

OSNUTEK STATUTA

SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV
NOVO MESTO

SPOŠTOVANI ZAVAROVANCI!

Skupščina komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto je na seji 30. septembra 1970 sprejela osnutek statuta, katerega posreduje v javno razpravo vsem zavarovancem in drugim zainteresiranim organizacijam.

Skupščina je sklenila, da bo osnutek statuta v javni razpravi do 31. oktobra t. l. V tem času boste lahko podali svoje predloge in pripombe na osnutek statuta. Statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov je predpis, ki določa pravice in obveznosti vseh zavarovancev iz te skupnosti, zato bodo va-

ši predlogi in pripombe na osnutek statuta dobrodošli in tudi koristni skupščini pri dokončnem sprejetju statuta.

Zato skupščina poziva vse zavarovance in druge zainteresirane organizacije, da aktivno sodelujejo pri javni obravnavi statuta, svoje predloge in pripombe pa dostavijo komunalnemu zavodu za socialno zavarovanje v Novem mestu najpozneje do 31. 10. 1970.

Predsednik skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto:
STANKO GUNČAR, l. r.

Novo mesto, 30. 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 kmetov Novo mesto.

STATUT

SKUPNOSTI ZDRAVSTVENEGA ZAVAROVANJA KMETOV NOVO MESTO

Prvi del

Splošne določbe

1. člen

Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto (v nadaljnjem besedilu skupnost) so ustanovili kmetje z območij občin Crnomelj, Krško, Metlika, Novo mesto in Trebnje, da bi kot zavarovanci v smislu zakona o zdravstvenem zavarovanju in o obveznih oblikah zdravstvenega varstva (v nadaljnjem besedilu republiški zakon) po načelih vzajemnosti in solidarnosti z združevanjem sredstev zagotovili sebi in članom gospodinjstev zdravstveno varstvo in druge pravice za primer bolezni, poškodbe in poroda (pravice iz zdravstvenega zavarovanja).

Kmetje na območju omenjenih občin so na zasedanju dne 30.9.1970 ustanovili to skupnost po svojih predstavnikih, izbranih za člane skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto.

2. člen

V skupnosti so zavarovane osebe, ki se štejejo po tem statutu za zavarovance — kmete, če se ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo in imajo stalno bivališče na območju občin iz prejšnjega člena in člani njihovih gospodinjstev.

3. člen

V tej skupnosti je zagotovljeno tudi zdravstveno varstvo osebam, ki niso zavarovane po določbah tega statuta, a jim zagotavlja republiški zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, če na tem območju stalno prebivajo kot učivalci, preuzjtki ali preživnine ali se ukvarjajo kot družinski ali gospodinjški člani s kmetijsko dejavnostjo na kmetijskem zemljišču lastnika zavarovanega po drugih predpisih.

4. člen

Skupnost zagotavlja tudi drugim osebam tiste oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja zakon kot obvezne za vse občane, če stalno prebivajo na območju katere izmed občin iz 1. člena in če ji je to nalogo poverila tista občina s sporazumom, s katerim se je uredilo tudi povračilo stroškov.

5. člen

V skupnosti določajo zavarovanci v mejah zakona samostojno zase in za člane svojega gospodinjstva pravice iz zdravstvenega zavarovanja, njihov obseg in raven ter sredstva za njihovo uveljavljanje ter pri tem samoupravno urejajo medsebojna razmerja in razmerja z drugimi organi in organizacijami, ki delujejo za uresničevanje zdravstvenega zavarovanja.

6. člen

V skupnosti so zavarovanim osebam vselej zagotovljene pravice, ki jih tudi za kmete kot obvezne določajo zakon ali mednarodne pogodbe, ki jih je ratificirala Jugoslavija.

7. člen

Pravice in njih obseg, ki jih določijo zavarovanci zase in za člane svojih gospodinjstev, veljajo tudi za osebe, ki jim zagotavlja republiški zakon zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom.

8. člen

Uživanje pravic zagotovi skupnost zavarovanim osebam in osebam iz 3. člena s pogodbami z ustreznimi zdravstvenimi delovnimi organizacijami; pogodbe sklene kot poslovna razmerja med enakopravnimi in samostojnimi organizacijami, ki jim je poverjeno uresničevanje zdravstvenega varstva zavarovanih oseb.

9. člen

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

10. člen

Zaradi zmanjševanja obolevnosti in poškodb in izboljšanja zdravstvenega stanja zavarovanih oseb sodeluje skupnost tudi pri izvajanju preventivnih ukrepov in akcij z družbeno-političnimi skupnostmi in delovnimi ter drugimi organizacijami, ki so nosilke te aktivnosti, sprejemajoč z družbenim dogovarjanjem skupne programe in svoje samoupravne obveznosti v mejah svojih materialnih možnosti.

11. člen

Zaradi izboljševanja in pospeševanja zdravstvenega zavarovanja ter najbolj smotrne in uspešne uporabe sredstev sodeluje skupnost po načelih družbenega dogovarjanja tudi z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja s sprejemanjem skupnih smernic in združevanjem sredstev za skupne ukrepe in akcije.

Skupnost je z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v SR Sloveniji soustanoviteljica zveze skupnosti kmetov. Svoje obveznosti do zveze skupnosti določa sporazumno z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja kmetov.

12. člen

Za večje zavarovane nevarnosti, ki jih določa republiški zakon oziroma ki jih določijo skupnosti na območju republike, se ta skupnost pozavaruje pri zvezi skupnosti.

13. člen

Pravice zavarovanih in drugih upravičenih oseb, ki jih določa zakon ali ta skupnost, se ne morejo zmanjšati ali ome-

jit ali prenesti na drugega. Te pravice prenehajo samo v primerih, ki jih določa zakon oziroma ta statut ali splošni akt, s katerim jih je skupnost vpejala. Dospel-li zahtevki za povračilo stroškov se lahko podedujejo.

14. člen

Zavarovane in druge upravičene osebe uveljavljajo svoje pravice po tem statutu tako, kot to določajo ta statut, splošni akt skupnosti in pogodba z zdravstveno delovno organizacijo. O določilih pogodbe o uveljavljanju pravic morajo biti zavarovane osebe obveščene.

Ce uveljavlja upravičena oseba zdravstveno varstvo mimo teh določb, se ji povrnejo stroški ob pogojih in v višini, kot določa ta statut.

