; pogodbe sklepa kot poslovna razmerja med enakopravnimi in samostojnimi organizacijami, ki jim je poverjeno uredništvo zdravstvenega varstva zavarovanih oseb.

6. člen

Delovne in druge organizacije, državni organi in zasebni delodajalci svoje delavce ter učence v gospodarstvu oziroma učence poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu, obvezno zdravstveno zavarujejo za nesrečo pri delu in za obolenje za polično boleznijo.

7. člen

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

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

8. člen

V to skupnost so vključene tudi osebe, ki opravljajo na območju te skupnosti samostojno poklicno dejavnost ali ki imajo v njej stalno prebivališče.

9. člen

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

10. člen

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

11. člen

Skupnost izvaja tudi naloge v zvezi z zagotovitvijo zdravstvenega varstva za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po republiškem zakonu.

Skupnost izvaja naloge v zvezi z uveljavljanjem obveznih oblik zdravstvenega varstva tudi za osebe, ki niso zdravstveno zavarovane niti po splošnem niti po republiškem zakonu, po sporazumu, ki ga skupnost sklene z občinskimi skupščinami.

Če občinske skupščine vpelejo in zagotovijo za osebe iz prejšnjega odstavka še druge oblike zdravstvenega varstva, ki niso zajete v obveznih oblikah po zakonu, izvaja skupnost po sporazumu z občino tudi naloge v zvezi z uveljavljanjem tega varstva.

Povračilo stroškov iz zdravstvenega varstva za te osebe se uredi s pogodbo med skupnostjo zdravstvenega zavarovanja in občinskimi skupščinami.

12. člen

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

Pri tej skupnosti zavarovane osebe uveljavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja po predpisih, ki veljajo na območju te skupnosti.

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način kot je določeno

no v splošnem aktu te skupnosti, prevzame skupnost za opravljeno zdravstveno storitev toliko stroškov, kolikor bi jih plačala, če bi bila zdravstvena storitev opravljena v zdravstveni delovni organizaciji, s katero je skupnost sklenila pogodbo, da bo dajala zdravstveno varstvo njenim zavarovanim osebam.

13. člen

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

14. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali ta statut, se ne morejo zmanjšati, omejiti ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon, statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpeljala. Zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

15. člen

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

Zahtevki za povračilo stroškov in denarni prejemki iz zdravstvenega zavarovanja zastarajo po splošnih predpisih civilnega prava.

16. člen

Sredstva za zagotavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja ustvarja skupnost s prispevki zavarovancev in drugih zavezancev, udeležbo družbeno-političnih skupnosti in drugimi dohodki, kot to določa zakon. Višino prispevkov določa v mejah zakona organ skupnosti, ki ga določa ta statut. Pri tem mora skrbeti, da bodo sredstva zadostovala za zagotovitev pravic zavarovanim in drugim osebam, upravičenim do zdravstvenega varstva pri skupnosti, za zagotovitev potrebne rezerve, pozavarovanje, izvajanje službe in za del sredstev, ki ga organi skupnosti namenijo za razvoj zdravstvene službe.

Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev, občinske skupščine, občinskih sindikalni sveti ter gospodarske in zdravstvene delovne organizacije na območju skupnosti izoblikujejo temeljna izhodišča za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje delavcev po načelih družbenega dogovarjanja. Postopek dogovarjanja je določen v tem statutu.

Drugi del

OBVEZNE OBLIKE ZDRAVSTVENEGA VARSTVA

17. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti grede v celoti v breme skupnosti te le oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva:

1. odkrivanje, preprečevanje, zati-

ranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave;

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

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

4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do 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. aktivnos: za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje;

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

Zdravstveno varstvo iz prejšnjega odstavka je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejetega programa skupnosti.

Obvezne oblike zdravstvenega varstva uveljavljajo pri tej skupnosti tudi osebe, ki jim zagotavlja zdravstveno varstvo republiški zakon in osebe, ki niso zajete z obveznim zdravstvenim zavarovanjem, pa je zanje dosežen sporazum z občinsko skupščino, da jih uveljavljajo pri tej skupnosti.

K zagotovitvi sredstev za stroške, ki jih ima skupnost za obvezne oblike zdravstvenega varstva po zakonu, prispevajo tudi družbeno-politična skupnosti po posebnem zakonu, upoštevaje finančne zmožljivosti skupnosti in program zdravstvenega varstva.

Za osebe, ki niso zajete z obveznim zdravstvenim zavarovanjem pa te oblike uveljavljajo pri tej skupnosti, krijejo stroške obveznih oblik zdravstvenega varstva občine, na katerih območju stalno prebivajo.

18. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva za odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave, obsega:

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

— zdravstveno nadzorstvo klicenostev in oseb iz njihove okolice;

— obvezne imunizacije in revakcinacije proti nalezljivim boleznim;

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

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

a) — fluorografske preglede prebivalstva nad 25 let starosti;

— bolnišnično in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažo tuberkuloznih bolnikov;

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

— tuberkulinsko testiranje, retestiranje in BCG vakcinacije;

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

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

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

— preventivne serološke preglede na lues pri nosečnicah.

19. člen

Obvezna oblika nege in zdravljenja tistih duševnih bolnikov, ki utegnejo zaradi narave in stanja bolezni spraviti v nevarnost svoje življenje in življenje drugih ljudi ali poškodovati materialne dobrine okolice, obsega:

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

— psihiatrično nadzorstvo nad bolniki v socialnih zavodih.

20. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva žensk v zvezi z nosečnostjo, porodom, materinstvom in kontracepcijo obsega:

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

— izvenbolnišnično oziroma bolnišnično zdravljenje nosečnic v zvezi z nosečnostjo;

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

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

č) — zdravniške preglede in svetovanje kontracepcije za ženske v rodnem obdobju.

21. člen

Obvezna oblika popolnega zdravstvenega varstva novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti obsega vse strokovno potrebne in racionalno uporabljene ukrepe za čimpolnejše in čimučinkovitejše zdravstveno varstvo te skupine prebivalstva.

22. člen

Obvezna oblika zdravstvenega varstva šolske mladine do dopolnjenega 18. leta starosti in rednih študentov do 26. leta starosti obsega:

— sistematične preglede, varstvo in zdravljenje zob;

— preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

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

23. člen

Zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče nuditi zaposlitve, obsega obvezne oblike iz 22. člena tega statuta.

24. člen

Obvezna oblika aktivnosti za zgodnje odkrivanje malignih obolenj, sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje obsega:

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

— zdravljenje vseh malignih obolenj;

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

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

— pregled urina na sladkor pri fluorografiranju;

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

— redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

— medicinsko indicirane ortopedske pripomočke.

25. člen

Obvezna oblika aktivnosti za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva obsega programirano vzgojo v zvezi z obveznimi oblikami zdravstvenega varstva.

Programirana zdravstvena vzgoja se opravlja v obliki organiziranih predavanj, seminarjev, letakov, brošur, skupinskih demonstracij in podobno ter v obliki skupinskega dela z določenimi vrstami bolnikov.

26. člen

V skladu z zakonom in z družbenimi dogovori se s pogodbami o izvajanju in financiranju zdravstvenega varstva natančneje določa izvajanje obveznih oblik zdravstvenega varstva.

Tretji del

OSEBE, ZAVAROVANE ZA VSE PRIMERE BOLEZNI IN NESREČ IZVEN DELA

1. POGAVLJE: ZAVAROVANE OSEBE

1. Zavarovanci

27. člen

Za zavarovance-delavce po 1. členu tega statuta se štejejo osebe, ki so na območju te skupnosti:

1. v delovnem razmerju;

2. člani predstavniških teles in njihovih organov s stalno funkcijo ter izvoljene osebe v družbenih, združenih in samoupravnih organizacijah, zbornicah, združenjih in podobno, če jim je to edini ali glavni poklic in če

prejemajo za to delo stalno mesečno povračilo;

3. člani obrtnih zadrug in člani ribiškimi zadrugi, ki jim je pridobitno delo v zadrugi edini ali glavni poklic;

4. začasno izven delovnega razmerja, dokler so redno prijavljene pri zavodu za zaposlovanje po predpisih o organizaciji in financiranju zaposlovanja;

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

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

7. upokojnenci, uživalci začasne pokojnine in uživalci pravice do poklicne rehabilitacije in zaposlitve po predpisih o invalidskem zavarovanju;

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

Za zavarovance-delavce po 1. točki prejšnjega odstavka se štejejo osebe, ki delajo najmanj polovico polnega delovnega časa; za zavarovance-delavce pa se štejejo tudi osebe, ki delajo manj kot polovico delovnega časa, vendar so zavarovane samo za nesrečo pri delu in obolenje za poklicno boleznijo.

Delavci, ki delajo v dveh ali več delovnih razmerjih, so zavarovani za vse primere, ob pogoju, da dosega skupen delovni čas v teh delovnih razmerjih vsaj polovico polnega delovnega časa predpisanega za delo, ki ga pretežno opravljajo.

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

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

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

28. člen

Osebe začasno izven delovnega razmerja so zavarovane, če so se priglasi v 30 dneh od prekinitve delovnega razmerja oziroma ko prenehajo dobivati nadomestilo osebnega dohodka po tem statutu, če se redno javljajo zavodu za zaposlovanje ter če ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve brez upravičenega vzroka.

29. člen

Za zavarovance-delavce po tem statutu se štejejo tudi jugoslovanski državljani, ki so bili zavarovani na območju te skupnosti, oziroma so — če niso bili zavarovani — prebivali na ob-

močju te skupnosti, pa so stopili v tujino v delovno razmerje:

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

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

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

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

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

30. člen

Zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke prvega odstavka 27. člena so zavarovani pri tej skupnosti, če je na njenem območju sedež njihove dejavnosti; zavarovanci iz 4. točke, če so prijavljeni pri zavodu za zaposlovanje iz območja te skupnosti v skladu z temeljnim zakonom o organizaciji in financiranju zaposlovanja; zavarovanci iz 5. točke pa, če je sedež organizacije ali delodajalca pri katerem dobivajo nagrado ali štipendijo oziroma šole, če ne dobivajo nagrade ali štipendije, na območju te skupnosti.

Drugi zavarovanci iz 27. člena so zavarovani pri tej skupnosti, ako imajo na območju skupnosti stalno prebivališče.

Osebe iz 29. člena tega statuta so zavarovane pri tej skupnosti, če je bil sedež njihove dejavnosti na območju te skupnosti, osebe pa, ki pred odhodom v tujino niso bile zavarovane, pa so zavarovane, če so imele pred odhodom v tujino na tem območju stalno prebivališče.

Družinski člani so zavarovani pri tej skupnosti, ako so tu zavarovani zavarovanci, po katerih imajo pravico do zdravstvenega zavarovanja.

31. člen

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

2. Družinski člani zavarovancev

32. člen

Za družinske člane zavarovancev 27., 29. in 31. člena se štejejo:

1. ožji družinski člani:

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

b) zavarovancevi otroci: zakonski, nezakonski, posvojenci in pastorki;

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

Osebe iz 2. do 4. točke 29. člena morajo zavarovati pri tej skupnosti svoje družinske člane, če ni z njihovim zdravstvenim zavarovanjem v tujini zagotovljeno zdravstveno varstvo tudi njihovim družinskim članom. Če so te osebe stopile v delovno razmerje pri tujem delodajalcu brez posredovanja zavoda za zaposlovanje ali brez poprejšnje ureditve zavarovanja svojih družinskih članov, se sklene zdravstveno zavarovanje z dnem prijave v zavarovanje.

Družinski člani oseb iz prejšnjega odstavka so zavarovani, dokler živijo v Jugoslaviji, če ni z mednarodnimi pogodbami drugače določeno.

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

33. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja ima:

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

2. zakonec umrlega zavarovanca, ki po njegovi smrti ni pridobil pravice do družinske pokojnine, ker ni dopolnil določene starosti, če je bil ob zavarovancevi smrti star nad 55 let (mož), oziroma nad 40 let (žena). Če zakonec še ni star 55 oziroma 40 let, se zavarovanje nadaljuje, dokler je redno priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje delavcev, če se priglasi zavodu v 90 dneh od zavarovanceve smrti;

3. 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 let oziroma 45 let, se zavarovanje nadaljuje, če je invalid I. kategorije v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju.

Zakonec ima pravico do zdravstvenega zavarovanja, če nima samostojnega delavskega zavarovanja ali če ne opravlja samostojne poklicne dejavnosti in je kot tak sam obvezno zavarovan.

34. člen

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

Če je otrok iz prvega odstavka tega člena zaradi bolezni nehal redno

obiskovati šolo je zavarovan tudi med tako boleznijo, če pa nato spet redno obiskuje šolo, se mu podaljša zavarovanje tudi čez določeno starostno mejo, vendar največ za toliko, kolikor je zaradi bolezni zamudil v šolanju.

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

Zavarovani so tudi otroci iz prvega odstavka tega člena, ki postanejo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju po preteku časa iz prvega, drugega oziroma tretjega odstavka tega člena, dokler traja taka nezmožnost, če jih zavarovavec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov. Pogoji preživljanja se ugotavlja po 37. členu tega statuta.

35. člen

Zavarovančevi otroci so zavarovani, razen za obvezne oblike zdravstvenega varstva, ki so jim zagotovljene po zakonu, kot družinski člani tudi od 15. do 18. leta starosti ne glede na šolanje, če se v 60 dneh po končanem šolanju oziroma po prekinitvi šolanja prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje, če se tu redno javljajo in če neopravičeno ne odklonijo ponudene ustrezne zaposlitve, v kolikor niso samostojno zdravstveno zavarovani kot osebe začasno izven delovnega razmerja.

36. člen

Zavarovančevi starši, ki jih zavarovavec preživlja, ker nimajo za preživljanje zadostnih lastnih dohodkov, so zavarovani:

1. če so dopolnili 65 let starosti (moški) oziroma 55 let (ženske) ali

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

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

37. člen

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

1. če nimajo nobenih lastnih dohodkov;

2. če imajo zavarovančevi starši ali člani njihovega gospodinjstva dohodek iz enega ali več virov, pa ti skupno ne presegajo mesečno dve tretjini zneska minimalnega osebnega dohodka, ki ga določajo republiški predpisi; pri tem se dohodki iz kmetijstva računajo v petkratnem znesku katastrskega dohodka; dohodki, oproščeni prispevka oziroma davka, se vštevajo na podlagi idealne davčne osnove. Dohodki po tej točki so čisti mesečni dohodki po odbitku prispevkov in davkov.

Pri ugotavljanju zneska dohodka, ki odpade na posameznega izmed zavarovančevih staršev, se dohodek deli

s številom tistih družinskih članov, ki so se na podlagi zakona ali pogodbe dolžni medsebojno vzdrževati.

Steje se, da zavarovavec preživlja svoje starše, če živi z njimi v gospodinjstvi skupnosti ali redno mesečno prispeva k njihovem vzdrževanju najmanj znesek iz 2. točke 1. odstavka tega člena.

2. POGLAVJE: PRIDOBITEV IN PRENEHANJE LASTNOSTI ZAVAROVANE OSEBE

38. člen

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

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

39. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico ali s potrdilom o zdravstvenem varstvu, katerih oblike predpiše zveza skupnosti zdravstvenega zavarovanja Slovenije.

40. člen

Svojstvo zavarovane osebe ugotovi skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, ki je vložena po predpisih o evidenci zdravstvenega zavarovanja.

O svojstvu zavarovane osebe odloči na podlagi prijave v zavarovanje služba, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve.

Ce naj se osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje, odreče lastnost zavarovane osebe, se ji o tem izda pismena odločba najpozneje v dveh mesecih po prejemu prijave.

Ce se odločba ne izda v roku dveh mesecev velja, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana dokončna odločba.

Odločba se mora tudi izdati, če se uradoma uvede postopek za ugotovitev lastnosti zavarovane osebe, če za tako osebo ni bila vložena prijava pa je verjetno izkazano, da bi morala biti vložena.

41. člen

Odločbo izda v imenu skupnosti služba, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve.

Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 15 dneh pritožbo na komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Zoper dokončno odločbo lahko prizadeti vloži tožbo na pristojno sodišče. V dokončni odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do vložitve tožbe.

42. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja grede zavarovani osebi, ko je pridobila lastnost zavarovane osebe in izpolnila druge pogoje, ki jih predpisuje 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 30. dne od dneva, ko preneha biti zavarovavec.

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

Zavarovavec, pri katerem nastane zaradi bolezni ali poškodbe med trajanjem zavarovanja in varstvene dobe (42. člen) začasna nezmožnost za delo, se zdravi tudi po prenehanju zavarovanja, in sicer vse dotlej, dokler traja nezmožnost za delo zaradi te bolezni oziroma poškodbe.

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

3. POGLAVJE: OSEBE, KI JIM JE ZAGOTOVLJENO ZDRAVSTVENO VARSTVO PO ZAKONU

1. Osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu

43. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je zagotovljeno zavarovancem-delavcem za primer bolezni in nesreče izven dela, je zagotovljeno tudi rednim študentom višjih in visokih šol ter fakultet in umetniških akademij v SR Sloveniji, dokler imajo status rednega študenta, ne glede na to, ali bi lahko uživali zdravstveno varstvo kot družinski člani zavarovancev iz 27., 29. in 31. člena tega statuta.

Zdravstveno varstvo po prejšnjem odstavku je zagotovljeno, dokler ima oseba status rednega študenta ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

44. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je zagotovljeno z zakonom in s splošnim aktom skupnosti zavarovancem-delavcem za primer bolezni in nesreče izven dela, če ni zavarovan po tem statutu ali statutu skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov, je zagotovljeno:

— borcem-udeležencem španske državljanske vojne, in

— borcem-udeležencem narodnoosvobodilne vojne, ki imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945 do 15. maja 1945.

Povračilo stroškov za zdravstveno varstvo oseb iz prejšnjega odstavka uveljavlja skupnost iz proračuna SR Slovenije.

45. člen

Zdravstveno varstvo v obsegu, ki je določen z zakonom in splošnim aktom skupnosti za zavarovance-delavce za primer bolezni in nesreče izven dela, je zagotovljeno tudi temle osebam:

1. uvažalcem 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;

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

3. učencem strokovnih šol pod pogoji, ki so določeni za otroke zavarovancem-delavcem;

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

5. osebam na šolanju, strokovni izpopolnitvi ali podiplomskem študiju, ki so zaradi tega prekinile delovno razmerje, če ta čas dobivajo štipendijo in nimajo statusa rednega študenta;

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

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

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

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

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

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

Zdravstveno varstvo po tem členu ni zagotovljeno osebam, naštetim v 1. odstavku tega člena, če so zavarovanci po 27. členu tega statuta ali njihovi družinski člani.

Osebam iz prvega odstavka tega člena, ki so zavarovani kot kmetje ali po 140. členu tega statuta ali njihovi družinski člani, je zagotovljena razlika do obsega zdravstvenega varstva za zavarovance-delavce in njihove družinske člane.

2. Družinski člani

46. člen

Ožji družinski člani rednih študentov iz 43. člena imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo pod pogoji, ki so določeni za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev.

47. člen

Ožji družinski člani zavarovancev iz 44. člena imajo zagotovljeno zdravstveno varstvo v istem obsegu kot zavarovanci delavci in pod pogoji, ki so določeni za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev, če niso zavarovane osebe po 27., 29. in 31. členu tega statuta ali če niso zavarovane kot zavarovanci kmetje ali osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

48. člen

Zdravstveno varstvo po 45. členu tega statuta je zagotovljeno tudi ožjim družinskim članom oseb iz 1. 2. in 7. točke 1. odstavka tega člena pod pogoji, kot veljajo za ožje družinske člane zavarovancev-delavcev.

49. člen

Določbe drugega poglavja tretjega dela veljajo smiselno tudi za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po zakonu.

4. POGlavJE: PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER OBOLJENJA ALI NESREČE IZVEN DELA

1. Splošne določbe o pravicah

50. člen

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

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

51. člen

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

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

Če mora zavarovavec plačevati za svoje zdravstveno zavarovanje in za zdravstveno zavarovanje svojih družinskih članov prispevek, je pogoj za uživanje pravic po tem statutu redno plačevanje prispevka; pri tem se uživanje pravic ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca naslednjega meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo z dnem, ko so poravnani vsi zapadli, še neplačani prispevki. Ne ustavi se uživanje pravic, ki se je začela uživati pred zapadlostjo neplačanega prispevka.

52. člen

V čas predhodnega zavarovanja se štejejo obdobja iz 27., razen čas prejetanja družinske pokojnine, 29. in 31. člena tega statuta ter čas, prebit v zavarovanju v svojstvu osebe, ki je opravljala samostojno poklicno dejavnost, in čas prejetanja nadomestila osebnega dohodka po prenehanju delovnega razmerja.

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

Šteje se, da zavarovanje ni prekinjeno, če je zavarovanje prenehalo zaradi nastopa vojaškega čoka v Jugoslovanski ljudski armadi, po vrnitvi pa

se je zavarovavec ponovno zavaroval v 30 dneh oziroma se je v tem roku priglasil zavodu za zaposlovanje.