Pri uveljavljanju pravic je zavarovanim in drugim osebam upravičenim do zdravstvenega varstva zagotovljeno pravno in sodno varstvo po določbah zakona in tega statuta.

15. člen

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

16. člen

Skupnost izdaja splošne akte in odločba o pravicah in obveznostih zavarovancev po organih, ki jih določa ta statut.

Zaradi organizacije in izvajanja zdravstvenega varstva, zaradi zagotovitve najbolj smotrne porabe sredstev in najbolj neposredne udeležbe pri odločanju ima vsak zavarovavec skupnosti pravice:

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

— izraziti svoje mnenje na referendumu po določbah tega statuta;

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

— sodelovati v svojem zboru zavarovancev;

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

— postavljati vprašanja in dajati predloge organom skupnosti.

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

17. člen

Članstvo zavarovanca v skupnosti preneha v primerih, ko preneha dejavnost in pogoji, na podlagi katerih je zavarovan ali ko postane član druge skupnosti zdravstvenega zavarovanja.

Upravičenost do zdravstvenega varstva preneha osebam iz 3. člena z dnem, ko preneha okolnost, na podlagi katere jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo.

18. člen

Skupnost preneha ali se razdeli ali spoji z drugo skupnostjo ob pogojih in s pravnimi posledicami, ki jih določa republiški zakon in ta statut.

Drugi del

1. Zavarovanci

19. člen

Za kmete — zavarovance se štejejo osebe, ki opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic (v smislu 20. člena), če niso zdravstveno zavarovane na drugi podlagi in člani njihovega gospodinjstva, ki jim ni po drugih predpisih zagotovljeno zdravstveno varstvo.

20. člen

Steje se, da opravlja kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic oseba (nosilec zavarovanja):

— ki se kot lastnik, solastnik, zakupnik ali uživalec kmetijskega zemljišča ukvarja s kakršnokoli kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti, in sicer ne glede na to, ali je oproščena tega prispevka in ne glede na to, ali ima še kakšne druge dohodke;

— ki je na podlagi proizvodnega sodelovanja deloma ali v celoti svoje kmetijsko zemljišče združila z obdelovalnim zemljiščem kmetijske gospodarske organizacije in je po uspehih svojega dela in za oddano zemljišče udeležena v dohodku kmetijske gospodarske organizacije, pa ni z njo v delovnem razmerju;

— ki se v pridobitne namene kot posameznik poklicno ukvarja z lovom, ribolovom ali s kakšno drugo kmetijsko dejavnostjo in je zavezanec prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti.

21. člen

Če opravljajo osebe iz prejšnjega člena tudi samostojno poklicno dejavnost, so zavarovane kot kmetje, če so dohodki iz kmetijske dejavnosti pretežni del njihovih dohodkov.

2. Zavarovani gospodinjstvi člani

22. člen

Kot člani gospodinjstev zavarovancev so zavarovani:

1. ožji družinski člani: zakonec in otroci (zakonski, nezakonski, posvojenci, pastorki in otroci brez staršev, ki jih je zavarovalec vzela s sebi), ki jih je zavarovalec dolžan preživljati;

2. širši družinski člani: starši in stari starši, očim in mačeha, posvojitelj in njegov zakonec, bratje in sestre in vnuki zavarovanca, ki jih zavarovalec dejansko preživlja;

3. ostali člani gospodinjstva: zavarovancevi otroci, bratje in sestre ter vnuki in vnučkinje, strici in tete, tasti in tašče, svakinje in svaki ter zetje in snahe, vendar s pogojem, da na zavarovancevem posestvu opravljajo kmetijsko dejavnost kot svoj edini ali glavni poklic in se ne štejejo za družinske člane po prvi in drugi točki.

Otroci iz 1. točke, bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prejšnjega odstavka so zavarovani do dopolnjenega 15. leta starosti, če pa se šolajo, pa do konca rednega šolanja, vendar najdalj do dopolnjenega 26. leta starosti.

Če so ti otroci prekinili šolanje zaradi bolezni, so zavarovani tudi med takšno prekinitvijo; če pa nadaljujejo šolanje pred 26. letom, se zavarovanje podaljša po tej starosti za tolikšno dobo, kolikor so prekinili šolanje.

Zavarovanje otrok, ki se šolajo v osnovni šoli po dopolnjenem 15. letu starosti, se podaljša do starosti, ki jo za obiskovanje šole določa zakon o osnovni šoli.

Če postanejo otroci iz 1. točke, bratje in sestre ter vnuki iz 2. točke prvega odstavka pred dopolnjenjo predpisano starostjo nezmožni za samostojno življenje in delo v smislu predpisov o invalidskem zavarovanju, so zavarovani tudi med takšno nezmožnostjo, če jih preživlja zavarovalec.

3. Pridobitev in prenehanje lastnosti zavarovane osebe

23. člen

Lastnost zavarovane osebe se pridobi z dnem, ko nastanejo okolnosti, ki so pogoj za njeno zavarovanje in preneha z dnem, ko nastanejo spremembe, s katerimi preneha kateri izmed teh pogojev.

24. člen

Lastnost zavarovane osebe se dokazuje z zdravstveno izkaznico.

25. člen

Lastnost zavarovane osebe prizna skupnost na podlagi prijave, ki jo mora vložiti zavarovalec v 8 dneh po pridobitvi te lastnosti. V roku 8 dni mora zavarovalec prijaviti skupnosti tudi prenehanje in spremembo lastnosti zavarovane osebe zase in za člane svojega gospodinjstva.

26. člen

Če naj se osebi, za katero je vložena prijava v zavarovanje, odreče lastnost zavarovane osebe, se ji o tem izda pismena odločba najpozneje v 2 mesecih po prejemu prijave.

Če se odločba ne izda v roku 2 mesecev velja, da je osebi priznana lastnost zavarovane osebe, dokler o tem ni izdana dokončna odločba.

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.

27. člen

Lastnost zavarovane osebe se obdrži tudi med nezmožnostjo za delo zaradi bolezni, če je nezmožnost nastala med zavarovanjem, dokler je takšna oseba zavezanec prispevka za zdravstveno zavarovanje ali član gospodinjstva zavarovanca.

28. člen

Osebam, ki jim zakon zagotavlja zdravstveno varstvo v enakem obsegu kot kmetom, je to varstvo zagotovljeno v skupnosti od dneva, ko začno opravljati kmetijsko dejavnost. Če jim je zdravstveno varstvo zagotovljeno kot uživalcem preužitka ali preživnine pa z dnem, ko so pridobile pravico do preužitka ali preživnine. Zdravstveno varstvo je zagotovljeno v skupnosti tudi zakoncu preužitkarja in ožjim članom — uživalca preživnine.

Tretji del

Pravice iz zavarovanja

29. člen

Osebam, zavarovanim v tej skupnosti, je zagotovljeno zdravstveno varstvo za primer bolezni, poškodbe in poroda.

30. člen

Zdravstveno varstvo je zagotovljeno zavarovanim osebam ali v celoti v breme skupnosti, ali pa morajo zavarovane osebe pri uporabi posameznih oblik same prispevati del stroškov.

31. člen

Vsem zavarovanim osebam pri tej skupnosti grede v celoti v breme skupnosti naslednje oblike zdravstvenega varstva, ki jih zagotavlja kot obvezne vsem občanom zakon:

1. odkrivanje, preprečevanje, zatiranje in zdravljenje tuberkuloze, veneričnih bolezni in drugih nalezljivih bolezni, za katere velja po zakonu obveznost prijave;

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

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

4. popolno zdravstveno varstvo novorojenčkov, dojenčkov, predšolskih in šolskih otrok do dopolnjenega 15. leta starosti;

3. zdravstveno varstvo žensk v zvezi s 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 jim kljub zmožnosti za delo začasno ni mogoče zagotoviti zaposlitve;

7. aktivnost za zgodnje odkrivanje malignih obolenj in sladkorne bolezni, mišičnih in živčno-mišičnih obolenj ter njihovo zdravljenje;

8. aktivnost za organizirano zdravstveno vzgojo prebivalstva.

32. člen

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

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

— zdravstveno nadzorstvo klicenoscev in oseb iz njihove okolice;

— obvezne imunizacije in revakcinacije proti nalezljivim boleznim;

— karanteno oseb, ki so prišle v dotik z bolnikom ali s kužnim materialom, dezinfekcijo, dezinfekcijo in deratizacijo pri bolnikih v zvezi z nalezljivo boleznijo; izolacijo bolnikov in prevoz bolnikov s 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;

— zdravniške preglede oseb, pri katerih je podan sum ali pri katerih obstaja

utemeljena možnost svežega ali povratnega obolenja za tuberkulozo;

— bolnišnično in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronaža tuberkuloznih bolnikov;

— tuberkulinsko testiranje, retestiranje in BCG vakcinacije;

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

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

— bolnišnično zdravljenje luesa v nazlednjem stadiju ter izvenbolnišnično zdravljenje in patronaža spolnih bolnikov;

— preventivne serološke preglede na lues pri nosečnicah.

33. člen

Obvezna oblika, nega in zdravljenje 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:

— bolnišnično in izvenbolnišnično zdravniške preglede ter zdravljenje in nego tistih duševnih bolnikov, ki so nevarni zase in za okolico ter patronaža in socialno službo;

— psihiatrično nadzorstvo nad bolniki v socialnih zavodih.

34. člen

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

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

— izvenbolnišnično oziroma bolnišnično zdravljenje nosečnic v zvezi z nosečnostjo;

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

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

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

35. člen

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

36. člen

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

— sistematične preglede, varstvo in zdravljenje zob;

— preprečevanje, zatiranje in zdravljenje revmatične mrzlice;

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

37. člen

Zdravstveno varstvo mladine do dopolnjenega 18. leta starosti, ki je prijavljena

pri zavodu za zaposlovanje, pa ji kljub možnosti za delo začasno ni mogoče nuditi zaposlitve, obsega obvezne oblike iz 36. člena tega statuta.

38. člen

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

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

— zdravljenje vseh malignih obolenj;

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

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

— pregled urina na sladkor pri fluorografiranju;

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

— redne kontrolne preglede in izvenbolnišnično zdravljenje ter patronažno nadzorstvo;

— medicinsko indicirane ortopedske pripomočke.

39. člen

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

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

40. člen

Zdravstveno varstvo iz 31. in 39. člena je zagotovljeno zavarovanim osebam v obsegu in po merilih, ki jih določa republiški zakon in v skladu z družbenimi dogovori sprejeti program skupnosti.

41. člen

V celoti gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene po republiškem zakonu kot obvezne:

1. nujni prevoz duševnih bolnikov, ki so nevarni za okolico, oseb z življenjsko nevarnimi poškodbami in obolenji, za katere je nujen poseg v bolnišnici ali porodnic, katerih porod je v teku;

2. ambulantno in bolnišnično zdravljenje učencev srednjih šol do končanega 19. leta starosti;

3. zdravljenje v splošnih in specialnih bolnišnicah od 31. dne dalje;

4. kri in krvna plazma za transfuzijo, kadar je ta življenjsko nujna za zdravljenje.

42. člen

Deloma gredo zavarovanim osebam v breme skupnosti tudi te oblike zdravstvenega varstva, kolikor niso zagotovljene v celoti na račun skupnosti že po prejšnjih dveh členih:

1. zdravniški (ambulantni) pregledi (splošni, specialni in na bolnikovem domu z vštetim prevozom zdravnika), če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

2. zdravljenje v zdravstvenih delovnih organizacijah (splošnih in specialnih bolnišnicah), če to nujno zahteva zdravstveno stanje;

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

4. izdiranje zob.

Pripomočki, ki se vgrajujejo v telo, se smatrajo za sestavni del bolnišničnega zdravljenja.

43. člen

Skupščina skupnosti s svojim splošnim aktom določi, kolikšen del stroškov k posameznim oblikam zdravstvenega varstva iz prejšnjega člena mora prispevati zavarovana oseba. Del stroškov, ki ga mora prispevati zavarovana oseba, ne sme biti večji od 50 odstotkov. Prispevek zavarovane osebe za pripomočke, ki se vgrajujejo v telo, se mora določiti tako, da čas vgraditve ne bi vplival na njegovo višino.

44. člen

Ostale oblike zdravstvenega varstva, ki niso v celoti ali delno zagotovljene v statutu zavarovanim osebam, ne gredo v breme skupnosti.

45. člen

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

V primerih, ko je zavarovani osebi zagotovljeno zdravljenje v celoti v breme skupnosti, se kot zdravljenje šteje tudi oskrba z zdravili.