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

53. člen

Čas, ki ga zavarovavec prebije v enem ali več delovnih razmerjih, v katerih je delovni čas krajši od polnega delovnega časa, se ušteva tako, da se skupno število ur takega dela v posameznem obdobju preračuna na poln delovni čas.

2. Zdravstveno varstvo

54. člen

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

1. zdravniške preglede, zdravljenje bolnikov, medicinske rehabilitacije in druge vrste medicinske pomoči v zdravstvenih zavodih, če to nujno zahteva zdravstveno stanje, pa tudi na bolnikovem domu;

2. strokovno medicinske ukrepe za izboljšanje zdravja oziroma za preprečevanje obolenj, kot so: cepljenja, saniranje bacilozoscev, dezinfekcije in drugi varstveni ukrepi na domu, kadar so zaradi nalezljive bolezni medicinsko nujni;

3. medicinska intervencija ob prekinitvi nosečnosti, če je ta medicinsko indicirana in zdravljenje v zvezi s tem;

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

5. zdravljenje zobnih bolezni;

6. zobotehnična pomoč in zobna protetična sredstva;

7. protetična in ortotična sredstva, očesni in slušni pripomočki in pripomočki za omogočanje glasnega govora ter sanitarne priprave;

8. zdravljenje v naravnih zdraviliščih, ki uporabljajo naravne zdravilne faktorje, v primerih in ob pogojih, ki jih določa ta statut.

Zdravstveni pregledi delavcev, ki so po posebnih predpisih obvezni za varstvo okolice (sanitarno-higienski pregledi oseb, ki delajo v zdravstvenih in socialnih zavodih, ki so zaposleni v proizvodnji in prodaji živil, ki delajo na šolah in v brivnicah ter drugi obvezni sanitarni higienski pregledi), kot tudi pregledi, na katerih se ugotavlja zdravstvena sposobnost za delo na posameznih delovnih mestih ali se z njimi izvršujejo obveznosti organizacije v zvezi s predpisi o higiensko-tehničnem varstvu (pregledi voznikov motornih vozil in drugih oseb, ki delajo pri prometnih organizacijah) — se ne opravljajo na račun sklada.

55. člen

Zdravstveno zavarovanje zagotavlja tista zdravila, ki so registrirana, da so v prometu v Jugoslaviji in ki se dobijo samo na zdravniški recept, ter pomožni in sanitarni material oziroma zdravila, ki se po posebnih predpisih lahko predpisujejo zavarovanim osebam.

56. člen

Vrste, indikacije, standarde in roke trajanja za zobno protetično pomoč in za protetična ter ortotična sredstva, za sanitarne priprave ter za očesne in slušne pripomočke in pripomočke za omogočanje glasnega govora, določa skupščina skupnosti s posebnimi pravilniki.

57. člen

Zobna protetična pomoč, protetična in ortotična sredstva, sanitarne priprave, očesni in slušni pripomočki in pripomočki za omogočanje glasnega govora so zavarovanim osebam zagotovljeni le, če izpolnjujejo pogoje predhodnega zavarovanja.

58. člen

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

59. člen

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

60. člen

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

Zavarovančevim staršem je zagotovljeno zdravstveno varstvo v enakem obsegu in ob enakih pogojih kot članom ožje družine; pravico do zobno protetične pomoči, protetičnih in ortotičnih sredstev, sanitarnih priprav, očesnih in slušnih pripomočkov ter pripomočkov za omogočanje glasnega govora, imajo ob pogoju, da je bil zavarovanec, po katerem imajo to svojo pravico, zavarovan poprej brez presledka najmanj 24 mesecev ali s presledki v zadnjih 4 letih 36 mesecev.

Takšna doba predhodnega zavarovanja se zanje zahteva tudi za zdravljenje v naravnih zdraviliščih.

61. člen

Družinski člani imajo pravico do zdravstvenega varstva tudi za tisti čas, ko je zavarovanec, po katerem imajo pravico do zdravstvenega varstva, na služenju vojaškega roka, če imajo pravico do pomoči, ker je njihov branilec v obvezni vojaški službi.

3. Zagotavljanje zdravstvenega varstva v tujini

62. člen

Zavarovancem, ki delajo v tujini in njihovim družinskim članom, ki z njimi prebivajo v tujini, se za prvih

šest mesecev bivanja v tujini zagotavlja samo nujno in neodložljivo zdravstveno varstvo; po preteku šestih mesecev pa jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno v obsegu, kot jim je zagotovljeno s tem statutom.

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

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

63. člen

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

Zavarovanim osebam, ki jim je med prebivanjem v tujini zagotovljena samo nujna zdravniška pomoč, ki pa izkoristijo v tujini zdravstveno varstvo v širšem obsegu ali preko določenega roka, povrne skupnost stroške za takšno zdravstveno varstvo v dinarjih in sicer samo v višini, kolikor bi stalo takšno zdravstveno varstvo v skupnosti.

64. člen

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

Stroški zdravstvenega varstva po prejšnjem odstavku gredo v breme skupnosti.

65. člen

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

S sporazumom z drugimi skupnostmi se lahko podrobneje določi način uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini.

66. člen

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

K stroškom za zdravstveno varstvo v tujini prispeva zavarovana oseba del teh stroškov v obsegu oziroma v višini, kot to določa ta statut.

67. člen

Določbe 62. in 63. člena se uporabljajo, če mednarodni sporazumi, ki jih je sklenila Jugoslavija, ne določajo drugače.

68. člen

Zavarovane osebe krijejo same del stroškov za naslednje oblike zdravstvenega varstva:

1. za vsa zdravila, razen za tista, za katera je potrebna neposredna intervencija strokovnega zdravstvenega delavca;

2. za vsak prvi obisk zdravnika na bolnikovem domu, ki je opravljen na zahtevo;

3. za intervencijo ob medicinsko indiciranim spivaju;

4. za prevoz z reševalnim vozilom;

5. za protetična in ortotična sredstva, sanitarne priprave, očesne in slušne pripomočke ter pripomočke za omogočanje glasnega govora,

6. za zobozdravstveno nego, zobno protetično pomoč in protetična sredstva;

7. za intervencijo in zdravljenje zastrupitve z alkoholom;

8. za neobvezna cepljenja;

9. za prvi specialistični pregled, če ne gre za pregled v dispanzerjih;

10. za zdravljenje v zdraviliščih;

11. za dajanje injekcij doma.

Višino prispevka zavarovane osebe za stroške zdravstvenega varstva iz prejšnjega odstavka določa skupščina skupnosti v enotnem znesku, v odstotku ali kombinirano, lahko pa določi tudi, kolikšen del stroškov gre na račun skupnosti.

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

Skupščina skupnosti lahko določi s sklepom posamezne oblike zdravstvenih storitev in vrste pripomočkov, za katere ni mogoče predpisati, da bi morale zavarovane osebe prispevati k stroškom zanje.

Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno varstvo izven območja skupnosti, plača del stroškov po predpisih tiste skupnosti, kjer se ji nudi zdravstvene storitve, oziroma pripomočki, razen za tiste storitve in pripomočke, ki se morajo odobriti vnaprej.

4. Denarna nadomestila in druge denarne dajatve

a) Nadomestilo osebnega dohodka ob začasnih zadržanosti od dela

69. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob začasnih zadržanosti od dela je zagotovljeno zavarovancu:

1. če je začasno zadržan od dela v zvezi z uživanjem zdravstvenega varstva;

2. če zaradi določenega zdravljenja ali medicinskih preiskav, ki jih ni mogoče opraviti izven 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 izoliran kot bacilonosec ali zaradi nalezljive bolezni v njegovi okolici;

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

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

8. če je začasno zadržan, ker je dal kri ali kožo ali je bila opravljena druga transplantacija, dokler je v stacionarni zdravstveni organizaciji.

70. člen

V primerih iz prejšnjega člena gre zavarovancu nadomestilo osebnega dohodka od prvega dne zadržanosti. V primerih iz 1., 2. in 3. točke prejšnjega člena gre nadomestilo za prvih 30 dni nepretrgane zadržanosti v breme organizacije oziroma zasebnega delodajalca; po 31. dnevu pa v breme skupnosti. V ostalih primerih gre nadomestilo od prvega dne v breme skupnosti.

Steje se, da je zadržanost nepretrgana, če zavarovanec postane ponovno nezmožen za delo zaradi iste bolezni v 30 dneh od dneva zadnje nezmožnosti.

71. člen

Nadomestilo osebnega dohodka gre po prvem odstavku 70. člena samo zavarovancu-delavcu, ki ima pravico do osebnega dohodka, povračila ali nagrade ali pravico do nadomestila osebnega dohodka po predpisih o delovnih razmerjih.

72. člen

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

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

73. člen

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

V čas predhodnega zavarovanja po prejšnjem odstavku se štejejo obdobja iz 52. člena tega statuta.

Za pridobitev pravice do nadomestila osebnega dohodka se ne zahteva predhodno zavarovanje za zavarovance, ki je bil v zadnjih 60 dneh pred pridobitvijo svojstva zavarovanca zavarovan kot družinski član zavarovancev iz 27., 29. in 31. člena tega statuta.

Doča predhodnega zavarovanja se ne zahteva za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki imajo poleg šolskega pouka tudi praktični pouk pri delovni organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu.

74. člen

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

Zadržanost od dela zaradi začasne nezmožnosti traja, dokler pristojni zdravnik oziroma pristojna komisija ne ugotovi, da se je delovna zmožnost povrnila, oziroma dokler pristojni organ z odločbo ne ugotovi, da je nastala invalidnost.

75. člen

Nadomestilo osebnega dohodka ob negovanju obolelega otroka do starosti treh let gre največ za 15 dni za posamezni primer.

Na podlagi mnenja zdravniške komisije se nega otroka iz prejšnjega odstavka lahko podaljša še za nadaljnjih 15 dni, za isti primer.

Nadomestilo osebnega dohodka v drugih primerih nege člana ožje družine oziroma žene na porodu gre največ 7 dni za isti primer.

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

76. člen

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

Zavarovanec iz prejšnjega odstavka se še nadalje šteje za zadržanega za delo in ima pravico do nadomestila osebnega dohodka za tisti čas, ko ne dela.

Če je osebni dohodek, ki ga dobi v skrajšanem delovnem času manjši od ustreznega dela nadomestila, ki bi mu šlo, če ta čas ne bi delal, ima zavarovanec pravico tudi do nadomestila te razlike.

77. člen

Zavarovanec, ki išče zdravniško pomoč v delovnem času, ima pravico do nadomestila za izgubljeni čas zaradi iskanja zdravniške pomoči le, če je bila zdravniška pomoč nujna in neodložljiva, ali če je to zahteval način dela zdravnika oziroma zdravstvene ga zavoda.