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

Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

Indikacije za zobotehnično pomoč, za zobnoprotenična sredstva, za proteze, za ortopedske in za druge pripomočke ter za sanitarne priprave, njihove standarde in trajnostno dobo pri zavarovanih, ki imajo pravico do zdravstvenega varstva te vrste, določa skupščina skupnosti s posebnimi pravilniki. Skupščina pri tem lahko določi, da velja za to skupnost ustrezni splošni akt skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev.

46. člen

Kmetje — zavarovanci, ki so bili udeleženci španske državljanske vojne in tisti, ki so bili udeleženci narodnoosvobodilne vojne, pa imajo čas udeležbe ali čas aktivnega in organiziranega dela v narodnoosvobodilnem boju priznan v dvojnem trajanju najmanj od 1. januarja 1945, do 15. maja 1945 ter njihovi ožji družinski člani imajo poleg pravic, ki jim pripadajo kot zavarovancem — kmetom pri skupnosti, v breme SR Slovenije, še pravice do zdravstvenega varstva v enakem obsegu, ki je zagotovljen zavarovancem — delavcem in njihovim ožjim družinskim članom v skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev na območju te skupnosti.

Kmetom zavarovancem — porcem na-

rodnoosvobodilne vojne pred 9. septembrom 1943 oziroma 13. oktobrom 1943 in španskim borcem je v skupnosti zagotovljeno poleg zdravstvenega varstva iz prvega odstavka v breme republike — podaljšano ali nadomestno bolnišnično zdravljenje v naravnem zdravilišču ob pogojih in po postopku, ki ga določa statut skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Stroški za obseg zdravstvenega varstva po prejšnjih odstavkih tega člena nad obsegom, ki je zagotovljen drugim zavarovancem — kmetom in njihovim družinskim članom, se povrnejo skupnosti iz proračuna SR Slovenije.

47. člen

Pravica do zdravstvenega varstva gre zavarovani osebi do dneva, dokler ima lastnost zavarovane osebe.

48. člen

Določbe tega dela statuta se ustrezno uporabljajo tudi za osebo iz 3. člena tega statuta.

49. člen

PRIPOMBA:

Vprašanje uveljavljanja zdravstvenega varstva v tujini naj se odloži, dokler se ne razčisti vprašanja o uveljavljanju zdravstvenega varstva v tujini in vprašanja o deviznih sredstvih.

Cetrti del

Uveljavljanje pravic

50. člen

Zavarovana oseba uveljavlja pravice iz zdravstvenega zavarovanja v breme skupnosti ob pogojih in na način, ki ga določajo republiški zakon, ta statut in pogodbe, ki jih sklene skupnost z zdravstveno delovno organizacijo in drugimi organizacijami.

51. člen

Zdravstveno varstvo lahko uveljavljajo v breme skupnosti zavarovane osebe s potrjeno zdravstveno izkaznico.

52. člen

Zdravstveno izkaznico potrdi vsako leto do 30. aprila služba oz. organizacija, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, če ugotovi, da so plačani vsi prispevki, zapadli do konca preteklega leta.

Izvršni odbor skupščine skupnosti lahko dovoli obročno plačevanje zapadlih prispevkov za prejšnja leta in izjemno potrditev zdravstvene izkaznice.

Obrazec izkaznice predpiše zveza skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Slovenije.

53. člen

Lastnost zavarovane osebe ugotavlja skupnost na podlagi prijave v zavarovanje, vložene po predpisih o evidenci zdravstvenega zavarovanja.

54. člen

Skupnost lahko ob prijavi in zavarovanju zahteva tudi izkaz o podlagi zavarovanja.

55. člen

Zdravstveno varstvo se mora nuditi zavarovanim osebam v zdravstvenih de-

lovnih organizacijah na sodoben način in z uporabo sodobnih medicinskih metod in sredstev.

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

Ako je zavarovana oseba vložila pri skupnosti ugovor, izda služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve odločbo, ko predhodno pri- bavi mnenje zdravniške komisije.

56. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo oblike zdravstvenega varstva, do katerih imajo pravico po zakonu in tem statutu, v zdravstveni delovni organizaciji in pri zdravniku javne zdravstvene službe, ki si ga prosto izberejo. Skupnost plača stroške, ki gredo v njeno breme neposredno zdravstveni delovni organizaciji, s katero je sklenila pogodbo in organizaciji, v katero je zavarovano osebo napotil njen organ. Če je zavarovana oseba uporabila zdravstveno varstvo v drugi zdravstveni delovni organizaciji, ji skupnost povrne stroške do zneska, kolikor bi morala plačati za enake vrste zdravstvenega varstva zdravstveni delovni organizaciji, s katero ima sklenjeno pogodbo.

57. člen

Zavarovane osebe uveljavljajo zdravstveno varstvo praviloma pri zdravniških splošne prakse na območju skupnosti. Zdravstveno varstvo pri zdravniških specialistih in v stacionarnih zdravstvenih delovnih organizacijah uveljavljajo zavarovane osebe z napotnico zdravnika splošne prakse, ki je ugotovil potrebo po takšnem zdravljenju ali pregledu.

Zavarovane osebe se lahko obračajo neposredno na zobne terapevte, ginekologe, pediatre, venerologe, okulistice zaradi predpisa očal in na zdravnike v di- spanzerjih in v zdravstvenih delovnih organizacijah ali njihovih enotah, ki delajo na dispanserski način.

Zdravstveni delavci iz prejšnjega odstavka smejo napotiti zavarovano osebo k drugemu specialistu ali v stacionarno zdravstveno delovno organizacijo.

58. člen

Če zavarovana oseba uveljavi zdravstveno varstvo mimo določb 57. čl., trpi skupnost stroške do višine stroškov, ki bi jih plačala, če bi uveljavila zdravstveno pomoč po predpisih, ako potrdi pristojni zdravnik splošne prakse, da je bil pregled oziroma zdravljenje pri specialistu ali v stacionarni zdravstveni delovni organizaciji potrebno.

Razliko v stroških ne trpi zavarovana oseba, kadar potrebuje zdravniško pomoč v nujnih primerih.

59. člen

O zahtevah zavarovanih oseb, ki jim skupnost ne ugodí, izda organizacija oziroma služba, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, pisмено odločbo. Zoper odločbo lahko zavarovana oseba ugovarja v 15 dneh po njenem prejemu pri komisiji skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Po dokončni odločbi lahko uveljavlja svojo zahtevo s tožbo pri pristojnem občinskem sodišču.