77 a. člen

Osebe iz 1., 2. in 3. točke 27. člena tega statuta imajo v primeru iz 1. točke 68. člena pravico do nadomestila osebnega dohodka tudi ob začasni nezmožnosti za delo, ki nastane v 30 dneh po prenehanju delovnega razmerja, če se v tem roku prijavijo pristojnemu zavodu za zaposlovanje in če imajo pred prenehanjem delovnega razmerja dobo predhodnega zavarovanja (51. člen).

78. člen

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

1. če si nalašč povzroči nezmožnost za delo;

2. če se ukvarja s samostojno gospodarsko dejavnostjo ali opravlja dela, za katera dobiva osebni dohodek.

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

1. če namenoma preprečuje ozdravljenje oziroma usposobitev za delo;

2. če se brez upravičenega vzroka ne odzove vabilu na določen zdravniški oziroma komisijski pregled.

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

79. člen

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

Če zavarovanec v preteklem letu ni dobil osebnega dohodka, se vzame za osnovo poprečni mesečni znesek osebnega dohodka oziroma akontacije za tekoče leto pred mesecem, ko je nastopil zavarovalni primer, če pa je nastopil zavarovalni primer pred potekom meseca, se šteje do dneva, ko je nastopil zavarovalni primer.

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

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

Če zavarovanec ne dobiva osebni dohodek, ampak povračilo ali nagrado, se ta šteje v osnovo za nadomestilo.

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

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

Če je zavarovancu ves ali del dohodka določen v odstotku — proviziji, se od celotnega dohodka v ustreznem času odbijejo vsi materialni stroški, ki jih je imel tak zavarovanec pri opravljanju svojega dela.

80. člen

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

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

81. člen

Zavarovancu, ki je na bolezenskem dopustu več kot leto dni, se osnova poveča za toliko odstotkov, za kolikor se je v poslovnem letu, v katerem je zavarovanec zbolel, v primerjavi s prejšnjim letom povečalo poprečje osebnih dohodkov v njegovi delovni organizaciji.

Nadaljnja povečanja osnov po prejšnjem odstavku se izračunajo tako, da se primerjajo poprečni osebni dohodki iz leta pred letom, ko je zavarovanec izpolnil pogoj za drugo oziroma nadaljnje povečanje s poprečnimi osebnimi dohodki pred tem letom.

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

Za zavarovance-delavce, zaposlene pri zasebnih delodajalcih, se osnova za nadomestilo poveča za toliko odstotkov, za kolikor so se na splošno povečali osebni dohodki v republiki.

Osnova se poveča uradoma.

82. člen

Nadomestilo osebnega dohodka v primerih iz člena 69 tega statuta, ko gre nadomestilo v breme skupnosti ali v breme zasebnega delodajalca, znaša:

a) 70 odst. od osnove za prvih sedem dni;

80 odst. od osnove od osmega do 60. dne in

90 odst. od osnove od 61. dneva zadržanosti od dela — za zavarovanca, ki je izpolnil pogoj predhodnega zavarovanja iz 51. člena tega statuta preden je nastal primer, ki daje pravico do nadomestila;

b) 60 odst. od osnove za prvih sedem dni

70 odst. od osnove od osmega do 60. dne in

80 odst. od osnove od 61. dne zadržanosti od dela za zavarovanca, ki ni izpolnjeval pogoja predhodnega zavarovanja iz 51. člena tega statuta.

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

Za primere iz 8. točke 69. člena tega statuta pripada zavarovancu nadomestilo v višini 100 odstotkov osnove od prvega dne zadržanosti od dela.

Nadomestilo osebnega dohodka, izračunano po prejšnjih odstavkih, razen za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, določenega z republiškim predpisom.

83. člen

Zavarovancu, ki ima pravico do nadomestila osebnega dohodka zaradi začasne zadržanosti od dela, se za tisti čas, ko je v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji, v kateri ima nastanitev in hrano, zmanjša nadomestilo izračunano po prejšnjem členu, in sicer: na 60 odstotkov (poenov), če nima družinskih članov, ki bi bili po njem zdravstveno zavarovani, za 20 odstotkov (poenov), če ima enega, in za 10 odstotkov (poenov), če ima dva taka družinska člana; vendar se nadomestilo ne zniža pod 60 odstotkov

od osnove in pri osebah v delovnem razmerju ne sme biti manjše od minimalnega osebnega dohodka, določenega z republiškim predpisom.

Pri izračunu znižanega nadomestila se upoštevajo tudi njegovi družinski člani, ki so sami zavarovani po 4., 5. in 6. točki 27. člena ter 43. člena tega statuta.

84. člen

Zavarovancu, ki je v času uživanja nadomestila osebnega dohodka odstranjen iz delovne organizacije, pa v tem času zbolil 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.

85. člen

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

86. člen

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

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

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

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

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

b) Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom

87. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka:

1. med porodniškim dopustom za čas, ki je kot najmanjši določen z zakonom;

2. med delom, ko zavarovanka do 8. meseca otrokove starosti dela po 4 ure na dan.

Zavarovanka, pri kateri nastopi v varstveni dobi iz 2. točke 1. odstavka začasna zadržanost, ima za ta čas poleg pravice do nadomestila po prejšnjem odstavku tudi pravico do nadomestila osebnega dohodka, ki ustreza skrajšanemu delovnemu času po določbah tega statuta.

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka po 2. točki 1. odstavka, tudi če v varstveni dobi izrablji letni dopust.

88. člen

Zavarovanka ima pravico do nadomestila osebnega dohodka med porodniškim dopustom tudi po prenehanju delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če pada začetek varstvene dobe po predpisih o delovnih razmerjih zaradi nosečnosti in poroda:

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

2. v 30. dnevni rok prenehanja delovnega razmerja oziroma druge dejavnosti, če se v tem roku priglasi pristojnemu zavodu za zaposlovanje.

89. člen

Nadomestilo osebnega dohodka med porodniškim dopustom znaša 100 odstotkov od osnove in se ne zmanjšuje, če je zavarovanka v tem času v stacionarni zdravstveni organizaciji.

Nadomestilo gre od prvega dne v breme skupnosti.

90. člen

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

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

Zavarovanka, ki se je po posebnem sporazumu zaposlila v tujini, obdržala pa je lastnost osebe v delovnem razmerju v Jugoslaviji, ima pravico do nadomestila osebnega dohodka na račun skupnosti tudi za tisti čas, ko je v tujini, če ji ni ta čas po

sporazumu zagotovljeno nadomestilo od tujega delodajalca.

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

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

91. člen

Kolikor ni o nadomestilu osebnega dohodka med porodiškim dopustom posebej določeno, se smiselno uporabljajo določbe tega statuta o nadomestilu osebnega dohodka ob začasnih za držanosti od dela.

c) Povračilo stroškov v zvezi z uveljavljanjem zdravstvenega varstva

92. člen

Pravico do povračila potnih stroškov imajo zavarovane osebe:

1. kadar jih pristojni zdravnik — zdravstvena delovna organizacija, 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 zdravstveno delovno organizacijo, ker v kraju zaposlitve oziroma prebivališča ni zdravnika ali zdravstvene delovne organizacije.

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

Povračilo potnih stroškov gre zavarovani osebi, če znaša razdalja od najbližje postaje javnega prevoznega sredstva, do najbližjega zdravnika oziroma zdravstvene delovne organizacije najmanj 15 km.

93. člen

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

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

94. člen

Povračilo potnih stroškov obsega:

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

95. člen

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

Glede na nujnost primera in zdrav-

stveno stanje zavarovane osebe sme pristojni zdravnik oziroma pristojna komisija določiti tudi drugačen način prevoza (rešilni avtomobil ipd).

Prevoz z reševalnim vozilom se lahko dovoli samo v primerih, ko prevoz z rednim javnim prevoznim sredstvom ni mogoč glede na nujnost in zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Za pomoč gorske reševalne službe se povrnejo stroški za prenos in prevoz zavarovane osebe do najbližjega zdravstvenega zavoda.

Prevoz z drugimi vozili v primerih iz drugega odstavka je mogoče odrediti na stroške skupnosti, samo če ni na razpolago reševalnega vozila.

Višino povračila za prevoz iz prejšnjega odstavka določi s sklepom skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

96. člen

Kot prevozní stroški se povrnejo dejanski stroški prevoza.

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

97. člen

Povračilo prevoznih stroškov gre na račun skupnosti tudi takrat, kadar je bila zavarovana oseba premeščena iz ene v drugo zdravstveno delovno organizacijo, prevoz pa je bil potreben glede na zdravstveno stanje zavarovane osebe.

Prevoz zavarovane osebe, ki zbolí v času začasnega bivanja izven njenega stalnega prebivališča, se opravi na račun skupnosti do stalnega prebivališča ali do zdravstvene delovne organizacije v njenem stalnem prebivališču, vendar samo takrat, kadar je potreben prevoz s posebnim vozilom in samo do višine razlike med ceno posebnega vozila in ceno najcenejšega rednega javnega prevoznega sredstva.

98. člen

Zavarovanim osebam, ki uveljavljajo zdravstveno varstvo pod drugačnimi pogoji in na drugačen način kot je določeno v tem statutu ali v drugem splošnem aktu, se povrnejo potni stroški samo do zneska, ki bi jim pripadal, če bi uveljavile zdravstveno varstvo po tem statutu, oziroma drugem splošnem aktu.

d) Povračilo in denarna dajatev ob smrti zavarovane osebe

99. člen

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

100. člen

Znesek pogrebne določa skupščina skupnosti s sklepom v pavšalnem znesku.

V primeru smrti zavarovane osebe izven njenega stalnega prebivališča, v kolikor se pokop opravi v kraju stalnega prebivališča, ima tisti, ki opravi pogreb pravico do povračila 50 odstotkov prevoznih in drugih v zvezi s prevozom potrebnih stroškov, če je bil prevoz opravljen v razdalji nad 150 kilometrov.

101. člen

Ožji družinski člani, ki so zdravstveno zavarovani po umrlem zavarovancu, imajo po njegovi smrti pravico do posmrtnine.

Pravico do te dajatve imajo tudi ožji družinski člani, ki so sicer samostojno zavarovani po 4., 5. in 6. točki 27. člena ter 43. člena tega statuta.

102. člen

Posmrtnina znaša enomesečno osnovno nadomestilo osebnega dohodka; pri upokojencih enomesečni znesek pokojnine z vsemi dodatki, pri uživalcih oskrbnih in začasnih nadomestil pa enomesečno oskrbnino oziroma nadomestilo, ki mu je pripadalo v zadnjem mesecu pred smrtjo.

5. POGLAVJE: FINANCIRANJE

103. člen

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

104. člen

Višino oziroma stopnjo prispevka določa skupščina skupnosti s sklepom. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne; pri tem pa se upošteva, ali so osebe zavarovane za vse ali samo za posamezne primere, v okviru teh rizikov pa še, ali so zavarovane samo za zdravstveno varstvo ali tudi za nadomestilo osebnega dohodka in druge denarne dajatve.

105. člen

Za primere, ko osnova za obračunavanje prispevka ni določena z zakonom, določí skupščina skupnosti prispevke lahko in pavšalnem znesku.

106. člen

Prispevek za zdravstveno zavarovanje delavcev za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo določí skupščina skupnosti po enotni tarifi za kritje zavarovanih nevarnosti.

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

107. člen

Osnova za obračunavanje in plačevanje prispevka je:

1. za zavarovance, ki prejema osebni dohodek ali nagrado — njihov kosmati osebni dohodek ali nagrada;
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 izvoljenih oseb v družbenih, zadružnih in samoupravnih organizacijah, združenjih, zbornicah 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 za to delo;

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

5. za vse osebe, prijavljene pri zavodu za zaposlovanje — poprečni osebni dohodek, ki je osnova za odmero denarnega nadomestila na območju zavoda tistim zavarovancem, ki prejema denarno nadomestilo med začasno brezposelnostjo.

Ce je osnova za prispevek določena v neto znesku, se prispevek obračunava in plačuje po neto preračunani stopnji iz kosmatega osebnega dohodka.

108. člen

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

109. člen

Prispevkj za zdravstveno zavarovanje so:

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

2. prispevek za zdravstveno zavarovanje:

— za obvezne oblike zdravstvenega varstva,

— za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja;

3. posebni prispevek.

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

110. člen

Prispevek za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo plačujejo iz svojih sredstev:

1. delovne in druge organizacije, državni organi in zasebni delodajalci za svoje delavce, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, s katerimi imajo sklenjeno učno ali študijsko pogodbo;

2. šole, za učence v gospodarstvu in učence poklicnih šol, ki nimajo sklenjene učne ali študijske pogodbe, in učence drugih šol, ki so zavarovani, kadar opravljajo praktično delo v zvezi s poukom;

3. zavod za zaposlovanje za osebe na strokovni usposobitvi ali prekvalifikaciji, ki jo organizira zavod;

4. organizator predvojaške vzgoje, javnih del in mladinskih delovnih akcij oziroma drugih javnih akcij za osebe, ki so na takšni vzgoji, akcijah ali delu;

5. ostali zavezanci, ki jih določajo predpisi;

111. člen

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

Ostali zavezanci za prispevek plačujejo prispevek skupnosti zdravstvene-

ga zavarovanja pri banki ali neposredno na blagajni službe skupnosti.

112. člen

Prispevek zapade v plačilo:

1. za zavarovance, za katere obračunavajo prispevek organizacije na dan, ko dvignjevo sredstva za osebne dohodke;

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

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

113. člen

Zavezanec prispevka, ki ne obračunava, ne vplača ali ne vplača pravočasno prispevka za zdravstveno zavarovanje, mora poleg prispevka plačati še kazenske obresti po stopnji 0,1 odstotka na dan od zneska neplačanega ali nepravočasno plačanega prispevka.

114. člen

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

Proti plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vložil v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga na skupnost. Ugovor se kolkuje.

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

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

115. člen

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

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

116. člen

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

117. člen

Vsi dohodki skupnosti se stekajo v sklad zdravstvenega zavarovanja na enoten žiro račun skupnosti pri službi družbenega knjigovodstva. Pri službi skupnosti pa se vodijo na posebnem obračunu kot:

1. denarna sredstva za zagotovitev obveznih oblik zdravstvenega varstva;

2. denarna sredstva za zagotovitev pravic v primeru nesreče pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo;

3. denarna sredstva za zagotovitev pravic, ki jih skupnost samostojno določil po tem statutu;

4. denarna sredstva po 122. členu tega statuta.

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

118. člen

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

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

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

119. člen

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

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

120. člen

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

121. člen

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

122. člen

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

Sredstva iz prejšnjega odstavka se vodijo ločeno od drugih sredstev skupnosti, iz njih pa se plačujejo stroški zdravstvenega varstva in del stroškov za izvajanje službe.

123. člen

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

124. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja pripravi temeljna izhodišča za določitev višine oz. stopnje prispevka po načelih iz prejšnjega člena tega statuta.

Na skupnem sestanku predstavnikov občinskih skupščin, občinskih sindikalnih svetov, zdravstvenih delovnih organizacij in predstavnikov skupščine skupnosti zdravstvenega zavarovanja se izoblikuje predlog temeljnih izhodišč za določitev višine oziroma stopnje prispevka do 10. novembra vsakega leta.

Izvršilni odbor skupščine skupnosti pošlje ta predlog vsem gospodarskim organizacijam na območju skupnosti z vabilom za skupni sestanek s predlagatelji, na katerem se doseže družbeni dogovor o dokončnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka. Sestanek mora biti sklican najpozneje do 30. novembra vsakega leta.

Steje se, da vabljenega gospodarska organizacija soglaša s predlogom iz drugega odstavka, če se kljub vabilu ne udeleži sestanka in če je bila v vabilu na to opozorjena.

Če se do 31. decembra vsakega leta ne doseže družbeni dogovor o temeljnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka, se za obračun in plačevanje prispevka uporablja kot akontacija stopnja prispevka, določena za preteklo leto.

125. člen

Skupni dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja so:

1. prispevek za zdravstveno zavarovanje za:

— obvezne oblike zdravstvenega varstva,

— nesreče pri delu in za obolenja za poklicne bolezni,

— po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega zavarovanja,

— ostale po zakonu in tem statutu predvidene primere, ko se prispevek predpiše nekaterim kategorijam oseb,

2. dohodki po mednarodnih sporazumih;

3. prispevek družbeno-političnih skupnosti;

4. povračila za povzročeno škodo;

5. povračila iz pozavarovanja;

6. drugi dohodki.

126. člen

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

Preostali del skupnih dohodkov je čisti dohodek.

127. člen

Iz čistega dohodka se krijejo izdatki:

1. za zdravstveno varstvo in sicer: — za obvezne oblike zdravstvenega varstva,

— za nesreče pri delu in poklicne bolezni,

— za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva,

— za ostale po zakonu in tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva,

— za zdravstveno varstvo po mednarodnih sporazumih;

2. za denarna nadomestila in druge denarne dajatve, ki jih predvideva zakon in ta statut;

3. za zdravstveno varstvo rednih študentov;

4. za ostale obveznosti in izdatke; — za pozavarovanje,

— za irvajanje službe,

— za študijska in znanstveno raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja,

— stroške denarnega in plačilnega prometa,

— poštne stroške,

— obveznosti do zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja,

— stroške samouprave,

— obresti in provizije,

— ostale izdatke (stroški komisij in drugo).

128. člen

S finančnim načrtom, ki ga sprejme skupščina skupnosti s sklepom za vsako poslovno leto, se predvidijo:

— skupni dohodki skupnosti,

— izločanje v obvezno rezervo,

— čisti dohodki skupnosti,

— skupni izdatki skupnosti.

Podrobna razčlenitev skupnih dohodkov in skupnih izdatkov je sestavni del sklepa.

Finančni načrt mora biti sprejet pred začetkom poslovnega leta in hkrati z določitvijo prispevkov za naslednje leto.

129. člen

Z zaključnim računom, ki ga sprejme skupščina skupnosti vsako leto v predpisanem roku, se ugotovijo za preteklo leto:

— skupni dohodki skupnosti,

— obvezna rezerva,

— čisti dohodki skupnosti,

— skupni izdatki skupnosti.

Presežek čistih dohodkov nad skupnimi izdatki po zaključnem računu se prenese v rezervni sklad.

Če se z zaključnim računom ugotovi presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki, se postopa po določitvi 120. člena tega statuta.

130. člen

Skupščina skupnosti predpiše poseben pravilnik o organizaciji in vodenju knjigovodstva.

Četrti del

ZAVAROVANJE ZA NESREČO PRI DELU IN ZA OBOLENJE ZA POKLICNO BOLEZNIJO

1. POGlavJE: OSEBE, ZAVAROVANE ZA NESREČO PRI DELU IN ZA OBOLENJE ZA POKLICNO BOLEZNIJO

131. člen

Delavci (zavarovanci iz 1., 2. in 3. točke 1. odstavka ter 2. odstavka 27. člena ter zavarovanci iz 29. člena tega statuta) in učenci v gospodarstvu oziroma učenci poklicnih šol, ki so na praktičnem pouku pri organizaciji, v šoli ali pri zasebnem delodajalcu (7. točka 1. odstavka 27. člena tega statuta) so obvezno zdravstveno zavarovani za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo (6. člen tega statuta).

132. člen

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

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

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

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

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

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

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

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

2. POGlavJE: PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA ZA PRIMER NESREČE PRI DELU IN ZA OBOLENJE ZA POKLICNO BOLEZNIJO

133. člen

Osebam, ki so po tem statutu zdravstveno zavarovane za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo, so zagotovljene te pravice:

1. do zdravstvenega varstva, zlasti preventivnega varstva, ki obsega izvajanje ukrepov, da se odvrta in preprečujejo nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo;

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

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

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja za nesrečo pri delu in za obolenje za poklicno boleznijo so zagotovljene zavarovancem-delavcem ne glede na dobo predhodnega zavarovanja.

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

134. člen

Med ukrepi za preprečevanje in odvrtačanje obolenj za poklicno boleznijo sodeluje skupnost z delovnimi organizacijami in se z njimi dogovarja o potrebnih preventivnih ukrepih. Skupnost zagotavlja za to sodelovanje tudi finančna sredstva.

135. člen

Za primer nesreče pri delu ali obolenja za poklicno boleznijo so zavarovancem v celoti na račun skupno-

sti zagotovljene vse oblike zdravstvenega varstva po tem statutu.

136. člen

Pri zavarovanih, ki jim gre nadomestilo samo, če postanejo začasno nezmožni za delo v zvezi s poškodbo zaradi nesreče pri delu ali v zvezi z obolenjem za poklicno boleznijo, se vzame kot osnova za nadomestilo:

1. zavarovancem v delovnem razmerju — poprečni znesek osebnega dohodka;

2. zavarovancem, ki niso v delovnem razmerju — osnova, od katere bi se odmerila pravica po predpisih o invalidskem zavarovanju, če bi nastala invalidnost.