60. člen

Odločbo lahko zahteva vsaka zavarovana oseba, in oseba, ki ji ta statut zagotavlja zdravstveno varstvo in sicer zase ali za družinskega oziroma gospodinjkega člana.

Postopka se lahko udeležuje tudi druga fizična ali pravna oseba, o katere pravici ali pravni koristi se odloča v postopku.

61. člen

Kolikor v statutu ni določen za uveljavljanje pravic poseben postopek, se smiselno uporabljajo predpisi o splošnem upravnem postopku. Stranka lahko zahteva odpravo ali razveljavitev dokončne odločbe v obnovi postopka ali s posebnim pravnim sredstvom.

62. člen

Določbe o uveljavljanju zdravstvenega varstva, ki veljajo za zavarovane osebe, se uporabljajo smiselno tudi za osebe iz 3. člena tega statuta.

63. člen

Pri uveljavljanju pravic se tudi za zavarovane osebe po tem statutu smiselno uporabljajo določbe pravilnika o postopku pri uveljavljanju pravic, ki ga je sprejela skupščina skupnosti zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Kadar je v postopku potrebno strokovno medicinsko mnenje, dajejo taka mnenja komisije, ki jih je imenovala skupnost zdravstvenega zavarovanja delavcev Novo mesto.

Peti del

Financiranje

64. člen

Sredstva za kritje stroškov zdravstvenega zavarovanja kmetov se zagotavljajo:

1. s prispevkom, ki ga plačujejo zavarovanci sami;
2. s prispevkom, ki ga plačujejo delovne in druge organizacije in zasebni delodajalci od zaslužkov za občasna dela izven delovnega razmerja, ki jih opravljajo osebe, zavarovane v zdravstvenem zavarovanju kmetov;
3. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti za socialno ogrožene zavarovance;
4. s prispevkom družbeno-političnih skupnosti, ki je določen za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
5. s prispevkom zavezancev za zdravstveno varstvo oseb iz 31. čl. republiškega zakona;
6. z drugimi dohodki, ki se določijo kot vir financiranja zdravstvenega zavarovanja kmetov.

65. člen

Stopnjo oz. višino prispevka iz 1., 2. in 5. točke prejšnjega člena določí s sklepom skupščina skupnosti. Stopnje prispevka so enotne in proporcionalne. Skupščina skupnosti lahko določi del prispevka v pavšalnem znesku tudi na člena zavarovancevega gospodinjstva.

66. člen

Višino oz. stopnje prispevkov se določijo praviloma tako, da se z zbranimi sredstvi krijejo predvideni izdatki za obveznosti iz zavarovanih pravic, zagotavljajo ustvarjanje predpisanih rezerv, po-

zavarujejo večje nevarnosti, zagotovi izvajanje zavarovanja in določi del sredstev tudi za razvoj zdravstvene službe.

67. člen

Osnova za odmero in plačevanje prispevkov je:

1. katastrski dohodek negozdnih površin;
2. osebni dohodek iz gozda;
3. dohodki iz drugih kmetijskih dejavnosti, ki se ne všttevajo v katastrski dohodek, pa so podlaga za predpis prispevkov o predpisih o prispevkih in davkih občanov;
4. drugi dohodki zavarovancev in njegovih gospodinjstvih članov izven kmetijstva, ki so evidentirani oziroma se ugotovijo pri davčnih upravah za dohodke;
5. izplačani kosmati zaslužek zavarovanih oseb, ki občasno delajo pri delovni in drugi organizaciji ali zasebnem delodajalcu zunaj delovnega razmerja.

68. člen

Zavarovanci plačujejo prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov tudi od tistih dohodkov, ki so oproščeni prispevka oziroma davka po predpisih o prispevkih in davkih občanov.

69. člen

Ce je kmetijsko zemljišče po zakonu v solastništvu zavarovancev, se prispevek odmeri po načelih, ki veljajo za odmero prispevka iz osebnega dohodka od kmetijske dejavnosti.

70. člen

Za osebe iz 4. čl. tega statuta in za osebe iz 3. čl. tega statuta oziroma iz 31. čl. republiškega zakona določi skupščina skupnosti prispevek v odstotku od osnove ali v pavšalnem znesku.

71. člen

Sredstva iz 70. čl. tega statuta vodi skupnost na posebnem računu. Finančni načrt za ta sredstva predloži skupnost v poprejšnjo obravnavo občinski skupščini na svojem območju do 31. decembra vsakega leta za naslednje leto. Občinskimi skupščinam predloži skupnost tudi zaključni račun teh sredstev do 1. aprila vsakega leta za preteklo leto. Občinske skupščine lahko pooblastijo skupščino določene občine, da se v njihovem imenu izjavljajo o finančnem načrtu.

72. člen

Plačniki prispevkov za osebe iz 31. čl. republiškega zakona so:

1. za preužitkarje — tisti, ki je obremenjen s preužitkom;
2. za osebe, ki prejemajo preživnino — občina oziroma organizacija, ki je priznala preživnino;
3. za člane gospodinjstva kmetov, zavarovanih na drugi podlagi — lastnik zemljišča, na katerem se člani družinske oziroma gospodinske skupnosti ukvarjajo s kmetijsko dejavnostjo kot edinim ali glavnim poklicem.

73. člen

Prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov odmerja in pobira služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve ali pa davčne uprave, če se skupnost dogovori z občinskimi skupščinami.

74. člen

Osebe oziroma delovne in druge organizacije, ki zaposlijo za občasno delo izven delovnega razmerja zavarovane osebe, morajo vsako leto najpozneje do 1. novembra priglasiti tako zaposlitev službi, ki odmerja in pobira prispevke za zdravstveno zavarovanje kmetov.

75. člen

Glede zapadlosti prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov in glede obresti od neplačanega ali nepravočasno plačanega prispevka se smiselno uporabljajo določbe predpisov o prispevkih in davkih občanov za prispevke, ki se ne plačujejo po odbitku.

Prispevki iz 3., 4. in 5. točke 64. čl. zapadejo, razen če predpisi drugače ne določajo, z zadnjim dnem v mesecu za nazaj; prispevki iz 6. točke 64. čl. pa takrat, ko to določa predpis, s katerim se uvedejo drugi viri financiranja.

76. člen

Zavezanec prispevka, ki ne plača v predpisanem roku zapadlih prispevkov ali ne plača vseh prispevkov, mora plačati kazenske obresti po obrestni meri, ki je s predpisi določena za nepravočasno plačane prispevke.