137. člen

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

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

138. člen

Ce ni v tem delu tega statuta drugače določeno, se glede nadomestila osebnega dohodka in uveljavljanja pravic uporablja določbe tega statuta tudi za primer nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo.

3. POGlavJE: FINANCIranJE

139. člen

Sredstva za uveljavljanje zdravstvenega varstva in drugih pravic in zdravstvenega zavarovanja v primeru nesreče pri delu in obolenja za poklicno boleznijo se zagotavljajo s prispevkom delovnih in drugih organizacij ter drugih, z zakonom določenih zavezanecv.

Peti del

ZDRAVSTVENO VARSTVO OSEB, KI OPRAVLJAJO SAMOSTOJNO POKLICNO DEJAVNOST

140. 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 obrt podobno dejavnost, ali prevozniško dejavnost in so po predpisih registrirane ali evidentirane;

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

3. književniki, skladatelji, umetniki ter prevajalci znanstvenih in književnih del, ki jim je priznana ta lastnost;

4. odvetniki, športniki, artisti, duhovniki, kolporterji tiska, prtljažni nosači in druge osebe, glede katerih so bile po dosedanjih predpisih sklenjene pogodbe o izvajanju socialnega zavarovanja;

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

141. člen

V tej skupnosti so od oseb iz prejšnjega člena zavarovane osebe iz 1., 2., 4. in 5. točke, če je sedež njihove dejavnosti na območju te skupnosti; osebe iz 3. točke pa, če imajo na območju te skupnosti stalno prebivališče.

142. člen

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

143. člen

Lastnost zavarovanca iz 140. člena tega statuta pridobi:

a) oseba iz 1., 2., in 5. točke prvega odstavka 140. člena z dnem vpisa samostojne poklicne dejavnosti v register oziroma evidenco, preneha pa biti zavarovanec z dnem črtanja iz tega registra oziroma evidence;

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

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

č) druge osebe pridobijo lastnost zavarovanca z dnem, ko so evidentirane pri ustrezni organizaciji, prenehajo pa biti zavarovanci z dnem izbrisa iz evidence.

144. člen

Ce 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.

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

145. člen

Družinski člani oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, so zavarovani ob enakih pogojih kot družinski člani zavarovancev-delavcev.

2. POGlavJE: PRAVICE IZ ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA

146. člen

Zavarovanci-osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, imajo zagotovljeno zase in za svoje družinske člane:

1. oblike zdravstvenega varstva, ki so kot obvezne določene z zakonom;

2. ob bolezni, nesreči pri delu in izven dela ter ob obolenju za poklicno boleznijo: zdravstveno varstvo, denarne dajatve in druge pravice v obsegu in ob pogojih, ki jih imajo iz zdravstvenega zavarovanja delavci te

skupnosti v kolikor v tem statutu ni drugače določeno.

147. člen

Denarne dajatve se odmerjajo od osnov, ki so določene za plačevanje prispevka za zdravstveno zavarovanje.

Otroci, ki po smrti ali po izgubi opravilne sposobnosti zavarovanca — obrtnika še naprej vodijo njegovo obrtno delavnico (2. odstavek 144. člena), imajo pravico do nadomestila osebnega dohodka, če so do prvega dne časne zadržanosti dopolnili 15. leto starosti in pod pogojem, da delajo v delavnici ali da sodelujejo pri njenem upravljanju.

Za zavarovance, osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost, ne velja določba o pravici do nadomestila osebnega dohodka do višine minimalnega osebnega dohodka.

148. člen

Zavarovane osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost in njihovi družinski člani morejo uživati pravico iz zdravstvenega zavarovanja le, če so prispevki v redu plačani. Uživanje pravice se ne more začeti, če zapadli prispevek ni plačan najkasneje do konca meseca po mesecu, v katerem je zapadel v plačilo. Zadržane pravice oživijo za nazaj z dnem, ko so poravnani vsi zapadli prispevki.

149. člen

Zavarovani osebi, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost in ki je začasno zadržana več kot eno leto, se njena osnova za nadomestilo osebnega dohodka preračuna na ustrezajoči višji znesek, če se je v letu, v katerem je zbolela, osnova za to samostojno dejavnost povečala v primerjavi z osnovo iz prejšnjega leta in sicer za toliko odstotkov, za kolikor se je ta osnova povečala.

150. člen

Zavarovancu, ki v letu pred letom, v katerem je zbolel, ni bil zavarovan v svojstvu osebe, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost ali ni bil zavarovan celo leto, se vzame v osnovo zaradi preračuna po tem členu dosežen osebni dohodek iz delovnega razmerja oziroma osebni dohodek in osnova, po kateri je bil zavarovan.

Ce v letu pred letom, v katerem je zbolel, ni bil zavarovan, nima pravice do povečanja nadomestila osebnega dohodka po tem členu.

151. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo s pretekom zadnjega dne v mesecu za posamezni obrok oziroma s pretekom zadnjega dne, če je treba izplačati nadomestilo za manj kot en mesec.

3. POGlavJE: FINANCIranJE

152. člen

Sredstva za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja zagotavljajo zavarovanci sami s prispevki, ki se odmerjajo od osnov, ki jih določi skupnost s splošnim aktom. Skupnost lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na zavarovancevega družinskega člana.

Glede prispevka zavarovane osebe

k stroškom zdravstvenega varstva in glede drugih zadev financiranja ter za pozavarovanje se smiselno uporabljajo določbe 49., 68. do 79. ter 85. in 86. člena zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva.

Sesti del

UVELJAVLJANJE PRAVIC

153. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določajo zakon, ta statut, pravilnik o postopku pri uveljavljanju pravic in pogodbe, ki jih sklepa skupnost, z zdravstvenimi ali drugimi organizacijami in drugimi osebami. O tistih delih pogodbe, ki urejajo pogoje in način uveljavljanja zdravstvenega varstva, morajo biti zavarovane osebe obveščene.

154. člen

Pravice, ki se uveljavljajo ob predpisanih pogojih in na predpisan način iz prejšnjega člena, se ne morejo omejiti, zmanjšati ali odvzeti. Pravica preneha, ko prenehajo pogoji in v primerih, ki jih določa ta statut ali drug splošni akt te skupnosti.

155. člen

Pravice iz zdravstvenega zavarovanja se lahko uveljavljajo, ko so izpolnjeni pogoji, ki jih predpisuje zakon, ta statut ali splošni akt te skupnosti (lastnost zavarovane osebe, predhodna doba zavarovanja, nastanek zavarovalnega primera, plačilo prispevkov za zdravstveno zavarovanje s strani zavarovane osebe — samoplačnika in podobno).

156. člen

O pravici, ki jo uveljavlja zavarovana oseba, se ne izda odločba, razen če zavarovana oseba to zahteva. Odločbo izda organizacija oziroma služba, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve. Zoper odločbo lahko vloži prizadeta oseba v 15 dneh pritožbo na komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Zoper dokončno odločbo te komisije lahko prizadeti vložijo tožbo pri pristojnem občinskem sodišču. V odločbi mora biti prizadeti opozorjen na pravico do tožbe.

157. člen

Strokovna zdravniška mnenja o zdravstvenem stanju,časni nezmožnosti za delo, stopnji nosečnosti, načinu zdravljenja in podobnem, dajejo pristojni zdravnik, zdravniška komisija ali komisija zdravniških izvedencev, za zdraviliško zdravljenje pa zdravniška komisija.

Zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev imenuje izvršilni odbor.

Sestav, pristojnost in delo komisij ter zdravnik poedinca se določijo v pravilniku o postopku pri uveljavljanju pravic.

Kadar je potrebno strokovno medicinsko mnenje v postopkih v tem statutu ni mogoče odločiti brez takega strokovnega mnenja zdravnika oziroma komisij po prvem odstavku tega člena.

158. člen

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

Zavarovana oseba, ki uveljavlja zdravstveno varstvo v zdravstveni delovni organizaciji, ki ni najbližja njenemu prebivališču oziroma delovnemu mestu, mora povrniti skupnosti razliko v stroških med ceno v zdravstveni delovni organizaciji, kjer je uveljavljala pravico in ceno po pogodbi, ki jo je skupnost sklenila z ustrežno zdravstveno delovno organizacijo.

Potni stroški se v tem primeru povrnejo le do najbližje zdravstvene delovne organizacije, ki lahko nudi takšno storitev.

V nujnih primerih se drugi odstavek tega člena ne uporabi.

159. člen

Zavarovana oseba lahko ugovarja zoper način zdravljenja in obravnavanja v zdravstveni delovni organizaciji pri zdravstveni delovni organizaciji ali pri skupnosti.

160. člen

Ako je zavarovana oseba vložila ugovor pri skupnosti, izda odločbo skupnost, ko predhodno pribavi mnenje zdravniške komisije.

161. člen

Zoper odredbo zdravnika pri ugotavljanjučasne zadržanosti od dela lahko zavarovaneč ugovarja v 48 urah na zdravniško komisijo. Mnenje komisije je v tem primeru dokončno. Zoper ocenitev zdravniške komisije po 30 dneh bolniškega dopusta lahko ugovarja zavarovaneč v 48 urah na komisijo zdravnikov izvedencev.

162. člen

Zoper ugotovitev ali oceno zdravniške komisije v stvareh, v katerih ne daje ugotovitev posamezni zdravnik, lahko zavarovana oseba ugovarja v treh dneh na komisijo zdravniških izvedencev.

Komisija zdravniških izvedencev tudi lahko na predlog skupnosti revidira ugotovitve zdravniške komisije. Njena ugotovitve veljajo v takšnih primerih od dneva, ko so bile izdane.

163. člen

Zavarovaneč gre nadomestilo osebnega dohodka od dneva odsotnosti, ki ga je odredil pristojni zdravnik. Nadomestilo osebnega dohodka za čas pred tem dnem lahko uveljavlja zavarovaneč, če ni mogel priti do pristojnega zdravnika zaradi narave obolenja, oddaljenosti, in drugih tehtnih razlogov. V takšnih primerih lahko zdravnik odobri bolezensko odsotnost za največ 3 dni pred dnem, ko se je zavarovaneč zgledil pri njem. Daljšo bolezensko odsotnost pred tem dnem lahko odobri zdravniška komisija na podlagi osebnega pregleda zavarovaneč in zdravstvene dokumentacije.

Zdravstveno stanje in primere, ki opravljajo zavarovano osebo do nadomestila osebnega dohodka, ugotavlja za prvih 30 dni zdravnik, od 31. dne dalje pa zdravniška komisija.

Kateri zdravnik si pooblaščen odločati o primerih in času zadržanosti se določijo v pogodbi, ki se sklene z zdravstveno delovno organizacijo.