77. člen

Varianta (če bo odmero izvajala služba oziroma organizacija, ki bo za skupnost izvajala strokovne zadeve):

Zavezancu prispevka, ki je v zaostanku s plačilom prispevka, izda služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve plačilni nalog, da mora v osmih dneh od vročitve plačilnega naloga plačati zapadle prispevke s kazenskimi obrestmi.

Protj plačilnemu nalogu je dopusten ugovor, ki se vložil v roku osmih dni po prejemu plačilnega naloga pri komisiji skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb. Ugovor se kolkuje.

Na podlagi pravočasno vložene ugovora lahko služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve, uveljavlja svojo terjatev samo s tožbo pri sodišču.

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

78. člen

Varianta (če to odmero izvaja služba oziroma organizacija, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve):

Na zahtevo skupnosti mora občinski organ davčne službe izterjati prispevke po postopku, ki ga določajo predpisi o prisilni izterjavi davkov oziroma sodiče po pravilih izvršilnega postopka.

79. člen

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

80. člen

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

1. denarna sredstva za zagotovitev obveznih oblik zdravstvenega varstva,
2. denarna sredstva za zagotovitev pra-

vic, ki jih je skupnost samostojno določila s tem statutom.

81. člen

Denarna sredstva za zdravstveno varstvo kmetov — borcev NOV iz 88. čl. republiškega zakona in za kmete borce za severno mejo v letih 1918 in 1919 se vodijo na posebnem žiro računu pri službi družbenega knjigovodstva; iz njih se plačuje del stroškov zdravstvenega varstva in stroški za izvajanje službe.

82. člen

Za finančno stabilnost v poslovanju in za likvidnost v izpolnjevanju obveznosti do zavarovanih oseb in zdravstvenih delovnih organizacij in drugih organizacij ima skupnost rezervni sklad.

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

Obvezno višino rezervnega sklada iz prejšnjega odstavka zagotovi skupnost v roku 5 let od začetka uveljavitve tega statuta.

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

83. 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 uporabljati znesek do višine obvezne rezerve vrniti v naslednjem letu.

84. člen

Za kritje po zaključnem računu ugotovljenega primanjkljaja oziroma iz obvezne rezerve uporabljenega zneska predpiše skupščina skupnosti poseben prispevek.

Poseben prispevek predpiše skupščina skupnosti v odstotku od osnov iz 67. čl. tega statuta, ali v pavšalnem znesku na zavarovančevu gospodinjstvu ali pa kombinirano v odstotku in v pavšalu.

85. člen

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

86. člen

Skupni dohodki sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov so:

1. prispevki za zdravstveno zavarovanje kmetov;
2. prispevek zavarovanih oseb, ki občasno delajo pri delovnih in drugih organizacijah ali zasebnih delodajalcih zunaj delovnega razmerja;
3. prispevek družbeno-političnih skupnosti;
4. prispevek za osebe iz 31. čl. republiškega zakona;
5. povračila za povzročeno škodo;
6. povračila iz pozavarovanja;
7. drugi dohodki.

87. člen

Iz skupnih dohodkov sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov, ugotovljenih po prejšnjem členu, se izloča v rezervni sklad

del skupnih dohodkov sklada, ki ga vsako leto s finančnim načrtom ali s posebnim sklepom določi skupščina skupnosti. Preostali del dohodkov sklada je čisti dohodek sklada.

88. člen

Iz čistega dohodka sklada zdravstvenega zavarovanja kmetov se krijejo izdatki:

- 1. za zdravstveno varstvo in sicer:
 - za obvezne oblike zdravstvenega varstva;
 - za po tem statutu določene pravice iz zdravstvenega varstva;
 - 2. za zdravstveno varstvo študentov;
 - 3. za ostale obveznosti in izdatke:
 - za pozavarovanje;
 - za izvajanje službe;
 - za študijska in znanstveno-raziskovalna dela za napredek zdravstvenega zavarovanja;
 - za stroške denarnega in plačilnega prometa;
 - za poštne stroške;
 - za obveznosti do skupnosti zdravstvenega zavarovanja;
 - za stroške samouprave;
 - za obresti in provizije;
 - za ostale izdatke.

89. člen

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

- skupni dohodki skupnosti;
- izločanje v obvezno rezervno;
- 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.

90. člen

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

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

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

Ce se z zaključnim računom ugotovi presežek skupnih izdatkov nad čistimi dohodki (primanjkljaj), se postopa po določbah 84. čl. tega statuta.

91. člen

Skupščina skupnosti predpiše poseben pravilnik o organizaciji in vodenju knjigovodstva.

Šesti del

Organizacija skupnosti

1. Splošne določbe o organizaciji

92. člen

Skupnost je samoupravna organizacija zavarovancev, v kateri si zavarovanci — kmetje določajo in zagotavljajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja.

93. člen

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

Statut, pravilniki in sklepi začnejo veljati osmi dan po objavi, kolikor ni v posameznem aktu izrecno drugače odločeno.

Statut, pravilniki in sklepi, ki zadevajo pravice oziroma obveznosti zavarovanih oseb skupnosti, se objavljajo v Uradnem listu SRS.

94. člen

Skupnost je pravna oseba. Sedež skupnosti je v Novem mestu.

95. člen

Skupnost ima svoj pečat in štampiljko. Pečat je okrogle oblike. V krogu ima napis: Skupnost zdravstvenega zavarovanja kmetov v Novem mestu. Sedež je naveden v sredini. Štampiljka je pravokotne oblike v enakim napisom kot na pečatu.

96. člen

Skupnost je soustanoviteljica zveze skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov SR Slovenije.