V dispanserjih za žene v kraju bivališča ali zaposlitve zavarovaneč-delavke ugotavljajočasno nezmožnost za delo v zvezi z ženskimi boleznimi tudi zdravnik, ki delajo v teh dispanserjih. V protituberkuloznih dispanserjih lahko ugotavljajo nezmožnost za delo specialisti ftiziologi v zvezi s tuberkuloznimi obolenji. Zdravnik v dispanserju za žene ima tudi pravico določiti porodniški dopust.

164. člen

Posamezni zdravnik, ki je pri zavarovaneč ugotovilčasno nezmožnost za delo zaradi bolezni ali poškodbe, mora po 30 dneh nepretrganega bolezenskega dopusta, najkasneje pa v treh dneh napoliti zavarovaneč na pregled k pristojni zdravniški komisiji, razen če se ta zdravi v stacionarnem zdravstvenem zavodu.

Mnenje zdravnika o zavarovaneč delovni

nezmožnosti je obvezno vse dotlej, dokler ne da zdravniška komisija svojega mnenja.

165. člen

Odobreno zadržanost od dela se vpiše v zdravstveno izkaznico.

166. člen

Odsotnost zaradi nege družinskega člana odredi zavarovani osebi ob pogojih tega statuta zdravnik, ki je pristojen za odrejanje bolezenskega dopusta (ocenjevanje nezmožnosti za delo). Pri tem mora upoštevati možnost za nego obolelega družinskega člana v zavarovaneči družini po drugem članu na podlagi podatkov, ki jih s pisneno lajavo potrdi zavarovaneč.

167. člen

Zavarovaneč, ki mu je dovoljena bolezenska odsotnost, se mora zdraviti v kraju do tedanjega bivališča. Pristojni zdravnik sme dovoliti spremembo bivališča do 30 dni brez pravice do povračila potnih stroškov; v takem primeru mora poskrbeti za zdravljenje zavarovaneč v kraju njegovega novega bivališča. Spremembo bivališča za čas nad 30 dni lahko odredi zdravniška komisija. Če odredi spremembo bivališča zaradi bolj uspešnega zdravljenja in hitrejšo usposobitve za delo, se morajo zavarovaneču povrniti tudi potni stroški. Zdravniška komisija določa dan in kraj ponovnega pregleda zavarovaneč, pristojni zdravnik pa mora poskrbeti za ustrezno zdravljenje zavarovaneč v kraju novega bivališča.

168. člen

Ce se ugotovi, da zavarovaneč z neprimernim ravnanjem zavlačuje zdravljenje in usposobitev za delo, se mu ustavi nadomestilo osebnega dohodka z odločbo in s poukom, da se mu bo začelo nadomestilo izplačevati, ko se bo zahteval in ko bodo prenehale kvarne posledice njegovega ravnanja. Zoper odločbo se zavarovaneč lahko pritoži v 15 dneh po njenem prejemu.

169. člen

Zavarovaneč, ki mu je pristojni zdravnik ali komisija, odredilačasno zadržanost, uveljavlja pravico do nadomestila osebnega dohodka pri skupnosti; za čas, ko gre nadomestilo v njeno breme.

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

170. člen

Pravica do povračila potnih stroškov v primerih, ki jih določa ta statut, se uveljavlja pri skupnosti z napolnitvijo pristojnega zdravnika in z izkazilom, da je v drugem kraju iskala zdravstveno pomoč.

Potni stroški se praviloma izplačujejo po opravljenem potovanju.

V izjemnih primerih se zavarovani osebi lahko izplača akontacija na potne stroške in za stroške prehrane in nastanitve v drugem kraju (dnevnic). Po opravljenem potovanju se napravi obračun na podlagi predloženih ustreznih dokazil.

171. člen

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

172. člen

Nadomestilo osebnega dohodka zapade v izplačilo z dnem, s katerim zapade v izplačilo osebni dohodek ali kak drugi prejemek, ki tvori osnovo za nadomestilo in mora biti izplačano v desetih dneh od tega dne. Če zavarovaneč 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.

Potni stroški zapadejo v izplačilo s končanim potovanjem.

Pogrebna in posmrtnina zapade v izplačilo z dnem smrti zavarovane osebe.

173. člen

Za uveljavljanje pravic iz zdravstvenega zavarovanja po meddržavnih sporazumih, ki jih je sklenila Jugoslavija, se uporabljajo določbe, ki veljajo za zavarovane osebe te skupnosti, kolikor v teh sporazumih ni drugače določeno.

174. člen

Določbe tega dela statuta veljajo smiselno tudi za osebe, ki jim je zagotovljeno zdravstveno varstvo po tem statutu in za osebe, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

175. člen

Kolikor ni v statutu določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno

uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku.

Sedmi del

ORGANIZACIJA SKUPNOSTI

1. POGlavJE: SPLOŠNE DOLOČBE O ORGANIZACIJI

176. člen

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

177. člen

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

Statut pravilniki, sklepi in programi začnejo veljati 8. dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno določeno drugače.

Splošni akti skupščine skupnosti se objavljajo v Uradnem listu SRŠ.

178. člen

Sedež skupnosti je v Novem mestu. Skupnost ima svoj pečat in štampiljko. Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev v Novem mestu. Sedež je naveden v sredini.

Štampiljka je pravokotne oblike z enakim napisom kot na pečatu.

179. člen

Skupnost je soustanovitelj zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Slovenije.

2. POGlavJE: ORGANI SKUPNOSTI

180. člen

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

Izvršilni organ skupščine je izvršilni odbor.

Za reševanje pritožb ima skupnost komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb.

Za reševanje posameznih nalog lahko skupščina imenuje stalne in občasne komisije, katerim določi delovno področje in njih pristojnost.

Zaradi čimbolj neposrednega sodelovanja zavarovancev v skupnosti se v skupnosti ustanovljajo sveti in odbori zavarovancev.

a) Skupščina skupnosti

181. člen

Skupščina skupnosti opravlja predvsem te zadeve:

1. sprejema po predhodni obravnavi z zavarovanci statut in pravilnike;

2. sprejema druge splošne akte;

3. sprejema predlog programa zdravstvenega varstva za družbeni dogovor o načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in njegove materialne osnove; sodeluje pri tem dogovarjanju preko svojih predstavnikov in dokončno sprejema programe zdravstvenega varstva;

4. sprejema ukrepe za izboljšanje varstva zavarovancev, določa politiko uporabe skladov ter daje službi oziroma organizaciji, ki izvaja strokovne zadeve za skupnost, smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, da se racionalno posluje s skladi skupnosti, da se ekonomično uporabljajo sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;

5. odloča o stvarni pristojnosti organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

6. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnjo prispevkov na podlagi izoblikovanih izhodišč za določitev stopnje prispevka po načelih družbenega dogovarjanja;

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

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

9. obravnava letno poročilo organizacije oziroma službe, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;

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

11. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno političnimi skupnostmi, zdravstvenimi in drugimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji ter drugimi osebami;

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

13. voli predsednika in podpredsednika skupščine, predsednika izvršilnega odbora in predstavnike skupnosti v zvezi s skupnostjo;

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

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

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršilni odbor, da v njenem imenu odloči o sklenitvi pogodb z delovnimi organizacijami iz 11. in 12. točke tega člena.

182. člen

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

Izvolitev skupščine skupnosti se opravi po pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti, ki določa: volilne enote, kandidiranje, volitve, ponovne in nadomestne volitve, sestavo in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost ugovora zoper nepravilnosti, roke in druge zadeve v zvezi z volitvami. V pravilniku se določi tudi način odpokača članov skupščine. Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika, ki ju izvoli izmed svojih članov.

183. člen

Skupščina skupnosti določi poslovnik za svoje delo, delo izvršilnega odbora in drugih organov skupščine, v katerem mora določiti tudi pravice in dolžnosti članov skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov skupščine.

184. člen

Skupščina šteje 45 članov.

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

Delavci službe, ki izvaja strokovne zadeve za skupnost oziroma organizacija, ki opravlja te zadeve, ne morejo biti člani skupščine skupnosti.

185. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta.

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

186. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

1. a smrtjo;

2. z izgubo svojstva zavarovanca v tej skupnosti;

3. z izgubo splošne volilne pravice;

4. če je s pravno močno sodišča obsojen na zaporno kazen daljšo od 3 mesece;

5. če postane delavec službe oziroma organizacije, ki opravlja strokovne zadeve za skupnost;

6. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti odpoved sprejme;

7. z odpoklicem.

Ce preneha mandat članu skupščine prej ko eno leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 90 dni po prenehanju mandata.

187. člen

Član skupščine je lahko odpoklican:

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

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

3. če neopravičeno daljši čas ne sodeluje na sejah skupščine skupnosti ali njenih organov. O odpoklicu odločajo zavarovanci volilne enote oziroma njihovi predstavniki po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

Pobudo za uvedbo postopka za odpoklic člana skupščine skupnosti ali 1/10 zavarovancev volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršilni odbor in komisije

188. člen

Izvršilni odbor ima 11 članov.

Volji ga skupščina izmed svojih članov.

Mandat članov izvršilnega odbora traja 4 leta.

189. člen

Izvršilni odbor skupščine skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

1. skrbi za pravočasno in pravilno izvrševanje sklepov skupščine;

2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključne račune skladov;

3. predlaga skupščini skupnosti osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji, drugimi organizacijami in osebami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;

4. predlaga skupščini skupnosti druge splošne akte, za katere je le-ta pristojna;

5. obravnava mnenja in predloge svetov in odborov zavarovancev;

6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;

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

8. obravnava načrt in program za delo službe oziroma organizacije, ki opravlja strokovne zadeve za skupnost in daje pripombe nanj;

9. sklepa dogovore s organizacijami, da uveljavljajo zavarovane osebe nadomestilo osebnega dohodka ter druge denarne datjave in pomoči neposredno pri organizacijah;

10. skrbi za sklicevanje seji skupščine skupnosti ter za sklicevanje in delo njenih komisij;

11. imenuje zdravniško komisijo in komisijo zdravniških izvedencev;

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

190. člen

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe službe oziroma organizacije, ki opravlja strokovne zadeve za skupnost o svojstvih zavarovanih oseb in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb ima pet članov in potrebno število nadomestnikov; komisija ima lahko več senatov. Komisija je sklepčna, če pride na sejo večina njenih članov, sklep pa je sprejet, če ga je sprejela večina vseh članov.

Komisija je dolžna poročati skupščini o svojem delu najmanj enkrat letno.

191. člen

Predsedniku in podpredsedniku skupščine ter članom izvršilnega odbora traja funkcionalna doba toliko časa, kolikor traja mandatna doba članom skupščine.