2. Organi skupnosti

97. člen

Najvišji organ skupnosti je skupščina, ki jo tvorijo predstavniki zavarovancev. Izvršni organ skupščine je izvršni odbor. Skupščina ima komisijo skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb, lahko pa imenuje tudi druge komisije.

a) Skupščina skupnosti

98. člen

Skupščina skupnosti opravlja zlasti te zadeve:

- 1. sprejema po predhodni obravnavi zavarovalni statut in pravilnike;
- 2. sprejema druge splošne akte;
- 3. določa program dejavnosti zdravstvenega zavarovanja in ukrepe za izboljšanje varstva zavarovanih oseb ter politiko uporabe skladov ter daje službi oz. organizaciji, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, smernice za delo, da se pravilno uveljavljajo pravice zavarovanih oseb, racionalno posluje s skladi skupnosti, ekonomično uporablja sredstva in rentabilno nalagajo razpoložljiva sredstva;
- 4. odloča o stvarni pristojnosti organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne, finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;
- 4 a) odloča o stvarni pristojnosti službe, ki opravlja za skupnost strokovne, finančne in administrativne zadeve v zvezi z izvajanjem zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;
- 5. obravnava zagotovitev sredstev za izvajanje zdravstvenega zavarovanja in določa višino oziroma stopnjo prispevkov;
- 6. sklepa o finančnem načrtu in o zaključnem računu skladov skupnosti;
- 7. odloča o kritju primanjkljajev, ki nastanejo v poslovanju skladov ter o ukrepih, ki jih je treba predlagati s tem v zvezi;
- 8. obravnava letno poročilo službe oziroma organizacije, ki opravlja strokovne zadeve za skupnost o izvajanju zdravstvenega zavarovanja na svojem območju;
- 9. sodeluje z drugimi skupnostmi, organi in organizacijami o stvareh, ki so skupnega pomena in sklepa s njim samoupravne dogovore;
- 10. odloča o sklenitvi pogodb z družbeno-političnimi skupnostmi, zdravstvenimi in drugimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji ter s drugimi osebami;
- 11. odloča o stvareh v zvezi s sodelovanjem organizacij pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja ter o osnovah in ukrepih za sklepanje pogodb, s katerimi se določijo pravice in dolžnosti skupnosti in organizacij pri tem sodelovanju;
- 12. voli predsednika in podpredsednika skupščine, predsednika izvršilnega odbora in predstavnik skupnosti v zvezi skupnosti;
- 13. voli izvršni odbor in druge odbore in komisije skupščine za opravljanje določenih nalog;
- 14. opravlja druge zadeve, za katere je po zakonih in tem statutu pristojna skupnost, če ni izrecno določeno, da opravlja te zadeve kak drug organ skupnosti oziroma skupščina ali organizacija oziroma služba za izvajanje zdravstvenega zavarovanja.

Skupščina skupnosti lahko pooblasti izvršni odbor, da v njenem imenu odloča o sklenitvi pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami ali njihovimi združenji ter drugimi osebami v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva.

99. člen

Skupščina sprejme poslovnik za svoje delo in za delo izvršilnega odbora ter drugih organov skupščine, v katerem mora določiti tudi pravice in obveznosti članov skupščine, izvršilnega odbora in drugih organov skupščine.

100. člen

Skupščino sestavljajo člani, ki jih izvolijo zavarovanci — nosilci zavarovanja po pravilniku skupnosti o volitvah.

Skupščina skupnosti ima predsednika in podpredsednika, ki ju izvoli izmed svojih članov.

101. člen

Pravilnik o volitvah sprejme skupščina. V pravilniku se določijo volilne enote, način kandidiranja, način volitev, pogoji in način ponovnih in nadomestnih volitev, sestav in delo volilne komisije in odborov, način objave izida volitev, možnost in način ugovora zoper nepravilnosti, roki in druge zadeve v zvezi z volitvami.

V pravilniku se določi tudi način odpoklica članov skupščine.

102. člen

Skupščina šteje 27 članov. Pravico voliti in biti voljen ima vsak zavarovaneec — nosilec zavarovanja te skupnosti, ki ima splošno volilno pravico po zakonu o volilnih imenikih.

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

103. člen

Mandat članov skupščine skupnosti traja 4 leta. Nihče ne more biti več kot dvakrat zaporedoma izvoljen za člana skupščine skupnosti.

104. člen

Članu skupščine skupnosti preneha mandat pred potekom mandatne dobe:

- 1. s smrtjo;
- 2. z izgubo lastnosti zavarovanca v tej skupnosti;
- 3. z izgubo splošne volilne pravice;
- 4. če je s pravno močno sodbo sodišča obsojen na nepogojno zaporno kazen, daljšo od 6 mesecev;
- 5. če postane delavec službe oziroma organizacije, ki za skupnost opravlja strokovne zadeve;
- 6. če se sam odpove mandatu in skupščina skupnosti tako odpoved sprejme;
- 7. z odpoklicem.

Ce preneha mandat prej kot 1 leto pred potekom mandatne dobe, se morajo opraviti nadomestne volitve v roku 90 dni po prenehanju mandata.

105. člen

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

O odpoklicu člana skupščine odločajo zavarovanci volilne enote, kejr je bil izvoljen po postopku, ki je določen v pravilniku o volitvah članov skupščine skupnosti.

Pobude za uvedbo postopka za odpoklic lahko da skupščina ali 1/10 zavarovancev — kmetov volilne enote, ki ga je izvolila.

b) Izvršni odbor in komisija

106. člen

Izvršni odbor ima 7 članov. Voli ga skupščina izmed svojih članov.

107. člen

Izvršni odbor opravlja zlasti te zadeve:

- 1. skrbi za pravočasno in pravilno izvajanje sklepov skupščine;
- 2. predlaga skupščini skupnosti program dejavnosti, finančni načrt in zaključni račun sklada;
- 3. predlaga skupščini osnove za sklepanje pogodb z zdravstvenimi delovnimi organizacijami, njihovimi združenji in drugimi organizacijami ter osebami, ki sodelujejo pri izvajanju zdravstvenega zavarovanja;
- 4. predlaga skupščini druge splošne akte, za katere je le-ta pristojna;
- 5. obravnava mnenja in predloge zborov zavarovancev in predlaga skupščini ustrezne ukrepe;
- 6. skrbi za pravilno uveljavljanje pravic zavarovanih oseb;
- 7. skrbi skladno s sklepi in smernicami skupščine skupnosti za izvrševanje finančnega načrta glede realizacije dohodkov ter za namensko in racionalno vlaganje ter uporabo sredstev in njihovih rezerv;
- 8. obravnava načrt in program za delo službe oziroma organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve in daje pripombe nanj;
- 9. skrbi za sklicevanje sej skupščine ter za sklicevanje in delo njenih komisij;
- 10. opravlja druge zadeve, ki mu jih nalagajo statut ali drugi splošni akti in sklepi skupščine skupnosti.

108. člen

Komisija skupnosti za reševanje pritožb zavarovanih oseb rešuje pritožbe zavarovanih oseb zoper odločbe službe oziroma organizacije, ki opravlja za skupnost strokovne zadeve, o svojstvih

zavarovanih oseb in o pravicah iz zdravstvenega zavarovanja.
Komisija je dolžna poročati o svojem delu najmanj enkrat letno.

c) Zbori zavarovancev

109. člen

Skupščina skupnosti ali izvršilni odbor lahko skliče za območje posameznih krajevnih skupnosti ali za območje vseh enot zbere zavarovancev.

Zbor zavarovancev se mora sklicati, če to zahteva najmanj 1/3 zavarovancev iz območja za katerega naj se skliče.

110. člen

- Zbori zavarovancev opravljajo zlasti te zadeve:
- 1. razpravljajo o vprašanjih zdravstvenega zavarovanja in o potrebnih sredstvih za njegovo izvajanje;
- 2. razpravljajo o osnutkih splošnih aktov skupnosti;
- 3. obravnavajo poročila organov skupnosti;
- 4. dajejo predloge s področja delovanja skupnosti.

Izvršilni odbor mora obravnavati mnenja in predloge zborov zavarovancev in dajati skupščini predloge za ustrezne ukrepe.

3. Neposredno sodelovanje zavarovancev v skupnosti

111. člen

Praden sprejme skupščina skupnosti statut ali pravilnik, mora dobiti mnenje zavarovancev.

Mnenje in predloge zavarovancev dobi skupščina:

- 1. na posvetovanjih z zavarovanci na zborih zavarovancev;
- 2. z objavo glavnih značilnosti predvidenega akta v krajevnem tisku z vabilom za dostavo mnenja in predlogov;
- 3. s anketiranjem zavarovancev.

112. člen

Skupščina skupnosti lahko za posamezna vprašanja iz svoje pristojnosti razpiše referendum. Referendum se mora obvezno razpisati, če se odloča:

- 1. o uvedbi in o ukinitvi katere izmed pravic do denarnih dajatev;
- 2. o razdružitvi oziroma izločitvi posameznega območja iz skupnosti.

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

113. člen

Referendum se opravi po volivnih enotah s tajnim glasovanjem — z listi, kjer se na vprašanje odgovori z *zane* ali *sproti*.

Predlog je sprejet, če se je zanj izjavila več kot polovica vseh zavarovancev skupnosti oziroma več kot polovica zavarovancev tistega dela območja skupnosti, ki se izločuje.

Odločitev, sprejeta na referendumu, je obvezna in velja najmanj eno leto.

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

114. člen

Skupnost sodeluje z drugimi organizacijami in s družbeno-političnimi skupnostmi pri programiranju, načrtovanju in pospeševanju zdravstvenega varstva in pri preventivnih ukrepih in akcijah ter z drugimi skupnostmi zdravstvenega zavarovanja v zadevah skupnega pomena po načelih družbenega dogovarjanja in s sklepanjem samoupravnih sporazumov.

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

115. člen

Pogodbe s zdravstvenimi delovnimi organizacijami in njihovimi združenji ter drugimi osebami o izvajanju zdravstvenega varstva sklepa za skupnost skupščina skupnosti ali izvršilni odbor po smernicah in pooblastilu skupščine.

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

S temi pogodbami se določijo medsebojne pra-

vice in obveznosti v zvezi z izvajanjem zdravstvenega varstva in opravljanjem zdravstvenih storitev oziroma dogovorjenega programa, lahko pa se natančneje določijo tudi obseg zagotavljenega zdravstvenega varstva ter pogoji in način njihovega uveljavljanja.

V pogodbi se določi, kako se nadzira izvrševanje pogodbe.

Sporna vprašanja, ki nastajajo med skupnostjo in zdravstveno delovno organizacijo ali združenjem ter drugimi osebami v zvezi z izvajanjem sklenjene pogodbe, se rešujejo na način in v postopku, ki se določi v pogodbi.

116. člen

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

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

117. člen

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

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

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

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

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

Sedmi del

Strokovna, finančna in administrativna služba

118. člen

Po 106. členu republiškega 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 ustrežno delovno organizacijo. Stališča glede tega vprašanja še niso razčiščena, zato določbe o tem v ta osnutek niso vnešene. Tam pa, kjer je bilo potrebno v osnutku določiti izvajalca nalog, sta uporabljeni obe zakonski možnosti.

Osmi del

Prehodne in končne določbe

119. člen

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

120. člen

Zavezanci prispevka morajo svoje prispevke po predpisih, ki veljajo za financiranje zdravstvenega zavarovanja kmetov na dan 31. decembra 1970, plačevati tudi po prenehanju veljavnosti teh predpisov, če se plačilo nanaša na obdobje 31. december 1970 in na zavezance, zajete z zdravstvenim zavarovanjem kmetov. Ta vplačila opravijo zavezanci prispevka v korist skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto.

121. člen

Zavarovane osebe, ki na dan, ko se začne uporabljati republiški zakon, ta statut

in drugi splošni akti, uživajo pravice iz zdravstvenega zavarovanja, pridobljene po predpisih, ki so veljali do tega dne, uživajo od tega dne te pravice, po določbah republiškega zakona, po tem statutu in splošnih aktih te skupnosti, če je to zanje ugodnejše, sicer pa po dosedanjih predpisih. Isto velja za že dosepele pravice, ki še niso bile uresničene.

Zavarovane osebe iz prejšnjega stavka, ki po določbah republiškega zakona, tega statuta in splošnih aktih skupnosti ne izpolnjujejo predpisanih pogojev za uživanje pravic, ki so jim bile priznane po prejšnjih predpisih, nadaljujejo začetno uporabo teh pravic, kakor da izpolnjujejo pogoje, predpisane z republiškim zakonom, tem statutom in s splošnimi akti te skupnosti.

122. člen

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

123. člen

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

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

124. člen

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

125. člen

Še nadalje ostane v veljavi sklep o predpisu izrednega prispevka zavarovancev za kritje primanjkljajev (Ur. list SRS št. 41/68).

126. člen

Z 31. decembrom 1970 prenehajo veljati:

- 1. statut komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto;
- 2. poslovnik skupščine komunalne skupnosti zdravstvenega zavarovanja kmetov Novo mesto;
- 3. sklep o obsegu zdravstvenega varstva in pravicah zavarovanih oseb iz zdravstvenega zavarovanja kmetov ter o načinu odmerjanja prispevkov (Ur. list SRS št. 8/68);
- 4. sklep o višini prispevka za zdravstveno zavarovanje kmetov za leto 1970 (Ur. list SRS, št. 44/69).

127. člen

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