Funkcijska doba članov komisij traja toliko časa, kolikor je določeno z aktom o imenovanju.

192. člen

Predsednik, podpredsednik, član izvršilnega odbora in član komisij, je lahko s sklepom skupščine razrešen svoje funkcije še pred potekom funkcijske dobe iz istih razlogov, kot je predčasno lahko odpoklican član skupščine.

c) Sveti in odbori zavarovancev

193. člen

V občinah se ustanovijo sveti zavarovancev. V svet zavarovancev volijo predstavnike delovne organizacije, društva upokojencev in druge organizacije, ki predstavljajo zavarovance.

V delovnih organizacijah se lahko ustanovijo odbori zavarovancev. Odbori zavarovancev se lahko ustanovijo tudi po posameznih skupinah oseb, ki opravlja samostojne dejavnosti. V odbor zavarovancev delegirajo člani delavski svet in sindikalna organizacija, vsaka polovico članov.

Število članov sveta določi skupščina skupnosti glede na število zavarovancev v občini.

Število članov odbora zavarovancev določita sporazumno delavski svet in sindikalna organizacija delovne skupnosti.

V odboru oseb, ki opravlja samostojno poklicno dejavnost volijo svoje predstavnike zavarovanci neposredno.

194. člen

Sveti in odbori zavarovancev opravlja zlasti te zadeve:

1. razpravljajo o vprašanih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;

2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti: pravilnikov, programih, sklepov itd.;

3. obravnava letno poročilo skupnosti;

4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.

Izvršilni odbor obvezno razpravlja o mnenjih in predlogih svetov in odborov zavarovancev.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

195. člen

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

Mnenje in predloge zavarovancev v zadevah iz prejšnjega odstavka tega člena lahko skupščina dobi:

1. na posvetovanjih z zavarovanci po volilnih enotah;
2. na posvetovanjih z zavarovanci po sindikalnih organizacijah;
3. z dostavo osnutka akta delovni organizaciji;
4. z objavo glavnih značilnosti predvidene akta v lokalnem tisku z vabilom za dostavo mnenj in predlogov;
5. z anketairanjem zavarovancev.

196. člen

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

Referendum se mora obvezno raspisati, če se odloča:

1. o ukinitvi katere izmed pravic, ki jo določa ta statut;
 2. o razdružitvi skupnosti oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.
- Referendum o razdružitvi in izločitvi se lahko razpiše tudi samo za območje posamezne občine.

197. člen

Referendum se opravi po volilnih enotah s tainim glasovanjem — listki, kjer se na vprašanja odgovori z *zavaj* ali *proti*.

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

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

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

198. 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 načelu družbenega dogovarjanja in s sklenjenjem samouravnih sporazumov.

Pobudo za dogovarjanje da lahko udeleženec s pisnim predlogom o sodelovanju in obveznostih sodelujočev z ustreznimi obravnavami in dokumentacijo. Za skupnost daje takšno pobudo skupščina skupnosti. Doseženi in sporazumi obvezujejo skupnost, ko jih sprejme skupščina oziroma izvršilni odbor, če ga je za posamezni primer dogovarjanja za to pooblastila.

199. člen

Pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi osebam o izvajanju zdravstvenega varstva sklene skupščina ali izvršilni odbor po smernicah in pooblastilu skupščine, če je bil za to pooblaščen.

Podlaga za pogodbe so dogovorjeni programi in načrti o uresničevanju in pospeševanju zdravstvenega varstva zavarovanih oseb in razpoložljiva sredstva skupnosti.

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

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali združenjem ter drugimi osebam v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

200. člen

Skupnost sklepa pogodbe z zdravstvenimi delovnimi organizacijami in drugimi osebam praviloma za eno leto, kolikor ni izrecno določeno v pogodbi daljše obdobje.

Ce se skupnost in zdravstvena delovna organizacija pri sklenjanju pogodbe ne moreta sporazumeti, predloži sporno vprašanje v razsodbo arbitražni komisiji, ki deluje na način in v postopku, ki je določen z zakonom o zdravstvu.

201. člen

Družbeno-politična skupnost, ki vpelje in zagotavlja zdravstveno varstvo za osebe, ki niso zajete s tem statutom, lahko poveri s sporazumom skupnosti opravljanje določenih nalog zagotavljanja zdravstvenega varstva takim osebam.

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

Sporazum se sklepa najmanj za leto dni ali za določeno daljše obdobje. V sporazumu se morajo določiti pogoji, ob katerih lahko vsaka pogodbeni stranka zahteva njegovo spremembo.

V sporazumu se določi tudi postopek in način reševanje spornih vprašanj v zvezi z izvajanjem sporazuma.

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

Osmi del

STROKOVNA, FINANČNA
IN ADMINISTRATIVNA
SLUŽBA

PRIPOMBA:

Po 106. členu zakona mora skupnost zagotoviti opravljanje strokovnih, finančnih in administrativnih zadev tako, da ali sama organizira tako službo ali pa da se za opravljanje teh zadev dogovori z ustreznimi delovni organizacijami. Stališča glede tega vprašanja še niso razčiščena, zato določbe o službi v ta osnutek niso vnešene. Tam pa, kjer je bilo potrebno in osnutku določiti izvajalca nalog, sta uporabljeni obe zakonski možnosti.

Deveti del

PREHODNE IN KONČNE
DOLOČBE

202. člen

Skupščina skupnosti je dolžna izpeljati volitve po tem statutu do 30. junija 1971.

203. člen

Določbe V. dela tega statuta glede zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost prenehajo veljati, ako in kadar bi se ustanovila samostojna skupnost zdravstvenega zavarovanja oseb, ki opravljajo samostojno poklicno dejavnost.

204. člen

Zavezanci prispevka morajo plačevati svoje prispevke od zneskov osebnih dohodkov, ki se izplačujejo po uveljavitvi tega statuta, po dosedanjih predpisih, če se plačila nanašajo na obdobje do 31. decembra 1970. Ta vplačila se opravijo v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

205. člen

Ce se za leto 1971 ne bo dosegel družbeni dogovor o temeljnih izhodiščih za določitev stopnje prispevka za zdravstveno zavarovanje, morajo zavezanci prispevka plačevati do sprejetja dogovora akontacije prispevka v višini, ki odgovarja stopnji osnovnega prispevka za zdravstveno zavarovanje in poprečni stopnji dodatnega prispevka, ki so ga plačevali delovne in druge organizacije v letu 1970 in ki znaša 6,75 odst. na kosmate osebne dohodke.

206. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne uporabljati zakon o zdravstvenem zavarovanju in 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 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 dosežene pravice, ki še niso bile uresničene.

Zavarovane osebe iz prejšnjega odstavka, ki po določbah zakona o zdravstvenem zavarovanju in 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 obveznih oblikah zdravstvenega varstva, tem statutom in s splošnimi akti te skupnosti.

207. člen

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

208. člen

Zavarovanci in njihovi družinski člani, ki imajo na dan uveljavitve tega statuta po dosedanjih predpisih lastnost zavarovancev ali družinskega člana, obdržajo brez prijave 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 zavarovancev ali družinskega člana.

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

209. člen

O pritožbah zavarovanih oseb, vloženih in nerešenih do 31. 12. 1970, odloča na drugi stopnji o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja Komisija za reševanje pritožb zavarovanih oseb, določena v tem statutu.

210. člen

Glede zdravstvenega varstva in financiranja zdravstvenega varstva družinskih članov, katerih hranilec je v obvezni vojaški službi, katerih kategorij žrtev fašističnega nasilja, civilnih žrtev vojne, žrtev vojnega materiala in njihovih družinskih članov ter borec za severno mejo v letih 1918 in 1919 ostanejo še naprej v veljavi:

1. zakon o pomoči družinski članom, katerih hranilec je v obvezni vojaški službi (Ur. list SRS št. 42/66),

2. zakon o varstvu nekaterih kategorij žrtev fašističnega nasilja, civilnih žrtev vojne, žrtev vojnega materiala in njihovih družinskih članov (Ur. list SRS št. 37/68),

3. zakon o borcih za severno mejo v letih 1918 in 1919 (Ur. list SRS št. 37/68).

Namesto predpisov, na katere se sklicujejo v prejšnjem odstavku omenjeni zakoni in ki po zakonu o zdravstvenem zavarovanju prenehajo veljati, veljajo ustrezne določbe zakona o zdravstvenem zavarovanju in tega statuta.

211. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

1. statut Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto (stopil v veljavo 1. 7. 1966),

2. poslovnik skupščine Komunalne skupnosti socialnega zavarovanja delavcev Novo mesto (stopil v veljavo 1. 7. 1966),

3. pravilnik o uveljavljanju zdravstvenega varstva (Ur. list SRS št. 8/68),

4. sklep o določitvi stopnje osnovnega prispevka za zdravstveno zavarovanje (Ur. list SRS št. 44/69),

5. sklep o stopnjah dodatnega prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo zavarovanci od dopolnilnih dohodkov (Ur. list SRS št. 44/69),

6. sklep o določitvi stopenj dodatnega prispevka za zdravstveno zavarovanje, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije (Ur. list SRS št. 64/69),

7. sklep o prispevku k stroškom za izdano zdravila (Ur. list SRS št. 64/69),

8. sklep o prispevkih zavarovanih oseb k stroškom nekaterih zdravstvenih storitev in k stroškom za zobno tehnično pomoč ter zobna protetična sredstva za ortopedске čevlje in posamezne druge vrste ortopedskih in drugih pripomočkov, sanitarnih priprav in sanitetnega materiala (Ur. list SRS št. 42/67, 44/69),

9. sklep o meskih pogrebnine (Ur. list SRS št. 44/69),

10. sklep o povračilu stroškov za prehrano in nastanitev zavarovanih oseb med potjo in bivanjem v drugem kraju (Ur. list SRS št. 44/69),

11. sklep o višini zneska podpore za opremo otroka (Skupščinski Dolenjski list z dne 24. 12. 1964 in 23. 2. 1967),

12. sklep o višini nadomestila osebnega dohodka ob zadržanosti od dela (Skupščinski Dolenjski list št. 1/68),

13. sklep o oprostitvi ali zmanjšanju obveznega prispevka k stroškom za proteze, ortopedске in druge pripomočke in priprave v letu 1967 (Skupščinski Dolenjski list št. 14/67).

212. člen

Ta statut začne veljati 8. dan po objavi v Uradnem listu SRS in se začne uporabljati s 1. 1. 1971.

SKUPŠČINA
KOMUNALNE SKUPNOSTI
ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA
DELAVCEV NOVO MESTO

Predsednik:
Ciril Jarnovič, l. r.